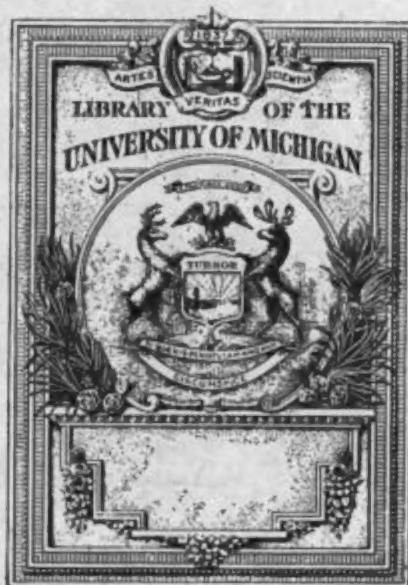

ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR



Supplément au nº 52 du BULLETIN MÉDICAL du 2 Juillet 1904

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

ET

DES AUTEURS

DIX-HUITIÈME ANNÉE, PREMIER SEMESTRE

1904

Paris. — Imprimerie Jean GAINCHE, 15, rue de Verneuil. — Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

DIX-HUITIÈME ANNÉE
(1904)

PREMIER SEMESTRE

416765

C

D

E

P

R

S

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DIX-HUITIÈME ANNÉE (1904)

PREMIER SEMESTRE

M

N

O

P

Q

R

S

T

LE

BULLETIN MÉDICAL

DIX-HUITIÈME ANNÉE, DEUXIÈME SEMESTRE

1904

Paris. — Imprimerie Jean GAINCHE, 15, rue de Verneuil — Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

DIX-HUITIÈME ANNÉE

1904

DEUXIÈME SEMESTRE

B

C

D

E

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DIX-HUITIÈME ANNÉE (1904)

DEUXIÈME SEMESTRE

PATHOLOGIE MENTALE

Asile-clinique Sainte-Anne

M. le prof. Joffroy

Paralysie générale et hystérie (1)

Messieurs,

Les hasards de la clinique me permettent de vous présenter deux malades qui soulèvent, de façons différentes, mais avec un même intérêt, le problème maintes fois débattu des rapports des maladies organiques avec les névroses, dites par opposition maladies dynamiques ou fonctionnelles.

En psychiatrie, ce problème se pose surtout sous la forme des rapports de la paralysie générale progressive, *maladie mentale organique*, avec l'hystérie, *maladie mentale fonctionnelle*, et c'est ce problème que je veux examiner aujourd'hui, en vous présentant deux malades hystériques devenues paralytiques générales.

La première est une artiste lyrique, âgée de quarante-cinq ans, et il vous a suffi de quelques instants pour vous rendre compte de l'incontestable et notable affaiblissement de ses facultés intellectuelles : vous l'avez vue s'avancer en souriant, heureuse, sans doute, de vous être présentée ; elle vous a déclaré immédiatement qu'elle se trouvait ici chez Dufayel, chez qui elle est caissière et où, pour la somme de 265 francs par an, ce qui fait, a-t-elle précisé, 30 francs par jour, on pourvoyait à tous ses besoins. Elle a ajouté qu'elle se trouvait ici depuis trois mois, alors qu'en réalité elle nous a été conduite il y a seulement cinq jours.

La conversation aurait pu se prolonger ; elle ne vous aurait appris rien de plus que tout ce que vous avez pu reconnaître en ces quelques paroles : *désorientation* complète dans le temps et dans l'espace ; *perte de la mémoire*, en particulier de la mémoire du calcul ; *idées de satisfaction*, sinon idées de richesse ; voici bien des éléments qui révèlent un affaiblissement généralisé et très accentué de toutes les facultés intellectuelles, et dont la réunion doit tout de suite vous faire penser à l'état mental du paralytique général.

Mais si, à cet état démentiel, vous joignez les signes physiques propres à cette affection, si vous avez remarqué, dans les quelques paroles entendues, les *accrocs* caractéristiques, qui eussent été bien autrement reconnaissables en lui faisant prononcer les mots d'épreuve habituels, si vous avez observé l'*inégalité pupillaire* manifeste, qui s'accompagne d'ailleurs, chez elle, de la *perte du réflexe lumineux* (signe d'Argyll-Robertson), et si vous avez noté les *secousses fibrillaires des lèvres*, le *tremblement de la langue et des mains*, enfin l'*exagération des réflexes rotuliens*, alors vous ne douterez pas que vous ne soyez en présence d'une paralytique générale avérée et typique, par ses signes physiques, comme par son état mental.

Dans l'état actuel de cette malade, nous ne trouvons donc rien que de très classique, et nous ne relevons aujourd'hui, chez cette paralytique générale, aucune particularité intéressante ; en revanche, l'histoire de la maladie et l'histoire antérieure de la malade méritent, à bien des égards, de nous arrêter.

Cette malade est née de parents qui étaient déjà vieux lors de sa naissance : *sa mère avait cinquante ans lorsqu'elle la mit au monde* ; et nous trouvons là une première condition défavorable, encore qu'assez banale, au développement normal de l'organisme physique et mental. Le père est mort diabétique ; mais la mère est morte dans des conditions qui nous intéressent peut-être encore davantage. Sur ses derniers jours, elle eût une telle crainte d'être empoisonnée qu'elle refusa toute nourriture et qu'elle mourut, pour ainsi dire, d'inanition. Vous reconnaissez là l'une de ces idées délirantes et débiles, si fréquentes au cours de la *démence sénile*. Mais ce que je tiens à vous rappeler, en vous rapportant ces antécédents héréditaires, c'est que nous trouvons, chez cette paralytique générale, la *prédisposition héréditaire*, encore bien plus indispensable pour faire de la méningo-encéphalite interstitielle diffuse, que toutes les infections ou intoxications acquises, spécifiques ou non.

Notre malade échappa, dans son enfance, aux maladies éruptives spéciales au jeune âge. Elle reçut une bonne instruction ; mais on rapporte qu'au couvent des Dames de la Foi, où elle était élevée, à Bordeaux, elle était sujette à des *hallucinations, surtout visuelles*, et la malade a souvent raconté qu'une nuit elle avait vu ainsi la tête d'un de ses parents morts plusieurs années auparavant, et qu'elle l'avait touchée. Ces hallucinations de la vue et du toucher apparaissant dès le jeune âge, font immédiatement songer à la dégénérescence mentale, et cette hypothèse est pleinement confirmée par l'existence, depuis de longues années, de *crises convulsives* caractéristiques de l'hystérie. A propos de la moindre contrariété, elle avait la sensation d'une boule épigastrique qui lui montait à la gorge, puis elle poussait un grand cri, perdait connaissance, tombait à terre et avait de grandes convulsions toniques et cloniques des membres. Les muscles de la face et des yeux étaient épargnés, il n'y avait pas de morsure de la langue, et jamais d'incontinence des sphincters. On voit qu'aucun des caractères distinctifs de la crise d'hystérie ne manquait à ces convulsions, qui se reproduisirent fréquemment pendant toute l'existence de la malade, et que l'on constatait encore de temps en temps il y a quelques années.

Au sortir du couvent, à seize ans, elle se maria avec un médecin, beaucoup plus âgé qu'elle, et qui mourut d'une maladie de cœur, après quatre ans de mariage, laissant à sa femme deux enfants qui ont, actuellement, vingt-deux et vingt-six ans, et sont en bonne santé. Quelques années plus tard, il y a dix-sept ans, elle se remaria avec un artiste lyrique et redevint enceinte à plusieurs reprises : elle eut d'abord trois *avortements* ; puis un bébé, superbe à la naissance, qui ne tarda pas à mourir à la campagne de « misère », *et couvert de boutons*. Deux enfants naquirent ensuite et restent vivants : une fille de seize ans et un garçon de dix ans ; mais la petite fille a eu une enfance chétive avec une affection oculaire rebelle, diagnostiquée *kératite* par les médecins qui la soignèrent. Voici bien des renseignements qui, même en l'absence de tout aveu et de tout stigmate spécifique présenté par la malade, nous permettent de reconnaître l'existence d'une *syphilis* antérieure, niée, d'ailleurs, par le mari.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que, chez cette femme, nous trouvons, à côté de la prédisposition héréditaire, déjà notée, l'infection syphilitique, dont on a voulu faire à tort le facteur étiologique le plus important, sinon même indispensable, de la paralysie générale.

Voici comment la maladie a débuté, du moins apparemment : notre artiste lyrique semblait très bien portante, lorsque, il y a cinq ou six ans, se trouvant en scène, subitement elle perdit connaissance. Cette perte de connaissance ne s'accompagna pas des

(1) Leçon du 13 juin 1903, recueillie par M. le Dr Pierre Roy, chef de clinique à la Faculté.

grandes convulsions, non plus que des étouffements observés habituellement dans ses attaques d'hystérie. Toujours est-il que, transportée au foyer des artistes, elle ne reprit ses sens qu'au bout de deux heures. Il n'y eut pas de suites graves les jours suivants, et, comme on la savait hystérique, on n'hésita pas à rapporter cet accident à la grande névrose, et on ne s'alarma pas autrement.

Eh bien! à distance, nous pouvons aujourd'hui affirmer qu'il ne s'agissait pas là d'une crise d'hystérie, mais bien d'une de ces *attaques apoplectiformes* qui marquent si souvent le début de la paralysie générale, et qui se sont répétées depuis chez notre malade, quoique avec une moindre intensité.

Arrêtons-nous un instant sur le diagnostic de cet ictus apoplectiforme, qu'il aurait été si utile, en l'espèce, de reconnaître précocement au point de vue du pronostic, sinon du traitement. Etait-il possible, il y a cinq ou six ans, d'affirmer, chez cette malade, que la perte de connaissance sur la scène devait être mise sur le compte de la paralysie générale, et non de l'hystérie? Le diagnostic de l'ictus en lui-même pouvait présenter des difficultés insurmontables; mais, après guérison, on aurait pu rechercher systématiquement les autres signes de la paralysie générale : sans doute, les troubles mentaux, à cette époque, n'avaient pas encore frappé son entourage; sans doute, les signes pupillaires et les accrocs dans la prononciation des mots difficiles pouvaient encore ne pas exister d'une manière bien sensible; mais, ce que nous pouvons affirmer, c'est que, dès cette époque, les centres nerveux étaient altérés, et, de telle façon, qu'une *ponction lombaire*, pratiquée à ce moment, eût assurément déjà révélé une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, caractéristique indiscutable d'une affection organique autre que l'hystérie, caractéristique, en l'espèce, de la paralysie générale ou de la syphilis cérébrale.

Mais ce n'est pas tout, et je pense qu'il n'aurait pas été impossible, alors, d'éloigner le diagnostic de syphilis cérébrale, sinon pour affirmer, du moins pour soupçonner très fortement celui de paralysie générale.

Les ictus ne sont pas rares, en effet, au cours de la *syphilis cérébrale*; et, ici, ce ne sera pas la ponction lombaire qui nous permettra de poser un diagnostic avec la paralysie générale, car vous savez que normalement la syphilis, à plusieurs moments de son évolution, et, plus encore, la syphilis des centres nerveux, détermine une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien, que nous ne savons pas distinguer de celle qu'on observe au cours de la paralysie générale. En revanche, l'ictus de la syphilis cérébrale présente, dans sa symptomatologie comme dans son évolution, quelques particularités qui lui sont habituelles. Récemment, j'avais l'occasion d'observer un officier qui, depuis plus de huit jours, se plaignait d'une douleur continue, assez vive et s'exaspérant la nuit, au point de déterminer de l'insomnie, douleur localisée sur la région pariétale gauche. Brusquement, il tomba paralysé de tout le côté droit : pendant deux jours, il eut de l'aphasie; puis, les jours suivants, tous ces symptômes si alarmants disparurent peu à peu, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique énergique. Vous voyez tout de suite l'importance pronostique dans un cas semblable : si vous avez affaire à la syphilis cérébrale, comme dans cette occasion, vous pouvez presque affirmer, pourvu que vous agissiez dès la première heure, une guérison rapide; si, au contraire, il s'agit de paralysie générale, il vous faut affirmer, non seulement la déchéance intellectuelle fatale, rapide et incurable, mais encore la mort au bout de quelques années. Eh bien! Messieurs, vous distinguerez l'ictus apoplectiforme du début de la paralysie générale, précisément à ce trait, qu'il est, dans son allure trompeuse, beaucoup moins alarmant que l'ictus de la syphilis cérébrale : pas de douleur cranienne localisée, nocturne et persistante pendant les jours qui précèdent; c'est brusquement, sur la scène, en pleine santé apparemment, que notre artiste lyrique est entrée officiellement dans la paralysie générale. Après l'ictus paralytique, pas ou peu de symptômes localisés traduisant quelque foyer cérébral; en deux heures, tout était fini chez notre malade, et elle quittait le foyer des artistes où on l'avait transportée, pour rentrer chez elle, son entourage tout à fait rassuré, et ne prêtant guère d'attention à ce qu'on croyait être une simple attaque d'hystérie.

En résumé, on peut dire que, *contrairement à la syphilis cérébrale, la paralysie générale ne fait précéder d'aucun symptôme notable ses ictus apoplectiformes et ne laisse rien ou presque rien après eux.*

Dans le premier cas, vous pourrez rassurer une famille qui s'alarme; dans l'autre, il vous faudra alarmer gravement une famille tout de suite rassurée.

Messieurs, je termine rapidement l'histoire très instructive, comme vous le voyez, de cette première malade : après cet ictus apoplectiforme, disparu sans laisser de traces, elle eut plusieurs attaques de moindre importance, des étourdissements et des états vertigineux. Puis, on s'aperçut d'un changement dans son caractère : elle se livrait à toutes sortes d'achats inconsidérés, faisait l'acquisition d'objets tout à fait inutiles ou sans aucune appropriation à ses besoins. Enfin, l'affaiblissement intellectuel se révéla tout à fait évident par des propos inconvenants, des actes grossiers et par une perte de la mémoire et une désorientation telles que, l'autre jour, son mari lui répondant qu'il était trois heures de l'après-midi, elle déclara que lorsqu'il serait midi on se mettrait à table pour déjeuner. En même temps, elle perdait tout sentiment affectif et, deux jours avant son entrée, sa fille voulant l'empêcher de sortir, elle la guetta derrière la porte pour la rouer de coups avec un gros bâton.

Bref, elle est arrivée progressivement dans l'état où vous l'avez vue, état que vous avez reconnu comme caractéristique de la paralysie générale confirmée et par ses signes mentaux et par ses signes physiques.

S'il fallait résumer les particularités intéressantes que présente l'histoire de cette malade, nous dirions qu'il s'agit d'une *paralysie générale survenue chez une hystérique, à la fois prédisposée héréditaire et syphilitique, avec début brusque par un ictus apoplectiforme, pris pour une attaque d'hystérie.*

***

Je vais maintenant vous montrer un second exemple de paralysie générale survenue chez une hystérique.

C'est encore une femme, je vous expliquerai tout à l'heure cette prédilection pour le sexe féminin. Elle a trente-quatre ans. Je ne vous dirai pas quelle est sa profession, parce qu'elle n'en a guère : elle a été jadis domestique, mais, depuis plusieurs années, c'est à l'hôpital qu'elle passe la plus grande partie de son temps.

Issue d'un *père alcoolique* et d'une *mère hystérique ou épileptique, sœur et tante de suicidés*, la malade, dès l'âge de sept ou huit ans, a eu des crises de nerfs se répétant plusieurs fois par mois : *crises hystériques* très certainement, les convulsions n'entraînant pas de perte complète de connais-

sance, ni les autres phénomènes propres à l'attaque épileptique.

C'est en 1898 qu'elle manifesta des troubles mentaux qui l'amenèrent une première fois à Sainte-Anne : M. Magnan, qui la vit à son entrée, M. Dufour, alors mon chef de clinique, les médecins de l'asile de Villejuif, où elle fût transférée, constatèrent tous l'existence d'attaques d'hystérie très fréquentes. Mais, en outre, elle présentait des *accès de rire* incessants, entremêlés de bavardages et de récriminations incohérentes qui révélaient un fond de *débilité mentale* surajoutée à l'hystérie.

Depuis ce temps, on l'a perdu de vue; mais vous la voyez maintenant dans un état qui n'est pas très différent de celui qu'elle présentait en 1898 : en un langage trop peu châtié, la malade, bien orientée et très lucide, se fait un plaisir de redire les mêmes récriminations et les mêmes injures grossières, niaises et enfantines, mentionnées il y a 5 ans. Vous l'entendez se plaindre de la surveillante, des infirmières, des autres malades, des médecins qui la soignent actuellement et de ceux qui l'ont soignée antérieurement. Sans se faire prier, elle raconte ses exploits, comment elle a dérobé à la surveillante un poulet qu'elle a mangé en cachette; mais une autre malade l'a dénoncée, on l'a isolée dans une chambre et elle se lamente. Elle vous dira aussi comment elle vivait en ces dernières années, allant d'hôpital en hôpital, rendant des petits services aux infirmières et aux malades, petits services qui étaient toujours rémunérées, sans quoi elle ne se fût pas privée de se payer elle-même En effet, elle n'a jamais beaucoup respecté le bien d'autrui : toute jeune, elle faisait l'école buissonnière et dérobait des pommes; plus âgée, l'idée de voler ne l'a pas quittée, elle a volé à différentes reprises. On trouve chez elle un grand nombre de perversions morales.

Voici comment elle est venue pour la seconde fois à Sainte-Anne : au cours de ses pérégrinations à travers les hôpitaux, elle se présenta, en mars dernier, à l'hôpital Cochin; M. Dufour la reconnut et la fit entrer. On n'observait toujours, chez elle, que des symptômes assez difficiles à interpréter : un état mental révélant surtout une assez grande débilité, une conversation bizarre et incohérente, des accès de rire. En revanche, les attaques d'hystérie avaient à peu près disparu.

On cherchait donc un diagnostic; et c'est pourquoi M. Dufour fut amené à pratiquer une *ponction lombaire*. A sa grande surprise elle lui fit découvrir une *lymphocytose* très nette du liquide céphalo-rachidien.

Sur ces entrefaites, elle eut une *fièvre typhoïde* (avril 1903) pour laquelle elle fut soignée dans le service de mon collègue, M. Chauffard. Cette fièvre typhoïde évolua normalement ; la guérison s'obtint assez régulièrement et la malade était en pleine convalescence, lorsqu'elle fut prise d'un accès d'excitation cérébrale au cours duquel elle se vante encore aujourd'hui d'avoir cassé seize carreaux en un seul jour. Il y avait danger à la garder dans un service de médecine générale, et M. Chauffard, pour lequel la malade n'a pas d'injures assez grossières, la fit passer ici, où elle entra le 22 mai dernier.

Son excitation maniaque se calma très rapidement et la malade redevint ce qu'elle était auparavant, c'est-à-dire telle que vous venez de la voir : *débilité mentale* manifeste, *perversions instinctives*; le délire, les hallucinations manquent complètement, car il paraît difficile de décorer du nom d'idées délirantes de persécution ou d'idées hypochondriaques toutes les récriminations niaises et les souffrances imaginaires dont se plaint sans cesse la malade. Nous en étions donc au même point qu'en 1898; mais nous avions en plus un renseignement, tout à fait précieux en l'espèce, que nous avait transmis M. Dufour : la lymphocytose, révélée par la ponction lombaire.

Tout de suite, cette lymphocytose rachidienne, chez cette malade affaiblie intellectuellement nous fit penser à la paralysie générale.

Nous avons donc recherché systématiquement les autres signes physiques de la paralysie générale et nous avons trouvé quelques *accrocs de la parole* pour les mots d'épreuve, et surtout une *inégalité pupillaire* très nette, avec *signe d'Argyll-Robertson*, qui nous permettent de conclure que, malgré l'absence de délire, notre malade est très certainement atteinte de paralysie générale progressive. *Lymphocytose rachidienne est loin de vouloir dire toujours paralysie générale; mais lymphocytose, avec inégalité pupillaire, accrocs de la parole et affaiblissement progressif de l'intelligence permet d'affirmer la paralysie générale.*

***

Messieurs, je voudrais, vous ayant montré ces deux malades et vous ayant rapporté leur histoire, en insistant sur ce qu'elle pouvait présenter d'instructif, vous dire maintenant, en quelques mots, ce que je pense de cette alliance de l'hystérie et de la paralysie générale dont nous venons d'observer deux exemples.

Tout d'abord, cette alliance est *rare* et il est tout à fait exceptionnel que deux malades se trouvent ainsi réunies en même temps dans mon service. Cette rareté s'explique par ce fait que la *paralysie générale* prédomine manifestement chez les *hommes*, tandis que l'*hystérie* est l'apanage, assurément pas exclusif, mais tout au moins de prédilection, de la *femme*. Sans cette circonstance, il n'y aurait aucune raison pour que la coexistence de ces deux affections ne s'observât pas très fréquemment. En effet, j'ai insisté en vous rapportant les antécédents héréditaires névropathiques de nos deux malades sur ce fait, capital à mon avis, que *tout le monde ne devient pas paralytique général.* Notre première malade semble bien avoir contracté la syphilis; la seconde paraît, malgré sa vie peu régulière, y avoir échappé. Mais peu nous importe, car nous savons que la syphilis ne suffit pas à créer la paralysie générale; tous les syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux, et tous les paralytiques généraux ne sont pas nécessairement syphilitiques. Ce qui est bien plus indispensable que le syphilis pour devenir paralytique général, c'est d'avoir une prédisposition spéciale aux troubles névropathiques ou mentaux, transmise héréditairement. Or, les hystériques remplissent tout particulièrement cette condition, et il n'est pas étonnant que, sur un terrain ainsi préparé, survienne la paralysie générale. Ce serait plutôt la rareté de cette coexistence qui serait pour nous étonner, si nous ne savions pas, comme nous venons de le rappeler, que la paralysie générale s'observe surtout chez les hommes et l'hystérie chez les femmes.

Un second point intéressant de l'alliance, assez rare, de ces deux affections, c'est qu'elles évoluent sur un même terrain, chez un même individu, sans, toutefois, coexister, au sens rigoureux de cette expression : les deux maladies s'imbriquent en quelque sorte sans se recouvrir; c'est-à-dire que si, au début de la paralysie générale, l'hystérie préexistante se traduit encore par des stigmates et des accidents caractéristiques, plus tard elle s'éteint et disparaît, pour laisser la place toute entière à la paralysie générale, évoluant par la suite suivant son mode habituel. Il semble que ces deux maladies présentent une certaine incompa-

tibilité et ne puissent coexister, sauf au début, lorsque l'une d'elles est peu accentuée. C'est que *l'hystérie et la démence sont contradictoires* : pour être hystérique il faut un certain degré d'activité cérébrale pervertie, mais réelle; dès que l'affaiblissement des facultés intellectuelles produit par la paralysie générale est un peu marqué, l'hystérie disparait.

Ainsi avons-nous constaté que, chez nos deux malades, les crises convulsives n'existaient plus depuis plusieurs mois et qu'on ne retrouvait plus, chez elles, les stigmates permanents de la névrose : *elles ont été hystériques, elles ne sont plus que des paralytiques générales*.

Et j'ajoute que la paralysie générale n'est guère modifiée par le terrain hystérique sur lequel elle s'est développée. Toutes les formes cliniques de la paralysie générale peuvent s'observer en des cas semblables : notre seconde malade ne présente que les signes physiques classiques joints à un affaiblissement intellectuel typique, mais sans aucune idée délirante; l'autre, au contraire, présente l'état mental caractéristique, débile et euphorique, aussi accusé que possible.

Le *diagnostic* se fera donc par les mêmes moyens et dans les mêmes conditions que pour la paralysie générale ordinaire. Toutefois, nous avons vu qu'il y avait un intérêt particulier, tant au point de vue du diagnostic que du *pronostic*, à ne pas prendre pour une attaque d'hystérie l'ictus apoplectiforme, par où une hystérique peut entrer dans la paralysie générale; et nous avons insisté sur l'utilité de la ponction lombaire révélant, en des cas analogues, une lymphocytose rachidienne précoce.

Quant au *traitement*, il va sans dire que le terrain hystérique sur lequel se développent certaines paralysies générales, ne saurait en rien influer sur l'action thérapeutique. Ces circonstances étiologiques particulières pourraient, au contraire, servir à démontrer l'inefficacité du traitement spécique là où la syphilis n'est nullement la raison indispensable et suffisante, et là surtout où elle n'existe pas.

Telles sont les considérations que je voulais vous présenter à l'occasion de ces deux malades. Je n'ai pas cru devoir vous rapporter les cas analogues, peu nombreux du reste, déjà publiés (Régis, Rey et Charpentier, Lieubouchine, Vigouroux et Juquelier, etc.), vous en trouverez l'indication dans le rapport intéressant que M. A. Marie a présenté à la Société médico-psychologique, dans sa séance du 30 mars 1903, sur les rapports de la paralysie générale et des névroses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre

Endothéliome de la rate. Splénectomie

M. Legueu. — M. **Le Fort** (de Lille), nous a adressé l'observation d'un homme de cinquante ans atteint d'une volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche. Longtemps auparavant, ce malade avait eu des fièvres intermittentes, et depuis deux années il s'était aperçu que son ventre grossissait. On avait reconnu que la rate était le siège de cette tumeur; un traitement médical fut institué, et, pendant une année, la tumeur diminua de volume; mais ce ne fut que momentané, et quand notre confrère a vu le malade, la tumeur remplissait une partie de l'abdomen. Il porta le diagnostic d'hypertrophie de la rate. L'ablation en fut facile, et, à l'examen histologique, on a découvert qu'il s'agissait d'un endothéliome; variété très rare de néoplasme de la rate. Le malade est resté en bonne santé depuis l'opération, qui date d'une année.

Anévrysme du creux poplité. Ablation

M. Legueu. — M. **Le Fort** nous a, d'autre part, communiqué une observation ayant trait à un anévrysme diffus du creux poplité. Le malade, âgé d'une cinquantaine d'années, avait reçu un coup de feu à la face externe de la cuisse gauche. La balle fut enlevée, mais, deux ou trois jours après, une tumeur pulsatile apparut. Deux mois après, la tumeur remplissait le creux poplité; elle présentait les caractères ordinaires d'un anévrysme. Comme la vitalité du membre était compromise, il y avait indication d'opération. L'incision des téguments et de l'aponévrose faite, notre confrère enleva de nombreux caillots et aperçut, au fond de la poche, un orifice paraissant un orifice artériel; la bande d'Esmarck desserrée, il vit le sang en sortir avec force. Après avoir avivé les bords de l'ouverture, il en fit la suture avec cinq points de catgut. Pendant huit jours, il n'y eut rien de particulier, mais, à la levée du pansement, on constata qu'une nouvelle tumeur pulsatile et soufflante s'était formée.

M. Le Fort, pensant que les fils avaient cédé, désunit la plaie cutanée et vit que la tumeur s'était formée en avant; il dut enlever toute la poche et sacrifier l'artère et la veine dans toute l'étendue du creux poplité. Le malade guérit sans incident.

A la dissection de la pièce, on a reconnu que la balle avait sur l'artère une double plaie, l'une antérieure, qui s'était cicatrisée, et l'autre postérieure, que l'on avait cru suturer; mais les sutures avaient été placées sur l'orifice de la gaîne. Ces sutures n'avaient pas cédé, et le sang s'était amoncelé entre cette gaîne et l'artère, dont la cicatrice antérieure s'était déchirée. Ainsi s'était formée la nouvelle tumeur.

Ankylose de l'épaule traitée par la résection de la tête humérale avec interposition musculaire

M. Nélaton. — Cette intéressante observation nous a été envoyée par M. **Coville** (d'Orléans). Elle a été recueillie sur une jeune fille de vingt-deux ans qui, à la suite d'un traumatisme (?) mal déterminé, était atteinte d'une ankylose de l'épaule depuis deux ans. Tout traitement ayant échoué, notre confrère a fait la résection de la tête de l'humérus et a interposé une bandelette musculaire entre l'extrémité supérieure de l'humérus et la cavité glénoïde. La cicatrisation rapidement obtenue, la malade a recouvré une partie des mouvements du membre. On voit, en effet, par les radiographies présentées, qu'elle peut mettre la main sur sa tête ou la porter en arrière à sa taille, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

Cette résection économique est-elle supérieure à une large résection? La malade peut faire des mouvements, mais des mouvements passifs et non actifs. Cependant sa situation a été très améliorée, puisqu'elle peut se servir de son bras; toutefois, cette observation ne peut être qu'un jalon dans cette question des résections avec interposition musculaire.

M. Delorme. — En voyant sur l'une des radiographies la déformation du thorax qui existe la main étant sur la tête, on est porté à croire que les mouvements ne s'exécutent pas dans l'épaule, mais entre le thorax et l'omoplate.

M. Routier. — Chez un malade, dont on avait méconnu une luxation de l'épaule, j'ai dû faire une résection très étendue pour obtenir des mouvements passifs suffisants. La guérison opératoire terminée, le malade, qui était charretier, pouvait se servir de son bras.

M. Quénu. — On ne peut juger de tels faits qu'en examinant les malades; il ne suffit pas de dire que des mouvements existent, il faut savoir où ils s'exécutent. J'ai fait un certain nombre de larges résections dans des cas de luxation ancienne, et presque toujours je n'ai obtenu que des résultats médiocres.

M. Delbet. — J'émets absolument la même opinion que M. Quénu; tous les résultats que j'ai observés ont été peu satisfaisants.

M. Nélaton. — Je répondrai à M. Delorme que l'omoplate participe évidemment au mouvement d'élévation du bras, mais pourtant il y a des mouvements au niveau de l'épaule, car avec une ankylose on n'obtiendrait pas une pareille élévation. Ce qui me paraît plus douteux, c'est de se prononcer sur la mesure de

ces mouvements, ainsi que sur l'utilité de l'interposition musculaire.

Quant à décider laquelle est préférable de la résection large ou de la résection économique, je crois qu'il est impossible de trancher la question. Elle doit être discutée avec netteté et sévérité et les faits seuls pourront nous éclairer à l'avenir.

Tumeur biliaire de la paroi abdominale

M. Michaux. — **M. Mordret** (du Mans) a eu à opérer une femme de quarante ans qui, à la suite de douleurs stomacales, présenta une tumeur mobile dans la fosse iliaque droite. Les téguments incisés, notre confrère constata que la tumeur adhérait à la paroi postérieure de l'abdomen, qu'elle s'enfonçait profondément et se continuait avec la vésicule biliaire qui contenait des calculs. La tumeur fut enlevée et les calculs de la vésicule extraits. Pendant quelques jours il y eut un écoulement de bile et la guérison survint. De tels faits sont rares, et l'on comprend, en pareil cas, la difficulté du diagnostic. Je me souviens pourtant d'un malade atteint d'une semblable tumeur qui était en continuité avec la vésicule biliaire; j'ai enlevé la tumeur et la vésicule en totalité.

Rétention biliaire calculeuse. Cholédocotomie

M. Michaux. — A M. **Baillet** (d'Orléans) appartient cette observation, recueillie sur une femme de quarante-cinq ans. La malade ayant présenté des accidents non douteux de lithiase biliaire, notre confrère a incisé l'abdomen. Ayant senti un calcul dans le canal cholédoque il a ouvert ce canal, extrait le calcul et fait la suture du conduit; quelques jours plus tard une fistule biliaire s'est créée et les accidents ont reparu.

M. Baillet a alors mis de nouveau à nu le canal cholédoque et l'a rouvert, puis il a porté son exploration digitale du côté du hile du foie et il a senti une induration au niveau des branches hépatiques; un massage au niveau de cette induration a mobilisé de la poussière calculeuse qui est venue s'écouler par la fistule et, après quelques jours de sortie de liquide biliaire, la guérison a été définitive.

J'ai déjà insisté en pareil cas sur une exploration complète du cholédoque et j'ai montré qu'elle était facile avec le doigt dans l'hiatus de Winslow. On ne doit pas omettre de la faire. Après avoir évacué les calculs je suis partisan de la suture des parois du canal; je l'ai faite dans douze cas sans avoir eu aucun accident; cette suture est facile et avantageuse; je ne me dispense de la faire que s'il y a du gonflement ou menaces d'infection.

M. Quénu. — Je remarquerai tout d'abord que si M. Mordret n'avait pas suturé le canal, les calculs intra-hépatiques seraient sortis spontanément, ce qui aurait évité une seconde intervention, toujours difficile. Pour faciliter cette intervention on pourrait laisser un fil conducteur, dont j'ai pu apprécier une fois l'avantage.

Quelquefois, le retour des accidents n'est pas dû à des calculs, mais à des bouchons muqueux; aussi l'on peut se demander s'il ne vaut pas mieux s'abstenir de suturer le cholédoque. Le fait de M. Baillet viendrait à l'appui de cette opinion.

M. Schwartz. — Comme cause du retour des accidents on peut encore citer la formation de caillots sanguins. Aussi, pour ces différentes raisons, je préfère la cholédocotomie sans sutures à la cholédocotomie avec sutures. D'ailleurs, la fistule consécutive se ferme d'elle-même très rapidement. Quant au broiement aveugle des calculs, il ne doit être fait que si la partie est découverte et, dans ce cas même, il vaut mieux inciser.

M. Michaux. — Je n'ai eu qu'à me louer des sutures du cholédoque et je crois qu'on aurait tort de ne pas les faire.

Extirpation d'un volumineux angiome de la lèvre inférieure

M. Faure. — Vous vous rappelez cette observation que nous a communiquée **M. Morestin.** Son intérêt principal consiste, la tumeur ayant été enlevée, dans la réfection de la lèvre au moyen de deux lambeaux cutanés et de la reconstitution de la commissure par un artifice de suture de la peau et de la muqueuse.

Présentations

M. Delbet. — Trois enfants *traités par les appareils de marche.*

M. Delbet. — Homme : *Arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne.*

M. Demoulins. — Homme : *Luxations des os du pied.*

OZENNE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier

M. **Lancereaux**, président sortant, lit un résumé des travaux de l'année, résumé qui nous a paru plutôt long, probablement parce que nous n'en avons pas entendu un mot. Et cependant la salle était aux trois quarts vide, ce qui diminuait d'autant le « susurrus » des conversations particulières.

Après ce résumé, le président sortant a invité M. le prof. **Tillaux** à prendre la présidence.

M. Tillaux fait l'éloge de son prédécesseur, « qui a présidé lui même toutes les séances »; il félicite le secrétaire perpétuel de son grand talent d'orateur — c'est admis par tous — et de ses qualités... d'administrateur!

M. Tillaux a recueilli des applaudissements quand il a parlé de « l'aménité de caractère et du rare talent d'écrivain » du secrétaire annuel, M. Motet, enfin de l'excellente gestion du « ministre des finances », M. Hanriot.

Recherches sur l'alimentation des enfants

M. Budin communique à l'Académie, en collaboration avec M. Pierre **Planchon**, le résultat d'une partie de leurs recherches sur l'alimentation des enfants.

C'est dans les consultations de nourrissons, créées par lui en 1892, qu'il a pu suivre des nourrissons jusqu'à l'âge de deux ans. Il s'agit d'enfants de femmes pauvres, nés tous à l'hôpital. C'est l'allaitement maternel qui est par dessus tout encouragé; lorsque les seins ne fournissent plus assez, on distribue une quantité nettement déterminée de lait de vache, stérilisé au bain-marie, dans de petites bouteilles contenant chacune la valeur d'un repas. C'est l'allaitement mixte.

A la consultation, les enfants sont suivis jusqu'à la fin de la seconde année, c'est-à-dire pendant les périodes, si difficiles pour eux, de la dentition et du sevrage. La consultation ayant lieu le vendredi est devenue si considérable que, depuis le mois de mars dernier, c'est-à-dire depuis neuf mois, il a fallu en organiser une seconde, le mercredi. L'allaitement au sein étant surtout encouragé, presque toutes les femmes nourrissent: 95 % environ des enfants ont pris dans le sein de leur mère tout ce qu'il était capable de produire; l'allaitement artificiel n'a guère été fait que dans la proportion de 5 %.

Depuis que M. Budin est à la clinique Tarnier (mars 1898), 712 enfants ont suivi la consultation du vendredi pendant un mois au moins et deux ans au plus. MM. Budin et Planchon n'étudient pas, cette fois, l'allaitement au sein. Ils rappellent seulement que, même dans ces cas, des accidents sérieux de suralimentation peuvent survenir si la mère n'est pas bien dirigée.

On a recours à l'allaitement mixte lorsque les seins sont manifestement insuffisants; c'est la balance qui sert de guide principal. On doit absolument éviter la suralimentation. Il vaut mieux que pendant quelque temps l'alimentation soit légèrement insuffisante. En effet, si l'enfant ne prend pas assez, il peut ne pas s'accroître, il peut même diminuer de poids, mais il n'aura pas de troubles digestifs. Dès qu'on lui donnera davantage, qu'on lui fera prendre la quantité de lait nécessaire, il augmentera très rapidement. Des exemples montrent qu'à l'aide de cette méthode par tâtonnements on évite la suralimentation et les accidents qui en sont la conséquence.

MM. Budin et Planchon laissent de côté l'allaitement artificiel dans les premiers mois; ils déclarent n'en avoir pas une expérience suffisante. Mais, suivant eux, cet allaitement artificiel, pratiqué dès le début, est difficile et dangereux. Certes, on peut montrer des nourrissons plus ou moins âgés qui sont splendides, et qui ont été élevés au lait de vache; cela ne veut pas dire qu'ils ont toujours

été beaux et qu'ils n'ont pas couru beaucoup de risques.

Après plusieurs mois, quand les enfants pèsent de 5 à 6 kilogr. et qu'on est amené à les allaiter artificiellement, on doit leur donner environ 1/10e du poids du corps, c'est-à-dire 100 grammes par kilog d'un lait pur contenant à peu près 38 grammes de beurre par litre.

Ce chiffre moyen peut servir de guide au médecin, qui tiendra compte aussi de la nature particulière de l'enfant, de son état de santé ou de maladie, de la composition du lait, etc.

Dans la deuxième année, on pourra ajouter au lait un peu de farine, de façon à faire des soupes légères; et c'est encore la même quantité, 100 gramme par kilog., et, dans certains cas, moins encore, qui sera suffisante pour l'enfant.

C'est sur 120 observations, prises avec grand soin, que MM. Budin et Planchon se fondent pour formuler ces conclusions. Jusqu'à vingt-quatre mois, ils ne donnent que du lait et des soupes faites avec du lait. Ils ne donnent pas de bouillon. Ce liquide est très peu nourrissant et offre des inconvénients: il détermine parfois des garde-robes fétides et dégoute certains enfants du lait qu'ils ne veulent plus boire.

Les œufs ne sont même pas conseillés; quelques enfants ne les supportent pas; les œufs, à Paris, coûtent cher aux femmes du peuple qui sont pauvres; enfin, l'hiver, ils sont anciens et de mauvaise qualité.

En procédant ainsi, on obtient de bons résultats. Les troubles digestifs, la gastro-entérite, et tous les accidents dus à la suralimentation ont presque complètement disparu.

Aucun cas de scorbut infantile n'a été observé. MM. Budin et Planchon publient la statistique de la mortalité pour la consultation du vendredi, sur 712 enfants; la mortalité portant sur une année entière, c'est-à-dire sur 365 jours, a été de 46 pour 1000, tandis qu'elle est de 178 pour 1000 dans la ville de Paris.

Aucun enfant n'a succombé, à la consultation, à des infections du tube digestif, tandis que, dans la ville, ils sont morts dans la proportion de 65 pour 1000, soit qu'ils aient été élevés au sein, soit qu'ils aient été élevés artificiellement. La mortalité par maladies contagieuses: variole, rougeole, etc., a été, à peu de chose près, la même qu'en ville. La mortalité par affections pulmonaires a été, à la consultation, de 17 pour 1000 au lieu de 32 pour 1000 dans la ville de Paris.

Ces chiffres montrent combien sont excellents les résultats obtenus dans les consultations de nourrissons, et dans quelles proportions ces institutions peuvent contribuer à la diminution de la mortalité infantile.

Importance du diagnostic étiologique dans le choix du traitement de l'abcès du sinus maxillaire

M. Jarre (Paris). — Conclusions: 1° L'abcès du sinus maxillaire est, dans la très grande majorité des cas, un abcès dentaire, simple ou compliqué de nécrose, ou bien un kyste radiculaire abcédé, ouverts dans le sinus;

2° Le pus, dans l'abcès maxillaire, a pour origine principale, non pas l'état inflammatoire de la muqueuse, mais bien une lésion profonde, intra-osseuse, le plus souvent d'origine alvéolaire (racine de dent malade, séquestre, kyste);

3° Dans l'abcès du sinus maxillaire, la suppression de la cause profonde de la suppuration est suivie d'une guérison rapide et définitive;

4° Les lésions secondaires de la muqueuse du sinus (inflammation périfistulaire, végétations, etc.) guérissent en quelques jours à la suite de la disparition de la cause productrice du mal sans qu'il soit nécessaire d'intervenir d'aucune manière du côté de l'antre d'Hygmore.

G.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Masson

La quatorzième édition du *Manuel de pathologie interne* de M. Dieulafoy

Depuis sa première édition, en 1884, le succès que ce *Manuel* obtint d'emblée auprès des élèves ne s'est ni démenti, ni ralenti. On en est à la 14e édition; en trois années les 7 ou 8000 exemplaires de l'édition précédente ont été écoulés. Et il s'agit d'un ouvrage en quatre volumes dont le prix est, par suite, forcément un peu élevé — du moins pour une bourse d'étudiant — bien qu'il soit modique par rapport au contenu.

Assurément, on peut expliquer en grande partie le succès persistant de ce *Manuel* par ses qualités de précision, de concision et de clarté, par l'appropriation remarquable du style au but didactique poursuivi, par le soin constant de mettre la bibliographie bien au point sans abuser des références, par la division en volumes de format commode, par le choix très heureux des figures, etc., etc.; mais il y a autre chose, que voici.

Deux particularités caractérisent ce *Manuel*, tel, du moins, qu'il se présente dans les dernières éditions et plus particulièrement dans celle-ci:

1° C'est le seul livre de pathologie où la clinique s'entremêle constamment à la pathologie. Au lieu de n'avoir sous les yeux que des descriptions didactiques, forcément abstraites et sèches, on voit défiler les malades que le professeur a présentés, comme plus particulièrement instructifs, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu. Leur histoire résumée est habilement intercalée dans le texte proprement dit. Elle n'occupe pas assez de place pour interrompre l'unité nécessaire dans la description du sujet traité, elle en occupe assez pour rendre très vivante cette description, pour en mettre en saillie les points essentiels et les graver fortement dans l'esprit reposé du lecteur.

2° Le *Manuel* de M. Dieulafoy est le seul ouvrage de pathologie interne où se trouvent traitées les grandes questions médico-chirurgicales dont l'importance pratique n'est plus discutable. Les autres livres de pathologie interne renvoient, sur ce point, aux livres de pathologie externe, qui, eux, s'occupent surtout du manuel opératoire.

Dans les uns comme dans les autres, le praticien chercherait vainement ce qui lui importe cependant beaucoup, à savoir les éléments d'un diagnostic médical et chirurgical tout à la fois, et une notion claire des indications opératoires. M. Dieulafoy a très heureusement comblé cette lacune. Les « addita, » dans cet ordre d'idées, de cette quatorzième édition, comprennent la discussion des indications de l'intervention chirurgicale dans les néphrites (décapsulation du rein), dans les albuminuries par rein mobile (néphropexie), dans les ulcères stomacaux de l'exulceratio simplex, dans l'appendicite, les tumeurs de la fosse iliaque droite, les tumeurs cérébrales, les obstructions du cholédoque, etc.

En finissant, nous nous permettrons de signaler, au chapitre des maladies de l'appareil respiratoire, deux oublis qui pourraient passer pour des lacunes. Ils concernent le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'auscultation — une auscultation qui n'a rien de sorcier — et la spléno-pneumonie, justement dénommée maladie de Grancher.

Bien que nous nous gardions avec soin, dans ce journal, de manier l'encensoir devant nos maîtres — et, *a fortiori*, devant nos collaborateurs — nous pouvons cependant dire que le « diagnostic précoce — et facile — de la tuberculose pulmonaire par l'auscultation » a une trop grande importance pratique, et que la « spléno-pneumonie » est une forme morbide trop caractérisée pour ne pas mériter d'être mis en évidence dans un livre classique. Nous sommes certains, du reste, qu'il nous aura suffi de signaler cet oubli à M. Dieulafoy pour qu'il le répare avec empressement dans la plus prochaine édition, qui sera bien vite là, et que suivront beaucoup d'autres.

J. Janicot.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur

M. Claudot, méd. insp., dir. de l'école du service de santé militaire.

Au grade d'officier

Les méd. princ. de 1re cl.:

M. Donion, méd.-chef de l'hôp. mil. de Bordeaux.

M. Momo, dir. du serv. de santé du 2e corps.

M. Mussat, méd.-chef de l'hôp. mil. de Belfort.

Le méd.-maj. de 1re cl.:

M. Schmitt, méd.-chef de l'hôp. mil. de Dunkerque.

Au grade de chevalier

Les méd.-majors de 1re cl.:

M. Barreau, au 136e d'inf.
M. Bordes-Pagès, au 142e d'inf.
M. Buol, au 71e d'inf.
M. Eymeri, au 99e d'inf.
M. Gruson, au 91e d'inf.
M. Krantz, au 1er étranger.
M. Lafitte, au 155e d'inf.
M. Pilon, au 111e d'inf.
M. Poissan, au 14e d'inf.
M. Sieur, aux hôp. mil. de la div. d'Alger.
M. Tribe, au 8e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl.:

M. Apard, au 9e esc. du train.

M. Descubes, au 14e bat. d'art. à pied.
M. Glorget, au 3e tir. algériens.
M. Guillabert, au 17e bat. de chass. à pied.
M. Jury, au 14e dragons.
M. Lenez, au 7e dragons.
M. Méchin, au 5e génie (bat. des télégr.)
M. de Montéty, au 23e chass. à pied.
M. Notin, au 3e esc. du train.

ARMÉE TERRITORIALE

Au grade d'officier

Le méd.-maj. de 1re cl. :
M. Potheau, affecté dans le 8e corps.

Au grade de chevalier

Les méd.-maj. de 1re cl. :
M. Lagrange, affecté dans le 18e corps.
M. Legendre, affecté dans le 7e corps.
M. Walther, aff. dans le gouv. mil. de Paris.

NOMINATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été nommés aux grades ci-après énoncés, et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de méd. princ. de 1re cl.

Le méd. princ. de 2e cl. :
(Choix) M. Testevin, à l'hôp. mil. de Bordeaux, en rempl. de M. Forgemol de Bostquénard, retr.— Maintenu.

Au grade de méd.-princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :
(Choix) M. Hassler, à l'hôp. mil. de Bordeaux, en rempl. de M. Dulery, retr.— Maintenu.
(Choix) M. Labit, à l'hôp. mil. Saint-Martin (P. O.), détaché au cabinet du ministre de la guerre, en rempl. de M.Testevin, pr.— Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
(Choix) M. Bergasse, au 30e d'inf., en rempl. de M. Lepagnez.— Maintenu.
(Ancienneté) M. Pruvost, au 15e d'art., en rempl. de M. Romain, retr. — Maintenu.
(Choix) M. Renaud, au 36e d'inf., en rempl de M. Beylier. — Maintenu.
(Ancienneté) M. Estor, en rempl. de M Badin, retr. — Dés. pour le 161e d'inf.
(Choix) M. Maison, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie, en rempl. de M. Dumontier. — Maintenu.
(Ancienneté) M. Bosc, en rempl. de M. Spite. — Dés. pour le 108e d'inf.
(Choix) M. Jaubert, en rempl. de M. Noel, retr. — Dés. pour les hôp. mil. de la div. d'Oran.
(Ancienneté) M. Sagrandi, en rempl. de M. Hassler, pr. — Dés. pour le 96e d'inf.
(Choix) M. Keim, en rempl. de M. Labit, pr.— Dés. pour le 142e d'inf.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
2e tour (choix) M. Peltier, à l'infir.-hôp. de l'Ubaye, en rempl. de M. Théaulon, dém.— Maintenu.
3e tour (ancienneté) M. Angué, au 25e d'inf., en rempl. de M. Finck, dém.— Maintenu.
1er tour (ancienneté) M. Gabrielle, au 111e d'inf., en rempl de M. Bergasse, pr.— Maintenu.
(Choix) M. Boullier, au 12e chass. à cheval, en rempl. de M. Pruvost, pr. — Maintenu.
3e tour (ancienneté) M. Raoul-Deslongchamps, au 151e d'inf., en rempl. de M. Renaud, pr. — Maintenu.
1er tour (ancienneté) M. Demilly, en rempl. de M. Estor, pr.— Dés. pour les hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie.
2e tour (choix) M. Fischer, au 158e d'inf., en rempl. de M. Maison, pr. — Maintenu.
1er tour (ancienneté) M. Daireaux, en rempl. de M. Jaubert, pr. — Dés. pour le 123e d'inf.
2e tour (choix) M. Mazellier, aux hôp. mil. de la div. d'Oran, en rempl. de M. Sagrandi, pr. — Maintenu.
3e tour (ancienneté) M. Desse, en rempl. de M. Keim, pr.— Dés. pour le 17e d'art.
3e tour (ancienneté) M. Carrine, en rempl. de M. Bosc, pr. — Dés. pour le 10e d'art.

MUTATIONS

Les mutations suivantes ont été effectuées parmi les officiers du corps de santé désignés ci-après :

Les méd.-maj. de 1re cl. :
M. Duroux, au 37e d'inf.
M. Carlier, aux salles mil. de l'hosp. de Grenoble.
M. Lanel, à l'hôp. mil. du camp de Châlons.
M. Prost-Maréchal, au 22e d'art.
M. Bordes-Pagès, au 125e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
M. Boyé, au 162e d'inf.
M. Quehery, au 70e d'inf.
M. Tersen, au 84e d'inf.
M. Sturel, au 20e chass. à cheval.
M. Biscons, au 8e cuirassiers.
M. Vigneron, au 69e d'inf.
M. Cros, au 5e chass. d'Afrique.
M. Bronner, à l'hôp. mil. de Rennes.
M. Finot, au 2e bat. d'art. à pied.
M. Lions, au 1er zouaves.
M. Fournié, au 144e d'inf.
M. Viguier, à la dir. du service de santé du 17e corps.
M. Drouineau, au 2e esc. du train.
M. Palet, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.
M. Delmas, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.
M. Rispal, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.
M. Sallet, surv. à l'éc. d'app. du serv. de santé mil.
M. Gault, au 79e d'inf.
M. Ligouzat, à la dir. du serv. de santé du 11e corps.
M. Serre, au 8e bat. d'art. à pied.
M. Rudeer, au 11e dragons.
M. Gauthier, au 12e bat. d'art. à pied.
M. Paul, au 65e d'inf.
M. Viry, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
M. Mazière, au 1er tir. algériens.
M. Bernard, au 4e d'art.
M. Pascal, au 145e d'inf.
M. Melliés, au 160e d'inf.
M. Long, au 52e d'inf.
M. Magerand, hôp. mil. de la div. d'Alger.
M. Ménard, hôp. mil. de la div. d'Alger.
M. Mailhetard, au 3e dragons.
M. Domage, au 4e chass. d'Afrique.
M. Périer, au 2e étranger.
M. Louet, au 2e cuirassiers.

Le méd. aide maj. de 2e cl. :
M. Potet, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promu et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

M. le méd.-major de 1re cl. Gouzien, chef du service de santé à la Côte-d'Ivoire.

Au grade de chevalier

M. le méd.-major de 2e cl. Spire.
MM. les méd. aides maj. de 1re cl. Lemasle et Dardenne.

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd. princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :
(Emploi vacant) M. Capus, en service en Indo-Chine. — Maintenu.
(Emploi vacant) M. Fortoul, en service en Indo-Chine. — Maintenu.
(Emploi vacant) M. Dumas, en service en Indo-Chine.— Maintenu.
(Emploi vacant) M. Clavel, en service en Indo-Chine.— Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
(Ancienneté) M. Jacquin, en service en Indo-Chine, en rempl. de M. Capus, pr. — Maintenu.
(Choix) M. Guillauteau, en service au corps d'occ. de Chine, en rempl. de M. Fortoul, pr. — Maintenu
(Ancienneté) M. Lépinay, chef du service de santé à la Guyane, en rempl. de M.Dumas, pr. — Maintenu.
(Choix) M. Branzon-Bourgogne, en service à la Martinique, en rempl. de M. Clavel, pr. — Maintenu.
Ancienneté (emploi vacant) M. Dérobert, en service à Madagascar. — Maintenu.
Choix (emploi vacant) M. Mas, en service au consulat de Canton.— Maintenu.
Ancienneté (emploi vacant) M. Villette, en service à Madagascar.— Maintenu.
Choix (emploi vacant) M. Emily, en service au 24e d'inf. (bat. de Cette). — Maint. prov.
Ancienneté (emploi vacant) M. Sadoul, en service en Indo-Chine.— Maintenu.
Choix (emploi vacant) M. Martel, en service à Madagascar.— Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-majors de 1re cl.:
(Ancienneté) M. Chaumanet, à la Guyane, en rempl. de M. Guiol, déc. — Maintenu.
(Ancienneté) M. Vallet, à la brigade de réserve du corps d'occ. de Chine au Tonkin, en rempl. de M. Jacquin, pr. — Maintenu.
(Choix) M. Broquet, à la Réunion, en rempl. de M. Guilloteau, pr.— Maintenu.
(Ancienneté) M. Cavazza, du cadre de l'Afrique occid., en rempl. de M. Lépinay, pr. — Maintenu.
(Ancienneté) M. Cartron, à Madagascar, en rempl. de M. Branzon-Bourgogne, pr.— Maintenu.
(Choix) M. Dardenne, du 4e d'inf., en rempl. de M. Dérobert, pr. — Maintenu.
(Ancienneté) M. Nédelec, à la Guyane, en rempl. de M. Mas, pr.— Maintenu
(Ancienneté) M. Brouillard, en rempl. de M. Villette, pr. — Aff. au 1er d'inf.
(Choix) M. Lemasle, au Soudan, en rempl. de M. Emily, pr.— Maintenu.
(Ancienneté) M. Perrot, du 2e d'inf., en rempl. de M. Sadoul, pr. — Maintenu.
(Ancienneté) M. Lamarque, à la Réunion, en rempl. de M. Martel, pr.— Maint. prov.
Choix (emploi vacant) M. Le Greigner, en Indo-Chine.— Maintenu.

Ancienneté (emploi vacant) M. Guillemet, du caire de l'Afrique occid. — Maintenu.

Ancienneté (emploi vacant) M. Abadie Bayro, à Saint-Pierre et Miquelon. — Maintenu.

Choix (emploi vacant) M. Grandmaire, à la Guyane. — Maintenu.

Ancienneté (emploi vacant) M. Imbert, en Indo-Chine. — Maintenu.

Ancienneté (emploi vacant) M. Péloli, au consulat de Long-Tchéou. — Maintenu.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

M. Pitres, prof à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Au grade de chevalier

MM. Morin et Lapointe, de Paris.

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

MM. Bellemanière, G. Bloch, M. Bloch, Buret, Chavanne, Fillatreau, Hischmann, Huchard, Laloy, Laurent, Macé, Martinier, Nais de Nittis, Olivier, Pelaprat, Rombinovitch, Sarremone, Vervaest, Weil, de Paris.

MM. Alirol, au Puy; Arragon, à Bastia; Bossion, à St-Arnaud; Bousquet à Rodez; Bretenaker, à Châlons sur-Marne; Burlot, à Marseille; Capdeville, à Alfortville; Caron, au Havre; Claudo, à Claus; Danlos, à Montmartin-sur-Mer; Didion, à Muzeray; Dufaur, à Valence-d'Agen; Durand, à Preuilly-sur-Claise; Edouard, à Châtillon-sur-Chalaronne; Farina, à Menton; Gaud, à Melle; Guelliot, à Reims; Meyer, à Beaumont; Roux-Fleury, de Saint-Antoine; Sauné, d'Aspet; Treille, à Lavaveix-les-Mines; Tourtelot, à St-Fort sur-Gironde; Zuccarelli, à Bastia.

Officiers d'académie

MM. Bassinot, Baudoin, Berthet, Blacque, Bœhler, Boucher, Bourdin, Bouvard, Caboche, Calmels, Claisse, Coutet, Da Costa Let, Courvoisier, Coyon, Corié, Delhommeau, Dumène, Fournier de Lempdes, Fourniol, Gaube, Gros, Dufournier, Hamon, Heins, Henriot, Herbert, Jalaguier, Jorqs, Laboulais, Lafitte, Lafon, Lagarde, Lamoise, Lapeyre, Laquerrière, Lardiley, Le Cocq, Lemasson-Delalande, Lenormand, Lespinasse (méd. major des sapeurs-pompiers), Lesur, Lièvre, Louart, Louit, Lozé, Malherbe, Martinot, Mesnard, Migot, Montagné, Mousseaux, Mortier, Nigoni, Nobécourt, Nogué, Ombrédanne, Ouazana, Page, Pédebidou, Perdu, Perrier, Peyramaure-Duverdier, Postevin, Quidet, Regimbeau, Robert, Robin-Massé, Saint-Cène, Segall, Strokeker, Tarnaud, Thomas, Vallat, Vauthrin, Vieubled, à Paris.

M. Gachet, méd. de la marine.

MM. Andrieu, à Capdenac; Augé, à Fabrezon; Audoire, à la Turbie; Avierinos, à Marseille; Arrous, à Perpignan; Auvert, à Aurillac; Bailleul, à Pontorson; Baradue, à Châtel-Guyon; Bartoli, à Saint-Louis; Batalier, de Montpellier; Bègne, de Souplet; Belliard, de Biscarosse; Bergeron, de Brizambourg; Bernal, de Nice; Berthe, à Gagny; Besairie, de Saint-Constant; Betous, à Barrèges; Bonnarme, de Pons; Bonnefous, à Broqués; Bouquet, à Grabels; Bourcet, à Montereau; Boutes, à Ganges; Bulinot, de Constantine; Cabrol, de Béziers; Camescasse, à St-Arnoult; Carcy, à St-Mère; Castin, à Vaucluse; Cauvin, de Nice; Chabonreau, à Châtillon-sur-Loire; Charvillat, de Clermont-Ferrand; Chinsky, à Viroflay; Choffé, à Ancourt; Cohendy, de Coâtel-Guyon; Corez, de St-Amand-les-Eaux; Cornebois, à Hussein-Dey; Cottigny, à Haubourdin; Dauban, à Entraygues; David, à Angoulême; Delbecque, à Briis-sur-Forges; Dourdel, à Montreuil-sous-Bois; Delort, à Argenton-sur-Creuse; Demange, à Orbais-l'Abbaye; Desse, à Ammi Moussa; Dimitroff, à Pennes Mirabeau; Ducrocq, de Winquinghem; Dudefoy, à Chartres; Dulion, à Tolosanne; Dunozier, à Bordeaux; Duand, à Verdon; Datac, à Fervaques; Ecnous, à La Chartre; Espagne, à Aumessas; Etienne, de Sacy; Fayard, à Péage-de-Roussillon; Ferrier, à Saint-Médard-en Salle; Foucaud, à Châtel-Guyon; Fournier, à Boiscommun; Gachet, à Tosse; Gandon, à Bourg-des-Comptes; Galibert, à Oran; Gaumé, à Laval; Gélibert, de Lyon; Germaix, à Alger; Gibert, au Havre; Gigon, à St-Calais; Gourivaud, à Brest; Guiguard, à Guitres; Guillem, à Villefranche; Hodeau, à Crubigny-la-Ville; Jourdau, à Marseille; Lacaze de Sardac, à Lectoure; Latiénle, à Cransac; Laurent, à Noisy-le-Sec; Lejamptel, à Dol-en-Bretagne; Lesieur, à Lyon; Lombart, à Saint-Martory; Lora, à Djidjelli; Louart, à Lamotte-Beuvron; Lourier, à Elbeuf; Loustau, à Neauphle-le-Château; Mangin, à St-Martin-d'Abloïs; Mannoni, à Mondoubleau; Mariani, à Propriano; Marty, à Aix-les-Bains; Mariz, à Châlon-sur-Saône; Masqueray, à Auffay; Mendaille, à Cahors; Mercier, à Bazoche-Gouet; Mocquot, à Appoigny; Morani, à Muro; Munot, à Châlon sur-Saône; Nollet, St-Saur; Orlowsky, à Mirebeau; Pavie, à Villemomble; Perceptied, au Mont-Dore; Pezet, à Figeac; Piorry, à Verrières; Pitchon, à Créteil; Plouzané, à Pont-l'Abbé; Portal, à Flassans; Poulain, à La Ferté-Macé; Pourrière, à Marseille; Rastouil, à La Rochelle; Reyt, à Nantes; Roche, à Oradou-sur-Vayres; Rocher à Colombes; Roger, à Noyon; Rouhet, à Taillecavat; Roumaillac, à Captieux; Royer, à Bar-sur-Aube; Saint-Florent, à St-Junien; Sardac, à Lectoure; Scoffier, à Nice; Sternberg, à Castres; Thévenet, à Noyons; Thiroux, à Saint-Amand; Thoret, à Hardinghen; Tulasne, à Asnières; Vacher, à Pré-en-Pail; Vaisson, à Centres; Vaugien, à Mascara; Velley, à Saint-Hilaire-aux Loges; Verliac, au Gua; Verdier, méd.-major au 3e zouaves, Constantine; Veze, méd.-major à Blida; Vinsonneau, à Autrèches; Vivalda, à Breil; Walch, au Havre; Weydenmeyer, à Bourges.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 29 décembre

13 Gomand — 12 Troisier — 10 A. Patry — 9 Savouré — 8 Daveinère — 7 Guyot, Bonta — 6 Hernette, Chandesris — 5 F. Patry.

Pathologie

29 décembre

11 Trouvé — 10 Lafarge — 9 Daversin — 8 Roederer, Lesage — 5 Dureau — 4 Boulland-Pelissier.

30 décembre

14 Huchet — 11 Ferté — 10 Lasnier, Simon, Gimbert — 9 Perrigault — 8 Faugeron — 7 Bouchaud, Loumagne — 6 Handelsmann, Wickersheimer.

5 janvier

11 Couturier, Teisseire — 10 Lemoine, Bourgaud, Doory — 9 Feuillier — 8 Raymond — 7 Lemercier, Partarrier — 4 Rigaud — 3 Thévenin.

A PROPOS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LA GARNISON DE BREST

A propos de l'épidémie de fièvre typhoïde de Brest, M. le sénateur Treille vient d'adresser à M. le ministre de la guerre la lettre suivante :

Paris, 4 janvier 1904.

Monsieur le Ministre,

Désirant me rendre à Brest à la fin de la semaine, pour étudier sur place les conditions dans lesquelles s'est développée la regrettable épidémie qui y règne actuellement, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faciliter l'accès des casernes qui se trouvent frappées.

Ma conviction, d'ailleurs, est que l'autorité militaire, pas plus que la municipalité, n'est incriminable. On est victime là, comme on l'a été trop souvent, de circonstances fortuites qu'il était difficile de prévoir, et, sans doute, d'empêcher.

L'épidémie de Brest paraît due uniquement à la concentration momentanée des hommes dans les casernements. La ville serait indemne. L'origine doit en remonter aux premiers froids de la fin de novembre et au commencement de décembre. C'est une de ces épidémies de serre chaude, comme je les appelle, qui se produisent au moment des froids et des mauvais temps, lorsque les hommes se trouvent forcément astreints à rester dans les chambres.

Ces explosions sont moins fréquentes, mais généralement beaucoup plus intenses, plus meurtrières que celles d'été, comme si les hommes étaient plus fortement empoisonnés, ainsi qu'en témoignent toutes celles que nous avons eu à enregistrer dans ces dernières années, et qui ont fait l'objet de fréquentes discussions, surtout devant le Sénat.

C'est l'histoire des épidémies de Cosne, de Lure, de Castres, du lycée Saint-Louis, etc. ; leur étude attentive et serrée montre que l'eau n'y est pour rien.

Aussi je crois — et je vous demande respectueusement la permission de vous le dire — que l'interdiction, dont les débits et restaurants de certains quartiers de Brest ont été frappés, ne peut que porter un préjudice sérieux au commerce, sans profit réel pour la santé des troupes.

Il faut s'attendre à ce que l'épidémie dure six semaines à deux mois, suivant la règle, c'est-à-dire que, pendant ce laps de temps, on pourra en observer encore des cas.

En pareille circonstance, le desserrement des chambrées, leur grande aération, la dispersion des compagnies dans les casernements plus vastes, l'absence de surmenage, une meilleure alimentation peuvent, cependant, empêcher des hommes, en imminence morbide, de tomber tout à fait malades.

Veuillez agréer, etc.

Dr Alcide TREILLE

Sénateur.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. Marfan.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CROUP (1)

(Suite et fin)

IV

TUBAGE OU TRACHÉOTOMIE ?

I

Quand l'intervention est décidée, on a le choix entre deux opérations : l'intubation ou la trachéotomie. On vous en a déjà montré la technique; on vous a dit aussi quels soins spéciaux il fallait donner aux enfants tubés ou trachéotomisés. La question que nous avons à résoudre aujourd'hui est la suivante : à laquelle de ces deux opérations doit-on donner la préférence?

A l'heure présente, l'accord est à peu près unanime : le tubage est l'opération de choix; la trachéotomie est l'opération de nécessité, celle que l'on fait quand une raison s'oppose à ce que l'on pratique le tubage.

La supériorité du tubage est à peu près généralement acceptée. Mais il faut que vous sachiez qu'elle n'a pu être établie par les statistiques. En effet, la pratique de l'intubation n'a commencé à se généraliser qu'au moment de la découverte de la sérumthérapie;et il faut renoncer à comparer les résultats de la trachéotomie avant l'emploi du sérum à ceux du tubage depuis l'emploi du sérum. En France, l'intubation n'a été employée couramment que depuis la fin de l'année 1894. C'est M. Roux qui, au moment même où il fournissait les moyens d'appliquer la sérumthérapie, conseilla de pratiquer l'intubation. Dans sa communication au Congrès de Budapest, il s'exprimait ainsi : « Avec le sérum, la trachéotomie doit être, dans la grande majorité des cas, remplacée par le tubage. En effet, il ne s'agit plus maintenant de laisser un tube à demeure dans le larynx, pendant des journées; il suffira, le plus souvent, de le maintenir en place pendant un jour ou deux, pour prévenir l'asphyxie imminente et gagner du temps, jusqu'à ce que les fausses membranes se détachent. Notre conviction à ce sujet est si forte que nous espérons bientôt montrer par des faits que le tubage est le complément de la sérumthérapie. Dans l'avenir, la trachéotomie sera l'exception, au grand bénéfice des enfants. »

II

Plusieurs années se sont écoulées, et la prédiction de M. Roux s'est réalisée. Mais ce n'est pas pour les raisons qu'on en donnait tout d'abord.

A ceux qui ont également pratiqué l'intubation et la trachéotomie, les avantages de la première sur la seconde se sont montrés les suivants.

En premier lieu, *le tubage n'est pas une opération sanglante.* L'absence de plaie diminue les chances d'infection. Elle rend plus faciles les soins ultérieurs; elle supprime les pansements et permet de donner des bains, médication si utile en cas de bronchite et de broncho-pneumonie. L'absence de plaie rend aussi la convalescence beaucoup plus simple.

L'intubation n'est pas, comme on l'a affirmé à tort, une opération plus facile que la trachéotomie; elle exige une initiation au moins aussi longue. Mais elle a l'avantage de *pouvoir être apprise par des exercices assidus sur le cadavre.* Il est, à coup sûr, indispensable de ne faire une trachéotomie sur le vivant qu'après avoir souvent répété l'opération sur des cadavres d'enfants, surtout d'enfants très jeunes; mais on sait que, malheureusement, ces exercices ne préparent qu'imparfaitement à faire une trachéotomie sur le vivant, chez lequel la turgescence du cou, l'écoulement sanguin, l'absence d'immobilité absolue changent complètement les conditions de l'opération. Au contraire, le tubage sur le cadavre reproduit assez exactement ce qui se passe sur le vivant. Aussi vous ai-je conseillé de répéter fréquemment, à l'amphithéâtre, sous la direction du moniteur, le tubage et surtout le détubage avec l'extracteur. J'ai remarqué que les internes qui ne font leur première intubation sur le vivant qu'après s'être suffisamment exercés sur le cadavre, réussissent assez souvent du premier coup.

Un troisième avantage de l'intubation, le plus sérieux, à mon sens, réside dans *la moindre gravité des accidents opératoires.* Le plus sérieux est la fausse route, qu'on évitera presque sûrement si on obéit à la règle capitale d'opérer avec douceur, sans effort, et à laquelle on peut d'ailleurs remédier par la trachéotomie. L'accident le plus commun, à savoir l'introduction du tube dans l'œsophage, ne fait courir aucun risque au malade. L'impossibilité de placer le tube dans le larynx est assez rare quand on a quelque expérience: en ce cas, si l'état du sujet l'exige, on a toujours la ressource de pratiquer immédiatement la trachéotomie. Au contraire, avec la trachéotomie, les fautes opératoires sont faciles à commettre et peuvent avoir des conséquences graves: si l'incision n'est pas rigoureusement sur la ligne médiane, ou si elle est faite trop haut et porte sur le cartilage cricoïde, l'introduction de la canule peut être impossible, ce qui peut coûter la vie au sujet; une incision trop basse peut être la cause d'hémorragies graves. Les trachéotomistes les plus expérimentés savent si bien que ces fautes sont facilement commises, qu'ils ne commencent presque jamais l'opération sans émotion. Le tubage n'expose pas à ces dangers, ce qui permet à celui qui le pratique de garder son sang-froid. Il faut ajouter que l'apnée et la syncope sont moins fréquentes pendant le tubage que pendant la trachéotomie.

Enfin on a donné, en faveur de l'intubation, un argument qui, bien qu'un peu théorique, doit être pris en sérieuse considération. L'intubation a l'avantage de *permettre la respiration par les voies naturelles.* Tandis que, chez le sujet trachéotomisé, l'air arrive directement dans la trachée et dans les bronches; chez l'intubé, il n'y arrive qu'après avoir traversé les premières voies, le nez ou la bouche, qui l'échauffent, le dépouillent d'une partie de ses impuretés, et partant lui enlèvent des propriétés nuisibles. On peut prévoir par là, qu'avec l'intubation, le nombre des infections secondaires des voies respiratoires doit diminuer notablement. En fait la broncho-pneumonie à la suite du croup est aujourd'hui moins fréquente et moins grave qu'autrefois. Il est probable que ce résultat est dû, pour une part tout au moins, à la substitution du tubage à la trachéotomie; mais il est difficile de l'affirmer avec certitude parce que, comme je l'ai déjà indiqué, d'autres facteurs contribuent à cette amélioration la sérumthérapie elle-même, la meilleure organisation de nos hôpitaux et le traitement plus efficace de cette complication.

S'il faut en croire M. Landouzy, l'intubation aurait sur la trachéotomie l'avantage, non seulement de diminuer les chances de broncho-pneumonie secondaire, mais encore de ne pas prédisposer à la tuberculose. M. Landouzy a, en effet, avancé que presque tous les anciens trachéotomisés mouraient de tuberculose. Il est difficile de vérifier cette assertion, car avant l'emploi

(1) Voir *Bulletin médical*, 1903, n° 96, 98 et 100.

de la sérumthérapie, le nombre des trachéotomisés qui survivaient était infime, et depuis que la sérumthérapie s'est généralisée, l'intubation s'est presque substituée à la trachéotomie. Aussi ne peut-on s'étonner que les travaux de vérification entrepris par Trumpp, Pfaundler, Pipping et d'autres (1) n'aient pas conduit à des conclusions bien fermes. Pour ma part, je connais six anciens trachéotomisés qui, arrivés à l'âge adulte, sont indemnes de tuberculose. Le seul point que les enquêtes dont je viens de parler ont bien mis en lumière, c'est la fréquence, à la suite de la trachéotomie, de la raucité de la voix et de la disposition aux oronchites. Pareils troubles ne se retrouvent pas chez les anciens intubés.

Tels sont les avantages qui ont établi la suprématie de l'intubation.

Etudions maintenant les inconvénients de cette opération et recherchons dans quels cas ces inconvénients doivent nous y faire renoncer et nous faire choisir la trachéotomie, soit d'emblée (trachéotomie primitive), soit après l'intubation (trachéotomie secondaire).

III

En premier lieu, y a-t-il des cas dans lesquels le tubage présente de tels inconvénients, qu'il faille d'emblée y renoncer et recourir à la *trachéotomie primitive*?

J'aborde tout de suite la question à la fois la plus importante et la plus controversée : a-t-on le droit de pratiquer l'intubation lorsqu'on ne peut laisser en permanence, auprès du malade, un assistant capable de tuber, de détuber, et de faire, au besoin, une trachéotomie? Si on n'a pas ce droit, l'intubation est une opération qui doit être faite seulement à l'hôpital et dans les grandes villes où se trouvent des internes expérimentés; ailleurs, on doit lui préférer la trachéotomie. C'est la manière de voir de quelques médecins, en particulier de M. Sevestre et de M. Variot, et pour la defendre, on fait valoir des arguments dont on ne peut contester la force.

Il arrive, quelquefois, que le tube est bouché brusquement par une fausse membrane; il en résulte immédiatement de l'asphyxie, voire même de l'apnée, et l'enfant peut succomber si on ne le détube pas immédiatement; donc, il est nécessaire de laisser auprès de lui une personne capable d'extraire le tube.

D'autres fois, il arrive que le tube est craché dans un effort de toux; après ce rejet, le malade continue assez souvent à respirer assez bien, et parfois, peut s'en passer définitivement; mais, dans certains cas, aussitôt le tube expulsé, la dyspnée se rétablit tellement violente qu'il faut immédiatement retuber; la possibilité de ces faits entraîne donc la nécessité d'une surveillance assidue.

Enfin, quand on détube après le délai habituel, il peut arriver que la dyspnée recommence, soit tout de suite, soit quelques heures après, et qu'elle devienne assez violente pour exiger une nouvelle intervention; en sorte que, même après le détubage, une surveillance permanente est nécessaire.

Sans aucun doute, ces arguments sont très pressants; mais on peut les discuter. C'est ce qu'ont fait nombre de médecins qui n'ont pas hésité à pratiquer le tubage dans la clientèle privée et qui, tout en ne s'éloignant pas beaucoup de l'opéré, ne le surveillaient pas d'une manière permanente. A les en croire, les résultats sont très satisfaisants. Vous trouverez la défense du tubage, sans surveillance permanente, exposée dans les publications de MM. Jacques, Escat, Trumpp, Avendano, Bonian, LLorente, Deguy et Weill (1).

Voici comment les partisans du tubage sans surveillance permanente répondent aux arguments précédents.

Sans aucun doute, l'obstruction brusque du tube est un accident très sérieux, qui exige le détubage immédiat. Mais, avec les perfectionnements de la technique, il est devenu rare (moins de 1 %). Il est dû, surtout, au petit calibre du tube employé; donc, quand on opère en ville, on aura soin de mettre le tube qui convient à l'âge et au développement de l'enfant. Quand, en raison de l'œdème ou de toute autre circonstance, on est obligé de mettre un tube de calibre insuffisant, on laissera e fil en place, ce qui est possible grâce à certaines précautions; en cas d'occlusion brusque, la garde-malade n'aura qu'à tirer sur le fil pour extraire le tube; en tout cas, au bout de douze ou vingt-quatre heures, on essaiera de mettre un tube plus gros.

Quant à l'expulsion spontanée du tube, c'est une objection moins grave. D'abord, après ce rejet, il est assez fréquent que le malade puisse se passer de tube soit définitivement, soit pendant quelques instants, voire quelques heures, ce qui donne le temps de prévenir le médecin. De plus, cet accident est très rare quand on emploie un tube de calibre suffisant; on est donc conduit à la conclusion précédente : lorsqu'on opère en ville, il faut employer un tube d'un calibre aussi élevé que le permettent les conditions du sujet.

Enfin, quand on a détubé l'enfant dans les délais ordinaires, il suffira de rester auprès de lui pendant une demi-heure pour parer à tout accident. En effet, dit M. Escat, la réapparition de la dyspnée après l'extraction du tube peut être due : 1° soit au spasme de la glotte, soit, beaucoup plus rarement, à une paralysie des dilatateurs; dans ces deux cas, le tirage se montre aussitôt après que le tube a été enlevé; 2° soit à l'œdème de la muqueuse (par inflammation intense ou par ulcération), soit, beaucoup plus rarement, à la persistance de fausses membranes, auxquels cas le tirage ne se rétablit que progressivement, lentement, et la réintubation n'est nécessaire qu'au bout de deux ou trois heures, temps largement suffisant pour rappeler le médecin.

Finalement, M. Escat remarque que le nombre des tubés qui meurent par défaut de surveillance permanente est certainement inférieur à celui des trachéotomisés qui succombent à un accident opératoire.

En se fondant sur tous ces arguments, les partisans du tubage sans surveillance permanente concluent que les indications de cette opération et celles de la trachéotomie sont les mêmes à l'hôpital et dans la pratique privée.

Telles sont les deux opinions en présence. Il nous est difficile de prendre position dans ce débat. Ce n'est que par des observations nombreuses que la question peut être jugée; or, à Paris, quand nous faisons un tubage en ville, pouvant placer l'enfant sous la surveillance d'un interne expérimenté, nous nous gardons bien de ne pas le

(1) Sur l'avenir des trachéotomisés et des intubés, voir Trumpp : 73e réunion des médecins et des naturalistes allemands, tenue à Hambourg en septembre 1901. — Pfaundler : *ibid.* — Abrams : *Journal d'hygiène*, 25 août 1902. — Pipping. — *Zeitsch. f. Biologie*, 1903, XLIX, p. 138-145.

(1) Jacques (de Marseille) : De l'intubation du larynx dans la clientèle privée (Marseille, 1899). — Escat (de Toulouse) : La pratique du tubage dans la clientèle (la *Presse médicale*, 2 septembre 1899). — Trumpp : 71e réunion des médecins et des naturalistes allemands (Munich, septembre 1899). — Avendano : Intubation du larynx (Paris, 1902, p. 198 et 239). — Bonian : Traité de l'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte (Paris, 1902, p. 159). — Deguy et Weill : Manuel pratique du traitement de la diphtérie (Paris, 1902, p. 200, 201). — LLorente : Congrès international de médecine de Madrid, 1903. — Weill : La diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, de 1901 à 1902 (Soc. méd. des hôp., 12 juin 1903, p. 709).

faire. Toutefois, pour que nous puissions nous faire une idée approximative à ce sujet, j'ai demandé à M. Lenhardt de relever tous les accidents de tubage qui se sont produits au pavillon de la diphtérie pendant une année et qui auraient pu, dans la pratique privée, être une source de dangers. Ce relevé, qui sera publié sous peu, n'est pas défavorable à la pratique du tubage dans la clientèle privée.

Somme toute, je serais disposé à admettre le tubage sans surveillance permanente aux conditions suivantes :

1° Le médecin devra avoir une pratique du tubage assez longue pour prévoir les accidents possibles; 2° il devra ne pas trop s'éloigner de son malade et devra toujours pouvoir être retrouvé dans un délai d'une heure au plus; 3° il pourra placer auprès du patient une personne intelligente et de sang-froid. Si ces conditions ne peuvent être réalisées, mieux vaut faire la trachéotomie d'emblée, à moins que la famille ne déclare formellement qu'elle s'oppose à cette opération.

En somme, quand on peut exercer une surveillance sinon permanente, du moins très assidue, le tubage devra être préféré à la trachéotomie; dans le cas contraire, par exemple à la campagne, lorsque le médecin habite assez loin de son malade, l'incision de la trachée sera l'opération de nécessité.

Un autre cas où la trachéotomie sera obligatoire, est celui où, pour une raison quelconque, on ne peut introduire le tube; ce cas ne se présentera que bien rarement lorsque l'opérateur sera très familier avec l'intubation; mais, en raison de sa possibilité, on ne devra jamais commencer une intubation sans avoir préparé à l'avance tout ce qui est nécessaire pour une trachéotomie.

Lorsqu'on est appelé à intervenir chez un enfant au stade ultime de l'asphyxie, en état de collapsus, dans la période agonique, la plupart des médecins, même ceux qui sont partisans du tubage, conseillent de renoncer à cette opération et de faire la trachéotomie. Pour ma part, je commence toujours par faire une tentative d'intubation, et en voici les raisons : ceux qui conseillent la trachéotomie d'emblée, dans les cas de croup au stade ultime de l'asphyxie, se fondent sur deux arguments : d'abord, disent-ils, la respiration artificielle, qu'il est souvent nécessaire de pratiquer dans ces circonstances, est plus aisée avec la canule trachéale qu'avec le tube laryngé qui, sous l'influence des mouvements, peut sortir du larynx et tomber dans le pharynx. Je puis répondre à cet argument que nous avons fait assez souvent la respiration artificielle sur des enfants tubés pour être certain que, chez eux, elle peut s'effectuer aussi bien que chez les trachéotomisés; il suffit de ne pas mettre la tête trop pendante et de s'assurer de temps en temps, avec le doigt, que le tube est bien dans le larynx. Le second argument des partisans de la trachéotomie primitive est que le tube risque de refouler et de tasser des fausses membranes et, par suite, d'aggraver l'asphyxie; cet argument a plus de valeur, mais il n'implique pas la nécessité de faire tout de suite la trachéotomie, sans avoir essayé l'intubation; j'ai vu, en effet, qu'on pouvait assez souvent, grâce à elle, rétablir la respiration aussi bien qu'avec la trachéotomie. Dans un cas de croup arrivé au stade ultime de l'asphyxie, je place d'abord un tube long et j'injecte 1 cc d'huile mentholée; si le sujet continue à respirer mal, j'enlève le tube (j'ai pris la précaution de ne pas retirer le fil tout de suite); parfois, comme le tube long descend très bas dans la trachée et fait une sorte d'écouvillonnage, son ablation est suivie du rejet de fausses membranes: alors si la respiration est satisfaisante, je laisse le sujet sans tube; mais comme, en pareil cas, il y a du spasme de la glotte et de l'œdème sous-glottique, le plus souvent la dyspnée ne tarde pas à reparaître; je remets alors un tube long que je laisse en place. Si, malgré la présence de ce tube, la dyspnée n'est qu'atténuée, c'est qu'il y a de la diphtérie trachéo-bronchique ou de la broncho-pneumonie, auxquels cas l'expérience prouve que la trachéotomie n'apporte guère plus de soulagement que l'intubation. En désespoir de cause, on peut alors enlever le tube et faire la trachéotomie, bien qu'avec celle ci le résultat ne soit généralement pas meilleur.

Il y a pourtant un cas, un seul, où il faut faire délibérément la trachéotomie : c'est lorsque l'introduction du tube aggrave notablement la dyspnée ou détermine de l'apnée et que la respiration artificielle démontre que l'air ne passe pas par le tube; alors, ou il y a une fausse route, ou le tube a refoulé et tassé une fausse membrane qui obstrue l'orifice inférieur du tube; dans ce dernier cas, l'enfant, étant en état d'asphyxie avancée, aucune stimulation, comme l'injection d'huile mentholée, ne pourra lui faire faire l'effort d'expectoration nécessaire au rejet de cette fausse membrane par le tube laryngé; or, si elle n'est pas expulsée, la mort surviendra sans délai; il faut alors faire la trachéotomie; bien que le résultat en soit très aléatoire, il faut la faire sans hésitation, car j'ai vu des enfants qui, ayant rejeté, après l'introduction de la canule dans la trachée et sous l'influence des mouvements de la respiration artificielle, une longue couenne, ont été ainsi sûrement arrachés à la mort (1). Je puis ajouter, d'après une expérience déjà longue, que cette indication ne se présentera que rarement; sans doute disparaîtrait-elle si on injectait du sérum à temps et à doses suffisantes.

On a avancé qu'il fallait renoncer à l'intubation et recourir à la trachéotomie primitive en cas de diphtérie maligne avec processus nécrotiques et en cas d'œdème notable du vestibule du larynx, dans la crainte que la présence du tube n'aggrave les altérations, qu'on suppose alors très profondes, de la muqueuse laryngée. Nous avons assez souvent pratiqué le tubage avec succès dans des cas de ce genre pour considérer ces craintes comme chimériques. Même en cas d'œdème très marqué des replis aryténo-épiglottiques, nous avons vu la dyspnée disparaître ou s'atténuer par l'introduction du tube dont la présence en pareil cas ne nous a pas paru avoir d'inconvénient.

L'existence d'une broncho-pneumonie, constatée avant l'opération, loin d'être une objection au tubage, doit, au contraire, faire choisir cette forme d'intervention qui prédispose moins aux infections descendantes secondaires et qui permet surtout de baigner le malade. On a bien dit que, en cas de broncho-pneumonie, la trachéotomie est supérieure au tubage parce qu'elle facilite le drainage des bronches; mais cette assertion est en désaccord avec les faits que j'ai observés ici.

C'est surtout dans le traitement des laryngites qui surviennent au cours de la *rougeole* que le tubage a été attaqué. Nous avons déjà étudié ces laryngites qui sont dues tantôt à l'enanthème morbilleux, tantôt à une diphtérie secondaire. Quelle qu'en soit la nature, elles peuvent déterminer une dyspnée assez violente pour mettre dans l'obligation d'intervenir.

M. Josias et surtout M. Netter, d'ailleurs partisans du tubage, déclarent que, dans ces laryngites de la rougeole, cette opération donne de mauvais résultats, qu'elle favorise le développement de la broncho-pneumonie,

(1) Marfan. — Sur une indication de la trachéotomie (Société de pédiatrie, 17 novembre 1903).

qu'elle détermine facilement des ulcérations laryngées et trachéales, en raison de la vulnérabilité de la muqueuse des voies respiratoires atteinte par la rougeole. Lorsqu'une laryngite suffocante survient au cours de cette maladie, sauf quelques cas exceptionnels, ils conseillent de faire d'emblée la trachéotomie, dont les résultats, pour n'être pas brillants, seraient tout de même meilleurs que ceux de l'intubation. Une discussion sur ce point s'est ouverte à la Société de Pédiatrie au commencement de 1900 (séances de janvier, mars et avril). L'opinion de MM. Josias et Netter n'a pas été approuvée. Contrairement à ce qu'ils avaient avancé, MM. Richardière et Balthazard, M. Sevestre, M. Ausset sont venus déclarer qu'ils avaient obtenu, dans la rougeole, de meilleurs résultats avec le tubage qu'avec la trachéotomie; ils reconnaissent que le larynx morbilleux est très vulnérable et, par suite, ils recommandent de temporiser le plus possible, surtout au début où la laryngite, due généralement à l'enanthème, s'améliore souvent très vite au moment de l'apparition de l'exanthème; en outre, ils conseillent de laisser le tube peu de temps et de faire rapidement la trachéotomie secondaire (après un à deux jours, suivant Richardière et Ausset; après quatre jours, suivant Sevestre). Dans le mémoire le plus récent, M. Linsbauer, qui a observé à la Clinique de Bokaï, soutient la supériorité de l'intubation d'une manière beaucoup plus absolue; il trouve que les auteurs français font beaucoup trop tôt la trachéotomie secondaire qui, d'après lui, pourrait être évitée par des réintubations multiples (1). Les faits que nous avons observés au Pavillon de la diphtérie sont en faveur de l'opinion de MM. Bokaï et Linsbauer. Certes la mortalité est encore assez élevée avec le tubage; cela tient surtout à la broncho-pneumonie morbilleuse, si grave surtout quand la rougeole est associée avec la diphtérie; mais le tubage ne peut être rendu responsable de cette complication. Il est vrai que les altérations laryngées paraissent un peu plus fréquentes dans la rougeole; mais elles ne sont pas spéciales à cette maladie, et en tout cas, comme nous le verrons dans un instant, elles ne peuvent être une objection au tubage. En conséquence, quand une laryngite survenant au début, au cours ou au déclin de la rougeole, détermine une dyspnée qui fait craindre l'imminence de l'asphyxie, nous conseillons de la traiter délibérément par l'intubation (1).

On doit, d'ailleurs, suivre la même ligne de conduite dans toutes les laryngites suffocantes, quelle que soit leur nature. A propos du diagnostic, nous avons indiqué les diverses espèces de ces laryngites. Les indications respectives de l'intubation et de la trachéotomie doivent être établies pour elles comme pour le croup.

En somme, vous le voyez, les indications de la trachéotomie primitive sont très restreintes. On ne doit renoncer d'emblée à l'intubation et faire la trachéotomie que si le malade ne peut être l'objet d'une surveillance sinon permanente, au moins très assidue, si, pour une raison quelconque, on ne parvient pas à introduire un tube dans le larynx, et enfin, si, l'enfant étant au stade ultime de l'asphyxie, l'introduction du tube aggrave manifestement la dyspnée ou détermine de l'apnée, indication qui se présentera rarement.

IV

Recherchons maintenant quelles sont les indications de la *trachéotomie secondaire?* Quels sont les cas où, l'intubation ayant déjà été faite, il y a lieu de la remplacer par la trachéotomie?

Lorsque le tube a été introduit dans le larynx, la disparition de la dyspnée est, le plus souvent, presque immédiate; à peine l'enfant a-t-il été remis dans son lit, que sa respiration est devenue facile, calme et silencieuse. Dans quelques cas, cependant, il n'en est pas ainsi; après le tubage, la dyspnée persiste, quelquefois même elle s'aggrave. Alors, on s'assure que le tube est bien dans le larynx et on injecte, par son orifice, une petite quantité d'huile mentholée; cette injection provoque ordinairement une quinte de toux, parfois suivie du rejet d'une fausse membrane qui bouchait le tube. Si cette manœuvre ne réussit pas, on enlève le tube, et cette ablation peut, elle aussi, provoquer l'expulsion d'une couenne. Comme il est rare que la dyspnée, dans la genèse de laquelle interviennent l'œdème de la muqueuse et le spasme glottique, diminue après cette expectoration, on remettra un tube et on choisira alors un tube long. Quand toutes ces manœuvres n'ont abouti ni au rejet des fausses membranes, ni à la suppression ou à la diminution notable de la dyspnée, nombre de médecins conseillent de faire la trachéotomie, dans la pensée que la persistance de la gène respiratoire est due à l'existence de fausses membranes trachéales, qui pourront s'éliminer plus facilement par la canule. Or, l'expérience apprend que cette prévision ne se réalise que bien rarement; la dyspnée persiste, le plus souvent, aussi intense après qu'avant la trachéotomie faite dans ces conditions; c'est qu'alors il existe habituellement de la broncho-pneumonie ou de la diphtérie des bronches, et la dyspnée que déterminent ces affections n'est pas plus soulagée par la trachéotomie que par l'intubation. Aussi avons-nous à peu près complètement renoncé à faire la trachéotomie dans les cas de ce genre; nous nous bornons à laisser un tube long; quand celui ci est d'un calibre suffisant, il peut laisser passer des fausses membranes aussi considérables que la canule trachéale. Toutefois, nous nous expliquons très bien qu'en pareil cas, on fasse la trachéotomie, en désespoir de cause.

L'obstruction du tube peut se produire tardivement; elle est alors brusque ou lente. Brusque, elle est due, le plus souvent, à une fausse membrane; lente, elle est due tantôt à une petite fausse membrane qui pénètre progressivement dans le tube; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, à du mucopus plus ou moins épais. Alors, la conduite à tenir doit être la même que dans le cas précédent; injecter de l'huile mentholée, détuber, retuber avec un tube long et de calibre suffisant. Si l'obstruction du tube se répétait fréquemment, je me déciderais, sans doute, à faire une trachéotomie; mais, il faut que ces cas à obstruction très répétée du tube soient bien rares, puisque nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer.

On a avancé, aussi, que la difficulté de déglutition dont souffrent presque tous les enfants tubés, surtout dans les premières heures, pouvait, dans certains cas, être si marquée, qu'il y avait lieu d'enlever le tube et de faire une trachéotomie. Nous n'avons pas observé de cas de ce genre. Quand on a soin de donner des aliments liquides ou semi-liquides, de les faire absorber très lentement par petites cuillerées ou par petites gorgées, le malade étant à demi-couché sur le côté, les malades s'alimentent, en général, très suffi-

(1) Depuis, M. Comba a publié encore un mémoire qui est favorable en somme au tubage dans la rougeole (Sulla cura delle laringostenosi acute nel morbillo; *Rivista di clinica pediatrica*, mars 1903).

(1) Dans les laryngites de la rougeole, Bokaï conseille d'employer, comme l'avait déjà fait O'Dwyer, des tubes d'ébonite enduits de gélatine à l'alun. Cette manière de faire préviendrait ou guérirait rapidement les ulcérations.

samment ; dans les cas où il n'en est pas ainsi, on a recours au gavage et non pas à la trachéotomie. Chez les tubés, la déglutition provoque ordinairement de la toux, qui indique une occlusion insuffisante de l'orifice supérieur du larynx par l'épiglotte ; on a donc craint qu'il n'y ait là une condition favorisant la pneumonie de déglutition, et on a conseillé de gaver systématiquement tous les tubés. L'expérience montre que cette pratique n'est pas nécessaire ; la toux est un moyen de protection très suffisant contre la pénétration des aliments dans les voies respiratoires. Le gavage doit être réservé aux sujets qui ne s'alimentent pas suffisamment, ou à ceux qui présentent des phénomènes paralytiques.

Avec les perfectionnements de la technique, surtout quand on emploie un tube de grosseur suffisante, le *rejet spontané du tube*, dans un accès de toux, est un accident rare. Le tube sorti du larynx est quelquefois avalé, ce qui ne présente aucun danger. L'expulsion spontanée du tube est, en général, un fait accidentel, lié à une obstruction brusque du tube; les efforts de toux et de respiration que fait alors le malade provoquent la sortie du tube; dans ces conditions, ce rejet est souvent une circonstance favorable en ce que la fausse membrane obturante est expulsée avec le tube. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, le rejet du tube se répète fréquemment à intervalles rapprochés; alors, si on a employé un tube de grosseur suffisante, il faut penser à la possibilité d'une paralysie précoce des muscles du larynx; les signes de malignité de la diphtérie, toujours présents en pareils cas, la coexistence d'une paralysie du voile du palais mettront sur la voie de ce diagnostic. Dès qu'on le soupçonnera, il vaudra mieux faire une trachéotomie; la canule trachéale tiendra facilement et assurera la respiration. Mais, il faut savoir que, quoi qu'on fasse, le pronostic est très sombre en pareil cas; la broncho-pneumonie est presque fatale et l'extension des phénomènes paralytiques au diaphragme est très fréquente; aussi faut-il toujours s'attendre à une issue fatale.

Il me reste à aborder un des problèmes les plus importants que soulève la question de l'intubation; il s'agit de la conduite à tenir lorsque des *ulcérations laryngées* se sont développées, déterminant du spasme de la glotte et de l'œdème de la muqueuse, et, par suite, une dyspnée avec tirage intense qui reparaît toutes les fois qu'on retire le tube.

Lorsqu'un malade a été tubé, on retire généralement le tube au bout de deux ou trois jours; dans le plus grand nombre des cas, le malade peut, dès lors, s'en passer; quelquefois, soit immédiatement, soit quelques heures après l'extubation, le sujet se remet à tirer et on est obligé de lui remettre un tube; on le laisse encore un ou deux jours, puis on l'extrait; il arrive qu'on est obligé de retuber une troisième fois, une quatrième et même une cinquième fois.

Quelles sont les causes qui déterminent la persistance de la dyspnée? Dans quelques cas, il peut s'agir d'un spasme glottique simple se produisant chez des sujets particulièrement névropathes, à la faveur d'une irritation persistante de la muqueuse du larynx; mais, dans ces cas, qu'on peut soupçonner à l'absence de fièvre et à ce que le tube extrait du larynx revient poli, sans taches noires, il est bien rare que l'on soit obligé de réintuber plus de deux ou trois fois, surtout si, dans les douze heures qui précèdent le détubage, on a soin d'administrer une potion antispasmodique (1).

Dès que la nécessité de réintuber se prolonge, on peut être sûr qu'il existe des altérations assez sérieuses de la muqueuse du larynx, le plus souvent des ulcérations, exceptionellement un rétrécissement fibreux.

Les ulcérations du larynx sont généralement imputées à la compression de la muqueuse par le tube; on les considère comme des lésions de décubitus (2).

Nous examinerons dans un instant s'il faut accepter cette pathogénie sans restrictions. M. Variot dit que, chez les enfants qui succombent après avoir gardé le tube plus de trois ou quatre jours, on trouve ces ulcérations dans plus du tiers des cas. M. Sevestre déclare que, si on met de côté les exulcérations superficielles auxquelles il ne faut pas attacher d'importance, les ulcérations véritables, celles qui mettent le cartilage à nu, sont beaucoup plus rares que ne l'indique M. Variot · encore plus rares sont celles qui s'accompagnent de lésions de ces cartilages; nos observations concordent avec celles de M. Sevestre. Ces ulcérations siègent de préférence dans la région sous-glottique, au niveau du cartilage cricoïde; on en trouve aussi quelquefois un peu plus bas sur la trachée, plus rarement au niveau de la région des aryténoïdes. De tous les signes qui ont été indiqués pour le diagnostic de ces ulcérations, le meilleur est, à coup sûr, la nécessité de répéter l'intubation plusieurs fois; il faut y joindre, quoi qu'on en ait contesté la valeur, les taches noires qui se voient sur les tubes extraits, toujours aux mêmes points et qui sont dues à la sulfuration du métal par le pus. Je ne parle pas de l'examen laryngoscopique parce qu'il est à peu près impraticable tant que la présence du tube est nécessaire.

Ces ulcérations ont pour conséquence à peu près fatale de déterminer du spasme glottique et de l'œdème de la muqueuse et, par suite, une dyspnée qui exige la présence presque permanente du tube. Dans quelques cas, fort rares puisque je n'en ai observé qu'*un sur plus de mille* sujets tubés au pavillon depuis deux ans et demi, la laryngite ulcéreuse évolue vers le rétrécissement fibreux définitif.

Avant de rechercher quelle est la meilleure conduite à tenir en pareils cas, il y a lieu d'examiner l'opinion généralement admise sur la pathogénie de ces ulcérations laryngées. Ainsi que je le disais il y a un instant, on les impute généralement à la compression exercée par le tube sur la muqueuse. Parmi les arguments sur lesquels on se fonde pour admettre cette pathogénie, il n'y en a que deux à retenir. D'abord, on invoque le siège habituel des ulcérations au niveau de la région cricoïdienne, région où le larynx est plus étroit que la trachée et sur laquelle la pression doit être la plus forte; or, il faut remarquer que cette région sous-glottique est le siège de prédilection de toutes les lésions phlegmasiques et ulcéreuses profondes du larynx et qu'on y peut voir des ulcérations même quand on n'a pas fait de tubage (par exemple dans la rougeole); en outre, la région cricoïdienne, lorsque le tube est en place, correspond à sa partie sus-ventrale qui a un calibre approprié à sa lumière; somme toute, elle n'est soumise à la compression qu'au moment même de l'introduction du tube, ce qui est insuffisant pour créer des ulcérations profondes. On dit aussi que les ulcérations, qui siègent très bas sur la trachée, ne se voient que lorsqu'on s'est servi d'un tube long et qu'elles correspondent à son extrémité inférieure; or, nous avons constaté des ulcérations trachéales chez des sujets à qui on n'avait mis que des tubes courts. Un second argument est la fréquence plus grande de ces lésions depuis la généralisation

(1) Voir la formule donnée dans la précédente leçon.

(2) D. Galatti — Die Intubations Geschwür und seine Folgen (Les ulcérations au cours du tubage et leurs suites). Monographie. Vienne 1901.

de la pratique du tubage; tout en admettant que la présence du tube dans un larynx très altéré a une influence favorisante sur la genèse des ulcérations, nous pensons qu'on a exagéré l'augmentation de leur fréquence depuis la pratique du tubage et que cette augmentation est plus apparente que réelle. C'est ce qui ressortira des remarques suivantes.

Il faut d'abord relever ce fait que les ulcérations laryngées qu'on impute au tubage sont tout à fait exceptionnelles dans le croup simple; elles se voient surtout dans les cas où la diphtérie, plus ou moins maligne, se complique de processus nécrotiques au-dessous des exsudats fibrineux, processus qu'on rattache généralement à des associations microbiennes; elles sont surtout fréquentes dans les laryngites non diphtériques, avec prédominance des lésions dans la zone hypoglottique. Il est probable, comme on l'a déjà avancé (1), que ces ulcérations relèvent d'infections laryngées spéciales qui sont primitives et isolées ou qui compliquent la diphtérie ou la rougeole.

Une seconde remarque, faite par tous les observateurs, c'est que la fréquence de ces ulcérations n'est pas en rapport avec la durée de l'intubation, ni même avec la grosseur du tube employé; on en trouve chez des sujets qui succombent quelques heures après l'opération pratiquée avec un tube de calibre inférieur à celui qui convient à l'âge du malade.

Que si, autrefois, ces altérations paraissaient plus rares qu'aujourd'hui, c'est qu'on les traitait par la trachéotomie sans les diagnostiquer d'une manière précise, et que, dans des milieux hospitaliers infectés, où la mort par broncho-pneumonie se produisait dès les premiers jours, on les constatait à l'autopsie sans y attacher une grande importance.

Que faut-il conclure de ces faits? C'est que, si l'introduction et le séjour du tube dans le larynx peuvent sans doute provoquer des exulcérations superficielles qui guérissent rapidement, on ne peut guère accuser *l'intubation seule* de produire les ulcérations véritables et, pour expliquer la genèse de celles-ci, il faut faire intervenir la nature même de la laryngite. Il y a des laryngites qui sont d'emblée ulcéreuses, comme il y en a probablement qui sont d'emblée fibro-formatives et qui aboutissent, quoiqu'on fasse, au rétrécissement définitif (laryngite hypoglottique chronique d'emblée).

On comprend ainsi pourquoi des médecins ayant une grande expérience du tubage, comme O'Dwyer et Bokaï (1), en sont arrivés à se refuser en pareil cas à remplacer le tubage par la trachéotomie, répètent l'intubation tant qu'il est nécessaire, et font un nombre indéterminé de tubages. O'Dwyer va jusqu'à dire que, en cas de tendance à la sténose fibreuse du larynx, la présence du tube a pour effet d'empêcher le développement de cette lésion, que favorise au contraire la suspension de l'intubation (2).

Cette manière de voir n'est pas partagée par le plus grand nombre de médecins. Quand on a pratiqué quatre ou cinq tubages successifs et que le tube est resté dans le larynx pendant une dizaine de jours, il est généralement admis qu'il faut faire une trachéotomie si la dyspnée persiste; la suppression du tube, dit-on, permet aux ulcérations de se cicatriser plus facilement, et la canule trachéale a sur le tube l'avantage de ne pas toucher aux parties malades.

C'est cette pratique que je vous conseille de suivre, mais pour des raisons différentes de celles qu'on invoque ordinairement. Lorsqu'un enfant a été tubé quatre ou cinq fois de suite, et qu'il a gardé le tube environ dix jours, s'il continue à avoir de la dyspnée avec tirage intense et permanent quand on le lui a enlevé, je suis d'avis qu'il faut faire une trachéotomie. Ce n'est pas uniquement parce que la canule ne touche pas aux parties malades et permet leur cicatrisation plus facile et plus rapide; s'il n'y avait que cet argument, quoiqu'il ne soit pas dénué de valeur, je ne le trouverais pas suffisant, car des faits m'ont prouvé que la réparation des ulcères est possible avec le tube. Mais la trachéotomie a, en pareil cas, deux autres avantages. *Elle est d'abord le seul moyen de reconnaître et de guérir les abcès périlaryngés* dont je vous ai parlé en étudiant le diagnostic et qui sont ordinairement la conséquence des laryngites ulcéreuses. En outre, une fois la trachéotomie faite et la canule en place depuis deux ou trois jours, il devient possible de faire un examen laryngoscopique, indispensable chez les « tubards »; grâce à lui, on pourra apprécier la nature et le degré des altérations, savoir si déjà la tendance au rétrécissement fibreux existe, et diriger le traitement en conséquence. Quand il ne s'agit que de lésions ulcéreuses, après trois ou quatre jours, l'enfant peut le plus souvent respirer sans canule; il ne restera un « canulard » définitif que si un rétrécissement fibreux s'organise. Je ne m'occupe pas de la ligne de conduite à suivre dans ce dernier cas, car elle est du ressort des laryngologistes (1). Mais je veux insister sur ce fait que le tubage n'est pour rien ou n'est que pour peu de chose dans la genèse de ces rétrécissements fibreux du larynx, puisque les « canulards » définitifs étaient peut-être plus nombreux autrefois, aux beaux temps de la trachéotomie, à une époque où l'intubation était à peu près ignorée chez nous (2).

V

Arrivé au terme de cette discussion, il nous faut en condenser les résultats sous forme de conclusions générales.

Entre l'intubation et la trachéotomie, il faut toujours choisir la première opération, à moins qu'une indication spéciale n'impose l'obligation de faire la seconde.

La trachéotomie primitive ne sera faite que très rarement à l'hôpital ; on la pratiquera seulement : 1° dans le cas, exceptionnel si l'opérateur est expérimenté, où le tube n'aura pu être introduit; 2° lorsque, le sujet étant au stade ultime de l'asphyxie, l'introduction du tube aggrave manifestement la dyspnée ou provoque de l'apnée; cette éventualité ne se présentera pas fréquemment.

Dans la pratique privée, on renoncera au tubage et on fera d'emblée la trachéotomie, si l'opéré ne peut être l'objet d'une surveillance, sinon permanente, au moins très assidue.

Quant à la trachéotomie secondaire, elle n'a guère que deux indications formelles. On la pratiquera lorsque le tube est fréquemment rejeté, ce qui

(1) Barbier. Article : Laryngite diphtérique du « Traité de médecine et de thérapeutique » de Brouardel et Gilbert, T. VII, p. 157. — Caccia : Sull'importanza del contenuto batterico della laringe nella formazione delle ulceri da intubazione (Soc. ital. di pediatria, 1er fév. 1903).

(1) Bokaï : Sténoses et atrésies cicatricielles du larynx à la suite du tubage (*Arch. de méd. des enfants*, avril 1901, p. 193). — G. von Ritter : L'atrésie du larynx après l'intubation (*Arch. f. Kinderheilkunde*, T. 32, fasc. 1-2, 1901).

(2) Dans ces cas, O'Dwyer conseille de se servir de tubes spéciaux, en ébonite, à grosse tête et à petit ventre.

(1) Voir à ce sujet, en outre du mémoire de Bokaï, déjà cité, celui de M. Bouley : Des sténoses sous-glottiques et de leur traitement (*Journal des Praticiens*, 7 décembre 1901).

(2) Bien que je ne veuille pas aborder ici la conduite à tenir en présence de ces sténoses fibreuses, je crois nécessaire d'ajouter que je me suis bien trouvé en pareil cas d'enlever la canule trachéale après une semaine environ et de refaire alors une intubation qui a pour effet de dilater le rétrécissement.

arrivera bien rarement si on introduit un tube d'un calibre approprié à l'âge de l'enfant, à moins qu'il n'y ait des troubles paralytiques des muscles du larynx. On la pratiquera, en second lieu, lorsqu'on aura fait quatre ou cinq intubations, et lorsque le tube sera resté dans le larynx environ une dizaine de jours, car, alors, il y a lieu de craindre ou l'existence d'ulcérations profondes du larynx, ou d'un abcès périlaryngé, ou l'établissement d'une sténose fibreuse définitive. Dans ces cas, qui se présenteront, d'ailleurs, d'une manière très exceptionnelle, la trachéotomie, dont l'utilité a été contestée par O'Dwyer et Bokaï, me paraît nécessaire pour des raisons différentes de celles qu'on donne généralement, surtout en raison de la possibilité des abcès périlaryngés.

Pour vous donner, en terminant, une idée de la fréquence de ces indications respectives de l'intubation et de la trachéotomie, je vous dirai qu'en deux ans, du 1er mai 1901 au 1er mai 1903, on a tubé au Pavillon 783 enfants, et qu'on a fait seulement 44 trachéotomies primitives et 35 trachéotomies secondaires. Encore suis-je persuadé que le nombre des trachéotomies est destiné à diminuer, à mesure que l'intubation sera plus étudiée et mieux connue.

J'ai terminé l'étude du traitement du croup. Aux moyens dont je viens de vous parler, il faut, évidemment, joindre ceux qu'exigent les complications; mais ce n'est pas ici le lieu de les indiquer. D'ailleurs, le traitement qui convient à la complication la plus commune, la broncho-pneumonie, est le même que celui qui est employé pour toutes les broncho-pneumonies; les bains très chauds en constituent la partie essentielle.

Je vous disais, en commençant, que le traitement du croup est un de ceux qui donnent le plus de satisfaction au médecin. Voici quelques chiffres qui le prouvent. Avant la généralisation de la trachéotomie, le croup, abandonné à lui-même, tuait dans la proportion de 80 à 90 %, d'après les données de Roger et G. Sée (1) et les calculs d'Archambault (2). Traité par la trachéotomie ou l'intubation, il donnait encore une mortalité qui dépassait 70 %. Depuis l'emploi du sérum, la mortalité du croup ne dépasse guère 20 %; près de la moitié des cas guérissent sans intervention; ceux qu'on opère donnent une mortalité de 35 % environ. Les progrès réalisés sont donc considérables; ils le seront encore plus le jour où la pratique des injections précoces de sérum antidiphtérique sera encore mieux connue et plus répandue.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 27 octobre 1858.

(2) Article *Croup* du *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. 23, première série, 1879, page 495.

MÉDECINE MILITAIRE

Acta, non verba

Le pronostic que nous avions porté lors de l'arrivée du médecin-inspecteur Catteau à la 7e Direction s'est confirmé et nous en sommes heureux pour le corps de santé. Le directeur actuel, contrairement à ses devanciers, a fait peu de bruit et beaucoup de besogne, de telle sorte que sa devise semble être : *acta, non verba.*

Nous n'avons pas l'intention de présenter à nos lecteurs les faits et gestes de la nouvelle Direction, mais nous retiendrons trois mesures qui nous semblent démontrer les voies nouvelles dans lesquelles elle veut s'orienter.

La première mesure a été une active impulsion donnée aux nominations et promotions des médecins de réserve, qui se lassaient — les lettres reçues à ce journal en font foi — d'attendre de longs mois et même des années le règlement de leur situation militaire.

La seconde a été une augmentation considérable du nombre des aides-majors versés dans les hôpitaux d'Algérie à leur sortie du Val-de-Grâce. Il est visible que la direction voudrait, comme on le faisait jadis avec tant de raison, employer, à la sortie de l'École d'application, les jeunes médecins militaires dans le service hospitalier. Les événements, en effet, se sont chargés de montrer que faire débuter les médecins militaires par un corps de troupe était une erreur complète.

Enfin, les nominations de « directeur du service de santé de corps d'armée, » faites en suivant strictement l'ancienneté, ont montré que la 7e Direction n'admettait plus que, pour des convenances personnelles, un médecin principal de 1re classe put décliner en temps de paix les fonctions qu'il serait appelé à remplir en cas de guerre.

On ne saurait qu'applaudir à ces résolutions, mais il y en a une — au moins aussi urgente — que les médecins militaires réclament depuis longtemps et qui est bien facile à réaliser. Nous voulons parler du « *Tableau d'embarquement.* »

Au ministère de la guerre il y a deux personnels du service de santé, régis l'un par la 7e et l'autre par la 8e Direction. Ces deux personnels servent dans la Métropole et aux colonies, mais, par une opposition qui hurle avec la logique, tandis que les médecins de la 8e Direction sont prévenus longtemps à l'avance de leur tour de départ, grâce à la publication d'un « tableau d'embarquement, » les médecins de la 7e Direction apprennent leur envoi aux colonies en recevant une lettre de service!

Le résultat de cette façon de procéder est déplorable : la 7e Direction désigne parfois des personnes qui ne peuvent ou ne veulent partir pour les colonies, désignations qu'on est obligé de rapporter ensuite, et qui jettent le discrédit sur le corps de santé et le désordre dans le service, comme cela a eu lieu lors de l'expédition du Tonkin.

Lors de cette guerre il y eut des demandes de départ dans tous les grades, sauf dans celui de principal de 2e classe. Un de ces officiers fut désigné Il réclama, disant, non sans raison, qu'il ne marchait ni à la queue, ni à la tête de ses camarades classés soit par ancienneté de service, soit par nombre de campagnes, et que, par suite, quel que fut le mode employé pour régler les départs, il ne pouvait être désigné le premier.

Sa désignation fut rapportée, et le ministre décida qu'on rangerait les médecins principaux de 2e classe d'après leurs campagnes et qu'on prendrait par la gauche.

Le premier à partir était porteur de séquelles consécutives à une affection grave contractée aux colonies. D'après le conseil de son chef direct, il avait dissimulé son état de santé. Il dut, à ce moment, en faire l'aveu, qui fut le point de départ d'une légende le représentant comme « un tireur au flanc. » Contre cette légende inexacte et injuste, nous avons protesté chaque fois que nous en avons trouvé l'occasion, parce que nous avons vu, de nos yeux vu, des lésions telles que nous aurions signé sans hésiter le certificat médical nécessaire pour la retraite, si cet officier l'avait demandée. Il fut mis en non activité pour infirmité temporaire.

Le suivant, obligé, pour les raisons de famille les plus graves, de ne pas quitter la France, prit sa retraite pour ancienneté de services.

Le troisième avait été très gravement atteint, au point d'inspirer les plus vives inquiétudes à sa famille, à ses amis. Il allait faire une saison d'hiver à Amélie-les-Bains, quand l'ordre de partir le toucha. On lui laissait, cependant, toute latitude pour accomplir sa saison thermale. Il refusa et partit de suite. Il retrouva au Tonkin la santé et y gagna son chapeau d'inspecteur.

Depuis la première nomination jusqu'à l'acceptation que nous venons d'indiquer, des mois s'étaient écoulés pendant lesquels le ministre s'impatientait de voir les médecins principaux de 2e classe lui glisser les uns après les autres entre les doigts. Dans les bureaux du ministère on ne marchandait pas les critiques au service de santé !

Et dire que cette situation lamentable aurait été évitée, si on avait

commencé par où on a fini, si on avait établi et publié le « tableau d'embarquement! »

Nous croyons que le Corps de santé a tout intérêt à éviter le retour de pareils incidents. La 7e Direction ferait preuve d'initiative et de sage prévoyance en se mettant à l'unisson de la 8e direction et en donnant au Corps de santé, en guise d'étrennes, les « tableaux d'embarquement » qu'il réclame depuis si longtemps.

Dr Noel.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rapports entre le spasme et l'atonie de l'intestin dans la constipation habituelle

PAR

M. le Dr Froussard (de Plombières).

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant longtemps il a été pour ainsi dire classique de considérer la constipation habituelle comme toujours due à l'*atonie* de l'intestin.

Cependant, il y a quelques années, Kusmaül, puis Fleiner, ont combattu cette façon de voir en décrivant la *constipation spasmodique*. Leur opinion a été universellement acceptée en France et à l'étranger, et depuis, tous les auteurs qui se sont occupés de la question décrivent un *type spasmodique* à côté d'un *type atonique* de la constipation.

Nous voudrions résumer brièvement ici les caractères pathognomoniques de ces deux types.

1° *Type spasmodique*. — Les matières expulsées, quelles que soient leur quantité et la façon dont elles sont rendues, sont de petit volume; ce sont de petits cylindres de la grosseur de l'auriculaire ou même d'un crayon; elles semblent passées à la filière. D'autres fois, elles ne sont rendues que sous la forme de débris ou encore de petites boulettes dures de la taille d'une noisette, d'une petite noix (*matières ovillées*).

L'inspection du ventre n'a rien de caractéristique; il n'en est pas de même des résultats fournis par la palpation systématique du colon. Ce qui frappe, tout d'abord, c'est la vacuité à peu près complète du gros intestin, alors même qu'il n'y a pas eu de selles. Par contre, l'intestin paraît comme hypertrophié, charnu; il forme un ruban étroit, épais, résistant, qui se contracte plus ou moins violemment sous la main. A certains moments, l'intestin est en état de contracture; il forme un cylindre gros comme le pouce, l'index, quelquefois le petit doigt; il est dur, résistant, ne se laisse pas déprimer, s'échappe en sursaut quand on promène la face palmaire des doigts transversalement à sa direction. On a donné à cet intestin les noms d'*intestin en tuyau de pipe*, en *tuyau de plomb*. Dans certaines régions on peut trouver également de la *distension gazeuse*. Un segment intestinal prend la forme ampullaire. La paroi, épaissie, est fortement contractée sur le contenu gazeux; s'il est impossible de déprimer cette poche, on peut, toutefois, chez les personnes maigres et à parois abdominales peu résistantes, la saisir à pleine main et la déplacer en masse.

Les douleurs ne sont pas rares. C'est une gêne, une barre, quelquefois la sensation d'un animal qui se déplace. On peut observer des débâcles soudaines, irrésistibles, abondantes, composées de matières ovillées et de mucus. C'est ce type de constipation que l'on rencontre le plus souvent dans l'*entérocolite muco-membraneuse*.

2° *Type atonique*. — Dans ce type les selles sont rares, les matières rendues plus ou moins abondantes, sèches, grossièrement fragmentées ou, au contraire, volumineuses, formant de gros cylindres, difficiles à évacuer à travers l'anus. Si l'intestin a été vidé par suite d'une selle antérieure, il est impossible, à la palpation, de sentir, de différencier les anses intestinales; elles se confondent toutes en une masse molle, pâteuse. Lorsque, par contre, l'intestin est distendu par des matières, des gaz, la palpation provoque du gargouillement; s'il y a des liquides on peut obtenir du clapotement. Les gaz fuient sous la pression sans trouver de résistance. Les matières forment des masses prises quelquefois pour des tumeurs; elles semblent libres dans le ventre et n'être séparées de la main qui palpe que par la paroi abdominale.

Ainsi schématisés, ces deux types de constipation semblent opposés et contradictoires. Mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse due à ce que la description ne vise que les manières d'être extrêmes. Cliniquement, dans la plus grande majorité des cas, on se trouve en présence d'un type mixte où *spasme et atonie* semblent réunis, se substituer l'un à l'autre et se succéder dans le temps et dans l'espace.

Ce type mixte englobe des variétés nombreuses et différentes, parmi lesquelles il est indispensable, selon nous, de distinguer au moins deux groupes.

Dans le premier de ces groupes se rangent les cas où la contracture et le relâchement de la paroi intestinale se succèdent sur le même segment de l'intestin. Mais alors même qu'il y a augmentation de la cavité et relâchement de la paroi intestinale, cette dernière est épaissie, *charnue;* elle se contracte fortement et plus ou moins rapidement sous l'excitation de la main qui la masse. Les deux grands faits cliniques caractéristiques de ce groupe sont, tout d'abord, *la succession dans le temps et dans l'espace de la contracture et du relâchement de l'intestin*, et, ensuite, *la possibilité pour une anse en état de relâchement de se contracter assez fortement pour donner lieu au spasme ou à la contracture*. Si l'on veut donner à cet état passager de relâchement le nom d'*atonie*, encore faudra-t-il faire suivre cette dénomination du qualificatif *fonctionnelle*, pour bien spécifier que cet état n'est que transitoire, et, par conséquent, ne peut venir d'une altération organique de la fibre musculaire elle-même ou des centres nerveux moteurs.

Dans un second groupe de faits, on trouve toujours chez le même malade, et quel que soit le moment où l'on pratique l'examen, le même segment intestinal, dilaté ou non, mais à parois molles, échappant souvent à toute palpation, à côté d'autres segments perpetuellement en état ou tout au moins en puissance de spasme. De fortes excitations manuelles ne peuvent même plus, dans la partie inerte, obtenir des contractions normales. La caractéristique clinique de ce groupe est donc *la fixité dans le temps et dans l'espace du relâchement de l'intestin*, et *l'impossibilité, pour la partie relâchée, de se contracter, même d'une façon normale*. C'est une atonie *organique*, en ce sens qu'elle est liée à des troubles dystrophiques de la fibre musculaire elle-même.

Entre ces deux groupes, il y aurait à en décrire une foule d'intermédiaires, où l'on verrait la tonicité et la contractilité diminuer petit à petit. On pourrait ainsi décrire les différentes étapes par lesquelles passe un segment intestinal, depuis l'atonie fonctionnelle transitoire jusqu'à l'atonie organique permanente.

Ces schémas cliniques, tirés de l'observation de plusieurs malades (il est, en effet, difficile de suivre ces métamorphoses chez le même sujet), nous montrent que le spasme et l'atonie ne sont pas deux entités morbides incompatibles, bien que contradictoires. L'une semble dériver de l'autre, mais quelle est la première en date?

Est-ce l'atonie, comme le prétendent certains auteurs? Dans cette théorie, l'atonie, première en date, entraînerait le spasme; on a même été jusqu'à expliquer la diarrhée par l'atonie! C'est-à-dire que le même trouble moteur de la musculeuse pourrait engendrer et un hyperfonctionnement, et un hypofonctionnement. Cependant, si l'on a en vue l'*atonie organique*, il semble impossible que la fibre musculaire, qui a perdu, par définition, ses propriétés, puisse les exalter au point de donner lieu au spasme. S'agit-il, au contraire, d'atonie dynamique? mais alors spasme et atonie ne sont plus que l'extériorisation, dans l'intestin, des troubles des ganglions nerveux, et il semble plus logique d'admettre qu'à une forte excitation nerveuse succèdent des phénomènes de fatigue et d'inhibition.

Une autre théorie, soutenue par différents auteurs, entre autres par Geoffroy, et à laquelle nous nous rallions, s'appuie sur les lois générales de la physiologie.

Pour elle, le spasme est le premier en date, quelle que soit, du reste, sa pathogénie. Ce spasme, comme tout travail exagéré, entraine anatomiquement une

hypertrophie e organe et physiologiquement une fatigue. C'est cette hypertrophie réelle et tangible qui donne cette épaisseur particulière et cet aspect « charnu » à la paroi intestinale. C'est, d'autre part, cette fatigue qui occasionne le relâchement que nous avons signalé dans le premier groupe des cas mixtes.

L'hypertrophie a, cependant, un terme: elle varie dans sa durée suivant la force de résistance du sujet, et aussi, et surtout peut-être, suivant la thérapeutique suivie. Au bout d'un temps variable les periodes de fatigue deviennent de plus en plus durables, les périodes de contraction de moins en moins longues, de moins en moins efficaces. Bientôt surviennent les modifications régressives du tissu musculaire qui mènent à la déchéance de l'organe. A *l'atonie fonctionnelle transitoire, passagère* a fait suite *l'atonie organique durable*.

Ainsi donc, pour nous résumer, nous voyons le spasme, c'est-à-dire un travail augmenté et incoordonné, amener l'hypertrophie organique. Après un temps plus ou moins long surviennent les faux pas, l'impotence fonctionnelle et temporaire; puis, enfin, la déchéance de l'organisme, l'atonie organique apparaissent. Cette dernière ne frappe pas tout l'organe dans son entier, mais par segments, en commençant par ceux qui ont à fournir un travail plus considérable ou à subir des causes de distension, comme le cæcum.

Du côté de l'intestin il se passe les mêmes phénomènes morbides successifs que l'on décrit du côté de cet autre muscle creux: le cœur. Ici aussi nous voyons l'augmentation de travail amener l'hypertrophie. Tôt ou tard surviennent des faux-pas, des contractions avortées, insuffisantes, mais par périodes de courte durée, jusqu'à ce que ces troubles deviennent permanents, parce qu'ils traduisent l'effort d'un organe atrophié.

Nous n'entendons pas, cependant, rapporter à un spasme primitif tous les cas d'atonie intestinale. Le manque de tonicité, d'élasticité, le défaut de contractilité, en un mot l'atonie intestinale, la myasthénie, liée ou non à des modifications anatomiques de la fibre, peut se rencontrer d'emblée chez certains sujets jouissant d'une dystrophie congénitale de tout leur système musculaire. Chez eux le travail normal de la digestion a suffi pour épuiser l'energie de leur intestin « aplasique » pourrait-on dire. Ces malades encore jeunes sont des « vieillards avant la lettre, » car la vieillesse amène aussi inévitablement l'atonie intestinale. Enfin, dans certains cas, il s'agit de véritables entéroplégies par lésions organiques ou fonctionnelles des centres cérébraux médullaires ou périphériques de l'intestin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 28 décembre.

M. Froussard fait la communication que nous venons de reproduire *in-extenso*.

M. Doléris rappelle que les femmes sont plus souvent affectées de constipation que les hommes; elles sont plus nerveuses et ont souvent les parois affaiblies par l'accouchement, cause d'atonie intestinale, ce qui donne lieu quelquefois à des méprises singulières. On trouve dans un des côtés de l'abdomen une tumeur énorme, indolore, que l'on peut facilement confondre avec autre chose. Il y a des périodes de constipation et des périodes de relâchement de l'intestin : l'élément nerveux en est une des principales causes. La thérapeutique est très difficile: on peut s'adresser et à la cause et à l'organe. Trousseau traitait la constipation par la belladone: le régime est important, ainsi que l'habitude, l'heure fixée.

M. Dagron dit que l'habitude est, en effet, pour beaucoup dans le traitement de la constipation; ainsi, quand on masse des femmes atteintes de constipation, au bout de quelque temps le massage n'est plus nécessaire pour obtenir un résultat: ces malades, venant toujours se faire masser à la même heure, ont contracté une habitude.

M. Verchère. — En dehors de l'heure fixée et de l'habitude, il y a l'effort, que l'on doit aussi demander à la femme.

M. Moutier. — Il ne suffit pas de recommander d'aller à la selle à heure fixe, il faut encore que les malades sachent se retenir jusqu'à l'heure habituelle où elles se présentent.

M. Froussard. — Il faut faire une rééducation de l'intestin et l'amener progressivement à se vider à heure fixe. L'atonie intestinale est fréquente chez les neuroarthritiques et elle est surtout chez eux d'origine nerveuse. On peut aider moralement les malades à aller à heure fixe à la selle; elles y arrivent par la volonté, en exerçant leurs muscles abdominaux.

Dr Gigon.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU POUR 1904

Président : M. Lelu.
Vice-présidents : MM. Desnos et Ribard.
Secrétaire général : M. A. Boursier.
Secrétaire général adjoint : M. Debrigode.
Secrétaires : MM. Minet, Jaboin, Gigon.
Trésorier : M Gautrelet.
Archiviste : M. Roche.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 décembre

La ration alimentaire du nourrisson

M. E. Maurel a envoyé, à propos du rapport de M. Barbier sur la ration alimentaire du nourrisson (voir *Bulletin médical*, 1903, p. 999), une note détaillée dans laquelle, sauf quelques légères divergences, il se trouve en conformité d'idées avec M. Barbier.

Voici, d'ailleurs, ses conclusions :

Il est désormais indispensable de baser l'alimentation du nourrisson sur ses besoins et d'apprécier ses besoins autant que possible d'une manière scientifique;

La meilleure base que l'on puisse donner à l'alimentation de l'enfant est son poids normal;

Il y aurait un gros intérêt à fixer ce poids normal, c'est-à-dire le rapport du poids à la taille chez les enfants normaux;

D'une manière moyenne et approximative, on peut admettre que la ration de l'enfant oscille autour de 100 grammes de lait (75 calories) par kilogramme du poids du corps;

Mais cette ration doit varier avec l'âge de l'enfant et avec la température ambiante qui, elle-même, varie avec les climats, les saisons et les altitudes;

Il faut surveiller la croissance qui doit être appréciée par kilogramme d'enfant. Cette croissance peut être appréciée toujours d'une manière moyenne et approximative 5 à grammes par kilogramme pendant les quatre premiers mois, à 2 gr. 50 pendant les quatre suivants, et à 2 gr. 25 pendant les quatre derniers mois de la première année;

Tout ce qui précède concerne l'enfant bien portant. L'alimentation de l'enfant malade varie avec les affections, et chaque cas doit être examiné séparément.

M. Laumonier. — J'estime que la ration alimentaire du nourrisson devrait être rapportée, non seulement à l'âge, mais aussi à l'état de développement de l'enfant. Aussi voudrais-je voir remplacer l'indication d'âge par celle de poids.

D'autre part, je considère le coupage du lait comme une manipulation dangereuse au point de vue de l'asepsie.

Un second inconvénient du coupage, c'est qu'il déminéralise la ration alimentaire en lait de vache.

M. Barbier. — Les chiffres que j'ai donnés n'ont rien d'absolu : ce ne sont que des points de départ pour la fixation de la ration alimentaire du nourrisson.

En ce qui concerne la question de savoir si un enfant atrophique doit être alimenté conformément à son âge ou à son poids, j'estime qu'en calculant sa ration d'après l'âge on risquerait de le suralimenter. Par conséquent, il est, à mon avis, préférable de s'en tenir à une moyenne entre la ration d'âge et celle qui serait calculée en poids du corps. En tout cas le mieux est de tâtonner.

Pour ce qui est du coupage, il ne faudrait pas s'en exagérer les dangers. Il y a, d'ailleurs, moyen de l'effectuer d'une façon aussi aseptique qu'expéditive. Dans ma pratique, je fais préparer d'avance, pour vingt-quatre heures, le mélange de lait de vache et d'eau, qui est ensuite soumis à la stérilisation dans l'appareil de Soxhlet

La troisième objection soulevée par M.

Laumonier, celle de la déminéralisation du lait de vache par le coupage, est fort juste, et il faudrait en tenir compte. Je ferai remarquer, cependant, que, chez les nourrissons alimentés artificiellement et qui digèrent mal, je fais ajouter du sel de cuisine au lait de vache; ce moyen suffit souvent.

M. R. Blondel. — Je poursuis actuellement, à l'hôpital de la Charité, des expériences sur l'alimentation des nourrissons au moyen du lait de vache stérilisé à chaud, puis coupé avec du petit lait stérilisé à froid par la bougie Chamberland. Ce procédé permet d'éviter toute déminéralisation de la ration alimentaire, et d'y conserver même les oxydases et les ferments du lait cru. Les résultats qu'on en a obtenu jusqu'ici sont excellents. Comme ces essais se poursuivent encore, je n'en rendrai compte que plus tard. Je n'en fais mention aujourd'hui que pour prendre date.

Traitement des syncopes par l'excitation de la conjonctive oculaire

M. Vialard, dans une note adressée à la Société, à propos des expériences de MM. Lumière et Chevrotier sur les effets du traitement des syncopes par l'excitation de la conjonctive (voir *Bulletin médical*, 1903, p. 1048) cite, à l'appui de cette méthode, un fait clinique qu'il a observé par hasard.

Il s'agissait d'une femme se trouvant dans un état syncopal profond, par suite d'hémorragie post-partum. Pendant que M. Vialard s'apprêtait à lui faire une injection hypodermique d'ergotine, une personne qui tenait le flacon contenant ce médicament en laissa, par mégarde, tomber quelques gouttes sur la conjonctive de la malade : aussitôt on vit se rétablir les contractions cardiaques et les mouvements respiratoires spontanés.

Le glycogène dans le traitement du diabète

M. Laumonier. — Le fait que, dans le diabète hépatique, les cellules du foie perdent le pouvoir de fixer le glycogène, m'a incité à entreprendre des essais de traitement de cette affection par le glycogène.

J'ai d'abord expérimenté sur des chiens rendus diabétiques par la phloridzine, et j'ai obtenu chez eux une diminution considérable de la glycosurie à la suite d'injections hypodermiques de glycogène (ces injections sont très douloureuses).

Fort de ce résultat, j'ai fait ingérer à des malades, atteints de diabète hépatique ou nerveux, du glycogène a la dose de 1 gramme à 1 gramme et demi par jour, et j'ai observé une amélioration manifeste de la glycosurie et des autres symptômes.

Le glycogène est précieux dans les diabètes accompagnés d'albuminurie, cette dernière exigeant le régime lacté, qui est en contradiction avec le régime antidiabétique. Chez ces malades, soumis à l'usage du glycogène, le lait, loin d'augmenter la glycosurie, la diminue, au contraire, considérablement.

M. Linossier. — Le régime lacté, employé seul, donne des résultats favorables chez certains diabétiques.

M. A. Mathieu. — J'ai vu, comme M. Linossier, la glycosurie diabétique disparaître sous l'influence du régime lacté. Il y a lieu de distinguer deux catégories de diabètes : ceux qui sont améliorés par le lait, et ceux où l'on voit la glycosurie augmenter sous son influence. Donc, avant de donner du glycogène, il faudrait toujours faire l'épreuve du régime lacté seul.

M. Hirtz. — Chez trois diabétiques auxquels j'ai fait prendre du glycogène pendant une dizaine de jours, je n'ai observé aucune action sur la glycosurie. Cependant, le glycogène m'a paru exercer ici un effet stimulant. Un grand inconvénient de ce médicament est son prix extrêmement élevé.

M. Leredde. — Les malades de M. Laumonier ont-ils reçu des médicaments en plus du glycogène?

M. Laumonier. — Ils ne prenaient que du glycogène et ils étaient au régime antidiabétique, mais ce régime, institué avant l'emploi du glycogène, n'avait pas suffi à amener une diminution de la glycosurie.

Je ferai remarquer aussi que, dans mes observations, la glycosurie n'a commencé à diminuer qu'après une dizaine de jours de traitement. Pour en obtenir tout l'effet qu'elle est susceptible de donner, la médication glycogénique doit être continuée longtemps.

VLADIMIR DE HOLSTAIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier

Présidence de M. DANLOS

M. Le Gendre, secrétaire perpétuel, résume les travaux de l'année. Il prononce ensuite, avec un talent qui est décidément à la hauteur d'un genre aussi difficile, l'éloge funèbre des trois membres de la Société décédés en 1903, MM. Dufloq, Dreyfus-Brisac et Antonin Proust (1).

J.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication créosotée dans la pneumonie

A l'heure actuelle, la pneumonie n'a pas encore de traitement proprement dit. Voici ce que dit à ce sujet M Landouzy (2) :

« Nous ne serons en mesure de formuler un traitement vraiment adéquat de la pneumonie que le jour où, soit l'empirisme, soit la sérothérapie, soit la toxinothérapie, nous permettra d'influencer spécifiquement ou spécialement le pneumocoque, en modifiant, par exemple, l'engouement pulmonaire ou en faisant tomber la fièvre. Ce jour-là, le médecin disposera vraiment de moyens antipneumococciques; ce jour-là, il pourra être parlé du traitement de la fluxion de poitrine, puisque la médication nouvelle aura le pouvoir de modifier ou de suspendre le cours de la maladie cyclique qu'est la pneumonie.

« Jusqu'à présent, aucune des nombreuses médications systématiques employées (tartre stibié, saignée, digitale, vésicatoire) n'a donné de semblables résultats. Souvent, en voulant guérir par elles la pneumonie, on a empêché des pneumoniques de se guérir eux-mêmes. Il semble donc, qu'en cette occasion, le rôle du médecin est avant tout « un rôle d'assistant, de secouriste, plutôt qu'un rôle de thérapeute partant en guerre contre la maladie. » (Landouzy.)

Cependant, il est un médicament qui nous parait avoir une action presque spécifique sur l'infection pneumococcique, nous voulons parler de la créosote et de ses dérivés.

Assurément, il ne faudrait pas appliquer indistinctement, à tous les cas de pneumonie, la médication créosotée seule. Les complications que peut présenter la maladie (complications cardiaques, par exemple), et même certains symptômes, lorsqu'ils sont très marqués, comportent des indications thérapeutiques spéciales qu'il faut toujours remplir. La créosote ne saurait être que la base d'un traitement dont les règles n'ont rien d'absolument rigoureux. Ainsi entendue, la médication créosotée a une valeur indiscutable, la créosote agit en abaissant la température, en abrégeant l'évolution de la maladie, en rendant la contagion moins fréquente.

Ces différentes actions peuvent être déduites des effets physiologiques du médicament.

D'après Bouchard, la puissance antiseptique de la créosote est égale ou supérieure à celle de l'acide phénique. Il est donc naturel de penser que la créosote agira, d'une part, sur la toxi-infection générale, d'autre part, et surtout, sur la localisation pulmonaire. « L'antisepsie, fort utile déjà en matière de pathie pulmonaire, diplococcique simple et régulière, parait avoir un rôle capital à jouer en matière de pneumonies graves, irrégulières, avec associations microbiennes. » (Landouzy). Et l'on sait combien est rare, à l'heure actuelle, la pneumonie typique, combien sont fréquentes, au contraire, les pneumonies bâtardes, et particulièrement les pneumonies grippales.

De plus, par cette même action antiseptique, la créosote désinfectera, en grande partie, les crachats et les excréta : la contagion sera réduite ainsi au minimum.

Enfin, la créosote est un médicament

(1) Une aventure peu banale arrivée au Dr Le Gendre pour ses étrennes :

Il vient d'être fait chevalier de la Légion d'honneur par le ministère de la guerre alors qu'il l'était déjà depuis deux ou trois ans (ministère de l'intérieur).

(2) Landouzy. — Art. Pneumonie; in Traité Brouardel-Gilbert.

de la famille des phénols; comme eux, elle jouit de propriétés antithermiques très marquées.

Il semble donc qu'on aurait dû être conduit, logiquement, à employer la créosote dans la pneumonie. Et pourtant, c'est par pur hasard que Van Zandt (1) découvrit l'action si remarquable de ce médicament sur le processus pneumococcique. Le 7 janvier 1891, pour remédier à des fermentations intestinales chez un pneumonique, malade depuis deux jours, Van Zandt prescrivit une pastille de créosote toutes les trois heures. Le lendemain, il fut étonné de trouver la température presque normale et les autres symptômes améliorés en proportion identique. La dose fut réduite : la température remonta; la dose primitive fut prescrite de nouveau : le lendemain, le malade était guéri.

Depuis lors, Van Zandt a traité tous ses pneumoniques par la médication créosotée. Dans la plupart de ses observations, la fièvre disparaît de vingt-quatre à quarante-huit heures après le début du traitement: les malades sont guéris le troisième ou le quatrième jour. Dans les cas qui persistent plus longtemps, il y a généralement amélioration des symptômes, retour de l'appétit, chute graduelle de la fièvre.

Désirant contrôler ces résultats, A. H. Smith (2) et A. Gracey (3) expérimentèrent la médication créosotée. Or, ils déclarent qu'appliquée de bonne heure, elle est presque spécifique de la pneumonie; « la température cède; la respiration redevient libre, et, en l'espace de vingt-quatre heures, la situation du malade est tellement améliorée qu'on doute de son diagnostic. Appliquée plus tard, cette médication hâte l'évolution et rend moins longue la convalescence. »

Mais, à côté de ces avantages incontestables, la créosote présente quelques inconvénients. C'est, en effet, un produit mal défini, mélange variable de plusieurs crésols et de gaïacol. Dès qu'on emploie le médicament à doses un peu élevées, on constate assez souvent de l'intolérance gastrique; il faut alors cesser la médication, ou, du moins, on ne peut pas la pousser assez loin pour qu'elle soit vraiment efficace. La créosote risque encore de provoquer des phénomènes nerveux assez graves (algidité, collapsus); elle peut créer des lésions rénales. Et il est impossible de savoir à l'avance comment elle sera supportée.

Aussi, pour remédier à ces accidents possibles, un grand nombre de cliniciens substituèrent-ils à la créosote un de ses dérivés, le créosotal ou carbonate de créosote. Ce corps a les avantages de la créosote sans en avoir les propriétés irritantes.

(1) Van Zandt. — *Medical Record*, 30 mars 1891.
(2) Andrew. H. Smith. — *Med. News*, nov. 1899.
(3) A. Gracey. — *Charlotte med. Journ.*, décembre 1899.

Cassoute (1) et son élève Tournier (2) l'employèrent les premiers dans la pneumonie. Ses effets furent identiques à ceux de la créosote.

Stokes (3), J.-W. Frieser (4), Wilhelm Meitner (5), Eberson (6) rapportent de nombreuses observations de pneumonies guéries par le créosotal : « L'effet le plus important du créosotal, dit Meitner, est la chute surprenante de la température quelques heures après le début du traitement. La température tombe à la normale en un jour ou deux; en même temps, l'état général s'améliore. L'évolution entière est coupée à court, la convalescence presque abrogée. Quelques cas évoluent si vite qu'on a peine à retracer leur histoire. »

Eberson insiste particulièrement sur ce fait que la médication créosotée amène une résolution complète du foyer pulmonaire, si bien que les séquelles sont beaucoup moins considérables qu'avec les autres thérapeutiques.

En Amérique, le créosotal n'a pas donné de moins bons résultats (7).

Malheureusement, le créosotal est d'une administration difficile. N'étant soluble que dans les huiles et dans l'alcool, il est le plus souvent ordonné en mixtures oléagineuses. « Quand on le prescrit à fortes doses sous cette forme, le médicament acquiert une consistance très grande et un aspect peu appétissant. Son goût fade, son odeur pénétrante indisposent les malades. Enfin, les huiles, et spécialement les huiles créosotées, sont mal supportées, et occasionnent parfois des vomissements » (Eberson).

Pour que la médication créosotée de la pneumonie pût entrer dans la pratique courante, il fallait avoir entre les mains un produit facile à formuler, facile à prendre et inoffensif pour les malades. Le thiocol semble précisément répondre à ces indications. C'est une substance cristallisée, de formule chimique bien définie, sans odeur, sans saveur, très soluble dans l'eau, par conséquent très facilement absorbable. Le thiocol peut être donné aux plus fortes doses sans déterminer de phénomènes toxiques, sans même troubler l'estomac. Son action antiseptique et antithermique est égale à celle de la créosote. De plus, par le soufre qu'il contient il agit sur l'état général; il augmente le nombre des globules rouges et celui des leucocytes aux dépens des polynucléaires. Ces différentes propriétés expliquent qu'on le préfère actuellement aux autres dérivés de la créosote.

(1) Cassoute. — Communication à l'Académie de médecine de Paris, 4 juillet 1899.
(2) Tournier. — Traitement des infections broncho-pulmonaires par le carbonate de créosote. Th. de Lyon, 1899.
(3) F. Stokes. — *Brooklyn med. Journ.*, août 1900, p. 608-10.
(4) Frieser. — *Aertz cent. zeit. Wien*, 1899.
(5) Wilhelm Meitner. — *Med. Chir. Centralbl.*, 22 juin 1900.
(6) Eberson. — *Aertz. cent. Zeit.*, 7 juillet 1900.
(7) Leonard Weber. — *Med. Rec.*, 2 nov. 1901. W. H. Thompson. — *Ibid.*, 1902, LXI, 161-64.

Mais avant de conclure à l'efficacité d'un traitement en fait de pneumonie, il faut, a-t-on dit avec raison, avoir des centaines de cas favorables; il faut qu'il soit bien prouvé que la médication « ne vient pas fausser le développement correct de la maladie et jeter celle-ci hors de la voie naturelle qui conduit à la guérison » (Hanot).

C'est pour cela que nous nous sommes efforcés de réunir toutes les observations se rapportant au traitement créosoté de la pneumonie. Elles sont très nombreuses, et toutes sont favorables. De plus, le processus de guérison amené par la créosote est identique au processus naturel : ce sont d'abord la fièvre et les phénomènes fonctionnels qui cèdent; puis les signes pulmonaires disparaissent à leur tour. La pneumonie, sous l'influence de la médication créosotée, évolue de la même façon, mais en moins de temps et en laissant moins de séquelles.

Seuls, les inconvénients possibles de la créosote et de ses dérivés ont empêché que cette méthode se généralise, mais, nous le répétons, il semble qu'avec le thiocol, la médication créosotée de la pneumonie pourra prendre un nouvel essor.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

M. le méd.-major de 2e cl. Watrin a été dés. pour le 76e d'inf.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Indo-Chine.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
MM. Marotte et Talbot, du 22e d'inf.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
M. Marqué, du 22e d'inf.

A la brigade de réserve de Chine au Tonkin

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
M. Collin, du 7e d'inf.

A la Côte-d'Ivoire (en activité hors cadres pour servir au chemin de fer).

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Vivie, au 21e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
M. Pouillot, au 2e d'art. à Cherbourg.

En Afrique occidentale

Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Brimont, au 7e d'inf.

En France.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
Au 3e d'art. à Toulon, M. Delassas.
Au 8e d'inf. à Toulon, M. Reboul.
Au 22e d'inf. à Toulon, M. Abbatucci.
Au 4e d'inf. à Toulon, M. Bourne.

A la disposition du ministre des colonies pour servir à l'Institut Pasteur de Paris, M. Martin.

Au 21e d'inf. à Paris, M. Fraissinet.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:
Au 1er d'inf. à Cherbourg, M. Jacquin.
Au 5e d'inf. à Cherbourg, M. Mongie.
Au 21e d'inf. à Paris, M. Lamoureux.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Afrique occidentale française.

Les méd.-maj. de 1re cl. :
Chargé du service méd. du 2e territ. mil.et chef de l'amb de Bobo-Dioulasso, M Leclerc.
Chargé du service méd. du 3e territ. mil. et chef de l'amb. de Miaméi, M. Layet.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
A l'hôp. Saint-Louis, M. Pelletier.
A l'hôp. de Kayes, M. Dutigny.
Chef de l'ambulance de Gorée, M. L'Herminier.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:
Au bataillon de Zinder, M. Chapeyrou.
A l'hôp. de Dakar, M. Ribot.

Le méd aide-maj. de 1re cl. stag. :
Au bat. d'inf. à Dakar, M. Pistre.

En Indo-Chine.

Le méd -maj. de 1re cl. :
A l'hôp. mil. de Saïgon, M. Vivien.

Les méd.-majors de 2e cl. :
A l'hôp. mil. de Saïgon, M. Roche.
Au service gén. en Cochinchine, M. Marzin.
A l'hôp. mil. d'Hanoï, M. Gauducheau.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
Au bat. du 2e tir. annamites à Mytho, M. Normet.
Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Brochard.
A l'hôp. d'Hanoï, M. Durand.
A l'ambulance de Mytho, M. Vergne.

A Madagascar

Le méd. aide-major de 1re cl.:
Au poste de Fénérive (serv. l.), M. Peltier.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
Au 3e tir. sénégalais, M. Lévier.

M. le méd. major de 1re cl. Rousselot-Bénaud, du 1er d'inf., a été placé en activité hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour occuper les fonctions de chef du service de santé au Dahomey.

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ de 1re cl.

1 Le Corre, en résidence libre; 2 Primet, en résidence libre; 3 Vaysse, en résidence libre; 4 Lidin, en résidence libre.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Preux, en résidence libre.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Emily, 24e d'inf.; 2 Gregnier, 8e d'inf.; 3 Portel, 7e d'inf.; 4 Pons, 23e d'inf.; 5 Renaud, 1er d'art.; 6 Daliot, 22e d'inf.; 7 Roques, 22e d'inf ; 8 Devaux, 21e d'inf.; 9 Buisson, 4e d'inf ; 10 Vergoz, 1er d'inf.; 11 Texier, 2e d'art.; 12 Piron, 2e d'inf.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Dubois, 2e d'inf.; 2 Chagnolleau, 3e d'inf.; 3 Lamort, 2e d'inf.; 4 Bourdon, 22e d'inf.; 5 Rapuc, 3e d'art.; 6 Pasquet, 8e d'inf ; 7 Battarel, 24e d'inf ; 8 Breson, 6e d'inf.; 9 Pinet, 22e d'inf.; 10 Perrot, 2e d'inf.; 11 Erdinger, 4e d'inf ; 12 Delassus, 22e d'inf ; 13 Martin, 21e d'inf.; 14 Ferrandini, 7e d'inf ; 15 Augier, 8e d'inf.; 16 Laffay, 3e d'art.; 17 Vivie, 21e d'inf.; 18 de Nicolas du Plantier, 1er d'inf.; 19 Dor, 1er d'inf.; 20 Hazard, 3e d'inf.; 21 Dardenne, 5e d'inf.; 22 Dupuy, 4e d'inf.; 23 Roquemaure, 4e d'inf.; 24 Rul, 24e d'inf.; 25 Coaze, 2e d'art ; 26 Guillon, 3e d'inf.; 27 Jourdran, 6e d'inf.; 28 Legendre, 6e d'inf.; 29 Parazols, 22e d'inf.; 30 Bec, 6e d'inf.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 Brimont, 7e d'inf.; 2 Collin, 7e d'inf ; 3 Guérard, 2e d'art.; 4 Izard, 2e d'art.; 5 Cazanet, 2e d'inf.; 6 Cabaud, 3e d'inf ; 7 Rouch, 3e d'inf.; 8 Foll, 6e d'inf.; 9 Wadoux, 1er d'inf.; 10 Combe, 7e d'inf ; 11 Millous, 8e d'inf.; 12 Savignac, 7e d'inf.; 13 Pujol, 24e d'inf.; 14 Léger, 23e d'inf.; 15 Revaut, 2e d'art.; 16 Boussenot, 5e d'inf.; 17 Donnet, 4e d'inf.; 18 Lamandé, 2e d'inf.; 19 Deschamps, 7e d'inf.; 20 Sautarel, 1er d'art.; 21 Augé, 4e d'inf.; 22 Ayraud, 7e d'inf.; 23 Jousset, 7e d'inf.; 24 Bougenault, 5e d'inf ; 25 Leclerc, 21e d'inf.; 26 Chagnolleau, 3e d'inf ; 27 Verdier, 24e d'inf.; 28 Chouquet, 21e d'inf.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

MM. Méry et Rénon, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux de Paris; Enriquez et Courtois-Suffit, médecins des hôpitaux de Paris.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Épreuve supplémentaire pour la place de premier.

20 Sesary — 19 1/2 Cadenat — 18 1/2 Chabrol — 18 Vaucher.

LES TAXES DE REMPLACEMENT ET LA CONSOMMATION DU VIN ET DE L'ALCOOL

La réforme des taxes de remplacement a eu pour conséquence d'augmenter dans des proportions considérables la consommation des vins et, par contre, de diminuer la quantité d'alcool introduite dans Paris. En 1897, on consommait à Paris 4914 239 hectolitres de vin; en 1902, on a consommé 6623 800 hectolitres,soit une augmentation de 34 %.Comme contre partie, l'alcool a vu sa consommation se réduire de 187 579 en 1897, à 127 621 hectolitres en 1902, soit une diminution de 31.96 %. Les proportions seront à peu près maintenues en 1903. C'est donc, incontestablement, un résultat précieux au point de vue de l'hygiène.

HOTEL-DIEU

M. le prof. Dieulafoy recommencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre Trousseau, aujourd'hui 9 janvier, à 10 h. 1/2.

HOPITAL BEAUJON

Leçons de clinique thérapeutique

M. Albert Robin recommencera ses leçons de clinique thérapeutique, avec présentation de malades, le mercredi 13 janvier, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure, dans le local de l'ancienne sacristie de l'hôpital Beaujon.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

M. P. Sebileau, agrégé, chirurgien des hôpitaux, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine, commencera son cours sur les maladies du nez, du larynx, du pharynx, de la bouche et des oreilles, le vendredi 29 janvier, dans son service de l'hôpital Lariboisière, à 9 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure (lundi : examen de malades; mercredi : opérations; vendredi : leçon à l'amphithéâtre).

HOPITAL DE LA PITIÉ

M. Louis Rénon commencera ses conférences cliniques (maladies du cœur et du poumon, enseignement pratique de la médecine, déontologie médicale) le vendredi 15 janvier, à 9 h. 1/2, amphithéâtre des cours de l'hôpital, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Visite des malades, avec interrogatoire des élèves, tous les matins à 9 heures, salles Piorry et Lorain.

Examen des malades nouveaux, le mercredi (femmes) et le jeudi (hommes).

Consultation sur les maladies du cœur et des poumons le mardi, à 9 h. 1/2, salle Piorry.

Démonstrations pratiques de bactériologie, d'histologie et d'urologie cliniques, le lundi, à 10 h. 1/2, au laboratoire.

HOPITAL SAINT-ANTOINE

M. Le Noir fera tous les vendredis, à partir du 15 janvier, à 10 h. 1/2 (salle Axenfeld), des conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies du tube digestif et de la nutrition.

NÉCROLOGIE

Boëll, à Baugé (Maine-et-Loire).
Turgis, de Falaise.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN CLINIQUE DE L'ÉTRANGER

Sur une forme particulière de néphrite tuberculeuse

Dans la séance du 12 décembre 1903, de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, **M. Péchère** a attiré l'attention sur une forme de tuberculose rénale, qui passe probablement souvent inaperçue. Il ne s'agit pas de tuberculose rénale dite chirurgicale, celle-ci d'ordinaire assez facile à reconnaitre, non plus que de l'infection tuberculeuse miliaire aiguë, frappant le rein au même titre que les autres viscères.

Les cas auxquels M. Pechère fait allusion, et dont il montre à la société deux exemples dans la personne d'un adolescent et d'une jeune fille, sont des néphrites. Mais ces néphrites se présentent avec des caractères assez particuliers. Elles revêtent l'allure de la néphrite parenchymateuse ordinaire; les stases sous-cutanées existent; souvent même il y a boursouflure de la face, les urines sont diminuées (800 à 1000 cc. en vingt-quatre heures); on note la présence d'albumine, mais elle est en très petite quantité et hors de proportion avec l'intensité des symptômes cliniques observés; très peu d'éléments renaux (cylindres).

Rien dans l'interrogatoire des malades, qui sont généralement jeunes, ne permet de rattacher cette affection aux causes habituelles de la néphrite; pas de maladie infectieuse contemporaine ou récente (notamment pas de scarlatine, ni de fièvre typhoïde); pas d'intoxication, ni chimique, ni organique; pas de tumeurs; pas de lithiase; pas d'affection cardiaque. Ces néphrites sont cependant infectieuses. En effet, l'examen bactériologique des urines y décèle la présence du bacille de Koch.

D'ailleurs, en examinant bien les malades, on découvre des signes de tuberculose ancienne fermée, sinon guérie. Les malades ne toussent pas, ne crachent pas; l'hypothermie fait défaut.

Il s'agit donc bien de tuberculose chronique du rein, d'infection localisée dans cet organe, et qui demande, pour être diagnostiquée, un examen attentif et complet du malade.

Pour M. Pechère, ces cas sont uniquement justiciables de la médecine. Il a obtenu la guérison complète chez des malades de ce genre par un traitement général de la tuberculose : repos, suralimentation.

Du mode de transmission de la scarlatine

Les observations de ces dernières années ont ébranlé la théorie d'après laquelle les squames épidermiques représentaient le vecteur essentiel du contage scarlatineux. **M. Aaser** (*Nord. med. Ark.*, 1903, 11), de Christiania, apporte, pour sa part, un contingent de faits cliniques battant en brèche cette doctrine ancienne. Depuis 1895, jusqu'en juin 1902, l'auteur a eu à soigner 3800 scarlatineux dont 79 furent notoirement infectés par des enfants qui, après avoir été hospitalisés pour scarlatine, n'ont cependant quitté l'hôpital qu'alors qu'ils ne présentaient plus trace de desquamation et après une série de bains savonneux, leurs cheveux ayant été coupés à la tondeuse et lavés au savon également.

M. Aaser estime que, dans ces 79 cas, la transmission de la maladie ne saurait être attribuée aux produits de la desquamation scarlatineuse, mais qu'il faut en chercher plutôt la cause dans une affection de la gorge, du nez ou de l'oreille moyenne, ayant constitué le dernier repaire de l'agent pathogène. C'est donc dans les sécrétions pharyngo-nasales et les écoulements d'oreille que résiderait le danger de la transmission de la scarlatine par des sujets guéris eux-mêmes de cette affection.

Il s'en suit que l'isolement d'un scarlatineux serait à maintenir aussi longtemps qu'il continue à présenter la moindre trace d'un état inflammatoire ou catarrhal de la gorge, des cavités nasales ou de l'oreille moyenne, la persistance comme la disparition de ces affections devant être constatées par un examen otoscopique et rhinologique (rhinoscopie antérieure et postérieure) des plus minutieux.

Traitement de la broncho-pneumonie coquelucheuse par l'exposition au grand air

Après s'être convaincu de l'effet nul des moyens habituels de traitement de la broncho-pneumonie consécutive à la coqueluche, et après avoir, d'autre part, constaté que, dans les cas où cette complication évolue lentement, les enfants succombent souvent à la tuberculose pulmonaire, **M. Ker** (*British. med. Journ.*, 19 décembre 1903) eut l'idée d'exposer ses petits broncho-pneumoniques au grand air, sous une véranda ouverte de deux côtés. Les enfants malades, couchés dans leur lit et dûment enveloppés, y demeurent six heures par jour, en été comme en hiver, à l'exception des jours pluvieux. Ce traitement, employé depuis plus de deux ans dans le service de M. Ker au City Hospital d'Edimbourg, aurait diminué de 50 % la mortalité par broncho-pneumonie coquelucheuse.

Chancres syphilitiques mous et chancres indurés non syphilitiques

Il résulte d'un relevé d'observations d'hôpital, fait par **M. Povarnine** (*Med. Obozréniyé*, 1903, 21), que si, d'habitude, un chancre induré est de nature syphilitique et un chancre mou ne l'est pas, c'est précisément l'inverse qu'on observe dans une minorité assez respectable de cas. C'est ainsi que, dans la statistique de l'auteur, sur 68 chancres mous, 11 furent suivis de manifestations syphilitiques; chez 6 de ces malades le chancre, d'abord mou, s'indura plus tard, mais, chez les 5 autres, il n'y eut jamais d'induration de la plaie chancreuse. D'autre part, sur 59 sujets atteints de chancre induré d'emblée, 28 sont restés indemnes de syphilis. Ainsi donc, conclue l'auteur, 8 % des chancres mous révèlent, par la suite, leur nature syphilitique, et 25 % des chancres indurés ne sont pas suivis d'accidents secondaires.

Instillation d'éther pour l'extraction des bouchons de cérumen

M. Meierhof (*New-York med. Journ.*, 21 août 1903) a recours, avec succès, à l'instillation, dans l'oreille, d'éther sulfurique, pur ou mélangé avec partie égale d'alcool, pour faciliter l'extraction des bouchons de cérumen. Sous l'influence de l'éther, qui dissout les masses cérumineuses, le bouchon se trouve, en quelques secondes, ramolli et décollé des parois du conduit auditif, de telle sorte qu'un faible jet d'eau suffit alors pour l'enlever.

Tachycardie paroxystique avec lésions du pneumogastrique

M. Schlesinger a communiqué à la *Société de médecine interne de Vienne*, le cas d'un homme atteint de tachycardie paroxystique, terminée par la mort subite, à l'autopsie duquel on constata une compression du nerf pneumogastrique, dans sa partie thoracique, par des ganglions lymphatiques tuberculeux. Ce serait, d'après l'auteur, le premier cas de tachycardie paroxystique dans lequel on aurait rencontré des lésions organiques du système nerveux.

Cette dernière affirmation de l'auteur viennois est erronée. Nos lecteurs se souviendront d'un article de **M. Apert**, que nous avons publié dans ce journal l'année dernière (*Bulletin médical*, 23 mai 1902, p. 493). C'était l'observation *in-extenso* d'un malade dont M. Apert avait relaté l'histoire et présenté les pièces anatomiques à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance de la veille. Il s'agissait d'un homme atteint de tachycardie paroxystique, dont l'autopsie a montré, contrairement à l'enseignement classique, le nerf pneumogastrique gauche englobé dans la péri-adénite d'un ganglion rétro-sternal. M. Apert rappelait, en outre, deux cas semblables publiés, l'un par **M. Chauffard** (*Bulletin médical*, 21 avril 1896), l'autre par **M. Desplats** (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1896, n° 2).

Il concluait que, « de même qu'à côté de l'épilepsie essentielle sans lésion cérébrale visible, on observe l'épilepsie jacksonienne qui, bien que procédant par brusques attaques, relève de lésions permanentes du cerveau, de même, « à côté « de la tachycardie paroxystique essentielle de Bouveret, ne dérivant d'aucune « lésion visible, il y a lieu de décrire une « tachycardie paroxystique non essentielle qui, bien que procédant également par attaques à début et à terminaison brusques, relève de lésions permanentes du pneumogastrique. »

L'observation de l'auteur autrichien vient donc tout simplement confirmer des constatations faites bien antérieurement en France.

CHIRURGIE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. A. Broca

La mastoïdite aiguë des nourrissons (1)

Trois fois, en dix jours, j'ai pu examiner, et opérer devant vous, des enfants atteints de mastoïdite aiguë. Je n'ai pas l'intention, à ce propos, de vous dire tout ce que vous devez savoir sur cette lésion, fort importante puisqu'elle est de celles où le plus modeste praticien de province peut avoir entre les mains la vie de son malade. Je vous entretiendrai une autre fois de cette chirurgie d'urgence; mon but actuel est de mettre en relief quelques particularités cliniques dont nos trois patients nous offrent des exemples.

Deux d'entre eux, en effet, sont des nourrissons, et sur eux vous pourrez étudier deux types cliniques assez différents, prêtant l'un à des considérations pathogéniques et opératoires importantes, l'autre à une étude diagnostique instructive. Le troisième, par lequel je vais commencer, me permettra surtout de vous dire quelques mots sur les mastoïdites non précédées d'otorrhée.

Tous trois ont trait à des mastoïdites aiguës avec otite aiguë, sont, par conséquent, des « cas aigus », que je vous apprends, toutes les fois que j'en ai l'occasion, à distinguer des « cas chroniques », dont la chronicité est commandée par celle de l'otite causale, quelle que soit l'acuité, parfois extrême, de la complication mastoïdienne intercurrente. Distinction capitale, puisqu'aux « cas aigus » convient l'évidement de l'apophyse seule, tandis que les « cas chroniques » exigent une opération poussée jusqu'à la caisse.

I

La mastoïdite aiguë des nourrissons va être l'objet principal de cette leçon. Mais je vais d'abord vous rappeler en quelques mots l'histoire d'une fille de quatre ans, que j'ai opérée il y a trois jours, soit le 23 novembre, après l'avoir examinée avec vous, la veille, à la consultation. Elle nous servira de point de comparaison.

Cette enfant portait, sur la moitié inférieure de la région rétro-auriculaire, une tumeur rouge, à peau amincie, grosse comme un œuf de perdrix, fluctuante, décollant peu en avant le pavillon, dont le sillon rétro-auriculaire était conservé. Le gonflement inflammatoire s'étendait assez loin en arrière, aux limites de la région mastoïdienne, vers l'occiput.

S'il y avait eu sur le territoire correspondant une excoriation pouvant servir de porte d'entrée, j'aurais probablement porté plutôt le diagnostic d'adénophlegmon, d'autant plus volontiers qu'il n'y avait pas d'otorrhée, comme vous allez le comprendre à propos d'un autre de nos malades. Mais toute lésion cutanée faisait défaut, et d'autre part nous savons que l'absence d'otorrhée n'est aucunement exclusive de la mastoïdite.

On a déjà beaucoup écrit sur ces mastoïdites sans otorrhée, que l'on a parfois appelées sans otite, dénomination à mon sens vicieuse. Je ne crois pas, en effet, qu'il faille admettre une infection passant du pharynx à l'apophyse en sautant par dessus la caisse intacte. J'estime que toujours celle-ci a participé, peu ou prou, à l'inflammation, mais que le tympan a résisté au lieu de se laisser perforer, et que, d'autre part, la phlegmasie très superficielle de cette muqueuse a guéri presque complètement d'elle-même, sans suppurer, tandis que dans le système mastoïdien elle devenait plus profonde et suppurée. On sait, d'ailleurs, que cette prédominance des lésions mastoïdiennes suppuratives sur celles de la caisse est mise en évidence par ce fait banal que l'otorrhée peut être tarie immédiatement par la trépanation d'une mastoïdite, et que le tympan perforé se cicatrise en quelques jours, sans qu'on ait eu à s'occuper de la caisse : celle-ci a été pour la suppuration, même dans les cas avec otorrhée, un lieu de passage bien plus que de sécrétion. Bien entendu, je parle des seuls cas aigus.

C'est pour cela que, dans les cas comme celui qui nous occupe, il sera la plupart du temps superflu d'associer à la trépanation de l'apophyse une paracentèse du tympan. On ne pratiquera cette dernière que si le tympan bombe, si une douleur d'oreille persistante indique que du pus est retenu dans la caisse. Mais le fait est rare, et les choses se passent habituellement comme chez notre malade : chez celle-ci le début eut lieu, il y a trois semaines, par de la fièvre, avec otalgie vive et agitation nocturne, mais l'indolence est complète et le sommeil est redevenu bon depuis que la collection rétro-auriculaire s'est constituée, c'est-à-dire depuis une dizaine de jours.

Avant d'opérer, je vous ai fait remarquer le siège postérieur de la tuméfaction, qui gagnait surtout vers l'écaille mastoïdienne et laissait libre la partie antérieure de l'apophyse. Dans les cas de ce genre, en effet, le chirurgien doit se méfier, car le siège de l'abcès extérieur correspond souvent à un foyer profond en contact avec le sinus latéral et se faisant jour au dehors, le long de la veine émissaire mastoïdienne. D'où danger plus grand de phlébite du sinus si on abandonne la lésion à elle-même; d'où crainte plus grande de blesser le sinus en opérant, et nécessité, par conséquent, de procéder avec plus de prudence encore que de coutume.

Aussi, chez notre malade, m'avez-vous vu, après la classique incision rétro-auriculaire, dénuder largement l'apophyse à la rugine, repérer bien exactement, par rapport au conduit, une surface cariée qui existait en arrière et au-dessous du lieu d'élection de l'antre, à près de deux centimètres en arrière du conduit. J'ai attaqué cette région à la curette dans sa partie antérieure, et en visant avec l'instrument en haut et en avant. Je suis ainsi arrivé dans l'antre, et alors je me suis porté doucement en arrière, vers le sinus, qu'en effet j'ai trouvé au contact direct d'un abcès qui avait rongé la paroi osseuse de la gouttière sigmoïde.

Voilà un danger avec lequel vous n'aurez presque jamais à compter chez un nourrisson atteint de mastoïdite : c'est ce que je vais tâcher de vous expliquer.

II

Sans doute, chez l'enfant en bas-âge, au-dessous d'un an à dix-huit mois, on peut trouver une mastoïdite dont l'abcès extérieur est, dans ses dispositions anatomiques, identique à celui que je viens de vous décrire. La semaine dernière, le 18 novembre, vous en avez observé un exemple sur un garçon de huit mois, dont le sillon rétro-auriculaire était nettement creusé en haut et à la partie moyenne, dont le pavillon, dès lors, n'était pas décollé et chez lequel une tuméfaction rouge et fluctuante, manifestement suppurée, occupait la région de la pointe mastoïdienne, sans phénomènes inflammatoires à la base de l'apophyse. Le phlegmon, oblique en bas et en avant, s'étendait vers la branche montante du maxillaire inférieur, et il s'était spontanément fistulisé quand l'enfant fut présenté à notre examen. Au premier coup d'œil,

(1) Ces malades ont été observés à l'hôpital Tenon, service de chirurgie infantile, quelques jours avant mon changement de service, qui a eu lieu le 1er décembre. A.B.

j'ai émis l'opinion qu'il pouvait s'agir d'un adéno-phlegmon, et voici les motifs de cette réserve.

Quand on a l'expérience de la chirurgie mastoïdienne, on sait que le diagnostic n'est pas toujours aisé entre une mastoïdite et certaines inflammations lymphatiques rétro-auriculaires. Ces inflammations sont de deux ordres : une lymphangite diffuse, que nous retrouverons dans un instant; un adéno-phlegmon auquel ressemblent certains abcès de la pointe mastoïdienne.

Le diagnostic, en général, saute aux yeux : l'otite avec otorrhée dans un cas, les portes d'entrées cutanées dans l'autre sont probantes. Mais ne venez-vous pas de voir une mastoïdite sans otorrhée? Et, d'autre part, les difficultés diagnostiques sont surtout grandes quand existent ensemble écoulement d'oreille et excoriations du conduit ou du pavillon. Coïncidence moins rare que vous ne le pensez, peut-être, car elle n'est pas toujours un simple effet du hasard, l'otorrhée pouvant fort bien être la cause d'une irritation cutanée sur les points touchés par le pus. Il m'est déjà arrivé plusieurs fois de rencontrer des cas de ce genre, et précisément l'enfant dont je vous parle en ce moment en est un exemple.

Cet enfant, en général bien portant, nourri au sein, à dentition normale (il porte déjà quatre dents), a une sœur de trois ans atteinte d'impétigo; et lui-même, depuis six semaines, souffre de la même lésion au cuir chevelu, à la face, aux deux oreilles. Puis, huit jours avant notre intervention, sans maladie préalable appréciable, l'oreille droite se mit à couler; presque en même temps la région rétro-auriculaire commençait à gonfler.

La succession de faits ainsi établie était en faveur de l'otite avec mastoïdite, puisque l'impétigo avait précédé l'otorrhée. Mais le siège de l'abcès vers la pointe de l'apophyse, et assez loin en arrière du conduit, plaidait contre cette hypothèse : c'est une variété rare chez le nourrisson, et c'est au contraire le siège typique de l'adéno-phlegmon mastoïdien.

Différent en cela de la lymphangite rétro-auriculaire, cet adenophlegmon trouve sa porte d'entrée ordinaire non pas dans la conque ou dans le conduit, mais au cuir chevelu ou à la face cranienne du pavillon. C'était bien le cas ici, car s'il y avait otorrhée récente avec rougeur du conduit, avant tout et surtout il y avait eczéma impétigineux de ces deux régions. Quant à établir le diagnostic par la palpation, d'après les connexions plus ou moins intimes avec l'os sous-jacent, ce n'est possible qu'au début, quand on sent le ganglion rouler d'abord sous le doigt, puis se fixer à mesure qu'il s'empâte. Mais à la période d'infiltration phlegmoneuse avec suppuration centrale, ce signe n'existe plus. J'aurais encore pu chercher le signe dit de la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit : il eût été bien difficile, sinon impossible, à constater, dans un conduit rouge, gonflé, douloureux, irrité qu'il était à la fois par l'impétigo et par l'otorrhée.

Aussi bien une précision plus grande du diagnostic avait elle un intérêt plus théorique que pratique, car la sagesse clinique, en l'espèce, consistait à rester dans le doute et à explorer attentivement l'os après incision large de la peau. C'est le conseil que je vous donne pour ces cas ambigus, et je vous mets en garde contre une affirmation absolue qui pourrait vous conduire soit à une trépanation inutile, soit, ce qui est plus nuisible, à une opération incomplète.

Chez notre enfant, l'exploration de l'os démontra une dénudation apophysaire, et la petite curette ramena des fongosités un peu caséeuses et de petits séquestres.

Ce qui m'a surtout fait hésiter — sans que j'aie été affirmatif, d'ailleurs — c'est qu'outre la possibilité d'une infection d'origine cutanée, j'ai constaté que le siège de l'abcès ne correspondait pas à ce qu'il est habituellement chez le nourrisson. Ce siège à la pointe est assez fréquent plus tard, comme chez notre première malade, âgée de quatre ans; il est rare au-dessous d'un an, et vous observez alors, presque toujours, le type dont notre malade d'aujourd'hui nous offre un exemple.

Voici l'état où, avant l'opération, vous avez trouvé ce garçon de six mois

Tout de suite, vous avez vu que du côté droit le pavillon de l'oreille était anormalement dirigé : il était décollé, presque à angle droit avec la voûte du crâne, en sorte que sa face externe était devenue plus antérieure; il était, en outre, abaissé et porté en avant. Cela sautait aux yeux si, en regardant l'enfant bien en face, on comparait la situation de l'oreille droite à celle de l'oreille gauche.

Pourquoi cette asymétrie? C'est en regardant en arrière que nous en avons trouvé la cause. Dans la partie supérieure du sillon rétro-auriculaire, en effet, gagnant en haut au-dessus du pavillon, vers la fosse temporale, la peau était rouge, les tissus infiltrés et épaissis, en une tuméfaction qui effaçait le sillon. Celui-ci était conservé dans sa partie inférieure, et parfaitement marqué derrière le lobule de l'oreille. A la partie culminante du gonflement, tout contre le pavillon et un peu au-dessus de l'horizontale passant par la partie supérieure du conduit auditif externe, existait une région plus rouge que le reste, dépressible, fluctuante; cette collection, certainement purulente, était grosse comme une forte noisette. A partir de là, l'œdème diminuait peu à peu vers l'occiput. Toute la région enflammée était douloureuse à la pression. L'état général était bon, la température médiocre, à 38°5 seulement.

Une seule lésion est capable, en dehors de la mastoïdite, de produire un état local semblable: une lymphangite rétro-auriculaire ayant sa porte d'entrée sur la conque du pavillon ou sur le conduit auditif externe. Notez que je ne vous parle pas de l'adéno-phlegmon mastoïdien, dont il a été question tout à l'heure. Mais, à côté de cette forme, il en est une autre, où l'infiltration inflammatoire gagne le tissu conjonctif rétro-auriculaire, surtout dans la moitié supérieure de la région, et comble le sillon entre le crâne et le pavillon. Celui-ci, lorsque la tuméfaction est volumineuse, se trouve décollé, refoulé en bas et en avant, exactement comme chez l'enfant que vous venez d'examiner. Et comme, en outre, un abcès lymphangitique peut se collecter, l'état objectif peut être identique à celui d'une mastoïdite.

Autrefois, l'erreur de diagnostic était souvent commise; aujourd'hui encore elle n'est pas rare, quoique nous ayons appris à mieux connaître les lymphangites péri-auriculaires. Comment l'éviterez-vous?

D'abord, par l'analyse exacte de certains signes, si vous savez que ces lymphangites, quand elles ont leur point de départ dans le conduit et dans la conque, sont généralement accompagnées d'adénite au-devant du tragus et sous la pointe de l'apophyse. Adénite légère, qui rarement tourne à l'adéno-phlegmon, mais qui se manifeste par un peu de tuméfaction et surtout par une douleur à la pression localisée. En outre, les parties molles sont prises, et non l'os, en sorte que vous éveillez plus de souffrances par traction sur le pavillon de l'oreille que par pression de l'apophyse, en dehors de la zone abcédée. Ce dernier signe est très difficile à apprécier chez un nourrisson de six mois; mais les autres

n'existaient certainement pas chez notre malade.

D'autre part, pour conclure avec certitude à une lymphangite, il faut lui trouver une porte d'entrée, ici nulle, tandis que nous constatons, au contraire, la réalité d'une otite avec otorrhée. Vous venez de voir que l'association possible de ces deux causes est un motif d'erreur : dans le cas particulier, il n'en saurait être question En effet, partout la peau du conduit et du pavillon est saine, et l'otite moyenne aiguë est incontestable.

Elle date de huit jours seulement, révélée par de l'agitation, sans localisation douloureuse nettement déterminée; très vite a eu lieu par l'oreille un écoulement jaune et épais, peu abondant il est vrai, qui s'est reproduit depuis à plusieurs reprises et aujourd'hui n'est pas tari. Presque en même temps a débuté le gonflement rétro-auriculaire, peu à peu accru et devenu plus douloureux.

Dans ces conditions, une discussion me semble superflue pour affirmer le diagnostic : otite aiguë, mastoïdite aiguë.

Pourquoi cette otite? L'origine en est probablement dans un coryza dont l'enfant a souffert avec assez grande acuité dès l'âge de six semaines, avec écoulement nasal tantôt clair et tantôt épais. Depuis quelques semaines, la pituitaire semble sèche, mais il me paraît cependant raisonnable d'admettre que de là est venue l'infection causale nécessaire du naso-pharynx.

Peut-être une légère teinte de syphilis héréditaire est-elle en jeu dans la genèse de ce coryza. Sans doute l'enfant est né en apparence vigoureux, à terme, pesant 3 kil. 200, sans aucune tare apparente ni malformation. En ce moment, nous ne lui trouvons sur les téguments aucune manifestation suspecte. Mais la mère souffre avec évidence d'une syphilis secondaire que lui aurait communiquée son mari. N'insistons pas sur le renversement possible des rôles. D'où une fausse couche de trois mois, puis un traitement suivi de la grossesse à terme. Un peu de coryza ne justifie pas, chez l'enfant que nous soignons, un traitement mercuriel immédiat : mais nous avons là un motif de surveillance attentive pendant les quelques semaines que l'enfant va passer sous notre observation, pour une lésion qui, par elle-même, n'est certainement pas syphilitique.

Notre conclusion clinique est donc : otite et lésion mastoïdienne aiguës. Quelle est cette lésion mastoïdienne, et quel traitement lui convient? Ces deux questions sont liées l'une à l'autre : car si, en tout état de cause, l'incision de l'abcès fluctuant est indiquée, la conduite à tenir vis-à-vis de l'os est discutée.

En effet, à côté de la mastoïdite proprement dite, où une suppuration vraie des cellules mastoïdiennes exige l'évidement de l'apophyse, bon nombre d'auteurs décrivent une *périostite mastoïdienne*, avec intégrité tout au moins relative des cellules sous-jacentes et, dans ces cas, il suffirait de débrider les parties molles, sans trépanation osseuse.

Il y aurait donc là une question fort importante de diagnostic différentiel, et je ne saurais mieux faire, pour vous soumettre les éléments du problème, que de vous répéter mot pour mot la description à l'aide de laquelle S. Duplay a cherché à tracer le tableau de cette périostite.

« Au début, nous dit M. S. Duplay, il est aisé de différencier le gonflement qui appartient à l'une ou l'autre de ces affections. Dans la périostite simple, le gonflement est diffus, le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse mastoïde a disparu ; dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes, le gonflement est plus circonscrit, le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse mastoïde persiste. La douleur à la pression est bien plus marquée et plus superficielle dans la périostite simple que dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes.

L'examen du conduit auditif peut aussi fournir de précieux renseignements. La périostite de l'apophyse mastoïde est un accident de l'ostéo-périostite de la caisse, qui s'accompagne constamment d'une périostite du conduit; on trouvera donc les signes de cette affection. La suppuration des cellules mastoïdiennes, au contraire, n'est pas forcément liée à une otite périostique. Elle s'accompagne toujours d'un catarrhe purulent de la caisse, dont on constatera les signes, la perforation du tympan, l'existence d'une otite granuleuse, de fongosités, de polypes; dans d'autres cas plus rares, en même temps que l'on observe tous les signes d'une otite moyenne avec douleur, gonflement de la région mastoïdienne, l'examen de l'oreille montre la membrane du tympan injectée, mate, épaissie, quelquefois refoulée en dehors. Enfin, que la membrane soit intacte ou qu'elle soit perforée, il est encore un signe qui indiquera à peu près certainement la suppuration des cellules mastoïdiennes, c'est l'existence d'une rougeur de la peau, avec gonflement œdémateux, circonscrite à la paroi postérieure du conduit auditif osseux. »

Cette description clinique est d'une grande exactitude, et, après l'avoir entendue, vous avez probablement conclu que nos deux premiers malades atteints de mastoïdite, devaient, en effet, être trépanés, mais que j'aurais dû m'en tenir à l'incision simple chez mon troisième, atteint de périostite. Or, de parti pris, j'ai évidé l'antre, et je vous ai fait remarquer qu'il contenait des fongosités suppurées.

Il y a certainement, comme l'a excellemment dit S. Duplay, deux types cliniques bien distincts, et nos deux petits malades vous en ont fourni des exemples. Mais, où je diffère d'avis avec mon éminent maître, c'est sur l'interprétation pathogénique des faits. Car toutes les fois que, chez le nourrisson aussi bien que chez l'enfant plus âgé, j'ai ouvert des abcès de prétendue périostite, je suis arrivé, au fond de la collection, sur une dénudation située à la base de l'apophyse, en arrière et un peu au-dessus du conduit. Là, l'os était spongieux, carié, facile à effondrer d'un coup de curette, et cela fait, je me trouvais dans une cavité soit fongueuse, soit suppurée, celle de l'antre mastoïdien. Chez le sujet plus âgé, l'os est plus dur à ouvrir au ciseau.

Quant à l'explication de la fréquence avec laquelle existe, chez le nourrisson, ce type attribué à la périostite, et à celle des motifs qui ont fait admettre à tort cette périostite, elle réside dans certaines considérations anatomiques et anatomo-pathologiques utiles à développer.

Commençons par l'anatomie normale.

III

Chez les enfants au-dessous de deux ans, l'antre mastoïdien est toujours repéré extérieurement, à l'état normal, sur le cadavre frais, par une *tache spongieuse*, violacée, lame osseuse mince, dépressible, friable, transformée en un véritable crible par de nombreux et relativement larges pertuis vasculaires.

Si, d'un coup de curette, on effondre cette lame, on pénètre dans une cavité grosse, en général, comme un pois chiche environ, qui se prolonge en dedans, vers la caisse du tympan, par un canal relativement très large, très court : ces cavités sont celles de l'antre et de l'aditus, et il est à noter que, primitivement, elles seules existent, qu'au-dessous de l'antre il ne descend, d'abord, pas d'apophyse. Peu à peu la saillie osseuse se dessine, puis elle se creuse de cellules.

Or, le fait à noter est que cette formation de l'apophyse peut être comparée à une sorte de descente, attirant pour ainsi dire, à sa suite, l'antre et l'extrémité correspondante de l'aditus. Chez le fœtus avant terme, en effet, l'antre est situé au-dessus du conduit et communique avec la caisse par un

ANATOMIE NORMALE DE LA CAISSE ET DE L'ANTRE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

(Figures empruntées à l'*Anatomie de l'oreille moyenne*, par M. A. Broca, *Actualités médico-chirurgicales*, Paris, 1902, et dues à l'obligeance de M. Masson).



Fig. 1. — Fœtus de 7 mois 1/2, côté droit. La tache spongieuse (*s. p.*) qui recouvre l'antre, est exactement au-dessus du méat. *T*, cercle tympanal; *csm*, crête sus mastoïdienne.

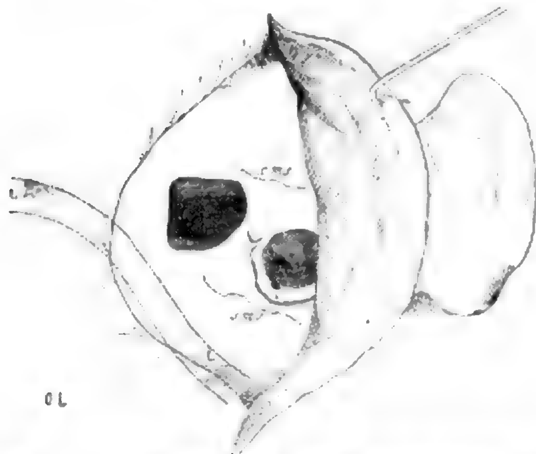


Fig. 2. — Fœtus de 8 mois 1/2. Simple ouverture de l'antre (côté droit). *L*, sinus latéral; *sms*, suture mastoïdo-squameuse. On voit que l'antre est au-dessus *et en arrière* du conduit.

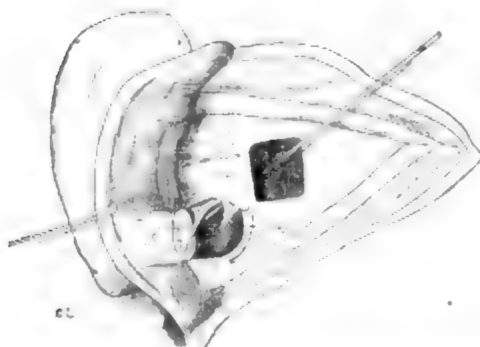


Fig. 3. — Enfant mâle à terme; côté gauche. Le conduit auditif membraneux est decollé et recliné en avant avec le pavillon. Il a, par hasard, entraîné la membrane du tympan, à laquelle adhère encore le marteau. L'antre est en même position que sur la figure précédente. Un stylet rectiligne cathétérise l'aditus.

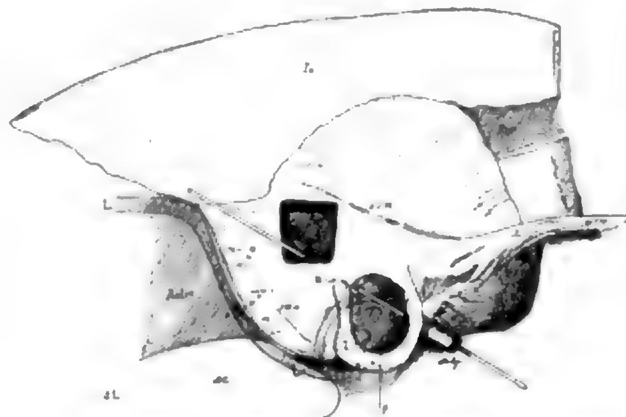


Fig. 4. — *Fœtus à terme*. Après être apparu entre les osselets sur la figure précédente, le stylet introduit dans l'aditus enfile directement la trompe d'Eustache. On voit la position du sinus latéral, *L*, par rapport à l'antre et à la fontanelle astérique, *aster*; *F*, canal du facial.

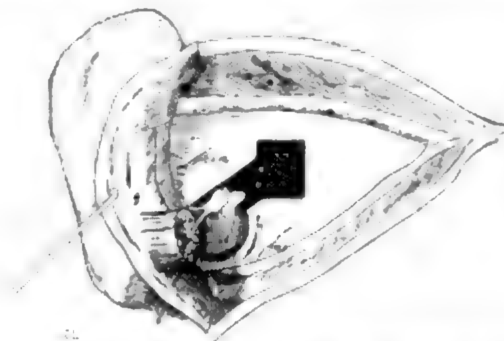


Fig. 5. — Sujet de la fig. 3, le large et rectiligne canal de l'aditus ayant été ouvert en tranchée, la courte branche de l'enclume repose sur son seuil.



Fig. 6. — Même sujet, les osselets enlevés. On a sous les yeux une trépanation complète, antre et caisse, la caisse étant vidée. On voit combien à cet âge le sinus latéral est éloigné de l'antre. Mais les rapports du nerf facial avec le seuil de l'aditus (voy. aussi fig. 4) sont les mêmes que sur l'adulte.

aditus rectiligne et presque verticalement descendant ; à terme, il est autant en arrière qu'au-dessus, et le canal de l'aditus, toujours rectiligne, est oblique en haut et en arrière, incliné à 45° environ vers l'horizon. A partir de deux à trois ans, il est plus postérieur que supérieur, et devient enfin franchement postérieur. Pendant cette migration d'un quart de cercle environ, le canal de l'aditus s'incurve, comme s'il était fixé par son contact avec la base du crâne, et c'est ainsi qu'il prend la disposition qu'on est habitué à lui trouver chez l'adulte.

La tache spongieuse subit ce même déplacement de haut en bas, mais, en même temps, elle se rétrécit, sa lame corticale s'épaissit et se déprime, comme attirée par une rétraction des parties profondes; d'où une fossette criblée, mais compacte et à petits trous, qui est située contre la moitié supérieure du bord postérieur du conduit osseux, en arrière d'une petite saillie, l'épine de Henle, peu à peu dessinée, à mesure que la fossette se creuse.

A partir du moment où cet état est constitué, c'est-à-dire environ à partir de l'âge de deux ans, il n'y a plus, entre l'adulte et l'enfant, que des différences de détail, aussi bien en anatomie normale qu'en anatomie pathologique, en clinique qu'en médecine opératoire. Jusque-là, au contraire, la mastoïdite des nourrissons mérite, à tous ces égards, une étude spéciale.

D'abord, vous avez peut-être été frappés de la rapidité et de la facilité avec laquelle, chez nos deux enfants, les lésions rétro-auriculaires ont évolué : en huit jours, l'otorrhée, la réaction fébrile et douloureuse étant médiocres, un gros abcès sous-cutané s'est constitué. Or si, chez l'enfant du deuxième âge, peut-être plus volontiers que chez l'adulte, la réaction mastoïdienne d'une otite aiguë est précoce et à peu près constante, la plupart du temps elle précède de plus loin la mastoïdite proprement dite, quand celle-ci se produit; et la formation de l'abcès sous-périosté est précédée d'une période douloureuse assez vive, parfois très vive, pendant que se laisse franchir par le pus une corticale qui n'est plus mince et largement perforée.

Vous avez sans doute conclu de vous-mêmes que là se trouvent réalisées les conditions les plus favorables à l'existence d'une mastoïdite sans otorrhée, le pus ayant plus de facilité à envahir l'aditus et l'antre qu'à perforer le tympan. Cela est vérifié par l'observation quotidienne : cette variété clinique est bien plus fréquente, d'après mon expérience, chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé. Mais, de cela, vous retiendrez que l'absence d'otorrhée ne sera probablement pas de grande valeur pour établir, en clinique, une distinction entre la périostite et la mastoïdite.

Arrivons maintenant au siège différent de l'abcès. Il n'a rien de surprenant. Puisqu'il existe toujours une large tache spongieuse, avec un antre sous-jacent, mais sans cellules apophysaires proprement dites, il est naturel que par là ait presque toujours lieu la migration du pus; et, d'après l'anatomie normale, telle que vous la montrent les figures ci-dessus, vous trouvez tout naturel que l'abcès mastoïdien du nouveau-né soit presque invariablement supérieur, selon le type que je vous présentais il y a un instant. Est-ce absolument obligatoire? Non : il n'y a pas de loi immuable en pathologie, et notre deuxième malade en est la preuve. Mais la rareté de cette seconde disposition est suffisante pour que, si nous le constatons, nous restions sur la réserve pour le diagnostic.

Cela étant, d'où peut venir le désaccord entre les auteurs qui, comme moi, parlent, dans la forme ordinaire, d'une mastoïdite qu'il faut traiter par l'évidement osseux, et ceux qui croient à l'existence habituelle d'une périostite qu'il suffit d'inciser ?

La discussion anatomo-pathologique provient de ce qu'en général, en effet, quand on évide l'os on n'y trouve pas, à cet âge, une vraie collection purulente, comme c'est la règle plus tard, mais des fongosités grisâtres et de l'ostéite raréfiante. Car, à cet âge, même l'antre n'est d'ordinaire pas encore « pneumatique »; il est encore comblé par un tissu osseux spongieux, à trabécules fines, sans une grande cavité où le pus puisse s'accumuler. Il est « diploïque », pour employer le terme consacré. Mais cette disposition anatomique ne change rien à la conclusion thérapeutique; conclusion générale, jusqu'à tous les âges ces apophyses « diploïques » peuvent exister. C'est seulement affaire de fréquence relative, et qu'il s'agisse de vraies chambres muqueuses visibles à l'œil nu ou de fins espaces inter-trabéculaires, l'ouverture large de toutes les cavités enflammées est indispensable.

Or, quelquefois, et surtout chez les jeunes enfants atteints de la forme habituelle que je viens de vous décrire, l'incision simple, dite de Wilde, suffit. C'est donc, a-t-on conclu, qu'il s'agit d'une périostite et non d'une suppuration intra cellulaire contre laquelle cette opération eut été insuffisante.

Je ne veux pas reprendre ici ce que j'ai dit ailleurs sur deux causes fréquentes d'erreur dans ces appréciations (1) : la confusion diagnostique avec une lymphangite rétro-auriculaire; la fistulation ultérieure après cicatrisation de la plaie ayant fait croire, parfois pendant longtemps, à la guérison d'une prétendue périostite qui était, en réalité, une mastoïdite.

Ces faits sont surtout relatifs aux sujets plus âgés, et je reconnais que l'incision limitée aux parties molles — dont je me suis, depuis bien des années, déclaré l'adversaire — peut procurer la guérison des nourrissons moins rarement que celle des sujets plus âgés.

Pourquoi cette contradiction apparente? Toujours en raison des mêmes dispositions anatomiques.

D'abord, regardez sur les figures la largeur, la brièveté, la rectitude de l'aditus, sa disposition déclive par rapport au plancher de l'antre : les conditions sont favorables à l'envahissement de l'antre si le tympan résiste, mais, par contre, à l'écoulement du pus mastoïdien, si le tympan est perforé. En outre, c'est de cette disposition anatomique normale que résulte la fréquence relative avec laquelle l'incision simple guérit une mastoïdite de nourrisson. La tache spongieuse, encore raréfiée par l'ostéite, est toute disposée à se perforer largement soit avant, soit après l'incision : et sous cette trépanation spontanée, située juste en regard de l'antre, la règle est que rien ne descende vers la pointe. Spontanément, le volet est tombé devant une fenêtre qui affleure le parquet et la chambre se vide à siccité.

On se rend compte facilement des choses quand on examine l'os avec un peu d'attention, après incision de l'abcès, comme nous l'avons fait ensemble tout à l'heure.

J'ai fendu les téguments juste dans le sillon rétro-auriculaire, ce qui est le lieu d'élection, et j'ai donné issue de la sorte à environ une cuillerée à café de pus jaunâtre, épais, bien lié, inodore, ayant — autant qu'on puisse porter un jugement de cette nature — les caractères habituels du pus à staphylocoques (2); et, au point précis que tout à l'heure je vous décrirai, derrière le conduit auditif externe, un peu au-dessus de lui, la curette a gratté sur

(1) A. Broca. — Leçons cliniques de chirurgie infantile, p. 280, Paris, 1902.

(2) Ce fut vérifié par l'examen bactériologique, que voulut bien pratiquer M. Paisseau, interne des hôpitaux.

une surface dénudée, large comme une pièce de 20 cent. En regardant soigneusement ce point, le pus et le sang étant bien étanchés avec de la gaze sèche, vous l'avez vu rouge, criblé en écumoire de petits trous, par lesquels ne sortait, il est vrai, aucun liquide, et j'ai dû, pour pénétrer dans l'antre à travers cette corticale, appuyer un peu sur la curette.

Mais combien de fois, dans le courant de cette année, ne vous ai-je pas montré cette surface dénudée, située toujours au même point, rugueuse, laissant sourdre des gouttelettes jaunâtres par ses pertuis, assez friable pour que la curette y pénétrât sans aucun effort, presque comme dans du beurre?

Aussi, chez l'enfant en bas-âge, est-il exceptionnel que le pus tende à se faire jour au dehors, par une voie autre que la tache spongieuse. Certes, quand vous aurez mis au jour la surface osseuse dénudée, avant d'aller plus loin vous la repérerez avec grand soin par rapport au conduit, et vous ne l'effondrerez que si vous êtes sûrs qu'elle siège au niveau de l'antre; mais presque jamais, à cet âge, vous n'aurez à passer par un autre chemin. Et cela fait, au lieu d'avoir, comme il est de règle dès l'âge de dix-huit mois à deux ans, à employer le ciseau et le maillet, il vous suffira d'évider l'os à la curette, doucement, en deux ou trois coups.

Donc, même s'il s'agit de mastoïdite, l'incision simple a quelque possibilité de succès, tandis que plus tard elle n'en a pour ainsi dire point. Est-ce à dire que je vous conseille d'en courir la chance? Pas du tout, car chez le nourrisson l'évidement osseux ne complique pour ainsi dire pas l'opération: simplicité provenant toujours du même motif anatomique.

Elle ne demande qu'à se laisser entamer d'un coup de curette, cette tache spongieuse raréfiée, encore plus friable qu'à l'état normal. Ne l'attaquez pas, je vous le répète, sans l'avoir exactement repérée, par rapport au conduit. Mais, presque jamais, la perforation ne siégera en dehors d'elle et, sous elle, vous trouverez un antre à la fois élevé et antérieur, éloigné par conséquent, et du sinus et du facial. Quant à la base du crâne, on ne l'intéresse guère involontairement que lorsque l'apophyse est éburnée, d'où facilité des échappés et des éclatements: ici, ce n'est jamais le cas.

Et l'étude des particularités propres à la si fréquente mastoïdite aiguë des nourrissons, se termine, heureusement, par cette notion d'une facilité opératoire plus grande que chez les sujets plus âgés. Je n'ai rien de spécial à vous signaler sur l'évolution post-opératoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier

Traitement des fractures par les appareils de marche et par les appareils à extension continue

M. Nélaton. — Je crois qu'il y aurait erreur à mettre en parallèle le traitement de toutes les fractures par les appareils de marche et par les appareils à extension continue. A mon avis, les premiers ne sont applicables que dans des cas restreints. Ainsi je les trouve contre-indiqués dans les fractures du col du fémur, dans les fractures sous-trochantériennes à déplacement considérable, dans les fractures du corps avec chevauchement notable des fragments, et dans les fractures sus-condyliennes, qui s'accompagnent presque toujours de déplacement. Dans tous ces cas, l'appareil à extension continue est l'appareil de choix. Je ne vois que les fractures du corps du fémur sans déplacement qui soient justiciables de l'appareil de marche.

M. Schwartz. — Depuis longtemps je me sers de l'appareil Hennequin, et je n'ai constaté, chez mes blessés, ni raccourcissement, ni ankylose. Je l'ai même employé avec avantage pour les fractures du col du fémur, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Quant aux appareils de marche, je n'en ai nulle expérience.

M. Labbé. — J'ai vu naître l'appareil Hennequin. Il était alors assez compliqué et peu pratique; mais, avec les perfectionnements que lui a apportés son auteur, il s'est simplifié. Je n'ai employé que cet appareil depuis longtemps; les résultats qu'il m'a donnés ont toujours été bons, et je n'ai constaté ni raccourcissement, ni raideurs articulaires.

M. Hennequin. — Je ne veux revenir que sur les deux observations que M. Routier a rapportées, et d'après lesquelles il se prononce contre mon appareil. Chez ces malades, il n'a pas été placé dans des conditions qui permettent de juger de sa valeur, et il faut attribuer à d'autres causes les mauvais résultats qui ont suivi.

M. Routier. — Je ne me suis jamais élevé contre les avantages de l'appareil Hennequin. Je le considère comme l'un des meilleurs, mais j'ai protesté contre l'opinion de M. Berger et de M. Championnière, qui le déclarent un appareil parfait et permettant d'obtenir toujours la consolidation. Cet appareil n'est pas parfait, et j'ai eu plusieurs malades dont les fractures ne se sont pas consolidées avec son emploi. On sait, d'ailleurs, que certaines fractures ne se consolident pas, sans qu'on puisse en découvrir la cause.

M. Desmoulins. — Pendant deux années je n'ai fait usage que de l'appareil Tillaux, qui est d'une application simple et facile. Pour les fractures du corps et même pour les fractures du col, j'ai toujours obtenu de bons résultats, sans ankylose et même sans raideurs articulaires persistantes.

Plus tard, j'ai souvent vu appliquer l'appareil Hennequin, dans le service de M. Gérard-Marchant en particulier. Il a l'avantage de permettre aux malades de s'asseoir plus facilement, et, par son procédé de traction, de mettre la cuisse dans la direction que l'on désire.

Je l'ai vu appliquer pour les fractures intra-capsulaires du col; la consolidation a paru se faire, mais on sait qu'on n'est jamais certain d'obtenir, en pareil cas, une vraie consolidation.

Quant aux fractures extra-capsulaires, pour lesquelles M. Hennequin l'a aussi employé, il a été également favorable en corrigeant bien la rotation en dehors et en allongeant la cuisse. Dans un autre cas, chez une jeune fille atteinte de fracture sus-condylienne, avec saillie considérable dans le creux poplité, l'appareil a bien maintenu la réduction et, au bout du 58e jour, la marche était possible.

M. Tuffier. — Je suis peu artisan des appareils de marche. J'allais en faire l'essai, lorsque j'ai été à même de voir un malade dont la fracture, quoique traitée dans un service où ils sont bien appliqués, avait été mal consolidée. J'ai donc différé l'emploi de ces appareils, et je ne les utiliserai que lorsqu'on aura démontré qu'ils donnent d'aussi bons résultats que les appareils à extension continue.

Il faut, d'ailleurs, se rappeler que, dans cette question, l'important est la réduction de la fracture et le maintien de cette réduction. On a dit que l'appareil Hennequin ne donnait pas de raccourcissement. Je ne le croirai que lorsqu'on aura pris en même temps des radiographies, car les mensurations sont sujettes à caution.

Si je reconnais à cet appareil l'avantage de rendre le fragment inférieur mobile et de pouvoir le mettre dans la direction du fragment supérieur, nous ne devons pas oublier qu'il faut souvent une traction énergique, même sous le chloroforme, pour obtenir une bonne réduction. Avec l'appareil Hennequin cette traction n'existe pas.

M. Nélaton. — J'ai fait plusieurs ostéotomies pour cals vicieux et j'ai ensuite appliqué cet appareil, qui a permis de faire disparaître des raccourcissements de 7 et 8 centimètres. On peut même obtenir un allongement.

M. Felizet. — Dans un cas j'ai, en effet, été témoin d'un allongement. Pour la coaptation on réussit mieux avec une traction continue qu'avec une traction

brusque. Le relâchement de la capsule périosto-musculaire est obtenu plus sûrement.

M. Broca fait deux courts rapports sur deux observations de **M. Fontoynou** (de Madagascar), relatives, l'une à une *recto-coccypexie*, chez un enfant de douze mois, pour un prolapsus rectal, et l'autre à une *trépanation* pour accidents épileptiformes traumatiques.

Présentations

M. Walther. — Homme: *Pleurésie enkystée. Thoracotomie. Fistule broncho-cutanée persistante. Ablation de la fistule. Suture du poumon.*

M. Quinard. — *Fibrome utérin. Cancer du sein.* Hystérectomie totale. Diminution de la tumeur cancéreuse.

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 janvier

Sur la transformation du régime des réflexes cutanés dans les affections du système pyramidal

M. J. Babinski. — On a cherché à établir un antagonisme dans les affections du système pyramidal, en particulier dans la paraplégie spasmodique, entre les réflexes tendineux, qui sont exagérés, comme on le sait, et les réflexes cutanés qui seraient affaiblis ou abolis. Cet antagonisme est, en partie, réel; ordinairement, dans la paraplégie spasmodique, les réflexes abdominaux et le réflexe crémastérien sont affaiblis ou abolis, mais il faut se garder de généraliser. En effet, certaines excitations cutanées produisent généralement, dans ce cas, des mouvements réflexes des divers segments du membre inférieur, et, en particulier, un mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin, plus prononcé qu'à l'état normal. Cette flexion peut être mise en évidence, d'une manière éclatante, lorsque la peau est excitée par le passage d'un courant faradique.

Ainsi donc, suivant le réflexe cutané que l'on considère, il y a tantôt affaiblissement ou abolition, tantôt exagération. En conséquence, si l'on envisage les réflexes cutanés en général, il faut dire que les lésions du système pyramidal leur font subir une transformation. Cette modification dans la forme est particulièrement remarquable dans les mouvements réflexes des orteils, dans l'extension (phénomène des orteils), qui se substitue à la flexion. Bien plus, on voit parfois, ainsi que je le montre sur un malade que je présente, l'extension des orteils produite par l'excitation des téguments du pied et de la jambe contraster avec la flexion des orteils, à laquelle on donne naissance en excitant la peau de la partie supérieure et antérieure de la cuisse, ou la peau de l'abdomen.

Voici, enfin, une autre malade atteinte de paraplégie spasmodique caractérisée par de l'exagération des réflexes tendineux et de l'épilepsie spinale; l'excitation de la plante du pied provoque une flexion des orteils, comme à l'état normal; les orteils ne s'écartent pas les uns des autres sous l'influence de cette excitation, pas plus que sous celle de l'excitation de la peau du dos du pied ou de la jambe, mais un simple pincement des téguments de la cuisse donne lieu à une abduction des orteils des plus nettes.

Il ressort de tous ces faits que, si l'on veut définir, d'une manière générale, les modifications que subissent les réflexes cutanés dans les affections du système pyramidal, on ne peut dire ni qu'ils sont exagérés, ni qu'ils sont affaiblis ou abolis, mais il faut dire qu'ils présentent une transformation dans leur régime.

Tabes fruste avec conservation des réflexes cutanés et tendineux

MM. Dupré et Camus rapportent l'observation d'un homme de soixante-cinq ans, qui a eu la syphilis à vingt-cinq ans et une fièvre typhoïde prolongée à cinquante ans.

Tabes affirmé par les signes suivants : analgésie presque absolue, à topographie radiculaire, dans les domaines suivants: 8e cervicale et deux premières dorsales; 2e, 3e, 4e et 5e intercostaux; petits sciatiques; trijumeau avec paresthésies superposées. Myosis permanent, signe d'A. Roberston, analgésie du globe à la pression, rétrécissement des artères du fond de l'œil. Douleurs en ceinture à la base du thorax. Lymphocytose céphalo-rachidienne.

On constate, par contre, la conservation de tous les réflexes, cutanés et tendineux; ceux-ci sont peut-être un peu plus faibles à gauche. Pas de signe de Romberg, ni d'hypotomie. Aucune altération dans l'équilibre ni dans les sensibilités à la pression de la trachée, du testicule, des nerfs radial et cubital. Aucun déficit psychique.

L'absence de certains signes cardinaux de la série tabétique, dans ce tabes indiscutable, s'explique par le siège supérieur et le caractère discret des lésions méningo-radiculaires. Les cas en sont tellement rares qu'ils méritent d'être signalés.

Paraplégie spasmodique infantile

MM. Déjerine et Chiray présentent une enfant de huit ans, atteinte de paraplégie spasmodique. Cette paraplégie a débuté à l'âge de sept ans et demi, sans troubles antérieurs connus. Elle ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité subjective ou objective, mais de l'exagération des réflexes achilléens et rotuliens sans trépidation épileptoïde ni signe des orteils.

Il n'existe aucune paralysie des sphincters et les membres supérieurs sont intacts.

L'examen des yeux montre une immobilité pupillaire totale à la lumière et à la convergence pour la pupille droite, de la parésie seulement à gauche.

Enfin, l'enfant présente des stigmates de dégénérescence mentale depuis le début de sa maladie.

La ponction lombaire a montré une lymphocytose assez abondante.

On ne peut songer ici à un mal de Pott, car la colonne vertébrale est absolument intacte, ni à un syndrome de Little, puisque la maladie a débuté à sept ans. On peut se rattacher à l'hypothèse d'une hérédo-syphilis médullaire, bien que les parents nient l'infection et que la fillette ne présente pas de stigmates. Mais la mère a perdu deux enfants en bas-âge et le dernier, mort il y a trois mois, était nettement hérédo-syphilitique.

Un cas de méningite sarcomateuse

M. H. Dufour rapporte le cas d'un malade âgé de soixante-quatre ans, atteint de méningite sarcomateuse avec envahissement des racines nerveuses et de la moelle. Dans le liquide céphalo-rachidien l'auteur a pu constater une lymphocytose très abondante et la présence d'éléments cellulaires volumineux et nombreux qui ne sont autres que des corps granuleux.

AUTRES COMMUNICATIONS

MM. *Hirschberg* et *Rose*. — Contribution à l'étude du réflexe adducteur du pied.

MM. *Déjerine* et *Egger*. — Trois cas d'acroparesthésie avec troubles objectifs de la sensibilité à topographie radiculaire.

M. *Baup*. — Un cas d'acroparesthésie.

M. *Idelson*. — Présentation d'un pied tabétique.

J. ROUBINOVITCH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier

Séance d'une trentaine de minutes au plus, occupées par la communication de MM. Cornil et Coudray, dont l'obligeance de ces auteurs nous permet seule de donner ci-dessous un résumé. Il nous eût été, en effet, impossible d'entendre et de suivre M. le prof. Cornil.

M. le président Tillaux annonce qu'à la séance du 26 janvier prochain, l'Académie procédera, en comité secret, à une nouvelle répartition des fauteuils, la première s'étant faite avant que l'on connût la salle.

Pendant qu'elle procédera à cette opération, l'Académie voudrait elle procéder aussi à une nouvelle installation des malheureux journalistes entassés dans l'angle de gauche de cette salle d'Opéra-Comique, sur leur « perchoir » qui invite sévèrement les maigres à ne pas engraisser, les gras à maigrir, et où, pour gagner sa place, il faut marcher sur les basques des collègues arrivés avant vous.

Certes, l'Académie, abandonnée à elle-même, nous donnerait une place dans l'hémicycle, parce que là seulement nous pourrons entendre les communications et suivre les discus.

sions — quand il y en aura ! Mais nous ne nous illusionnons pas sur le *non volumus* de M. le secrétaire perpétuel. Du moment qu'à la séance annuelle de distribution des prix, le public mondain — féminin surtout — qui remplace en grande partie l'auditoire habituel, peut, grâce au silence, entendre très bien le discours de M. Jaccoud, tout va bien! L'acoustique de la salle est excellente, la « Presse » est admirablement partagée, et si elle se plaint, c'est qu'elle a mauvais caractère.

Voilà tout ! J. J.

Décollements du cartilage de conjugaison et fractures diaphysaires juxta-conjugales

MM. le prof. **Cornil** et **P. Coudray.** — Des expériences très anciennes ont établi l'existence des décollements du cartilage dia-épiphysaire du côté de la diaphyse, et, d'autre part, l'existence des fractures du tissu spongieux diaphysaire près du cartilage. Les faits récents signalés par M. Monod, par M. Kirmisson et son élève M. Jouon, indiquent l'utilité de reprendre la question des décollements purs qui ont été mis, bien à tort, du reste, au nom de l'histologie.

Nous avons pu reproduire très facilement, sur de jeunes lapins (cinq à six semaines et même plus tard), les principales variétés anatomiques signalées par les expérimentateurs qui avaient opéré sur le cadavre de nouveau-nés ou de jeunes enfants et nous avons obtenu des résultats identiques : décollements de l'extrémité inférieure du fémur, suivant la ligne d'ossification du côté diaphysaire, fracture du cartilage en son milieu, au niveau de l'extrémité inférieure du péroné, puis au niveau des épiphyses inférieures du cubitus et du radius. Il est donc inexact de soutenir que toujours les traumatismes juxta-épiphysaires produisent des fractures du tissu spongieux diaphysaire ; le fait est très fréquent, il est vrai, mais nullement constant. Indépendamment du décollement vrai, sans lésion diaphysaire, nous avons vu l'arrachement des fragments cartilagineux provenant du bord du cartilage.

Le processus de consolidation de ces décollements et de ces fractures juxta-épiphysaires est encore à déterminer.

Prophylaxie sociale

M. **Cazalis** (Aix), s'appuyant sur les dangers que l'ignorance et l'inconscience font courir, en matière de maladies transmissibles et héréditaires, à l'individu, à la famille, à la société, propose que l'Académie, « qui s'est si justement érigée en comité de salut public bienfaisant », rédige des instructions en conséquence. On commencerait par le soldat, en vue surtout du jour où, libéré, il songera à se marier.

M. Cazalis demande aussi que l'Académie rédige des instructions qui seraient délivrées aux époux avec le livret de mariage.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Fournier et Pinard).

MÉDECINE LÉGALE

Nécessité de l'examen somatique complet lorsqu'on examine un mental

Cette nécessité — que le praticien est peut-être porté à oublier trop facilement quand il est requis pour se prononcer sur l'état d'un individu présentant des troubles psychiques dangereux pour lui ou son entourage — est démontrée de la façon la plus suggestive par trois faits rapportés par M. P. **Sépet**, médecin des hôpitaux de Marseille (1).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un individu qui, après une nuit très agitée, prétendit que sa femme avait introduit quelqu'un dans sa chambre, et que ce quelqu'un lui avait asséné un violent coup de bâton sur le flanc droit, où il ressentait une forte douleur; il s'arma alors d'un revolver, et les voisins accourus ne purent que très difficilement lui faire entendre raison. Toute la journée se passa en discours incohérents; un médecin, appelé dans la soirée, diagnostiqua un accès de délire de persécution, et, considérant le malade comme dangereux, délivra un certificat concluant à son internement.

La nuit fut plus calme, entrecoupée seulement de petits accès de délire pendant lesquels le malade parlait surtout de son travail (délire professionnel) et prétendait voir des personnes armées qui voulaient le battre. Vers les dix heures du matin, il se leva, s'habilla et, saisissant son revolver, dit qu'il allait tuer celui qui l'avait frappé.

On put le désarmer, mais point le retenir, et il partit en courant, poursuivi par les personnes présentes, et ne fut rejoint qu'après avoir violemment frappé un passant qui voulut l'arrêter. On dut le ligoter pour le conduire au poste de police, où M. Sepet l'examina.

Le malade, très surexcité, refuse de répondre; mais, des réponses de l'entourage il ressort que le malade est un alcoolique invétéré, mais qui n'a pas présenté, jusqu'alors, de trouble cérébral marqué.

Langue sèche, rôtie, pouls fréquent, température élevée; au niveau de l'angle de l'omoplate, submatité et souffle tubaire.

Le malade est dirigé, non sur l'asile, mais sur l'hôpital, où, le septième jour, il fait une défervescence typique.

Le deuxième cas paraît calqué sur le premier. Il s'agit d'un palefrenier trouvé nu dans la rue un matin de décembre. M. Sepet le voit au poste de police, enroulé dans une couverture de cheval, et maintenu au prix des plus grands efforts. Renseignements nuls. Délire professionnel avec hallucinations, succession rapide dans les idées et excitation motrice. Tremblement des lèvres et des mains. Pas de température. Pouls à 80. Langue saburrale. Examen de la poitrine : à droite, matité très étendue; mélange de râles crépitants et sous-crépitants. Il s'agit donc d'un alcoolique atteint de délire post-pneumonique.

Ce malade est transporté à l'hôpital de la Conception, son délire se calme; mais, deux jours après, récidive *in situ* de son foyer pneumonique : la température s'élève, du souffle apparaît, s'étale, atteint le sommet, et le malade tombe dans le collapsus et meurt. A l'autopsie, on a trouvé une pneumonie massive de tout le poumon droit, et rien de particulier dans le système nerveux central.

Le troisième fait s'est passé, non plus dans un poste de police, mais dans une famille. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, malade depuis quinze jours, et pour laquelle un médecin avait délivré un certificat d'internement concluant à de la mélancolie.

D'un caractère habituellement très gai, elle était devenue triste et pleurait facilement ; elle restait toute la journée assise dans son fauteuil, ne s'intéressant à rien, ne répondant que par monosyllabes et refusant de s'alimenter.

Jadis très coquette, depuis deux semaines elle refusait tous soins de propreté.

M. Sepet la trouve décoiffée, habillée à la diable, les mains et le visage souillés. Son facies est indifférent et reflète un état de stupeur profonde; les gestes sont lents, le regard sans expression; les questions sont mal comprises et ce n'est qu'après l'avoir interpellée vivement plusieurs fois qu'on parvient à éveiller son attention et à obtenir un oui ou un non, qu'elle émet péniblement et d'un air très ennuyé. Elle n'a eu ni crises, ni attaques d'aucune sorte; elle ne présente aucun trouble moteur ni sensitif. Le cœur et le poumon sont intacts, le pouls est à 80. La température axillaire est de 37° 4. Les fonctions digestives paraissent troublées : tout d'abord, il existe une anorexie totale, un refus de s'alimenter portant sur les boissons et les aliments solides, la malade est très constipée; l'abdomen est légèrement tendu et douloureux, la langue est sale, dépouillée sur les bords.

M. Sepet fait prendre, d'une façon très régulière, la température rectale de la malade : le soir, le thermomètre indique 39°3 et le lendemain 38°3. L'évolution de la maladie montre que l'on avait affaire à une fièvre typhoïde et que la stupeur typhique de la maladie simulait un état dépressif d'origine vésanique. G.

(1) *Marseille médical*, 1er décembre 1903.

DÉPARTEMENTS

Du traitement chirurgical de l'onanisme

Un homme de trente ans, réduit au désespoir par un onanisme invétéré contre lequel tout avait échoué, vint trouver **M. Martel**, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, lui demandant « de faire une opération » sans quoi il se suiciderait.

C'est un dégénéré, très affaibli, qui a été exempté du service militaire pour myopie et bégaiement. Père syphilitique. Du côté maternel, hérédité nerveuse très chargée.

Dans ces conditions, M. Martel pratiqua la section des deux nerfs honteux internes contre la tubérosité de l'ischion; il ne fut fait aucun arrachement des fibres périphériques. Guérison opératoire en sept jours. L'examen de la sensibilité indique un peu d'hypoesthésie de la peau de la verge; partout ailleurs la sensibilité ne semble pas diminuée

Au point de vue curatif, il sembla pendant quelques jours se produire une amélioration; mais, si elle eut lieu, elle ne fut que momentanée. Le malade revu depuis, est revenu à son état antérieur. Il a recommencé ses courses auprès des chirurgiens, demandant maintenant une autre intervention.

M. Martel fut également appelé à intervenir chirurgicalement chez une vierge de vingt-cinq ans, qui était torturée par des habitudes de masturbation contre lesquelles les calmants, l'hydrothérapie, les tampons de cocaïne sur la région clitoridienne avaient été employés sans succès. Elle se faisait attacher les bras, mais arrivait un moment où sa pensée était tellement occupée par l'idée de la masturbation que son imagination s'égarait et qu'elle tombait dans ce qu'elle appelait sa crise. Elle ne perdait pas connaissance, mais se roulait à terre en proie à une angoisse inexprimable et poussant des cris inarticulés. La crise ne cessait qu'avec l'orgasme vénérien provoqué par la masturbation.

La malade demande une intervention quelconque qui la délivrerait de son triste mal. M Martel fait une injection de cocaïne extra-rachidienne au niveau des nerfs de la queue de cheval. Pas de résultat appréciable.

Une quinzaine de jours après, la malade étant anesthésiée, on procède à la dénudation du gland du clitoris, puis à la résection segmentaire totale du genou du clitoris, suivie de la suture du clitoris. Suites simples.

Quatre mois plus tard la malade écrit : « à certaines époques, j'ai quelques ressentiments assez sérieux de cet affreux mal, mais, néanmoins, je suis satisfaite bien plus que vous ne pouvez le soupçonner, car la différence est palpable: une rechute unique à peu près toutes les trois semaines, à côte de deux ou trois par semaine, assez souvent triples ou quadruples. »

La lettre est muette sur la fonction et la morphologie du gland clitoridien réappliqué aux tronçons radiculaires.

G.

La mortalité diphtérique à Marseille

Les bienfaits de la méthode sérothérapique de Roux dans la diphtérie ont été proclamés partout. Cependant, comme il nous arrive encore dans les hôpitaux d'enfants, des diphtériques soignés par des potions ou des attouchements de la gorge, il n'est pas inutile, chaque fois que des chiffres précis concernant la mortalité diphtérique sont publiés, d'en faire part au public médical.

M. le Dr **D'Astros** a publié, dans le *Marseille médical*, une étude statistique sur la mortalité par diphtérie à Marseille. Voici les chiffres qui résument cette étude.

Période présérothérapique : 1880, 121 décès par 100000 habitants ; 1881, 110; 1882, 110; 1883, 100; 1884, 89; 1885, 95; 1886, 155; 1887, 137 ; 1888, 120; 1889, 92; 1890, 169 ; 1891, 198 ; 1892, 138 ; 1893, 86.

La sérothérapie est introduite dans les derniers mois de 1894 ; la mortalité de 1894 est encore de 78.

Période sérothérapique : 1895, 28 décès; 1896, 29 ; 1897, 12; 1898, 13; 1899, 18; 1900, 21 ; 1901, 15 ; 1902, 13.

La mortalité annuelle a donc diminué des cinq-sixièmes depuis l'emploi du sérum.

E. A.

LIVRES NOUVEAUX

Flammarion, éditeur

A travers le monde, par C. Verne et Emile Roux

On sait que Jules Verne a écrit tous ses fameux romans de voyages sans avoir jamais mis le pied hors de France, si tant est même qu'il l'ait mis beaucoup hors d'Amiens, où s'écoule paisiblement son illustre vieillesse.

Ce nom prédestiné aura peut-être entraîné M. Verne, prof. de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Grenoble, à entreprendre, lui aussi, son petit tour du monde. Si le récit qu'il nous en donne n'a pas de prétentions littéraires exagérées, et ne vise nullement à faire concurrence aux récits de Jules Verne ou des explorateurs pour de bon, il n'en est pas moins d'une lecture très intéressante. Et puis, les auteurs ont vraiment quitté Grenoble pour faire ce « tour du monde, » auquel ils ont même consacré un peu plus de temps que Phileas Phog.

Il va de soi qu'un récit de voyages serait un peu déplacé dans la bibliographie d'un journal tel que celui-ci, si on ne trouvait, dans le beau volume illustré dont il s'agit, maints chapitres intéressant la matière médicale ou la médecine proprement dite. Tels les chapitres consacrés à l'hôpital des pestiférés de Bombay ; à l'école de médecine et au musée ethnologique de Calcutta ; aux cultures de quinquina dans cette région ; aux cultures coloniales de Ceylan ; à l'hôpital et à l'école de médecine de Pondichéry ; à la végétation vraiment surprenante de Colombo ; au célèbre Institut botanique de Buitenzorg (Java) ; aux arbres à gutta de Singapour ; à l'École de médecine de Tien-Tsin, etc

Ajoutons que plus de 100 photographies illustrent cet ouvrage (grand in-8° de 500 pages) (1), auquel M. Chailley-Bert a consacré une fort belle préface, et que les « impressions » de MM. Verne et Roux sur le Japon se trouvent être tout à fait d'actualité. Elles concordent avec ce que nous disait ces jours derniers, de l' « âme japonaise, » un de nos compatriotes, fixé depuis 35 ans dans ce pays dont il possède à fond la langue, chose indispensable pour bien juger les orientaux. Il en résulterait que le bruit du canon n'a jamais menacé sérieusement de troubler la gaîté des célèbres « cabarets » de Tokio et que tout s'arrangera.

J.

(1) Prix, 10 fr.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MM. les méd. de 1re cl. Condé, du port de Brest, Viguier, du port de Toulon, et Vergues, du port de Cherbourg, sont autorisés à prendre part aux concours qui s'ouvriront à Rochefort le 13 janvier 1904, pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale.

M. le méd. de 2e cl Bartet, du port de Rochefort, est dés. pour emb. le 25 janvier courant sur la *Bretagne*, en rempl de M. Chappuis.

M. le méd. de 2e cl. Petit, du port de Brest, emb. le 26 janvier sur le *Bouvet*, en rempl. de M. Dargein.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 8 janvier

13 Molimard — 12 Grumbelle — 9 Levy-Frænkel, Fernet, Buyzard — 8 Krantz, Lemaire — 7 Debertrand, Evrard.

9 janvier

10 Degands — 9 Vivien — 8 Cordier, Barbier, Faix — 7 Bécus — 4 Soubies.

Pathologie

9 janvier

13 Carlotti — 12 Deniker — 11 Mocquot, Friedel — 9 Vouters — 8 Chastagnol — 6 Gravelotte, Huré, Strœlin.

11 janvier

12 Herisson — 10 Dupouy, Baldenweck — 9 Lebras — 8 Labonette, Levy-Valensi — 7 Delapchier, Leremboure — 5 Hautefort, Chahuet.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Le classement des candidats admis, au nombre de 420, et ayant obtenu au moins 24 points 1/2, est le suivant :

MM.

1 Sezary, Cadenat, Boyé, Chabrol, Vaucher, Mlle Faerstein, Quinquaud, Grasset, Moch, Cruet, Vanel, Baize, Bajan, Lalaune, Benard, Lorin, de Rocca Serra, Badin, Séguinot, J. Berger.

21 Mlle Dérbaux, Robert, L'Hirondelle, Vinçon, Brisset des Nos, Nadal, Philbert, Barré, H. Lerat, Madre, Budau, Cibrié, Laroche, Levêque, Garipuy, Ausset, Renault, Jacoulet, Prélat, Juin.

41 Née, Meyer-Heine, Quertant, Ferté, G. Lerat, Bétrix, Bossoreil, Saillard, Ribérol, Toupet, Malterre, Bouchard, Cavaroz, Léger, Clarac, Aine, Crétaux, Richet, Bonneau-Lavaranne, Brac.

61 Lévy-Bruhl, Blechmann, Ducros, Béclère, Cartier, Goupil, P. Jacob, Spiess, Weil, Girode, Haller, E. Lévy, Rocher, Seron, Périer

Regnard, Cauchois, Cawadias, Dupic, Dinnematin.

81 X. Jousset, Bressac, Buxareo, Cabiran, François, Luneau, Marie, Monsnier, Cottenot, Couton, Martignon, Copreaux, Fenestre, Francey. Ali Khan, Tanzi, Plée, Barthélemy, V. David, Fortin.

101 Gonguet de Girac, Mlle Gueskine, H. Michaud, Murit, Astruc, A. Baudouin, Gimbert, Laplace, Lebras, Martin, Marsan, Moncany, Moulu, de Nevrezé, Planson, Castéran, Duranton, Duverger, Boulay, Garcin.

121 Ségal, Wunscheadorff, Finot, Jumon, Deslions, Douay, Gallais, Guilhaume, Puyo, Monloup, Segala, Clapier, Minot, Fagcot, Rouyé, Canque, Jacques, Thibault, Mignard, Saison.

141 Chevillotte, Pérou, Barbier, Bourreterre, Boutin, Broca, Chazarain, Ciurin, Daversin, Delmas, Froget, Galippe, Garban, R. Hue, J. Labouré, Lamarre, Molinnar, Nicolas, Rais, Villandre.

161 R. Vincent, Ghys, Delagenière, Delmasure, G. Berger, Le Gras, Lemierre, Haleux, Louvrier, Delpech, Rokéach, Thiel, Levrat, Morancé, Lévy Valensi, Ronneaux, Ballet, Mlle Dedet, J. Dupuy, A. Gras.

181 Levert, Lonbeyre, Collandre, Sertource, Bith, Fourrière, Harpey, Libert, Favre Thouras, Mlle Hervé, Amblard, R. Blain, de Bosker-Duhamel, Bouchaud, Boudet, Chochon-Latouche, Cordier, Cottard, Daviau, Doury.

201 Dubois, Fage, Fay, Fernet, M. Ferrand, Firhot, Fournier, Gruget, Haas, Harvier, Keller, Macé de Lépinay, Marchal, Ouvry, Portocolis, Prieur, Quinsac, Recouchot, Roy, C. Vincent.

221 Wickersheimer, Maillard, Faux, J. Vidal, Allard, Aubry, Fenouil, Moreau, Simonot, Picot, Houdé, Molina, Cottu, Savin, M. David, Durand, Eveno, Thomas, Hinckley Robbins, Le Savoureux.

241 Pestel, Roullier, Serre, Chevallier, Gaillard, Molard, Sigwalt, Bory, Croissant, Ségard, Augé, Aynaud, Bené, A. Blain, Blanche, Burcker, Dupont, Dureau, Fleig, Foucart.

261 Gilbert, Girault, Gonnand, R. Henry, Krantz, Labrunie, L. Lamy, Laurence, Lamoland, Masson, Mesnager, Moilet, E. Petit, Rivat, Renaudin, Sauphar, Séris, Soubier, Strœhlin, Chopen.

281 Fouchet, Odoul, Zœpffel, Dequidt, Seigneuret, Graudelet, Jouenne, Labourdette, Peyrache, Vignes, Misset, Nagier, Siraud, Popovitch, Boursier, Grer, Trone, Chédeville, Ducournau, de Hayes.

301 Mazingarbe, Minaud, Prost, Debelly, Lenoir, J. de Boyer de Choisy, Guichard, Ameuille, Bazalgette, Boudier, Braillon, Braun, Buizard, Colombel, Dubus, Duchesne, J. Dupré, Garrie, Handelsmann, R. Henry.

321 Huchet, Buré, Labrevoit, Lamoriette, Legroux, Lemercier, Loumaigne, Lucas, Molimard, Noé, Signoret, Thibault, Trannoy, Troemé, Parrical de Chammard, Pruvost, Bigeon, Bridoux, Tison, del saz Caballero.

341 Brou, Mézeret, Pares, Tremblin, Le Cointe, Wolff, Dessaix, Hébrard, Mlle Joffe, Oudiette, J. Sédillot, Beurroudlou, Dacfresne, Piraud, Sassani, Audibert, Garnier, Hénouille, Mlle Tchebotarewsky, M. Vidal.

361 Bourganel, Chauveau, Delamarre, Dubus, E. Jacob, H. Jousset, Ledoux-Lebard, Monod, Petiteau, Rembert, Richon, Rigaux, Séjournet, Maynier, Foyel, Fontico, Schmiergeld, Jorrand, Larue, P. Lemuet.

381 Simon, Chanal, Chataing, Larrouy, Mazeau, Cardot, di Chiara, Rouzayrol, Baldini, Sorrel, Longuet, Nachmias, Dumont, Villejean, Bouhey, Mlle Ciaperon, Desvaux de Lyf, Lusseau, Mlle Boirivant, Dragoesco.

401 Lagnier, R. Labouré, Lefèvre, Espinet, Beaujeu, Harriet, Miser, Réchaux, Bera, Ballier, Roussel, Rousseau, Bonnet, Baoula, Rousselot, F. Paoli, Guinoiseau, Mornet, Borde, Darricau.

421 Meurice, Maisons, Aucouturier, de Paoli, Parel, P. Hue, Gaulhier, Burgard, Lenoble.

AU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE

Sans commentaires :

M. le prof. Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé président du Comité consultatif d'hygiène publique de France en remplacement de M. le prof. Brouardel.

HOPITAL COCHIN

M. Chauffard reprendra ses leçons de clinique médicale samedi prochain 16 janvier, à 10 heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

CONFÉRENCES DE CHIMIE BIOLOGIQUE

M. A. Chassevant, agrégé, commencera, le jeudi 14 janvier 1904, à 6 heures, les conférences sur l'urine normale et pathologique, à l'amphithéâtre de physique et de chimie, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Sujet du cours :

Urines normales, urines pathologiques; variations des éléments normaux; éléments anormaux.

Méthodes analytiques, cliniques et de laboratoire.

Recherche des médicaments.

Séméiologie urinaire.

Rôle des analyses des urines dans le diagnostic des maladies.

Le cours sera complet en 14 leçons.

Par décret du 29 décembre 1903 les sources « Grande source » et « Source salée » de Vittel sont déclarées d'utilité publique.

On vient d'inaugurer à Bordeaux le premier dispensaire antituberculeux, dont M. le Dr Dupeux a pu, par d'incessants efforts, mener à bien la création. Il résulte du discours prononcé à cette cérémonie par notre confrère, que le dispensaire est *surtout* une œuvre de *prophylaxie*. C'est bien ainsi que nous le comprenons, et c'est pourquoi nous avons, dès le tout premier jour, donné notre approbation la plus complète au dispensaire modèle, celui qui a été fondé à Lille par le Dr Calmette.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS

Bureau pour 1904.

Président : M. Brunet.
Vice-président : M. Vallon.
Secrétaire général : M. Ritti.
Secrétaires : MM. Blin et Dupain.
Trésorier : M. Antheaume.
Archiviste-bibliothécaire : M. Boissier.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

Pour s'abonner au BULLETIN MÉDICAL adresser un mandat-poste de 8 francs pour la France, et de 12 francs pour l'Etranger, à l'Administration du Journal

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Des phénomènes d'auto-intoxication coïncidant avec la disparition de l'hydropisie cardiaque

Lorsque, chez un cardiaque atteint de troubles de la compensation, il se produit une disparition rapide de l'anasarque par un traitement approprié, la sérosité hydropique, avant d'être éliminée par les reins, passe nécessairement dans le torrent circulatoire. Or, comme ce liquide contient des substances toxiques, on comprend qu'il puisse, dans certaines conditions du moins, provoquer des symptômes d'auto-intoxication.

Ces accidents ont déjà été signalés mais ils sont encore peu connus. **M. A.-I. Kostkevitch** (*Roussky Vratch*, 1903, n° 50) en ayant fait l'objet d'une étude clinique minutieuse — portant sur 400 cas d'affections cardiaques avec troubles de compensation, mais sans fièvre, sans signe de néphrite ni de lésions inflammatoires locales — en a constaté la présence chez 10 % environ de ces malades, dont la plupart étaient des artério-scléreux. L'artério-sclérose paraît donc occuper la première place parmi les causes prédisposant à l'auto-intoxication par élimination brusque de la sérosité hydropique avec les urines.

Qu'il s'agit bien, dans l'espèce, d'auto-intoxication et non d'une intoxication par les substances médicamenteuses employées pour combattre les phénomènes hydropiques (diurétine, digitale, etc.), cela paraît résulter de ce fait dont l'auteur a pu maintes fois s'assurer, à savoir, que les accidents survenant pendant la disparition rapide des œdèmes se présentent toujours sous une forme identique ou analogue, quels que soient les médicaments diurétiques ou cardiaques employés pour le traitement des troubles de la compensation.

Dans leur forme légère, ces accidents se traduisent par une faiblesse générale avec vertige, céphalalgie et palpitations, persistant malgré la disparition des œdèmes et de la dyspnée et remplaçant la sensation de bien-être liée d'habitude à cette disparition.

A son degré plus avancé, l'auto-intoxication se manifeste par l'insomnie ou, au contraire, par de la somnolence, parfois par un état d'excitation avec hallucinations, délire, soif intense, sécheresse des muqueuses, douleurs musculaires et rétrécissement des pupilles. Chez les artério-scléreux on observe, en outre, de la dyspnée, des accès angineux, des douleurs rétro-sternales, des hyperthermies légères et transitoires, de l'affaiblissement du pouls et, enfin, tous les signes d'une dilatation aiguë du cœur. La mort peut même survenir, comme l'auteur l'a observé dans un cas.

Tous ces accidents s'amendent et disparaissent dès qu'on modère la polyurie en diminuant les doses des diurétiques employés ou en supprimant complètement l'usage de ces médicaments. Cette suppression s'impose alors qu'on a affaire à des troubles auto-toxiques d'allure grave chez un artério-scléreux.

Pachyméningite spinale purulente consécutive à un anthrax; guérison

La méningite spinale est une affection que l'on a rarement l'occasion d'observer. La forme purulente est particulièrement exceptionnelle et n'existe à vrai dire qu'à titre de maladie secondaire.

Les cas rapportés par la littérature médicale indiquent constamment, comme source de l'infection, la présence d'affections dans les organes internes voisins (pleurésie purulente, pneumonie, septicémie puerpérale ayant donné lieu à un phlegmon du bassin).

Tous les observateurs sont d'accord pour déclarer que le pronostic de cette affection est pour ainsi dire irrémissiblement fatal.

Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler un fait observé récemment par **M. Mabillon** (*Journ. méd. de Bruxelles*, 24 décembre 1903), dans lequel un anthrax fut le point de départ d'une pachyméningite spinale suppurée, l'agent infectieux s'étant propagé ici vers les méninges par l'intermédiaire des nerfs intercostaux. Une autre particularité de ce cas, c'est que, contrairement à la règle générale, le malade a guéri à la suite d'une vomique providentielle qui a fourni au pus une issue spontanée avant la production de lésions irrémédiables.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un jeune homme qui fut atteint d'un anthrax volumineux, situé dans la région latérale gauche du thorax, à la hauteur de la neuvième côte. Cet anthrax fut soigné par les procédés habituels et conformément aux règles d'une antisepsie rigoureuse. La guérison se fit assez rapidement et la cicatrisation était presque complète, lorsque le malade ressentit, assez brusquement, de violentes douleurs présentant un caractère névralgique et qui avaient pour point d'origine le siège même de l'anthrax. Ces douleurs s'irradiaient le long de la côte sous-jacente; elles étaient particulièrement vives pendant la nuit et rendaient tout sommeil impossible; malgré l'emploi de la morphine en injections hypodermiques et des bains chauds, qui ne procuraient que des accalmies temporaires, les douleurs s'irradiaient de plus en plus vers le rachis en suivant la direction des côtes. D'autre part, la flexion du tronc en avant, en arrière ou latéralement, ne pouvait s'effectuer que dans des limites très restreintes et au prix de cruelles souffrances. La pression était extrêmement douloureuse tout autour des sixième, septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales sans que la pression exercée sur le corps des vertèbres elles-mêmes produisît la moindre douleur. De plus, cette région était le siège d'un empâtement diffus. Bientôt le malade ne put plus quitter le lit dans lequel il conservait l'attitude en chien de fusil, seule position qui lui donnât quelque soulagement. Il existait une fièvre oscillant entre 38°5 et 40°, le pouls était à 120. La constipation était opiniâtre et la vessie ne fonctionnait qu'avec peine. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. Tous les réflexes étaient normaux, de même la sensibilité tactile et thermique. Enfin, la jambe gauche était contracturée et fixée en demi-flexion.

Au bout d'une quinzaine de jours, on constata une certaine détente dans les symptômes douloureux, mais en même temps apparaissait une toux sèche avec une dyspnée assez accentuée.

L'examen minutieux des organes thoraciques ne révéla pas autre chose qu'une matité occupant le tiers inférieur du poumon gauche, matité diffuse, accompagnée d'une légère diminution du murmure respiratoire. Mais il arriva que le malade se mit subitement à tousser par quintes violentes et, tout à coup, il expectora en une fois environ 200 gr. d'un pus bien lié, de coloration jaune-verdâtre, inodore et dont l'examen microscopique ne révéla la présence d'aucun micro-organisme autre que le staphylococcus aureus.

Cet incident fut suivi d'une amélioration rapide. La fièvre s'éteignit graduellement; l'appétit se releva; les selles se régularisèrent et les urines furent émises sans difficulté. La sensibilité du rachis disparut progressivement. Néanmoins, le malade continua à expectorer des crachats purulents, tandis que la sonorité de la poitrine était redevenue normale. Bientôt il commença à se lever et il devint alors possible de le transporter à la campagne. Là, sous l'influence d'une cure en plein air et de la suralimentation, son état général s'améliora rapidement.

Actuellement, ce malade est complètement guéri et sa marche est normale. Il a engraissé de 15 kilogrammes. Son appétit est excellent. Il ne tousse ni ne crache plus, les douleurs ont complètement disparu et tous les organes sont sains. Seuls, les mouvements du rachis restent très limités : on observe une scoliose dorsale à convexité droite accompagnée d'une proéminence des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales. Mais déjà une amélioration sensible de cette scoliose a été obtenue par des exercices méthodiques et progressifs.

Ce fait de pachyméningite spinale consécutive à un anthrax est assurément rien moins que banal.

On peut se demander comment cette complication ne se produit pas plus souvent alors que le siège de prédilection de l'anthrax est précisément la région dorsale, si voisine des enveloppes médullaires. C'est là, probablement, une question de prédisposition individuelle de terrain. A noter, à ce propos, que le malade en question avait eu la syphilis quelques années auparavant et qu'il avait été affaibli par une alimentation insuffisante.

MÉDECINE

Sur quelques particularités de la spléno-pneumonie (maladie de Grancher)

Par M. le Dr P. Gallois

Ancien interne des hôpitaux.

En décrivant la spléno-pneumonie, M. Grancher a rendu un grand service aux médecins. Autrefois, quand un malade présentait un souffle pleurétique, de l'œgophonie, de la pectoriloquie aphone, de la matité, de l'abolition des vibrations thoraciques, le médecin n'hésitait pas. Il affirmait l'existence d'un épanchement pleural, assurait au malade qu'il avait un litre d'eau dans la poitrine, et lui proposait une thoracentèse pour l'en débarrasser. Il ponctionnait, et qu'arrivait-il souvent? qu'il ne tirait pas une goutte de liquide. Ne pouvant croire à l'inexactitude d'un diagnostic paraissant si solidement établi, il attribuait son insuccès à une erreur de technique, vérifiait son appareil, ponctionnait à un autre endroit, plongeait son aiguille à diverses profondeurs et toujours vainement. Obligé de convenir enfin qu'il s'était trompé, il ne trouvait d'autre excuse que de dire que pareille mésaventure arrivait quelquefois même aux plus grands maîtres. Mais ce n'était pas une bien brillante défaite.

Actuellement, instruit par le travail de M. Grancher, le médecin ne doit plus se hasarder aussi imprudemment à promettre à son malade de lui extraire un litre de liquide de la poitrine. Il essaiera de diagnostiquer la spléno-pneumonie, pratiquera au préalable une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz et ne fera préparer l'appareil de Potain qu'à bon escient.

Ce type morbide de la spléno-pneumonie est donc très important à connaître et cependant il n'a pas encore acquis dans les préoccupations des médecins la place qu'il mérite. Jusqu'à ces derniers temps, dans les traités classiques, il n'en était question qu'accessoirement à propos de la congestion pulmonaire ou de la pleurésie séreuse. C'est en 1898 seulement que, pour la première, fois un article spécial lui était consacré par Queyrat dans le *Traité des maladies de l'enfance*. Aussi pour beaucoup de médecins cette affection constitue une forme morbide vague, mystérieuse, inquiétante, que l'on n'ose diagnostiquer et que l'on croit rare.

Je voudrais précisément, dans ce travail, démontrer que la maladie de Grancher est une affection très commune, et que, si son diagnostic est toujours assez délicat, elle n'en constitue pas moins un type morbide très spécial. Ayant observé une vingtaine de cas de spléno-pneumonie, j'ai constaté un certain nombre de faits qui n'avaient pas été signalés ou qui différaient de ce qui est ordinairement décrit. Aussi le présent article ne sera-t il pas une revue générale mettant la question au point, mais l'exposé d'opinions personnelles que je soumets au contrôle des cliniciens.

En disant que la spléno-pneumonie était une affection très commune, j'ai sans doute surpris nombre de mes lecteurs. Et pourtant, si je m'en rapporte à ma propre expérience, elle est beaucoup plus fréquente que la pneumonie et que la pleurésie. Dans ma clientèle j'ai rencontré la spléno-pneumonie certainement deux fois plus souvent que la pneumonie et trois ou quatre fois plus souvent que la pleurésie séreuse, et ces chiffres sont plutôt au-dessous de la vérité. On m'objectera peut-être que j'ai commis des erreurs de diagnostic et que j'ai pris des pleurésies pour des spléno-pneumonies. Mais comme, lorsque je crois avoir affaire à la maladie de Grancher, je fais toujours une ponction vérificatrice, je crois m'être gardé par avance contre cette objection.

Parmi les caractères qui me paraissent donner à la maladie de Grancher une individualité toute spéciale, j'attribue une grande importance à ces deux faits qu'elle se rencontre presque exclusivement chez des hommes et presque toujours du côté gauche. Je ne l'ai observée qu'une fois chez la femme et qu'une fois du côté droit et dans des cas complexes sur lesquels j'aurai à revenir. Cette prédilection pour le sexe masculin et pour le côté gauche est un phénomène assez insolite et qui ne se rencontre dans aucune autre affection pulmonaire.

C'est aux environs de trente ans que j'ai surtout observé la spléno-pneumonie. Elle serait, dit-on, assez commune chez les enfants, mais je n'en ai pas constaté d'exemple. Par contre, je l'ai vue survenir chez deux hommes ayant atteint la soixantaine.

La spléno-pneumonie s'observe surtout pendant l'hiver; elle m'a paru en relation avec la grippe. Encore tout récemment je viens d'en rencontrer un cas chez un valet de chambre dont le maître était atteint de bronchite.

Dans l'esprit du public médical, la maladie de Grancher éveille généralement l'idée de tuberculose. Les relations de ces deux affections ne m'ont pas semblé fréquentes. Je n'en ai observé qu'un cas. C'était chez un homme qui présentait, au sommet gauche, une caverne tuberculeuse, et qui fit à droite une spléno pneumonie. Je montrai ce malade à M. Rigal qui porta le diagnostic de spléno-pneumonie tuberculeuse. Pourtant les signes pseudo-pleurétiques disparurent complètement sans que la marche de la tuberculose du sommet gauche ait paru influencée en rien par cet incident. A part ce cas où la tuberculose préexistait à la spléno-pneumonie, je n'ai pas vu survenir la tuberculose chez les malades que j'ai pu suivre après la guérison d'une maladie de Grancher.

Le début de la spléno-pneumonie est assez brusque; il se caractérise par un point de côté, de la toux, de la dyspnée, du malaise et de la fièvre. Parfois ces phénomènes ne sont pas très intenses et n'empêchent pas le malade d'aller et de venir. Parfois, au contraire, ils sont assez accentués pour l'obliger à se mettre au lit aussitôt. Mais ce qui est très remarquable, c'est la rapidité avec laquelle les signes physiques pulmonaires se constituent. Le premier jour, par exemple, on n'entend que quelques crépitations à la base du poumon en arrière; le second jour le murmure vésiculaire est aboli sur la hauteur d'un travers de main; le troisième, les signes pathologiques remontent jusqu'au milieu de l'omoplate. En quarante-huit heures, la maladie acquiert toute l'étendue qu'elle occupera et conservera jusqu'à la fin.

Dans un cas que j'ai observé récemment, aux phénomènes de début précédemment signalés s'était jointe une éruption d'herpès aux lèvres et à la région sus-hyoïdienne. Cet herpès indiquait sans doute que l'affection était due au pneumocoque, ce qui concorderait avec les résultats bactériologiques de Caussade. Chez un autre de mes clients, âgé d'une soixantaine d'années, les accidents de début furent absolument ceux d'une pleurésie diaphragmatique gauche. Le syndrome diaphragmatique disparut assez vite à mesure que les signes physiques de la spléno-pneumonie se développèrent. Mais, fait assez particulier, quelques jours après, le malade présenta du côté droit les mêmes symptômes de pleurésie diaphragmatique, notablement moins accentués. En même temps quelques crépitations fines apparurent à la base droite, cependant le syndrome

spléno-pneumonique ne se développa pas de ce côté. Malgré ces symptômes insolites, l'affection du côté gauche se comporta comme une maladie de Grancher typique.

Une fois la maladie constituée, le point de côté s'atténue assez vite et, au bout de quelques jours, il ne subsiste plus qu'une sorte de gêne dans le côté atteint. Le malade conserve un peu de dyspnée, tousse modérément et rend quelques crachats blancs ou légèrement jaunâtres, et assez visqueux, ressemblant à ceux de la congestion pulmonaire. Un petit signe négatif est intéressant à signaler. On sait que quand on fait asseoir un pleurétique il est pris souvent d'une petite toux sèche attribuée au déplacement du liquide. Dans la spléno-pneumonie, cette petite toux ne se produit pas au moment où le malade se met sur son séant. La fièvre, quelquefois assez vive au début (on a signalé des chiffres de 40° et 41°), descend bientôt, oscille entre 38° et 39°, puis atteint la normale assez fréquemment avant que les lésions pulmonaires aient disparu.

Quant aux signes physiques de la période d'état, ils ont besoin d'être étudiés très minutieusement si l'on veut établir un diagnostic entre la pleurésie séreuse et la maladie de Grancher.

Je n'attache pas grande importance à l'inspection. On a bien signalé l'existence d'une *voussure* du côté malade. Le fait ne m'a pas frappé. Quant au *signe du cordeau* de Pitres, je confesse ne l'avoir pas recherché et n'avoir pas d'opinion à son sujet.

Contrairement à la voussure signalée dans les livres, c'est plutôt une *diminution du volume du thorax* du côté malade que j'ai constatée. Quand on pratique l'amplexation bimanuelle et que l'on compare les dimensions antéro-postérieures de la poitrine à droite et à gauche, il y a presque toujours une différence manifeste au détriment du côté malade. C'est même, à mon avis, un des bons signes de la spléno-pneumonie. Cette affection ressemble, en somme, à une pleurésie avec un litre environ de liquide. Eh bien! quand il s'agit d'une semblable pleurésie, le côté malade est plus volumineux que le côté sain. C'est l'inverse dans la spléno-pneumonie.

Il est un phénomène connexe, c'est *l'étroitesse des espaces intercostaux* du côté de la spléno-pneumonie. C'est également pour moi un signe de haute valeur. Lorsqu'en explorant avec le doigt les intervalles costaux du côté malade, on trouve les espaces élargis et qu'on a l'impression qu'un trocart de Potain y pénétrerait sans difficulté, on peut en conclure qu'il y a du liquide dans la plèvre. Si, au contraire, ces espaces sont étroits et qu'on se demande si l'on parviendrait à y introduire une aiguille de Pravaz sans buter sur une côte, c'est qu'il n'y a pas de liquide et qu'il s'agit d'une spléno-pneumonie. Je résume cette idée en disant que si l'on trouve des espaces « engageants », on peut ponctionner; on tirera du liquide.

Cependant, au sujet de ces deux signes, je dois faire une réserve. Ce que j'en ai dit ne s'applique qu'à une pleurésie séreuse ou à une spléno-pneumonie récentes. En effet, si la pleurésie date de trois ou quatre semaines, le poumon s'est déjà rétracté et, avec un épanchement d'un litre, on peut trouver un affaissement du côté malade et une certaine étroitesse des espaces. De même, quand la spléno-pneumonie date d'une quinzaine de jours la poitrine a repris son volume normal et les espaces ont recouvré leur largeur ordinaire. Il est donc très important pour apprécier la valeur de ces deux signes, de savoir depuis combien de temps le sujet est malade.

Les *vibrations thoraciques* sont abolies dans toute l'étendue de la région envahie. Il est dit que dans la pleurésie ces vibrations réapparaissent brusquement au-dessus du niveau du liquide, tandis que dans la spléno-pneumonie leur réapparition est graduelle. C'est là un caractère différentiel difficile à constater avec certitude et qui ne m'a pas paru suffisamment constant pour être pathognomonique. Tout récemment, dans un cas de spléno-pneumonie, les vibrations, absentes au niveau de la pointe de l'omoplate, étaient très manifestes deux ou trois travers de doigt au-dessus.

La percussion donne dans la spléno-pneumonie des renseignements importants. La *matité*, qui caractérise cette affection, m'a paru présenter chez tous les sujets une étendue et des limites identiques. Si l'on prend deux pleurétiques et que l'on compare leurs deux matités, on leur trouvera bien probablement une étendue différente, car la quantité du liquide épanché ne sera pas la même chez les deux malades. Si, par contre, je reprenais tous les schémas de matité de mes spléno-pneumoniques, ils seraient presque rigoureusement superposables. Il est très curieux de voir combien, à cet égard, toutes les spléno-pneumonies se ressemblent. La limite supérieure de cette matité se trouve en arrière, au milieu de la fosse sous-épineuse, arrive au bord postérieur de l'aisselle et contourne obliquement le thorax pour venir rejoindre la matité cardiaque un peu au-dessus du mamelon. Le fond de l'aisselle est sonore. Nous verrons plus loin la signification que peut avoir la matité du creux de l'aisselle.

En avant, au-dessus de cette matité, on peut trouver une sonorité tympanique très accentuée. Le *skodisme* ne doit donc pas faire conclure à l'existence d'un épanchement.

Le *conservation de l'espace de Traube* est constante dans la spléno-pneumonie. Ce serait un excellent signe si on ne le rencontrait parfois dans certaines pleurésies séreuses cloisonnées. J'en ai observé un exemple très net cette année dans le service de M. Morel-Lavallée que je remplaçais à la Charité.

On a dit que le *passage de la matité à la sonorité* se faisait brusquement dans la pleurésie, graduellement au contraire, dans la spléno-pneumonie. C'est, comme la réapparition graduelle des vibrations, un signe assez délicat à rechercher.

Potain avait indiqué un signe différentiel important, c'était *l'invariabilité du niveau de la matité* suivant la position donnée au malade. Si, après avoir percuté en avant un pleurétique couché sur le dos, on le fait asseoir, on constate que la matité remonte légèrement; cette différence de niveau n'est pas très considérable et ne dépasse pas un ou deux travers de doigt. Dans la spléno-pneumonie, les limites supérieures de la matité ne sont pas influencées par la position donnée au malade.

Parmi les signes d'auscultation de la maladie de Grancher, les plus importants sont la *disparition du murmure vésiculaire* et le *souffle à type pleurétique*. J'ai déjà dit avec quelle précocité et quelle rapidité le murmure vésiculaire disparaissait. En deux jours une surface considérable de poumon cesse de respirer. Le souffle, en général, apparaît secondairement. Vers le quatrième ou cinquième jour on commence à percevoir, vers la pointe de l'omoplate, un souffle vague et assez limité. Puis ce souffle gagne à la fois en intensité et en extension. Il devient plus net et peu à peu envahit, de haut en bas, les régions où le murmure vésiculaire avait disparu. Cette évolution descendante du souffle ne m'a pas paru exister dans la pleurésie séreuse et pourrait être un élément de diagnostic différentiel. Méry, de son côté, a signalé un caractère auquel il

attribue une certaine importance, c'est que dans la spléno-pneumonie ce souffle a partout la même intensité.

La persistance de quelques *crépitations fines à la base*, au-dessous de la région où le murmure vésiculaire est aboli, est un phénomène en faveur de la spléno-pneumonie.

L'*œgophonie* et la *pectoriloquie aphone* présentent, dans la pleurésie séreuse et dans la maladie de Grancher, les mêmes caractères et ne peuvent servir à les différencier.

Dans la spléno-pneumonie je n'ai jamais trouvé la *pointe du cœur déviée* de façon notable. Le fait cependant aurait été constaté.

En somme, la pleurésie séreuse et la spléno-pneumonie ont une symptomatologie presque identique. C'est uniquement par des minuties d'exploration qu'on peut arriver à soupçonner si la plèvre contient ou ne contient pas de liquide. Aussi, quelque sûr que l'on puisse être de se trouver en face d'une spléno-pneumonie, on n'est en droit d'affirmer ce diagnostic qu'après l'avoir vérifié par une *ponction exploratrice*. Au sujet de cette ponction, je dois faire une remarque.

Il m'est arrivé deux fois de tirer du liquide avec une seringue de Pravaz, et le lendemain, ponctionnant au même endroit, de ne rien obtenir avec l'appareil de Potain. On peut donc, dans la maladie de Grancher, trouver parfois un peu de liquide, mais de ce que l'on en a tiré un gramme il ne faut pas se hâter de conclure qu'on en tirera un litre.

La marche de la spléno-pneumonie m'a paru très remarquable. J'ai déjà signalé la rapidité avec laquelle elle se constitue. En deux ou trois jours elle atteint tout son développement. Une fois constituée elle reste en quelque sorte immuable. On peut mettre vésicatoire sur vésicatoire, elle ne progresse ni ne rétrocède, et cela pendant trois semaines presque jour pour jour. Puis, au bout de ce temps, la maladie disparaît avec la même rapidité qu'elle s'était installée. Si c'était un mardi, par exemple, qu'elle avait débuté, c'est un mardi, trois semaine après, que le murmure vésiculaire réapparaît normal avec quelques crépitations à la pointe de l'omoplate; le mercredi, il s'entend à la base; le jeudi, il n'y a plus rien. A trois reprises, chez des sujets que j'avais examinés au début des accidents, j'ai pu prédire le jour précis de leur guérison, tout récemment encore chez un malade que j'avais adressé à M. Courtois-Suffit.

La terminaison est, en effet, presque toujours favorable. Dans un cas, cependant, je crois avoir assisté à la transformation d'une spléno-pneumonie en sclérose pulmonaire. Le souffle devint tubaire; peu à peu apparurent des râles crépitants du type que j'ai décrit avec M. Ch. Mantoux (*Bull. méd.* 24 oct. 1899), sous le nom de râles en milieu induré. Il survint une expectoration d'abord rosée qui devint de plus en plus sanglante. Pensant être en présence d'une spléno-pneumonie tuberculeuse, je fis faire l'examen des crachats à deux reprises; or, on ne trouva pas de bacilles de Koch, mais des pneumocoques. C'était un malade de la ville qui mourut au bout de deux mois et demi et dont je n'ai pu faire l'autopsie. Je ne sais donc pas en quoi consistait sa lésion pulmonaire.

J'ai eu un autre cas de mort dans des circonstances particulières qu'il me faut rapporter avec quelques détails. Je soignais en ville un employé âgé d'une trentaine d'années. Le 6 avril 1895, il vint me consulter pour une grippe qui semblait banale. Le 10 avril, il me fit appeler chez lui parce qu'il avait une fièvre assez vive et souffrait d'un point de côté à gauche. Il toussait mais crachait à peine. L'auscultation faisait penser à une pleurésie; pourtant, à la percussion, l'espace de Traube était conservé; l'amplexation bimanuelle ne donnait pas d'augmentation de volume du côté malade et les espaces intercostaux n'étaient pas élargis. Je pensai à une spléno-pneumonie. Mais l'état général du malade, au lieu de s'améliorer, allait en s'aggravant. La fièvre, la dyspnée augmentaient. Le 13 avril, pour vérifier mon diagnostic, je fis, dans le huitième espace en arrière, une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. J'avais pris soin de prévenir mon malade que je ne tirerais probablement pas de liquide. Cependant, à ma grande surprise, la seringue se remplit d'un liquide séreux. Je dis alors au malade que, contrairement à mon attente, il avait une pleurésie et qu'il fallait extraire le liquide. Je revins le lendemain avec l'appareil de Potain Or, ce jour-là, je ne pus rien retirer C'était la première fois que pareille mésaventure m'arrivait. Je ne savais plus trop que penser. De son côté le malade, inquiété par mes changements d'opinion et par le peu de succès de mes prévisions, me demanda d'entrer à l'hôpital. Il fut admis à Beaujon dans le service de M. Rigal. Comme le cas m'intéressait, j'assistai le lendemain à la visite de M. Rigal et je lui présentai mon malade. M. Rigal constata les mêmes signes que moi, mais trouvant que le souffle pleurétique avait son maximum un peu au-dessus et en dehors de la pointe de l'omoplate, il me dit qu'il fallait se méfier d'une pleurésie interlobaire et qu'il avait déjà vu des cas semblables. Examinant alors le malade à ce point de vue, il reconnut par la percussion que la matité remontait jusqu'au fond de l'aisselle et gagnait la partie supérieure du poumon en avant. Ayant mis quelques jours à asseoir sa conviction, M. Rigal décida l'opération pour le 26 avril. Malheureusement, la veille de ce jour, le malade fut pris d'une congestion pulmonaire intense. Il suffoquait, avait une expectoration spumeuse, rosée, et présentait une pluie de râles fins rappelant absolument ceux de l'œdème aigu des brightiques et surtout abondants à gauche. Il mourut en quelques heures. Ne pouvant faire l'autopsie complète à cause de l'opposition de la famille, M. Rigal fit une thoracentèse *post mortem*. Il plongea l'aiguille profondément dans le premier espace intercostal, en pleine matité, et amena du pus. Le diagnostic de pleurésie interlobaire se trouvait confirmé.

J'ai eu, en 1901, l'occasion d'observer un fait très analogue mais qui, heureusement, s'est terminé de façon moins funeste. C'était dans le service de M. Roques, que j'avais l'honneur de remplacer. Une femme était entrée à l'hôpital Bichat présentant les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement. Comme l'espace de Traube était sonore et que par l'amplexation la moitié gauche du thorax ne me paraissait pas augmentée de volume, je pensai à la possibilité d'une spléno pneumonie. Une ponction faite en arrière n'ayant pas ramené de liquide, ce diagnostic se trouvait confirmé. Au bout des trois semaines réglementaires, les signes de la spléno-pneumonie disparurent en deux ou trois jours et la température, qui était restée aux environs de 38°-38°5, revenait à la normale. Tout semblait terminé. Mais, deux ou trois jours après, la malade se trouvait moins bien, elle toussait, était gênée pour respirer, se plaignait du côté gauche, en même temps sa température remontait. Je refis un examen de la poitrine et je constatai la même bande de matité que M. Rigal avait délimitée chez mon premier malade. Cette bande de matité occupait la région axillaire et se prolongeait en avant, sous les premières côtes, en arrière, sous l'omoplate. C'était bien

le type de la « matité suspendue » de M. Dieulafoy. Dans l'aisselle on percevait un souffle pleurétique manifeste. Instruit par l'observation précédente, je diagnostiquai une pleurésie interlobaire. L'interne du service, M. Sabattié, fit une ponction profonde dans l'aisselle, à l'endroit où les signes avaient leur maximum d'intensité, et put extraire environ 300 gr. d'un liquide séreux. Le diagnostic se trouvait vérifié et la malade était en voie de guérison quand M. Roques reprit son service.

En somme, par ces deux observations on voit que la spléno-pneumonie et la pleurésie interlobaire peuvent coexister chez un même malade. Quelles relations existent entre ces deux affections? Est-ce la spléno-pneumonie qui se complique de pleurésie interlobaire? Est-ce, au contraire, cette dernière qui provoque à son voisinage l'apparition du syndrome spléno-pneumonie? Je ne sais. La seule chose que je puisse dire c'est que, dans les deux cas, les signes de la pleurésie interlobaire n'ont été remarqués qu'après ceux de la spléno-pneumonie.

Pour ma part, je pense que ces deux affections sont, l'une et l'autre, la conséquence d'une infection. La spléno-pneumonie, plus rapide d'allures et plus superficielle, apparaît plus tôt à l'examen physique, tandis que la pleurésie interlobaire, plus profondément située et mettant peut-être plus de temps à fournir un épanchement constatable, se manifeste plus tardivement par ses signes révélateurs. En somme, par analogie avec les pleurésies méta pneumoniques, on pourrait dire qu'il existe des pleurésies interlobaires méta-spléno-pneumoniques.

En résumé, une pleurésie interlobaire, séro-fibrineuse ou purulente, peut coexister avec le syndrome de la spléno-pneumonie. Aussi, en présence d'une maladie de Grancher, sera-t il bon de rechercher les signes d'une pleurésie interlobaire. Ceux-ci seront constitués par une bande de matité passant par le haut de l'aisselle et gagnant le sommet du poumon en avant, et par un souffle pleurétique sur le trajet de cette bande de matité. Si à ce moment la matité de la spléno-pneumonie a déjà disparu, la pleurésie interlobaire se traduira par une matité « suspendue ». Mais si la spléno-pneumonie est encore en évolution, la pleurésie interlobaire donnera lieu à une matité du fond de l'aisselle et des parties antéro-supérieures de la poitrine. Une ponction dans le creux de l'aisselle au point maximum du souffle fournira la vérification du diagnostic.

Nous ne connaissons pas la lésion anatomique à laquelle correspond le syndrome spléno-pneumonique. Ces faits d'association de pleurésie interlobaire avec la maladie de Grancher sembleraient indiquer, en plus de la lésion pulmonaire, l'existence d'un élément pleural important. Cette induction serait confirmée par les cas où la seringue de Pravaz permet d'extraire un peu de liquide et par celle de mes observations où une spléno-pneumonie débuta avec le syndrome d'une pleurésie diaphragmatique. Si l'on y joint la symptomatologie, calquée sur celle de la pleurésie avec épanchement, on serait presque autorisé à dire que dans la maladie de Grancher il y a de la pleurésie sans épanchement.

Mais, quelle que doive être la lésion que l'avenir fera découvrir et quelle que puisse être sa complexité, il est un fait sur lequel je désire revenir, c'est celui de la haute spécificité que me paraît avoir la maladie de Grancher. Je m'explique.

Dans la grippe on peut trouver divers accidents pulmonaires : bronchite, bronchite asthmatiforme, bronchite capillaire, broncho-pneumonie, congestion, fluxion de poitrine de Dieulafoy, pneumonie. En réalité, ces accidents ne sont que des localisations diverses d'une même maladie; on a été obligé de les classifier pour les besoins de l'étude. Mais les différentes parties de l'arbre aérien où elles se localisent sont réunies l'une à l'autre par des transitions insensibles. Les inflammations qui atteignent l'une de ces parties n'y restent pas exclusivement cantonnées, elles gagnent les départements voisins. Aussi en clinique, à côté des cas purs correspondant exactement aux formes typiques décrites dans les livres, trouve-t-on un grand nombre d'accidents moins nettement caractérisés, intermédiaires en quelque sorte aux divers types classiques et constituant entre eux des formes de passage. Ce sont des cas qu'on ne sait comment étiqueter : bronchite ou bronchite capillaire? bronchite capillaire ou broncho-pneumonie? broncho-pneumonie ou congestion pulmonaire? congestion pulmonaire ou pneumonie? etc. De ces divers accidents, les deux extrêmes, la bronchite et la pneumonie, sont certainement les plus nettement individualisés.

Eh bien! la spléno-pneumonie me paraît un type morbide aussi spécifique que la pneumonie. Elle présente dans son histoire, un certain nombre de traits qui n'appartiennent qu'à elle. Je les récapitule. Elle ne se voit guère que dans le sexe masculin et presque toujours du côté gauche. En deux ou trois jours elle atteint son plein développement, et sa disparition est aussi rapide que son installation. Une fois constituée, elle reste immuable dans sa localisation, et cette localisation est presque rigoureusement identique chez tous les malades. Ce sont-là, à mon avis, des particularités bien curieuses et qui donnent à la maladie de Grancher une individualité très tranchée. A quoi tiennent ces particularités? On l'ignore, mais quand on en aura découvert l'explication, je crois qu'on se trouvera en présence d'un élément pathogénique qui lui sera assez spécial.

On pourrait y joindre encore ce fait qu'elle dure trois semaines presque exactement. Mais cette durée de trois semaines nous la trouvons dans une autre affection pulmonaire, la pleurésie avec épanchement. J'ai remarqué que si l'on ponctionne une pleurésie avant la fin de la troisième semaine, le liquide se reproduit, tandis qu'en général il ne se reproduit plus si la ponction est faite après ce délai. Cette observation serait encore un argument en faveur de l'existence d'un élément pleural dans la spléno-pneumonie.

Puisque la spléno-pneumonie est une affection qui guérit presque toujours et dont l'évolution cyclique ne m'a pas paru pouvoir être abrégée, il me semble inutile de soumettre le malade aux médications dites énergiques, énergiques peut-être dans leurs procédés, mais non par leurs effets. Je me contente d'appliquer, au début, un vésicatoire qui fait disparaître le point de côté, mais je ne renouvelle pas cette application. Des badigeonnages de teinture d'iode ou des ventouses sèches me suffisent par la suite. Comme traitement interne je fais prendre au malade de la terpine ou du salicylate de soude avec quelques calmants si la toux empêche le sommeil. Quant au régime, si la fièvre n'est pas trop élevée et si le malade a de l'appétit, je le laisse manger. En somme, le rôle du médecin est surtout un rôle de surveillance. Sa présence est utile pour savoir ce qui se passe et où l'on en est, pour déterminer le moment où, les lésions pulmonaires ayant disparu, le malade peut commencer à sortir. Celui-ci, en effet, apyrétique parfois depuis quelques jours, ne se rend pas compte du moment où il est guéri.

FAITS CLINIQUES

Mastoïdite d'origine scolaire

Par M. le Dr A. Brucн

Chirurgien-chef de la maternité et du service des enfants à l'hôpital de Tunis.

Le jeune M. J..., âgé de neuf ans, entre à l'hôpital civil, dans notre service des enfants, le 9 avril 1903. La région mastoïdienne du côté droit présente une tuméfaction énorme qui s'étend jusqu'à la protubérance occipitale externe et, passant au-dessus du pavillon de l'oreille, qui est déjeté en avant et en bas, recouvre la région temporale du même côté. On sent très nettement de l'empâtement jusque près de l'arcade sourcilière droite. Par en bas, la tuméfaction atteint la partie médiane du sterno-cléido mastoïdien. Il y a nettement de la fluctuation tout autour de l'oreille. La fièvre, intense, atteint 40° C. Il s'écoule un peu de pus par le conduit auditif externe. L'état général est mauvais.

Cet enfant a toujours, paraît-il, souffert de l'oreille droite et a présenté des écoulements par le conduit auditif externe par intermittences, sans cependant présenter de tuméfaction du côté de l'apophyse mastoïdienne, ni même de douleurs.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il allait en classe dans une école primaire. Son maître, pour le corriger, lui avait vigoureusement tiré l'oreille droite. A ce moment, l'enfant avait ressenti une vive douleur et entendu, dit-il, un craquement dans l'oreille. Le soir même, il ressentit de vives douleurs dans la tête, du côté droit; ces douleurs allèrent en s'accentuant de plus en plus pendant huit jours. La mère s'aperçut alors que les alentours de l'oreille se tuméfiaient, et en particulier l'apophyse mastoïdienne. Elle appliqua des cataplasmes et autres drogues, et ce n'est que quinze jours plus tard qu'elle se décida à nous amener le petit malade.

L'opération de la trépanation de la mastoïde est pratiquée d'urgence le jour même.

A l'incision des téguments un flot de pus jaillit de la plaie, avec une odeur infecte; les tissus sous-cutanés sont fongueux, friables, sphacélés, rendant très difficile le pincement des vaisseaux.

L'apophyse mastoïdienne, mise à nu, est de couleur mate, terne; une perforation spontanée, de la grosseur d'une tête d'épingle, est largement agrandie à la gouge, la trépanation complétée, et, après attouchement au thermocautère, la plaie, largement béante, est pansée à la gaze iodoformée, après drainage du décollement du cuir chevelu dans toute son étendue, et après avoir fait passer un courant d'eau cyanurée de la plaie mastoïdienne par la caisse et le conduit auditif externe.

Baisse de la température immédiate; le thermomètre oscille aux environs de 37° C.

Le 23 avril, le jeune opéré sort de l'hôpital; la plaie bourgeonne bien, l'oreille laisse encore échapper un peu de pus fétide. L'enfant vient se faire panser tous les 3 ou 4 jours.

Le 23 juin, le pus ne tarissant pas, la plaie est ouverte à nouveau, un curettage de la brèche osseuse est fait; un drain est passé de l'ouverture de la mastoïde par la caisse dans le conduit auditif externe; pansements tous les 3 ou 4 jours. Aucune fièvre. Guérison définitive fin juillet 1903.

Voici donc une mastoïdite évoluant chez un enfant après un traumatisme de l'oreille. Il n'est pas douteux qu'il y a une corrélation de cause à effet entre le traumatisme de l'oreille, par le fait de la brutalité du maître d'école, et la mastoïdite. On peut se poser les questions suivantes: un maître d'école est-il autorisé, sans encourir quelque peine disciplinaire, à brutaliser ses élèves au point de mettre leur vie en danger? Les parents ne seraient-ils pas en droit d'intenter une action civile à cet instituteur?

Nous avons cru utile de relater cette mastoïdite, banale en elle-même, à cause de son origine *scolaire*. Aux instituteurs, maîtres et professeurs de lycée, il devrait être *défendu* de corriger les élèves en les frappant et maltraitant, les corrections corporelles devant être réservées aux parents (et encore !).

L'enfant doit être corrigé, non pas par des moyens violents, mais par la persuasion, ou tout autre moyen *moral*; les résultats obtenus sont certainement meilleurs par la douceur que par la violence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier

Traitement des fractures par les appareils de marche et par les appareils à extension continue *(fin)*

M. Delbet. — Dans cette discussion j'ai été étonné de voir produire l'argument suivant. On a dit qu'avec les appareils de marche les malades ne marchaient pas bien, et M. Hennequin a été surpris qu'ils ne puissent le faire sans tuteurs. M. Hennequin est bien exigeant, lui qui sait que certains des malades, traités par son appareil, ne peuvent s'en passer quand ils se lèvent et que même quelques-uns n'ont pas été consolidés, ainsi que l'a rapporté M. Routier.

Pour nos fractures de cuisse la marche est possible soit avec une canne seule, soit avec une canne et une béquille et ils estiment que c'est pour eux un avantage énorme.

Le premier que j'ai présenté marchait bien le lendemain du jour où son appareil plâtré a été enlevé. M. Hennequin a remarqué qu'il y avait un peu de claudication. Que notre confrère nous montre ses malades et nous verrons s'ils n'éprouvent aucune gêne à marcher en pareille circonstance.

Ainsi que mes autres fracturés, que je vous ai présentés, le prouvent, les appareils de marche ne méritent pas les critiques de M. Hennequin, dont il me serait facile de discuter la logique en reprenant en détail son argumentation. Si nos malades ne peuvent se comporter comme s'ils n'avaient pas de fracture, ils peuvent du moins ne pas rester au lit, et ce n'est pas à dédaigner.

On doit toutefois rechercher si les appareils de marche donnent une bonne consolidation. Pour cela, trois moyens sont en notre pouvoir : la mensuration, le fonctionnement du membre et la radiographie.

La mensuration est infidèle et n'est pas toujours exacte; elle n'a donc que peu de valeur. Le résultat fonctionnel vaut mieux et contente les malades, mais le chirurgien n'a pas à considérer seulement le résultat physiologique. Il doit rechercher le résultat anatomique. C'est ce que permet de faire la radiographie et, quand celle-ci est pratiquée suivant les deux plans, elle renseigne exactement, quelles que soient les insinuations qu'on ait portées contre elles. Il faut savoir prendre et interpréter les radiographies.

Je conçois qu'on critique les appareils de marche et les résultats qu'ont présentés mes malades, mais j'aurais voulu qu'on nous montrât les malades traités par l'appareil Hennequin. Non seulement on ne l'a pas fait, mais même aucune de leurs radiographies ne nous a été soumise.

J'ai comblé cette lacune en allant voir moi-même ces radiographies conservées dans quatre hôpitaux de Paris, et cette intéressante enquête m'a démontré qu'aucun cas n'était supérieur au premier que je vous ai présenté, qu'un certain nombre sont équivalents et que d'autres sont inférieurs.

Lorsque le résultat, quand la fracture a été traitée par l'appareil à extension, n'est pas bon, M. Hennequin prétend que son appareil a été mal appliqué. J'en conclus que, si des chirurgiens des hôpitaux ne peuvent en faire une bonne application, cet appareil n'est pas pratique et par conséquent ne vaut rien. Qu'on le modifie et nous verrons plus tard s'il mérite les louanges hyperboliques qu'on lui a décernées. Actuellement il ne donne pas de résultats parfaits.

Je n'insisterai pas sur la difficulté de la réduction et de la coaptation, non plus que sur les meilleurs moyens d'y arriver, ni sur les perfectionnements qu'il faudra apporter à la confection des appareils de marche. L'avenir nous éclairera sur ce point et nous montrera qu'il n'y a pas à opposer l'appareil Hennequin aux appareils de marche.

Brusque torsion du cordon spermatique

M. Legueu. — L'observation de ce fait, qui a été recueillie par **M. Souligoux**, concerne un homme de trente ans, non blennorragique, qui fut pris soudainement d'accidents aigus d'orchi-épididymite. On crut à une épididymite tuberculeuse mais une ponction de la vaginale ayant fait sortir du liquide séro-sanguinolent une incision fut pratiquée et on a trouvé une torsion du cordon dans la cavité vaginale avec éclatement du testicule. La castration a eu lieu et a été suivie de guérison.

Je rappellerai qu'il y a deux variétés de torsion du cordon, l'une intra-vaginale, et qui ne peut avoir lieu qu'avec un allongement de la cavité et une suppression du mésorchium. C'est la variété dite volvulus. L'autre est la torsion extra-vaginale, le bistournage chez les chevaux.

J'ai eu l'occasion d'en observer un exemple, que j'ai adressé à la Société de chirurgie il y a quelques années, et sur lequel on a omis de faire un rapport. Il s'agissait d'un enfant de treize ans, chez lequel les accidents m'avaient fait penser à un étranglement du testicule à l'anneau inguinal. J'ai trouvé une torsion et, pendant que je l'examinais, la détorsion du cordon s'est faite. J'ai pu conserver le testicule et l'enfant a guéri. Je ne sais s'il y a eu plus tard atrophie de l'organe.

M. Felizet. — Chez le cheval, la torsion extra-vaginale est possible et bien plus facile que chez l'homme, à cause de la laxité des tissus et de la communication de la vaginale avec la cavité péritonéale.

Erreurs de diagnostic dues à l'appendicalgie

M. Guinard. — Depuis dix-huit mois, j'ai été à même de relever, à la maison Dubois, une série d'erreurs de diagnostic par suite d'une mauvaise interprétation de la douleur. Cette douleur est d'origine appendiculaire ; elle est en rapport avec une appendicite chronique et n'en est que le seul symptôme perceptible. On a déjà envisagé cet état pathologique sous les noms d'appendicite fruste et de pseudo-appendicite. Le terme d'appendicalgie me paraît plus juste.

Dans tous les cas que j'ai opérés je n'ai trouvé que des lésions minimes, une bride, des adhérences de l'appendice, quelquefois un engorgement, un gonflement de l'organe.

Comme manifestations symptomatiques il n'y a de saillant qu'une douleur, bien localisée à droite, au-dessous du point de Mac Burney, souvent au dessus de l'arcarde de Fallope. Cette douleur a presque toujours un siège fixe, immuable.

Lorsque cette douleur coïncide avec une autre affection, on est porté à l'attribuer, à tort, à cette dernière. C'est ainsi que j'ai vu une malade chez laquelle on a d'abord fait une hystérectomie pour fibrome, puis une cure radicale de hernie et la douleur n'a disparu qu'après une appendicectomie. J'ai eu, d'autres fois, l'occasion de constater pareille erreur de diagnostic en ce qui concerne les hernies.

Pour les fibromes, qui sont très rarement douloureux, quand il n'y a pas de lésions coïncidantes des annexes, la même erreur existe fréquemment. Ainsi, sur dix-huit malades opérées pour fibromes, dans onze cas il y avait un appendice malade auquel il fallait rapporter la douleur.

M. Broca fait un rapport sur une observation de **M. Taillefer**, de Béziers, relative *à une hernie, contenant un rein*, chez un enfant. L'examen histologique, pratiqué depuis la présentation de la pièce, a démontré que le corps étranger était un ovaire.

Présentations

M. Tuffier. — Deux malades : *Lipomes diffus sous-cutané et sous-musculaire de la région cervicale.*

M. Hartmann. — Femme : *Néphrectomie pour pyo-néphrose fermée.*

M. Potherat. — *Kyste dermoïde de l'ovaire.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 janvier

Gommes récidivantes de la langue

M. Gastou. — Voici une femme syphilitique qui, depuis cinq ans, a présenté toutes les variétés possibles de syphilides de la langue. J'ai essayé sans succès un grand nombre de traitements, à tel point que je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'un épithéliome ; mais la biopsie n'a pas confirmé cette hypothèse. Enfin, les injections de bi-iodure à dose croissante de 1 à 4 centigr. ont amené la guérison complète, mais au bout d'un mois il y eut une récidive violente ; cette fois le bi-iodure échoua et ce fut le benzoate qui amena peu à peu la guérison. Le calomel, qui passe pour très actif contre les syphilides linguales, s'est montré impuissant dans ce cas. Je me demande si, chez les syphilitiques, il n'y aurait pas certaines variétés de traitement mercuriel plus spécialement adaptées aux différentes lésions suivant leur forme, leur siège et leur âge.

Chancres successifs

M. Queyrat. — Voici un verrier qui a présenté deux chancres syphilitiques, l'un au fourreau, l'autre à la lèvre. Ce dernier est apparu quinze jours après le premier. Les faits de ce genre ne sont pas absolument rares, mais ils sont intéressants et leur interprétation est discutable. On peut admettre qu'il y a eu deux inoculations successives ayant évolué chacune pour son compte. Il serait possible aussi que de deux inoculations simultanées, l'une ait évolué plus lentement que l'autre en raison de la différence de siège anatomique.

M. Barthélemy. — Pontoppidan a fait autrefois des recherches expérimentales sur cette question. Sur des sujets porteurs d'un chancre induré, il pratiquait des inoculations sur des points de plus en plus éloignés de l'accident primitif, et il a constaté que les chancres secondaires se produisaient surtout sur les points les plus éloignés du premier foyer. Il semble donc qu'il se fait, autour du chancre, une zone d'immunisation locale qui va s'étendant progressivement pour aboutir enfin à l'immunité générale.

M. Queyrat. — D'après les observations de Metchnikoff sur les chimpanzés inoculés de syphilis, l'immunité serait acquise très rapidement. Les inoculations faites cinq jours après la première ne produisent déjà plus aucune lésion.

Kératite interstitielle

MM. Gaucher et Lacapère. — Le diagnostic de syphilis héréditaire a été porté, dans ce cas, sur ce seul symptôme de la kératite interstitielle. Les oreilles sont indemnes et les dents ne présentent pas de lésions caractéristiques ; il y a seulement carie de la plupart des dents de première dentition ; la mère a fait cinq fausses couches.

Nous insistons sur la brusquerie avec laquelle apparaît la cécité dans ces cas ; c'est un des caractères de la kératite hérédo-syphilitique ; la guérison a été obtenue, comme c'est la règle, par le traitement spécifique.

Psoriasis vaccinal secondaire

M. de Beurmann. — Il s'agit d'un garçon psoriasique depuis l'âge de cinq ans, qui a fait une poussée à l'occasion d'une revaccination. Quelques tentatives d'auto-inoculation du psoriasis ont été faites chez ce malade par scarification avec des aiguilles chargées de squames : les résultats ont été négatifs.

M. Sabouraud. — Les psoriasis qu'on réussit à réinoculer au porteur sont surtout les formes séborrhéiques, avec peau grasse et infection microbacillaire des follicules.

M. Brocq. — Tous les faits d'inoculation du psoriasis sont à reprendre ; dans les observations anciennes, il y a eu, certainement, des erreurs de diagnostic commises entre le psoriasis vrai et certaines affections psoriasiformes.

Cancer aigu du sein

M. de Beurmann montre une femme chez laquelle est apparu un noyau dans le sein, au cours de l'allaitement ; la tumeur a fait des progrès très rapides, si bien que, en quelques mois, toute l'étendue des téguments de la mamelle a été envahie. M. de Beurmann se propose de faire opérer la malade, puis de soumettre

la cicatrice opératoire à la radiothérapie, et, enfin, d'injecter à la malade du sérum d'un mouton inoculé avec des fragments de la tumeur.

M. Moty, tout en approuvant ce traitement, préconise l'administration de l'arséniate de soude; il en donne jusqu'à 10 et 15 centigrammes par jour à l'intérieur; dans un cas, il est même allé jusqu'à 30 centigrammes. Grâce à ce traitement, des cancers ont pu être arrêtés dans leur marche, et rester stationnaires pendant des années.

M. Jullien. — Comme moyen adjuvant, il ne faut pas oublier les injections de sels de quinine proposées par Jaboulay.

M. Beaudouin. — Dans les cancers ulcérés, les soins antiseptiques ont une importance de premier ordre; ils suffisent, dans certains cas, à empêcher l'extension du néoplasme et à assurer une longue survie.

M. Brocq. — Ce n'est pas dans les formes aiguës, comme celle-ci, que le traitement arsénical réussit ordinairement, mais dans les carcinomes à marche lente, et surtout dans les sarcomes. Néanmoins, je préférerais cette méthode à celle des injections de sérum de mouton, qui n'a pas encore fait ses preuves, et je la ferais volontiers alterner avec les injections de quinine, mais j'estime, avec M. de Beurmann, qu'il faut commencer par pratiquer l'ablation chirurgicale large, et, ensuite, appliquer les rayons Röntgen.

Tumeurs fibreuses consécutives à des injections d'huile de vaseline iodoformée et eucalyptolée

M. Balzer. — Chez un malade qui a reçu ces injections comme traitement d'une tuberculose pulmonaire, il s'est formé des tumeurs fibreuses dures, adhérentes à la peau, et sujettes à des alternatives de tuméfaction et d'affaissement; les mêmes nodosités peuvent se produire à la suite d'injections de calomel dans l'huile de vaseline. D'une façon générale, les huiles minérales sont très mal absorbées, et il est toujours dangereux de les introduire en quantité tant soit peu considérable dans le tissu sous-cutané. Il en est de même de la paraffine qu'on injecte, maintenant, dans un but esthétique.

M. Darier. — On peut, peut-être, dans ces cas malheureux, incriminer la qualité des huiles employées, ou des fautes de technique; en tout cas, il me semble exagéré de proscrire absolument l'usage des huiles minérales en injections.

M. Milian. — J'ai vu des nodosités analogues, très volumineuses, se produire à la suite d'injections d'huile gaiacolée chez des phtisiques. Je crois que cet accident se montre surtout chez les tuberculeux obèses.

M. Leredde. — On se demande s'il ne s'agirait pas, dans ces cas, de chéloïdes sous-cutanées. Notre ignorance de la nature des chéloïdes justifie cette hypothèse.

Tendance à la guérison d'ulcérations gommeuses multiples et profondes par un traitement exclusivement local

MM. Hallopeau et Lebret. — Par suite d'un malentendu, de profondes et étendues ulcérations gommeuses ont été traitées exclusivement par l'application de compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq millième. Or, au bout de trois semaines, leur guérison était très avancée: le traitement spécifique local peut donc suffire à amener la guérison d'une ulcération de cette nature; il faut, néanmoins, prescrire simultanément le traitement général pour aller plus vite et surtout pour agir sur les foyers latents qui peuvent coexister.

M. Sabouraud. — J'ai observé une dermatose singulière de la face, ressemblant un peu à de l'acné, et que je n'ai pas tout d'abord considérée comme syphilitique; traitée par la vaseline iodoformée, elle a guéri à deux reprises, mais pour récidiver bientôt; le traitement spécifique a rapidement amené la guérison définitive.

Traitement de la teigne par l'épilation radiothérapique

MM. Gastou et Sabouraud ont obtenu de bons résultats de ce traitement, meilleurs et plus rapides, avec la machine statique qu'avec la bobine d'induction.

AUTRES COMMUNICATIONS

MM. Hallopeau et *Vieillard.* — 1° Eczéma séborrhéique et folliculites décalvantes.

2° Sur un cas de zona hémorragique.

M. Brodier. — Creeping disease (larva migrans).

M. Danlos. — Acrokératodermie dans la maladie de Dühring.

Dr P. Dehu.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 janvier.

Sur un cas de ménopause précoce

M. Hartmann, pour faire suite à la communication de M. Siredey sur ce sujet, apporte l'observation d'une jeune fille de vingt-quatre ans, qui fut réglée à l'âge de quinze ans. Ses règles se montrèrent régulières, mais ne durant qu'un jour. A quinze ans et demi elle eut ses premiers rapports. Ses règles se supprimèrent presque aussitôt, sans qu'elle fut enceinte, puis reapparurent quelques temps après, toujours fort peu abondantes et ne durant qu'un jour. Elles cessèrent complètement en 1899, à l'âge de dix-neuf ans.

Pendant trois ans, jusqu'en 1902, elle eut tous les mois des malaises, des bouffées de chaleur, des vomissements faciles, les seins gonflés et douloureux. Depuis 1902, ces phénomènes eux-mêmes ont disparu.

Lorsqu'on examine cette jeune fille, on trouve que le col est de dimensions normales, mais de forme conique. Le corps utérin est très petit; la cavité cervico utérine mesure 4 centimètres.

De l'abus du lait dans le traitement de la gastro-entérite du second âge

M. Guinon. — Il persiste encore dans l'esprit de certains médecins que le lait doit être la nourriture exclusive de tout enfant atteint de gastro-entérite. Or, il faut bien savoir qu'il est des cas où le lait est absolument nuisible et dangereux. De même qu'il y a, chez certains adultes, une intolérance absolue pour le régime lacté, de même, chez un certain nombre d'enfants, on voit s'éterniser ou s'aggraver même des gastro-entérites entretenues par le régime du lait.

Des troubles gastro-intestinaux peuvent apparaître, sans infection primitive, par l'abus ou l'usage trop prolongé du lait chez les enfants, qui ont alors de la constipation habituelle avec selles fétides. Cette dyspepsie particulière retentit sur l'état général: les enfants présentent des manifestations cutanées et surtout une anémie tout à fait caractéristique; ils ont aussi parfois de la fièvre.

Dans tous ces cas on voit les enfants s'améliorer dès que l'on diminue ou que l'on supprime le lait. On le remplacera par des panades, des purées, du bouillon de légumes; puis, lorsque l'enfant aura été amélioré par ce régime passager, on lui fera d'abord prendre du kéfir avant de le ramener au lait.

M. Pinard. — Dans ces cas, le lait devient l'aliment des microbes et non plus celui de l'enfant.

M. Méry ne croit pas qu'il y ait toujours infection; il y aurait dyspepsie vis-à-vis du lait seulement que ces enfants assimilent mal.

M. Broca cite le cas d'un enfant de deux ans et demi qui, ayant de la dyspepsie, fut mis au lait, sans aucune amélioration; on supprima ce régime et l'on donna à l'enfant du bouillon et de la purée de haricots qui firent cesser tous les symptômes. Jusqu'à l'âge de dix ans, cet enfant n'a pas pu prendre une goutte de lait.

Cytologie du liquide amniotique

M. Constantin Daniel rapporte le résultat de ses recherches sur la composition histologique du liquide amniotique. A la suite de trente-huit examens cytologiques, il formule les conclusions suivantes:

1° Dans la grossesse normale, le liquide amniotique, d'aspect lactescent, offre une formule cytologique qui semble constante: présence presque exclusive de cellules épidermiques.

2° Pendant le travail de l'accouchement par suite des conditions spéciales dans

lesquelles se trouve l'œuf, le liquide de la poche des eaux — outre la réaction épidermique ordinaire — contient, dans 50 % des cas, un petit nombre de leucocytes (polynucléaires en général). Dans 30 % des cas, la réaction leucocytaire accompagne la présence de microbes divers (cocci ou bâtonnets).

3° Dans les grossesses pathologiques (maladies de la mère, maladies de l'œuf) avec l'altération constante des caractères physiques du liquide, on constate des modifications importantes de la formule cytologique normale. L'hydramnios, la syphilis, l'albuminurie, semblent produire des altérations particulières du liquide amniotique. La presence, en nombre variable, de lymphocytes et de polynucléaires — plus ou moins altérés, isolés ou associés — constituent les caractères distinctifs de ces divers liquides.

Procidence du cordon

M. Lepage. — Lorsqu'on palpe pendant le travail le cordon procident, on a tantôt la sensation de battements bien frappés, tantôt celle d'un cordon flétri, avec auscultation négative lorsque l'enfant est mort. J'ai eu l'occasion d'observer un cas qui est pour ainsi dire intermédiaire à ces deux états, une des moitiés de l'anse étant encore animée de battements, tandis que l'autre moitié, celle qui se trouvait du côté placentaire, en etait dépourvue.

C'est là, évidemment, l'analogue de ce qui se passe après la naissance, lorsque les battements viennent à cesser dans le cordon de proche en proche, en allant du placenta vers l'ombilic.

Je n'ai pas trouvé, dans la littérature obstétricale, la constatation d'un fait analogue à celui que je rapporte.

M. Pinard. — Il s'agit là de ce que j'ai appelé les pulsations rétrogrades, qui existent encore dans le cordon au voisinage de l'ombilic, alors qu'elles ont disparu dans tout le reste.

La physiologie des pulsations funiculaires est mal connue. Y a-t-il des pulsations dans la veine? c'est là un point qui n'est pas élucidé. Il y aurait un certain nombre de recherches à faire sur ce sujet.

M. **Lepage** présente un fœtus atteint de malformations causées par des brides amniotiques, et qui donna lieu à quelques difficultés au moment de l'extraction.

M. **Pinard** pense qu'il ne s'agit pas là d'une monstruosité congénitale, mais d'une monstruosité acquise, c'est-à-dire qu'elle ne relève pas des procréateurs. Il n'y a pas lieu, ainsi que le demandait M. Lepage, de soumettre la mère au traitement spécifique lors d'une nouvelle grossesse.

M. **Lepage** lit, au nom de M. **Croisier**, une observation intitulée : Epithélioma du corps utérin, greffé à la base d'un polype fibreux intra-utérin.

M. **Guinon** lit un rapport sur une observation de M. **Couvelaire** concernant un cas de dégénérescence kystique du poumon droit.

Au cours de la séance, M. Siredey a été élu membre titulaire de la Société dans la section de gynécologie.

M. Gross (de Nantes) a été élu membre correspondant.

A. Brindeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier

Symptômes rares dans un cas de maladie de Recklinghausen

MM. Léon et **Georges Gasne** présentent une malade atteinte de maladie de Recklinghausen qui, en dehors des symptômes ordinaires de l'affection, offre deux complications très rarement observées, une déformation du squelette thoracique et une paraplégie spasmodique dont ils donnent une description générale en s'aidant des cas antérieurement publiés.

L'examen radiographique n'a rien révélé qui permette de determiner la nature des lésions osseuses au niveau du thorax; au niveau du cubitus gauche il existe, au contraire, un anneau de décalcification tout à fait remarquable. La paraplégie est caractérisée par la tendance aux spasmes et aux contractures, l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde et la variabilité de ces phénomènes.

Un point tout à fait intéressant et sur lequel insistent les auteurs, c'est que la malade a transmis, à trois de ses enfants sur quatre, les lésions pigmentaires caractéristiques de l'affection à l'exclusion des autres symptômes, confirmant ainsi l'opinion émise par M. Thibierge, à savoir que le diagnostic de maladie de Recklinghausen est legitime chez les malades qui présentent seulement les pigmentations sans dermo ni neurofibromatose.

Accidents cérébraux au cours de la résorption de certains œdèmes

MM. P. Merklen et **J. Heitz** rapportent un certain nombre d'observations d'accidents cérébraux survenus au cours de la résorption d'œdèmes d'origine cardiaque ou hépatique. Ces accidents consistaient en torpeur avec respiration de Cheyne-Stokes, delire, confusion mentale, ou agitation avec angoisse, et même en coma avec raideur musculaire généralisée, signe de Kernig et relâchement des sphincters.

Dans un cas, ces accidents se sont terminés par la mort. Dans trois autres cas, ils ont disparu au bout de quelques jours ou de quelques semaines, et les malades ont guéri. Dans un dernier cas, ils se sont renouvelés à deux reprises différentes, pour cesser avec la réapparition des œdèmes. Chez ce dernier malade, les résorptions avaient été brusques et spontanées, chez les autres, lentes et provoquées par la médication.

Le fait saillant a été l'insuffisance de la polyurie libératrice, qui, contrairement à ce qui se passe habituellement, se prolongea tout en restant modérée. On en peut conclure qu'il y a eu désaccord entre les deux actes constitutifs de la crise des œdèmes, c'est-à-dire de leur résorption et de leur élimination par les urines. Il est à remarquer qu'il s'agissait de gens âgés, artérioscléreux, et dont la capacité fonctionnelle rénale était relativement insuffisante. Cela conduit à penser que les accidents de résorption ont été sous la dépendance, soit d'un œdème cérébral, soit d'un état toxémique.

L'œdème cérébral a été constaté dans des cas analogues par Andral, qui comparait ces troubles de résorption aux accidents provoqués par l'injection d'eau dans les veines. D'autres observateurs (Bartels, Eichhorst) les expliquent par la rétention dans le sang des principes excrémentiels, résorbés et non éliminés. Quoiqu'il en soit, un certain degré d'insuffisance rénale parait être la cause essentielle de ces accidents, et il y a lieu d'y suppléer par les évacutions supplémentaires (purgations, émissions sanguines). Il importe, d'ailleurs, de ne pas interrompre l'usage des médications cardio-toniques et diurétiques, qui ne sont nullement responsables des complications observées. En effet, Eichhorst les a vues disparaître tout en continuant l'usage de la théobromine et de la digitale. Leur pronostic est moins sombre qu'on pourrait le croire, et la guérison le mode de terminaison le plus ordinaire (1).

M. Barth estime que les faits sur lesquels s'appuie la communication de M. Merklen sont un peu trop disparates pour comporter une conclusion univoque. Les accidents attribues par M. Merklen à la disparition rapide des œdèmes peuvent très bien résulter tout simplement des progrès de la maladie (néphrites, cirrhoses, etc.) et de l'insuffisance des organes à un certain moment.

En tout cas, il ne faudrait pas que les faits visés par M. Merklen eussent pour résultat de jeter le discrédit sur les traitements usités pour arriver à diminuer ou à supprimer les œdèmes, traitements qui ont fait leurs preuves et qui, lorsqu'ils atteignent le but cherché, réjouissent le médecin bien loin de l'inquiéter.

MM. Béclère et **Haret** présentent un malade chez lequel un épithélioma de la face a été guéri par la radiothérapie.

J. J.

---

(1) A la rubrique « Etranger », page 33, on aura trouvé l'analyse d'un travail de M. Kostlevitch, qu'on rapprochera avec intérêt, à titre d'opposition, de la communication de M. Merklen.

MÉDECINE LÉGALE

La kérato-conjonctivite et les accidents du travail

La loi sur les accidents du travail a fait naître, parmi certains accidentés, la simulation. Dans l'espèce, par le mot simulation il faut entendre moins la reproduction symptomatique d'une maladie n'existant pas, que le fait d'attribuer à un accident du travail une affection d'origine tout autre C'est en présence de faits de ce genre que se trouva M **Baudry**, professeur de clinique ophtalmologique à Lille.

Deux ouvriers se présentèrent à la consultation de la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Sauveur, se déclarant blessés à l'œil droit, l'un par des poussières de meule d'émeri, le second par de l'huile à graisser les métiers. Tous les deux étaient atteints de conjonctivite purulente de l'œil droit. L'examen microscopique démontra sa nature nettement gonococcique. Aucun écoulement urétral suspect. Chez le plus âgé, l'inflammation resta localisée à l'œil droit, mais la cornée se perfora, et l'organe, devenu staphylomateux, fut perdu pour la vision. Chez le second malade, la conjonctivite gagna l'œil gauche ; la guérison fut complète sans aucune diminution de l'acuité visuelle. Les conclusions du rapport de M. Baudry furent les suivantes :

« Il est possible que les nommés X... et Z... aient reçu entre les paupières de l'œil droit des poussières de meule d'émeri et de l'huile à graisser, mais cet accident n'entraîne, habituellement, qu'une inflammation traumatique et une incapacité de travail de quinze jours au maximum. La conjonctivite gonococcique a été provoquée par un contact infectieux de la muqueuse oculaire; elle n'a aucun rapport avec la pénétration possible de poussières de meule d'émeri et d'huile à graisser. Le gonocoque, n'ayant qu'une vitalité minime, est détruit rapidement par l'exposition à l'air et la dessication. Il se cultive difficilement. Il ne saurait se développer dans l'huile; bien plus, il y meurt rapidement par suite des propriétés plus ou moins acides et alcalines des huiles employées dans l'industrie. »

En guise de conclusion, M. Baudry donne le conseil suivant : « En présence d'une injection conjonctivale ou d'une véritable conjonctivite monoculaire, rebelle à tout traitement, s'aggravant brusquement et sans raison, chez une personne intéressée à simuler, il y aura lieu de faire un examen minutieux de toute la conjonctive, des deux culs-de-sac en particulier, et l'examen bactériologique des sécrétions conjonctivales, afin de rechercher les corps étrangers ou les traces de substances que l'on peut introduire. Puis, on appliquera un bandeau occlusif au collodion; une surveillance rigoureuse aidant, le simulateur sera ainsi mis dans l'impossibilité de continuer ses manœuvres frauduleuses. »

G.

MÉDECINE PRATIQUE

Encore un procédé d'anesthésie chirurgicale mixte

M. le prof. **Kravkow** (*Roussky Vratch.*, 1903, n° 48) fait connaître un nouveau procédé d'anesthésie chirurgicale mixte, mis à l'essai récemment à la clinique chirurgicale du prof. Fedorov, à Saint-Pétersbourg.

Il consiste à faire ingérer au malade, une heure avant l'opération, 3 gr. d'hédonal (méthylpropylcarbinol uréthane), en cachets. Sous l'influence de ce médicament, dont l'action hypnotique est deux fois environ plus forte que celle du chloral, le malade ne tarde généralement pas à s'endormir. On lui fait inhaler alors, pendant son sommeil, du chloroforme, et on obtient ainsi rapidement et avec des doses relativement petites de cet anesthésique, l'insensibilité la plus complète, sans phénomènes d'excitation, le pouls restant fort et régulier. La quantité totale du chloroforme nécessaire pour une intervention d'une heure de durée varie entre 10 et 15 gr. L'opération une fois terminée, point n'est besoin de réveiller le malade, son cœur continuant à bien fonctionner.

Si l'hédonal n'amène pas le sommeil, mais une simple somnolence, on n'en procède pas moins à l'administration du chloroforme une heure après l'ingestion du cachet médicamenteux. Les résultats au point de vue de l'insensibilisation sont les mêmes.

Parfois les premières bouffées de chloroforme provoquent quelques vomissements qui ne se répètent plus dans le cours de l'anesthésie chirurgicale.

Formulaire

Mélange pour le pansement de la fissure anale, par **M. Katzenstein** (*Therap. der Gegenwart*, décembre 1903).

Extrait de belladone.....	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 05
Ichtyol.................	6 gr.

On roule une mèche de coton hydrophile de l'épaisseur d'une aiguille à tricoter, on l'imbibe du mélange ci dessus formulé (qu'on aura préalablement chauffé et agité) et, au moyen d'une sonde mince, on l'insinue dans l'anus le long de la partie de la muqueuse rectale qui se trouve vis-à-vis de la fissure. De cette façon, on évite toute douleur pendant l'introduction de la mèche. Le soulagement serait immédiat. La mèche est expulsée à la prochaine défécation qui, le plus souvent, est déjà indolore. On introduit une ou deux fois par jour une nouvelle mèche chargé du mélange d'ichtyol, de cocaïne et d'extrait de belladone. On obtiendrait de la sorte la guérison de la fissure en huit à quinze jours.

Pour prévenir les rechutes, on veillera à la régularité des selles et on fera prendre, pendant quelque temps, des bains de siège au malade.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. en chef de 2e cl. Drago, en service à Lorient, est dés. pour servir comme médecin résident à l'hôp. de Saint Mandrier, en rempl. de M. Dollieule.

M. le méd. de 1re cl. Duranton est dés. pour emb., sans délai, sur le *Guichen* (esc. du Nord), en rempl. de M. Bavay

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

A l'emploi de méd. aide-major de 1re cl. stagiaire

MM Poncin, Lebœuf, Duvard, Fulconis, Garnier, Bernard, Vielle, Guégan, Bodiou.

Ces officiers du corps de santé ont été désignés pour servir, savoir :

M. Poncin, au 22e d'inf.

MM. Lebœuf et Fulconis, au 7e d'inf.

M. Duvard, au 2e d'art à Brest.

M. Garnier, au 1er d'art. à Rochefort.

M Bernard, au 3e d'inf.

M. Vielle, au 4e d'inf.

M. Guégan, au 2e d'inf.

M. Bodiou, au 2e d'art. à Cherbourg.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

MM Boureau, Cazenave, Chevalérias, Conil, Laborde, René Langenhagen, Sibut, de Paris.

M. Ciaudo, de Nice.

Officiers d'académie

MM Buvat, Courdoux, Frizac, Goizet, Lévy, Motz, Tostivint, Mme Cassel Rosenthal, de Paris.

MM. Benoît, de Saint-Claude; Bonnel, de Saint-Chély-d'Apcher; Bossu, à Vanves; Bourrus, de Portets; Chabanon, de Villefort; Frémicourt, de Jaulgonne; Good, à la Mothe-St-Héraye; Huillet, à Nice; Joly, de Mende; Lajaunie, à Ax-les Thermes; Lardemer, d'Auxi-le-Château; Lefranc, à Neuilly-sur-Seine; Mathevet, de Longeville; Rouquette, méd. major à Souk-Ahras.

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'argent

M. Bouchez, interne à l'hôp. Saint-Antoine.

Médailles de bronze

M. Ferry, méd. à la Ferté-Saint-Cyr.

M. Belgrand, ex-interne à Saint Antoine.

M Boucheseiche, externe au bastion 27.

M. Bourlier, externe prov. à l'Hôtel-Dieu.

M. Brissy, interne à l'hosp. de Bicêtre.

M. Caubet, ex-interne à l'hôp. des Enfants-Malades.

M. Chartier, externe prov. à l'hôp. Hérold.

M. Hébert, interne à l'hôp. Andral.

M. Mazuré, ex-interne à l'hôp. Bretonneau.

M. Nathan, interne prov. à l'hôp. Necker.

M. Paris, ex-interne à l'hôp. Trousseau.

M. Renaud, interne à l'hôp. des Enfants-Malades.

M. Robert, interne prov. à l'hôp. de la Charité.

M. Roussel, externe à l'hôp. Beaujon.

M. Séris, externe à l'hôp. des Enfants-Malades.

M. Voisin, interne à l'hôp. Beaujon.

MM. Gaubet, Cohen et Perchaux, médecins de la société amicale et de prévoyance de la préfecture de police.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 12 janvier

14 Roubier — 12 Germain — 10 Macé de Lépinay — 9 Sautelet, Boulonneix — 8 Chaix — 7 Bené — 4 Rembert.

13 janvier

11 Barbier, Labarrière — 10 Hauffman, Bonvoisin — 9 Flurin, Sauphard — 8 Bord, Richon — 7 Bruais, Rinard.

14 janvier

12 Moulu — 11 Hovelacque — 9 Chazarain — 8 Ramus — 7 Déroïde, Malein, Coqueret — 5 Bailly — 4 Pascalis — 3 Sermorel.

Pathologie

Séance du 12 janvier

12 Carron, Moyran — 10 Vannier, Bour — 9 Giret — 7 Boudin, Marré, Trolard — 5 Mesnager.

13 janvier

12 Barbé — 11 Vézard — 10 Lamy — 8 Puyo, Lamouroux — 7 Fabre, Davoir, Garban — 6 Bourretère, de Brunel de Serbonnier — 3 Daviau.

L'arrêté qui a nommé M. le prof. Debove président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le prof. Brouardel, porte que ce dernier est nommé président honoraire.

M. le Dr Emile Roux, sous directeur de l'Institut Pasteur, est maintenu dans ses fonctions de vice-président.

La question des permutations de chaires à la Faculté est revenue sur le tapis à l'occasion de la chaire d'hygiène, vacante par suite du décès de M. Proust et que M. le prof. Chantemesse désire échanger contre la chaire de pathologie expérimentale.

La permutation a été acceptée à une voix de majorité, par le Conseil de la Faculté; la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique aura à statuer en dernier ressort.

Le conseil municipal vient d'accorder une subvention de 1000 fr. à M. Mathieu, médecin en chef de l'hôpital Andral.

La Ville de Paris, sur l'initiative d'un conseiller municipal, M. Bussat, songerait à créer un laboratoire de physiologie appliquée, destiné à étudier tout ce qui concerne les conditions de la vie dans les milieux urbains, et plus spécialement dans les ateliers, usines, manufactures, écoles, etc., en même temps qu'à vulgariser ces notions parmi la population.

L'idée est bonne et on ne peut que souhaiter sa réalisation.

M. Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes, a pris la direction de la rédaction de la *Revue scientifique* (Revue rose). Il compte donner dans ce périodique une plus grande place aux recherches expérimentales de toutes les sciences, y compris les sciences psychologiques et sociologiques.

COURS D'OPHTALMOLOGIE

M. A. Terson commencera, le jeudi 28 janvier, à 3 h., une série de leçons sur les maladies des yeux chez les enfants, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Le cours est gratuit.

S'inscrire, avant le 27 janvier, tous les jours à 2 h., à sa clinique ophtalmologique, 52, rue Jacob.

HOSPICES DE BOULOGNE-SUR-MER

Un concours pour un emploi de médecin du service ophtalmologique des hospices de Boulogne-sur-Mer s'ouvrira le 22 février, à 8 h. 1/2 du matin, à la Faculté de médecine de Paris, devant un jury composé de trois professeurs ou agrégés de la Faculté ou ophtalmologistes des hôpitaux de Paris.

Traitement : 300 fr. par an.

Pour renseignements plus détaillés, s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices à Boulogne-sur-Mer, rue Saint-Louis, avant le 1er février 1904.

Le registre sera clos le 1er février 1904.

NÉCROLOGIE

M. de Lignerolles (Le Havre).

Vient de paraître

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des maladies internes, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in 16 de 96 pages, avec figures, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Traité d'hygiène, par A. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires. Troisième édition, revue et considérablement augmentée, avec la collaboration de A. Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, et H. Bourges, chef du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine, auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique. Ouvrage couronné par l'Institut et la Faculté de médecine. 1 vol. grand in-8, de 1245 p., avec 204 fig. dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs), 25 fr.

Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants, par le Dr Guiraud. 3e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8. de 1008 p. 12 fr.

Technique du massage, par le prof. Zabludowski, traduit sur la 2e édition allemande par A. Zaguelmann, avec un atlas de 80 fig. 1 vol. in-8. de 110 pages. 7 fr. (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Penseurs et savants, leurs maladies, leur hygiène, par le Dr Gelineau (de Blaye), préface du Dr Cabanès, couverture illustrée d'un portrait de Chevreul par Caruchet. (Vigot frères, édit., 23, place de l'École-de-Médecine, Paris. 1 vol. in-8° écu. 4 francs.

La crise agricole dans ses rapports avec la baisse des prix et la question monétaire, par D. Zolla, lauréat de l'Institut, professeur à l'école de Grignon et à l'école libre des sciences politiques (Bibliothèque générale des sciences). Prix : 5 fr. (C. Naud, édit., 3, rue Racine, Paris).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

TRAVAUX ORIGINAUX

Méningite hémorragique subaiguë avec hydrocéphalie chez les nouveau-nés

PAR

MM. MARFAN, AVIRAGNET et DETOT

Nous apportons la relation de deux cas de méningite hémorragique subaiguë avec hydrocéphalie observés chez des nouveau-nés. Le premier a été recueilli à notre policlinique, le second dans notre pratique privée. Ces conditions spéciales ne nous ont pas permis de les étudier aussi complètement que nous l'eussions désiré; toutefois, grâce à des ponctions ventriculaires et lombaires répétées, ils ont pu être l'objet de recherches suffisantes pour que nous puissions les présenter comme des exemples d'une forme clinique qui, croyons-nous, n'a pas encore été signalée.

Observation I. — L'enfant B. René, du sexe masculin, âgé de cinq mois et demi, est amené par sa mère, le 17 octobre 1903, à la consultation de M. Marfan, à l'hôpital des Enfants-Malades.

On constate une augmentation assez considérable du volume du crâne, de la dilatation et de l'hypertension de la fontanelle antérieure, en un mot les signes d'une hydrocéphalie moyenne, et, en outre, de la raideur de la nuque et un état de rigidité très accentuée des quatre membres. La mère n'a rien observé de particulier à la naissance de l'enfant: l'accouchement s'est passé normalement. Les parents sont bien portants; un autre enfant (deux ans), né à terme, a été atteint d'ophthalmie des nouveau-nés; il est actuellement bien portant. La mère n'a pas eu de fausse-couche.

L'enfant a été envoyé à la campagne pour y être nourri au sein, mais il n'a pas progressé; il a eu, au mois d'août, de la diarrhée et des convulsions; aussi, il y a un mois, l'a-t-on ramené à Paris, et on l'a nourri au biberon, puis à la cuillère. Il était déjà dans un état grave, amaigri, loin de peser le poids d'un enfant de son âge. Il buvait très difficilement, était habituellement constipé et rendait parfois des selles blanc-verdâtre; il vomissait rarement; il était tantôt agité, tantôt somnolent. Il avait souvent des convulsions et des crampes.

On prescrit des frictions mercurielles et une potion au bromure.

L'enfant est ramené le 22 octobre. Son état est le suivant.

Il est dans un état d'émaciation considérable, ne pèse que 5 kil. 200; la peau est flasque et plissée, le ventre est excavé. La tête est d'un volume manifestement disproportionné par rapport au reste du corps; le crâne est déformé: les bosses frontales sont saillantes; la fontanelle antérieure mesure environ 7 à 8 centimètres de largeur; elle est distendue et dépressible. Le périmètre cranien occipito-frontal est de 0 m. 41. Les paupières sont fermées et restent fermées, dit la mère; si on soulève les paupières supérieures, on voit que les globes oculaires regardent en bas et que la cornée est cachée en partie par les paupières inférieures. Les yeux ne réagissent pas à la lumière; ils restent fixes quand on en approche une flamme; il n'y a pas de strabisme, ni de nystagmus. Les pupilles paraissent égales, modérément dilatées, sans réactions réflexes. La face est symétrique; les mâchoires sont rapprochées par la contracture. Il existe un degré très marqué de raideur de la nuque et de la colonne vertébrale; on ne peut fléchir la tête, ni le tronc. La contracture des quatre membres est aussi très prononcée; elle prédomine aux membres inférieurs. Les avant-bras sont fléchis à angle droit sur le bras, dans un état intermédiaire à la pronation et à la supination; on peut les étendre, mais il faut vaincre une certaine résistance. Les doigts sont fléchis dans la paume de la main, le pouce recouvrant l'index. Les membres inférieurs sont en extension; les pieds sont étendus par la prédominance des muscles postérieurs de la jambe. La contracture des muscles du côté droit du corps est plus accusée qu'à gauche. Par moment, la rigidité augmente; il semble que la face devienne plus pâle et que ses muscles se contractent; les mâchoires sont plus violemment serrées; il s'échappe des lèvres une mousse blanche, les membres se raidissent, surtout à droite; la tête est portée en arrière, mais il n'y a pas de secousses cloniques; c'est une crise purement tonique, tétaniforme. Pendant l'examen, plusieurs crises semblables se produisent; elles n'ont pas un début ni une terminaison très nets, mais se confondent avec l'état de contracture moyenne qui subsiste d'une façon permanente, et dont elles ne sont que l'exagération passagère. La recherche du signe de Kernig est impossible, en raison de la raideur. Il en est de même des réflexes rotuliens et du signe de Babinski, dont la recherche est rendue impossible par l'état de contracture. Les sphincters ne paraissent pas atteints; il y a eu, les jours précédents, des selles un peu verdâtres; on n'a pas pu recueillir d'urine. L'alimentation est très restreinte, autant parce que l'enfant ne manifeste aucun besoin de boire, que par la difficulté qu'on éprouve à lui ouvrir la bouche.

Le 22, on pratique une ponction ventriculaire dans l'angle droit de la grande fontanelle, et on retire à peu près 25 cc. de liquide, qui s'écoule sous forte pression.

L'enfant est revu le 29 octobre. Son état s'est aggravé; l'amaigrissement a progressé; le poids est de 4 kil. 700. La contracture des membres est plus forte. Dans la nuit du 26 au 27, il aurait eu des convulsions; depuis trois jours, on n'a pu lui faire prendre aucun aliment. Le trismus est plus marqué; la tête est portée en arrière; les yeux sont fermés; la prédominance hémiplégique droite est toujours nette; l'excitation de la sensibilité cutanée ne produit pas de réaction. La température du matin est 36°8; le soir (4 h.) 37°2. Les crises tétaniformes sont plus fréquentes et plus prolongées; dans l'après-midi, un état de contracture très marquée devient même permanent: la tête est rejetée en arrière, le tronc est incurvé en arrière et à droite, de telle sorte que, dans leur ensemble, la tête, le tronc et les membres inférieurs forment un arc à concavité droite. En même temps, les yeux sont agités par des secousses non rythmées, l'enfant crie faiblement, il se forme de l'écume sur les lèvres; le pouls est incomptable; à l'auscultation, on trouve un rythme fœtal extrêmement rapide (plus de 200 par minute); il y a 60 respirations par minute. Le matin (à midi), on injecte sous la peau de la région fessière 1 cc. de bleu de méthylène.

A midi et demi, on pratique une ponction ventriculaire du côté droit, qui donne issue à un liquide jaunâtre ne contenant ni bleu, ni chromogène; on en retire 25 cc. A 4 heures on fait une nouvelle ponction ventriculaire (à gauche) d'environ 20 cc., le liquide a les mêmes caractères; il est un peu rosé. Il ne contient pas de bleu. La ponction rachidienne donne un liquide franchement sanglant, s'écoulant en jet, avec une pression très forte (20 cc.). Pendant les ponctions, il ne survient aucun symptôme particulier. On n'a pas pu recueillir d'urine.

L'état du malade ne s'est pas modifié et il a succombé le soir à 6 heures.

En résumé, au point de vue clinique, il s'est agi d'une hydrocéphalie subaiguë avec contracture généralisée, réalisant un état tétaniforme; cet état a débuté il y a plusieurs mois par de la diarrhée et des convulsions; il s'est accusé progressivement, et la phase terminale a été caractérisée par des crises de convulsions purement toniques et subintrantes, à prédominance hémiplégique.

EXAMEN DU LIQUIDE VENTRICULAIRE ET DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. — Plusieurs ponctions ont été pratiquées dans un but à la fois thérapeutique et diagnostique. Une première ponction ventriculaire a été faite le 22 octobre; trois autres ponctions, deux ventriculaires, l'autre rachidienne, ont été faites le 29 octobre.

Première ponction ventriculaire. — L'aiguille est enfoncée dans l'angle droit de la grande fontanelle et donne issue à un liquide qui s'écoule sous forte pression. On en recueille environ 25 cc. Ce liquide présente une teinte jaune-verdâtre. Par le repos il se forme, au fond du tube à essai dans lequel il est contenu, un dépôt rosé, tandis qu'il se forme au centre du liquide un réticulum. Après un quart d'heure de centrifugation, on voit au fond du tube un dépôt rouge, nettement sanglant, tandis que le reste du liquide demeure trouble. Au spectroscope, on constate les raies de l'oxyhémoglobine.

L'examen direct du dépôt montre de nombreux globules rouges et des leucocytes en proportion beaucoup plus considérable. Ces globules rouges ne présentent pas de déformation, ni de types anormaux. La leucocytose est constituée essentiellement par des mononucléaires (non granuleux); on ne rencontre

que de très rares polynucléaires. Ces mononucléaires sont de tailles petite et moyenne; il n'y en a pas de grands. Le noyau est fortement coloré, nettement arrondi, occupant la plus grande partie de la cellule, presque toute la cellule, dans les mononucléaires petits qui dépassent à peine la taille d'un globule rouge.

Le liquide contient 2 gr. 50 d'albumine à l'Esbach et une proportion à peu près normale de NaCl (5 gr. 80 par litre); il ne réduit pas la liqueur de Felhing.

Les ensemencements en bouillon et en gélose sucrée sont restés négatifs.

Deuxième ponction ventriculaire (le 29 octobre, à midi). — Une demi-heure avant cette ponction, on avait fait une injection sous-cutanée de 1 cc de bleu de méthylène. Le bleu, en nature, ou sous forme de chromogène, n'a pas été retrouvé dans le liquide ventriculaire; la ponction est faite au même endroit que la dernière (à droite de la ligne médiane). Le liquide s'écoule encore avec force, surtout au début; on en recueille à peu près la même quantité; il présente la même teinte *jaune-verdâtre*, mais plus foncée; il a la couleur d'une urine normale. Les cultures en bouillon de gélose sont restées stériles.

Le liquide ne contient pas de glycose; à l'Esbach on trouve 2 gr. d'albumine. Le point cryoscopique est égal à — 0,60.

Par le repos, il se forme au fond du tube un *dépôt sanglant* et dans toute la hauteur du liquide apparaît, au bout de quarante-huit heures, un *caillot* assez délicat, transparent, strié de sang à sa partie inférieure. L'examen du dépôt est fait sans centrifugation.

L'examen cytologique montre que des changements considérables sont survenus depuis la dernière ponction : à la réaction mononucléaire a succédé une polynucléose intense.

Il existe toujours de nombreuses hématies, d'aspect normal, en nombre faible toutefois par rapport aux leucocytes : sur 100 éléments cellulaires, on trouve une moyenne de 19,5 globules rouges pour 79 polynucléaires et seulement 1,5 mononucléaires. Les mononucléaires sont petits, à gros noyau, à sertissure protoplasmique très étroite. Il existe aussi de grandes cellules mononucléaires claires, à noyau pâle, non granuleuses. Les polynucléaires sont, la plupart, réunis en larges placards; leurs noyaux sont nettement isolés, au nombre de trois ou quatre, rarement polymorphes. Le triacide montre qu'ils appartiennent tous à la variété neutrophile.

Troisième ponction ventriculaire. — La troisième ponction est faite, à 4 heures de l'après-midi, dans l'angle gauche de la grande fontanelle. Le liquide présente tous les caractères de celui qu'on a recueilli le matin. On en retire une vingtaine de centimètres cubes. Il est rosé et ne contient pas de bleu.

Ponction lombaire (faite immédiatement après la précédente). — Au moment où l'aiguille pénètre dans la cavité arachnoïdienne, il s'écoule un jet de liquide rosé foncé et la pression reste très forte d'une façon continue. Le liquide recueilli (20 cc) est nettement sanglant; entre lame et lamelle on ne voit que des globules rouges; on a l'impression d'être en présence d'une préparation de sang pur.

Par le repos il se forme, après 24 heures, un dépôt très épais de globules rouges au fond du tube : dans le liquide flotte un caillot fibrineux, rosé, surtout à son extrémité inférieure, occupant la hauteur du liquide. Celui-ci, qui était trouble et opaque au moment où il a été retiré, est devenu clair au fur et à mesure que le dépôt s'accentuait, pour devenir nettement jaune et transparent, dès le deuxième jour. Le caillot est resté solide tous les jours suivants. Il a été utilisé pour être semé sur milieux glycérinés.

Les autres qualités du liquide rachidien sont les suivantes : albumine, 2 gr. 50 °/₀₀ (globuline, 0,30; sérine, 2,20); pas de réduction de la liqueur de Fehling; absence de bleu.

Les différentes cultures faites soit avec le liquide ventriculaire, soit avec le liquide rachidien sont restées stériles au point de vue des microbes poussant rapidement. 3 cc de liquide ventriculaire ont été inoculés dans le péritoine d'un cobaye et les liquides ont été semés sur les divers milieux glycérinés dans le but de rechercher s'il s'agit de tuberculose. Les résultats ont été négatifs.

En résumé, l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle : 1° une réaction inflammatoire par la formation d'un caillot fibrineux : 2° l'existence d'un processus hémorragique, coïncidant avec l'hydrocéphalie, peu intense dans les ventricules, très accusé, au contraire, dans l'espace arachnoïdien.

Obs. II. — L'enfant X..., du sexe masculin, est né le 26 avril 1906. Le père et la mère sont bien portants ; ils ont deux autres enfants en bonne santé ; la mère n'a jamais fait de fausses couches. Notre malade est venu à terme : l'accouchement a été rapide ; sans qu'on ait pu en savoir la raison, le nouveau-né est arrivé en état d'asphyxie ; il a été facile à ranimer. Il pesait 3 k. 200.

Il fut élevé au sein par une nourrice; les premières semaines se passèrent très bien : pas de troubles digestifs, progression constante et normale du poids.

Le 20 mai, l'enfant ayant vingt-quatre jours, il fut pris brusquement de fièvre vive (39,8) et d'un abattement extrême; il fut examiné le lendemain par M. Marfan, qui ne constata aucun symptôme pouvant expliquer la fièvre ; rien à l'ombilic, à la peau, aux voies respiratoires, à la gorge ; pas de vomissements; pas de diarrhée ; toutefois, en prenant la température rectale, qui n'était pas descendue au-dessous de 39,5, on provoqua l'évacuation d'une selle verdâtre et glaireuse. Bien que cette selle ne lui parut pas suffisante pour expliquer l'élévation thermique, M. Marfan prescrivit la diète hydrique pendant dix heures ; sous cette influence, la température baissa à 38. Mais, le lendemain, elle remonta à 39,5 et se maintint pendant une semaine entre 39,5 et 40. On ne constate toujours aucun symptôme capable d'expliquer cette fièvre. La seule anomalie que l'on puisse relever est que les selles, au nombre de une à deux par jour, sont, parfois, un peu verdâtres, grumeleuses, et légèrement glaireuses; mais ce symptôme ne paraît pas suffisant pour expliquer l'état général de l'enfant. M. Marfan est porté à le regarder comme un phénomène de dyspepsie consécutive à l'infection générale, de nature encore indéterminée, et non comme l'expression d'une infection intestinale primitive, qui aurait engendré la fièvre.

Au bout d'une semaine, la température diminua peu à peu pour arriver, après un mois de maladie à osciller entre 37,5 et 38.

Mais, dès que la fièvre commence à baisser, on constate des troubles nerveux : le bébé est agité ; il dort mal ; puis, on découvre une raideur légère de la nuque, un peu de fixité dans le regard, du strabisme intermittent, du nystagmus; au début, on n'observe pas de signe de Kernig. Un peu plus tard, les membres se roidissent aussi, surtout les supérieurs, qui se mettent en demi-flexion, et dans un état intermédiaire à la pronation et à la supination. On ne trouve pas les signes de la tétanie (en particulier, pas de signe de Trousseau). Cependant, de temps en temps, le malade pousse une sorte de gloussement et a une très courte période d'apnée ; il s'agit manifestement de spasme de la glotte, qui disparut par la suite. Pas de spasmes cloniques des membres et du visage. Assez fréquemment, on note des rougeurs fugitives de la face. Parmi les médications employées, seuls les bains chauds et le pyramidon (0,10 à 0,15 centigrammes par jour) amenèrent une détente légère et d'ailleurs transitoire.

Le 10 juin, les phénomènes nerveux sont très accusés. Voici quel était alors l'état de l'enfant. La température se maintient encore très près de 38. L'appétit est inégal. De loin en loin, vomissements isolés. Tantôt constipation ; tantôt selles dyspeptiques (deux ou trois par jour). Contracture très marquée de la nuque, du tronc, des quatre membres ; signe de Kernig. La contracture s'exagère de temps en temps sous forme de paroxysme. Le sujet reste, en général, immobile, sans regard. Les nuits sont mauvaises ; l'insomnie est fréquente. Le poids, non seulement a cessé de s'accroître, mais il a diminué ; avec des oscillations, la courbe est descendante. A ce moment, bien qu'on n'ait pu trouver d'antécédents syphilitiques, on prescrit des frictions mercurielles et une potion avec une faible dose d'iodure et de bromure.

Sous l'influence de ce traitement, il semble d'abord que les troubles nerveux s'atténuent un peu; la raideur est moindre et l'enfant tête mieux. Toutefois, avec une légère atténuation, les symptômes restent, somme toute, les mêmes.

C'est vers le 17 juin que l'on constate des signes non douteux d'*hydrocéphalie*. La fontanelle est saillante et très tendue; le regard est devenu plus vague; le front est devenu plus bombé; l'axe des globes oculaires est dirigé en bas; la circonférence du crâne est de 38 centimètres. L'enfant est plus somnolent qu'auparavant.

Le 23 juin, nous constatons que l'épanchement ventriculaire a augmenté et que les sutures du crâne commencent à se disjoindre. Nous décidons alors de faire une ponction lombaire pour essayer de décomprimer le cerveau ; mais cette ponction donne issue à une petite quantité de liquide (environ 10 cent. cubes) sous faible pression — les caractères de ce liquide seront indiqués plus loin — ; il nous parut, d'après la faible pression du liquide et l'absence de changement du

crâne que, au point de vue thérapeutique, l'effet de cette ponction avait été nul. Toutefois, une semaine après, le 1er juillet, on en refit une seconde, dont les résultats furent les mêmes.

Aussi, le 17 juillet, devant les progrès de l'hydrocéphalie qui sont très évidents (la circonférence du crâne est de 43 centimètres), nous nous décidons à faire une ponction ventriculaire. Celle-ci est faite dans l'angle externe de la grande fontanelle; l'aiguille ayant été enfoncée à 2 centimètres, le liquide s'écoule sous forte pression; on en retire rapidement 60 centimètres cubes. L'amélioration fut très nette. Avant la ponction, le bébé était abattu, tétait difficilement, avait le sommeil agité, avait les traits tirés, une contracture très marquée, des selles dyspeptiques. Après la ponction, le sommeil revint, l'enfant se mit à téter avec avidité; la digestion fut meilleure; les yeux s'éclaircirent et le bébé sourit à sa nourrice. Ce mieux alla s'atténuant pendant une semaine et, au bout d'une dizaine de jours, la situation était la même qu'avant la ponction. On en refit une seconde, puis une troisième; à la suite, on répéta les ponctions à intervalles plus ou moins éloignés; on fit en tout huit ponctions ventriculaires. Après chaque ponction, on a nettement constaté la même atténuation des symptômes; mais après les dernières, elle durait très peu de temps.

De plus, on remarqua que, malgré les ponctions ventriculaires, l'hydrocéphalie augmentait toujours; la circonférence du crâne était de : 38 cent. le 23 juin; 43 cent. le 17 juillet; 47 cent. le 17 août; 50 le 7 octobre; 57 le 10 novembre; 60 le 20 novembre.

Les frictions mercurielles furent faites durant trois mois avec un intervalle de quinze jours au milieu.

Jusqu'au 18 novembre, la situation fut donc celle-ci. Les deux symptômes prédominants étaient toujours l'hydrocéphalie, qui avait une marche progressive, et la contracture généralisée, plus accusée aux membres supérieurs, qui s'atténuait un peu après les ponctions ventriculaires; enfin on note de rares crises de convulsions. Le poids, avec des oscillations, était stationnaire.

A ce moment, c'est-à-dire vers le milieu de novembre, l'enfant fut conduit à Compiègne où il fut suivi par le Dr Théry et visité de temps en temps par l'un de nous.

Le 18 novembre, la température, qui depuis longtemps atteignait à peine 37°, monta brusquement à 39°7 et l'enfant eut dans la journée cinq selles verdâtres et fétides; c'était le commencement d'une entérite catarrhale assez intense qui dura une semaine et fut traitée par les moyens habituels. La température revient à 37° le 24 novembre et les selles sont naturelles le 27. Mais, à partir de ce moment, la situation est devenue tout à fait mauvaise. L'enfant a pris l'aspect des athrepsiques et l'émaciation de son corps contraste avec l'énorme développement du crâne. La température tombe au-dessous de 36°. La contracture devient plus accusée; le nystagmus est intense; il y a des convulsions oculaires. On voit survenir de l'œdème des pieds et des mains, puis de la région occipitale et de l'épaule. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. La température tombe à 35, puis à 31 et l'enfant succombe le 4 décembre.

Caractères des liquides retirés par les ponctions ventriculaires et lombaires. — *Ponction lombaire du 23 juin.* — Le liquide céphalo-rachidien est *jaune citrin*; laissé au repos, il présente un *coagulum de fibrine* assez abondant, sous forme de filaments et de petites masses, suspendus dans le liquide.

L'examen cytologique, pratiqué par M. Masselin, montre qu'il est assez pauvre en éléments figurés; on y voit quelques rares globules rouges crénelés et une petite quantité de lymphocytes; aucun polynucléaire.

La recherche des microbes, par l'examen microscopique et par l'inoculation au cobaye, démontre l'absence du bacille de la tuberculose et de tout autre microbe.

Ponction lombaire du 1er juillet 1903. — Le liquide céphalo-rachidien est limpide et légèrement *citrin*; sa teinte jaune est moins marquée que celle du liquide de la précédente ponction; après repos, il s'y forme un voile léger, incolore, qui se rétracte et prend l'aspect d'un *coagulum de fibrine.*

L'examen cytologique, pratiqué aussi par M. Masselin, donne les mêmes résultats que précédemment : quelques lymphocytes (quatre ou cinq dans chaque champ microscopique) et de très rares globules rouges (un en moyenne dans chaque champ microscopique); en somme, les éléments cellulaires sont devenus encore plus rares que dans le liquide de la précédente ponction.

La recherche des microbes, par l'examen microscopique et l'inoculation aux cobayes, est restée négative.

Ponction ventriculaire du 17 juillet 1903. — Les dimensions du crâne étant devenues considérables, MM. Marfan et J. Renault décident de faire une ponction ventriculaire. Ils retirent environ 60 grammes de liquide d'un *jaune citrin*, qui, après repos, laisse voir un reticulum fibrineux. Malheureusement, ce liquide n'a pas été apporté au laboratoire, comme on l'avait demandé, et l'examen cytologique ne put en être fait.

Durant la période des vacances, plusieurs ponctions ventriculaires furent pratiquées par M. Aviragnet; mais l'examen cytologique n'en fut pas fait. Toutefois, on assista à la disparition progressive de la teinte jaune et du coagulum fibrineux.

Ponction ventriculaire du 10 novembre. — Le liquide est absolument incolore et limpide; après centrifugation, il ne montre aucun dépôt et aucun élément cellulaire. Le point cryoscopique est de — 0,46; on trouve 6 gr. 80 de NaCl et 0,30 d'albumine. Les cultures aérobies et anaérobies sont négatives.

Ponction du 20 novembre (la dernière). — Liquide incolore à réaction alcaline, renfermant 0,30 pour 1000 d'albumine, avec des traces de globuline; point de congélation — 0,48; chlorures : 6 gr. 80 par litre; aucun élément figuré après centrifugation.

Si on met à part quelques différences symptomatiques peu importantes et la rapidité variable de la marche, on voit que, dans ces deux cas, les caractères fondamentaux ont été les mêmes.

La maladie a débuté, dans un cas, à l'âge de trois semaines (obs. II), dans l'autre à trois mois et demi (obs. I).

Après une phase initiale représentée, dans le premier cas, par une diarrhée compliquée de convulsions, dans le second par une fièvre vive qu'aucune localisation n'expliquait suffisamment, deux ordres de symptômes apparaissent : l'*hypertonie musculaire* et l'*altération de l'état général.*

L'hypertonie musculaire, d'abord légère, s'accuse de plus en plus et se généralise : contracture de la nuque, du rachis, des quatre membres, qui se mettent le plus souvent en demi-flexion; au début, signe de Kernig, que, plus tard, la raideur des membres ne permet pas de constater facilement; il arrive un moment où l'attitude est réellement *tétaniforme.* La rigidité peut atteindre même les muscles des mâchoires et le trismus peut, comme dans notre premier cas, s'opposer à l'alimentation. Par moments, comme dans le vrai tétanos, la rigidité augmente et le sujet peut être soulevé d'une seule pièce. Ces paroxysmes de contracture peuvent s'accompagner, parfois, de petits mouvements cloniques des lèvres, des paupières, des extrémités, de spasme glottique; mais, même quand il n'y a pas de mouvements cloniques, ils peuvent être suivis de l'apparition d'écume à la bouche. La rigidité était prédominante à droite dans le premier cas; dans le second, elle était plus marquée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. On ne peut déceler les signes habituels de la tétanie vraie; en particulier, on ne peut provoquer le phénomène de Trousseau.

Pendant que ces phénomènes d'hypertonie se développent, l'état général s'altère. L'appétit est faible et irrégulier; la constipation alterne avec des selles normales ou dyspeptiques; de temps en temps, il se produit des vomissements. L'amaigrissement est précoce et considérable. Le sujet présente des périodes d'agitation et d'insomnie, entre lesquelles il reste immobile, sans regard, poussant parfois de petits gémissements. Sur le visage, on remarque parfois des rougeurs fugitives.

L'*hydrocéphalie* apparaît après les symptômes précédents. Elle s'annonce par la tension et l'élargissement de la grande fontanelle. Puis les sutures se disjoignent, le périmètre cranien augmente, les bosses frontales deviennent saillantes et l'extrémité céphalique revêt l'aspect ordinaire des grandes hydrocéphalies : face petite, crâne énorme, paupières mi-closes, déviation

en bas des axes oculaires. L'hydrocéphalie peut atteindre un degré considérable; quelques semaines avant sa mort, notre second malade avait une circonférence du crâne de 60 centimètres.

Du côté des yeux, nous remarquons que les pupilles restent égales et modérément dilatées; elles ne réagissent pas ou ne réagissent que très peu à la lumière; le premier de nos malades ne suivait pas du tout la lumière d'une flamme. Le second semblait recouvrer passagèrement sa vision après les ponctions ventriculaires. Il n'y avait pas de strabisme. Mais, dans nos deux cas, il y a eu du *nystagmus*, précoce et très accusé dans le premier, tardif et léger dans le second.

Par des ponctions craniennes et lombaires, nous avons pu, dans ces deux cas, étudier le liquide des ventricules et celui de l'espace sous-arachnoïdien.

Avant de donner le résultat de nos examens, il est nécessaire de présenter quelques remarques. Si nous avons fait plus de ponctions ventriculaires que de ponctions lombaires, c'est que nous nous proposions un but thérapeutique. Nous voulions diminuer la compression du cerveau, non pas parce que nous pensions que cela suffirait à guérir la maladie, mais dans l'espérance que si l'affection tendait vers la guérison, le malade en sortirait avec un cerveau moins altéré, moins « traumatisé » en quelque sorte par l'épanchement, si on veut bien nous passer cette expression.

Ayant le choix entre la ponction ventriculaire et la ponction lombaire, nous avons, le plus souvent, choisi la première, très facile chez les hydrocéphales à crâne ouvert, parce qu'elle permettait sûrement de décomprimer le cerveau. Avec la ponction lombaire, nous n'étions pas certains d'arriver au même résultat. L'un de nous a montré, en effet, que, souvent, tout au moins à l'état pathologique, et, particulièrement, dans la méningite tuberculeuse et dans l'hydrocéphalie chronique, les communications entre les ventricules et l'espace sous-arachnoïdien étaient fermées (1). C'est une notion trop négligée à l'heure présente; pour en faire sentir l'importance, nous rappellerons que quelques auteurs prétendent que, même à l'état normal, il n'y a pas de communication entre les ventricules et l'espace sous-arachnoïdien et que les trous de Magendie et de Luschka sont une création du scalpel des anatomistes (1). Dans nos deux cas, la comparaison du liquide des ventricules et de celui de l'espace sous-arachnoïdien nous a permis de penser que la communication existait; mais elle nous autorise à supposer que cette communication n'était pas une communication très large et à plein courant. Nous n'avons pas toujours pu faire le même jour et sur le même sujet une ponction lombaire et une ponction ventriculaire. Cependant, dans notre première observation, nous avons pu une fois faire les deux dans la même séance; la différence que nous avons relevée entre le liquide sous-arachnoïdien et le liquide ventriculaire réside dans l'abondance plus grande du sang dans le premier, abondance qu'on peut expliquer soit par des conditions mécaniques (décubitus), soit par le siège de l'hémorragie, soit par la plus grande activité de l'hématolyse dans les ventricules que dans l'espace sous-arachnoïdien; toutefois, cette dernière explication n'a pu être vérifiée par l'examen cytologique.

Mais, sauf cette différence, on retrouve les mêmes caractères fondamentaux dans le liquide ventriculaire et le liquide arachnoïdien des deux cas :

1° Présence du sang ou couleur jaune du liquide, couleur due à un pigment dérivé du sang, encore mal déterminé, et qui est l'indice, ainsi que M. Bard l'a démontré, d'une hémorragie du névraxe ou des méninges;

2° Présence d'un coagulum fibrineux, lequel, d'après les recherches de MM. Tuffier et Milian, fait défaut dans les hémorragies mécaniques et indique que le processus est de nature inflammatoire.

Mais l'intensité du processus inflammatoire et l'évolution de la maladie n'ayant pas été les mêmes dans les deux cas, on s'explique les particularités qu'a présentées l'examen cytologique des liquides dans chacun d'eux.

Dans le premier, l'affection a évolué assez rapidement et a été caractérisée par l'aggravation progressive des symptômes; nous avons constaté, dans les liquides retirés, un dépôt rouge de plus en plus abondant, une teinte jaune verdâtre du liquide surnageant, un réticulum fibrineux, des globules rouges dont le nombre a été croissant, une lymphocytose prédominante au début, une polynucléose prédominante à la fin. Signalons, sans y insister, la proportion notable d'albumine, l'absence de sucre, la quantité à peu près normale de chlorure de sodium, la diminution de la concentration moléculaire et l'absence d'élimination du bleu de méthylène.

Dans le second cas, la maladie a eu une marche beaucoup plus lente que dans le premier et a, peu à peu, revêtu la forme de l'hydrocéphalie chronique. Nous avons constaté, dans les liquides retirés au début, l'absence de dépôt rouge, mais une teinte jaune très accusée, un coagulum de fibrine, des globules rouges et des lymphocytes assez rares, et qui sont devenus encore plus rares par la suite. Puis nous avons assisté à la disparition progressive de la teinte jaune, du coagulum et des éléments figurés; le liquide des dernières ponctions ventriculaires était identique à celui de l'hydrocéphalie commune.

Enfin, dans les deux cas, le liquide ne renfermait ni le bacille de la tuberculose, ni aucun autre microbe décelable par les procédés connus.

Nous devons relever ici ce fait que, dans ces deux cas, la première ponction a été faite un certain temps après le début de la maladie (après deux mois dans le premier, après un mois dans le second); nous ne pouvons donc savoir quel était au début le degré des caractères hémorragique et phlegmasique des liquides céphalo-rachidien et ventriculaire.

Quoi qu'il en soit, l'examen des liquides retirés par les ponctions lombaires et ventriculaires démontre qu'il s'agissait d'un processus de méningite subaiguë hémorragique.

En l'absence d'autopsie, il ne nous est pas permis de spécifier plus complètement cette méningite subaiguë hémorragique. Est-ce une méningite diffuse, ou prédominante, soit à la surface du cerveau, soit dans les ventricules, soit à la surface de la moelle ? Il est impossible de répondre. Le fait que le liquide céphalo-rachidien était plus hémorragique que celui des ventricules porterait à penser que le processus extra-ventriculaire était plus intense que l'inflammation intra-ventriculaire; mais, par contre, l'existence de l'hydrocéphalie, qu'on tend aujourd'hui à rattacher à une lésion des plexus choroïdes, laisse croire qu'il y avait des altérations des méninges intra-ventriculaires.

Nous nous sommes demandés si la forme clinique que nous avons observée ne serait pas liée à une thrombophlébite des sinus de la dure-mère. Tout en nous gardant d'affirmations

(1) Marfan. — La ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse (*la Presse médicale*, 8 sept. 1897.

(1) Voir là-dessus : A. Cannieu. — Recherches sur les trous de Magendie et de Luschka (*Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre et octobre 1898.)

trop absolues, nous ne le pensons pas pour deux raisons : la première, c'est qu'on ne trouvait ici aucune des causes ordinaires des trombo-phlébites des sinus : ni lésions de l'oreille, ni broncho-pneumonie, ni tuberculose, ni septicémie, ni cachexie infectieuse ; la seconde, c'est que nos cas sont très différents des observations de thromboses des sinus étudiées par la ponction lombaire, telles qu'on les trouve rapportées dans un mémoire de MM. Nobécourt, R. Voisin et Vitry (1).

La différence la plus remarquable de nos deux cas est celle de leur évolution. Dans l'un d'eux, la maladie n'a duré que deux mois; dans l'autre, elle a duré six mois et demi. Dans le premier, la mort est survenue au milieu des symptômes d'une méningite plus intense qu'au début (accroissement de la polynucléose) ; elle semble avoir été précipitée par le trismus, qui a empêché le malade de s'alimenter. Dans le second, au contraire, la maladie avait fini par revêtir la forme ordinaire de l'hydrocéphalie chronique des nourrissons ; comme, dans celle-ci, le liquide ventriculaire avait fini par perdre tous les caractères inflammatoires qu'il présentait au début (en particulier, disparition des éléments figurés); la mort est survenue par le fait d'une véritable athrepsie avec hypothermie, état qui avait été très aggravé par une entérite catarrhale épisodique.

Sur la cause de la maladie que nous avons observée chez ces deux sujets, le seul point que nous puissions affirmer avec certitude, c'est qu'il ne s'agissait pas d'une méningite tuberculeuse; ces faits viennent donc à l'appui de l'opinion émise autrefois par l'un de nous (2), à savoir qu'il existe chez les nourrissons une hydrocéphalie à marche aiguë ou subaiguë qui ne relève pas du bacille de Koch. — Nous avons recherché si la syphilis ne pouvait être incriminée; mais cette maladie n'a pu être établie dans aucun de nos cas; le traitement par les frictions mercurielles a été prescrit à nos deux malades et poursuivi longtemps chez l'un d'eux ; il n'a produit aucun effet appréciable. Toutefois, cela ne suffit pas pour éliminer définitivement la syphilis ; celle-ci devra être toujours recherchée avec soin dans les cas semblables qui, dans l'avenir, pourront se présenter à l'observation.

Nous nous sommes aussi demandé si les troubles digestifs n'avaient pas joué un rôle dans la genèse de cette méningite ; l'un de nous, en effet, a démontré le premier que l'hydrocéphalie peut succéder aux accidents méningitiques provoqués par une infection gastro-intestinale (1), fait qui a depuis été observé par d'autres médecins. Chez le premier de nos malades, la méningite semble s'être développée à la suite d'une diarrhée compliquée de convulsions ; on pourrait donc être porté à penser que la méningite a été la conséquence d'une entérite ; mais la mère n'ayant pas assisté au début des accidents, il est possible que les choses ne se soient pas passées comme on le lui a raconté, et nous croyons qu'il faut, sur ce point, rester sur la réserve. Chez le second malade, la fièvre initiale s'est accompagnée d'une très légère diarrhée, qui reparaissait de temps en temps ; mais le degré de ces troubles intestinaux n'était nullement en rapport avec l'état général et il est possible qu'il se soit agi là de troubles dyspeptiques secondaires, manifestation de l'état infectieux général, et non d'une entérite infectieuse primitive, ayant ensuite déterminé la méningite.

Quant aux rapports qui peuvent exister entre ces méningites hémorragiques des enfants du premier âge et celles que M. Froin, M. Bard et M. Babinski ont observées chez les adultes, c'est à des recherches ultérieures qu'il appartiendra de les éclaircir.

En ce qui concerne le traitement, nous relèverons l'échec du traitement antisyphilitique et l'atténuation notable des symptômes après chaque ponction ventriculaire chez notre second malade. Chez les hydrocéphales à crâne ouvert, la ponction ventriculaire est facile; il suffit d'enfoncer l'aiguille dans l'angle latéral de la grande fontanelle et de la faire pénétrer à une profondeur de deux centimètres pour voir jaillir le liquide ; cette ponction peut être répétée tous les huit ou dix jours sans inconvénients ; nous avons indiqué les raisons qui, dans ces cas, nous la font préférer à la ponction lombaire.

En résumé, ces deux observations permettent d'établir qu'il existe, chez les nouveau-nés et les nourrissons, une méningite hémorragique subaiguë, se traduisant par de l'hypertonie musculaire tétaniforme et de l'hydrocéphalie, méningite non tuberculeuse, se terminant par la mort, tantôt après une évolution progressivement croissante, tantôt après passage à l'hydrocéphalie chronique commune. C'est à dégager ce type clinique que nous nous sommes efforcés dans le présent travail.

(1) *Société de pédiatrie*, 17 nov. 1903, p. 280.

(2) Marfan, in Avirngnet, article *Hydrocéphalie*, du *Manuel de médecine* de Debove et Achard. T. III, 1894, p. 196.

(1) Marfan. — *Semaine médicale*, 10 juin 1896, n° 31, p. 234, et *Soc. méd. des hôp.*, 10 juillet 1896, p. 797.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 janvier

La glande interstitielle a seule, dans le testicule, une action générale sur l'organisme. Démonstration expérimentale (1)

(Note de MM. Bouin et P. Ancel).

Le testicule a sur l'organisme tout entier un rôle général, soupçonné depuis très longtemps et aujourd'hui assez bien connu. De très nombreux auteurs se sont demandé comment le testicule agit sur l'organisme et ont édifié à ce sujet différentes théories dont le bien fondé n'a reçu jusqu'ici aucune démonstration expérimentale. L'opinion la plus connue est celle que Brown Séquard a soutenue avec tant d'éclat. D'après cet auteur, le liquide séminal est résorbé en partie, il pénètre dans le sang et se répand dans tout l'organisme (2).

Les recherches que nous poursuivons sur le rôle de la glande interstitielle du testicule nous mettent à même de démontrer que l'opinion soutenue par Brown-Séquard et les auteurs qui l'ont suivi dans cette voie, est en désaccord avec les faits; elles nous permettent d'affirmer qu'aucune des différentes parties constitutives du liquide séminal n'a d'action générale sur l'organisme. En ce qui concerne les spermatozoïdes, Brown-Séquard lui-même admettait qu'ils n'ont aucune action. L'étude des testicules ectopiques du verrat, du cheval et du chien démontre qu'il en est de même pour les produits provenant de la fonte des cellules séminales dégénérées. Chez les animaux cryptarchides, en effet, l'activité génitale persiste et les caractères sexuels secondaires sont conservés, contrairement à ce qui se passe chez les castrats; pourtant dans le testicule on ne trouve ni spermatozoïdes, ni cellules séminales dégénérées. Tous les éléments de la lignée génitale ont disparu; le testicule est uniquement constitué par la glande interstitielle développée entre les tubes séminifères et le syncytium sertolien situé à l'intérieur de ces tubes. Ce syncytium sécrète avec une grande activité et il reste à savoir si les produits qu'il élabore possèdent bien l'action que Brown-Séquard attribuait au liquide séminal. Pour résoudre ce problème, nous avons

(1) Nous juxtaposons intentionnellement cette communication et celle faite à la Société de biologie par M. le prof. Giard. Elles se rapportent à une question fort intéressante de biologie générale.

N. D. L. R.

(2) On sait qu'on trouve dans le liquide séminal : 1° des spermatozoïdes; 2° des produits provenant de la fonte des cellules séminales dégénérées; 3° enfin, le matériel de sécrétion élaboré par le syncytium sertolien.

entrepris l'expérience suivante sur des lapins :

Après avoir enlevé un testicule, nous avons ligaturé le canal déférent du côté opposé et, six mois après, nous avons sacrifié les animaux. Les cellules séminales étaient en pleine dégénérescence dans tous les tubes testiculaires, et complètement absentes dans beaucoup d'entre eux; le syncytium sertolien gardait son aspect à peu près normal; quant à la glande interstitielle, elle était considérablement hypertrophiée et possédait un volume total au moins égal au double de son volume normal dans un testicule de lapin. Nos opérés avaient conservé leurs caractères sexuels secondaires et leur activité génitale.

Nous pouvons tirer de ces résultats certaines conclusions en nous appuyant sur les deux grands principes biologiques suivants :

1° La ligature du canal excréteur d'une glande amène la dégénérescence de cette glande tout entière; 2° si l'on enlève un des représentants d'un système glandulaire pair, l'autre s'hypertrophie de façon à déverser dans l'organisme une quantité de produits égale à celle fournie par le système tout entier. La dégénérescence de la glande séminale dans nos expériences est expliquée par le premier de ces principes; quant au second, il nous permet le raisonnement suivant : toutes les parties du testicule qui élaborent un matériel destiné à passer dans le sang et à agir ainsi sur l'organisme doivent s'hypertrophier lorsqu'on enlève un testicule et lorsqu'on ligature le canal déférent du côté opposé, car, chez nos opérés, le syncytium sertolien n'a subi aucune hypertrophie, tandis que la glande interstitielle a considérablement augmenté de volume. Nous obtenons ainsi une dissociation fonctionnelle, non seulement entre les éléments séminaux et la glande interstitielle, mais encore entre la glande interstitielle et le syncytium sertolien.

L'influence du liquide séminal se trouve donc éliminée de la façon suivante :

1° L'étude des cryptorchides démontre que les cellules séminales n'ont aucune action;

2° L'absence d'hypertrophie du syncytium sertolien dans nos expériences prouve qu'il en est de même pour le syncytium.

Contrairement à l'opinion de Brown-Séquard, le liquide séminal n'a donc aucune action sur l'organisme; la glande interstitielle est seule chargée chez l'adulte du rôle général reconnu au testicule tout entier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 janvier

Comment la castration agit-elle sur les caractères sexuels secondaires ?

M. A. Giard. — Au cours de mes longues études sur la *castration parasitaire*, j'ai naturellement été amené à chercher par quelle action mystérieuse la suppression brusque ou progressive des glandes génitales à diverses périodes de leur évolution pouvait avoir un retentissement (d'ailleurs reconnu très variable avec les circonstances dans une espèce déterminée) sur la morphologie du castrat, et en particulier sur les caractères sexuels secondaires.

Les théories humorales, alors très en honneur et très discutées à la suite des recherches retentissantes de Brown-Séquard, ne pouvaient manquer d'attirer mon attention. Si je n'y ai fait aucune allusion dans les divers mémoires que j'ai consacrés à ce difficile problème de morphogénie comparée, c'est que, sous les formes diverses où j'ai pu les envisager, ces théories m'ont toujours paru passibles d'objections insurmontables.

Qu'il s'agisse de substances introduites dans le sang corrélativement et conséquemment à l'élaboration des gonades, d'une résorption des produits sexuels inutilisés, de la sécrétion des glandes annexes ou interstitielles de l'appareil génital ou de quelque autre processus analogue, toute explication basée sur la présence, dans le liquide circulatoire, de principes plus ou moins comparables aux diastases et doués d'une action morphogène spéciale sur certains éléments du soma, vient se heurter à des difficultés que j'ai maintes fois signalées dans mon enseignement, et dont je voudrais rappeler ici les plus manifestes, à l'occasion de notes récentes présentées à la Société.

I. — On a souvent répété que le sexe mâle représente le type de l'espèce; qu'il est essentiellement progressif et qu'il détermine la marche en avant dans les variations; que les caractères sexuels secondaires mâles sont des particularités qui deviendront seulement plus tard l'apanage du sexe femelle; qu'en un mot, par rapport au mâle, le sexe femelle est dans un état de retard évolutif.

Cela est exact pour un certain nombre de types (certains mammifères, oiseaux, papillons, etc.); mais il faut avoir soin d'ajouter que dans ces cas, la femelle non seulement possède la propriété virtuelle et prospective de transmettre à sa postérité mâle des caractères qu'elle renferme à l'*état latent*, mais qu'elle peut aussi parfois développer *actuellement* elle-même ces caractères, lorsque la castration (surtout la castration parasitaire ou la castration sénile) vient supprimer l'action inhibitrice de l'ovaire qui arrêtait non la croissance, mais l'évolution. Les vieilles biches à bois de cerfs, et surtout les vieilles femelles d'oiseaux à plumage de mâle, nous offrent des exemples très instructifs de cette castration *androgène*. On pourrait même dire que, dans ces cas, la femelle réalise la forme typique plus facilement que le mâle, puisqu'elle atteint cette forme dès qu'elle est débarrassée de l'obstacle qui entravait sa marche en avant, tandis que le mâle ne peut y arriver si on le prive, par castration également, d'une action adjuvante (dépendant du testicule), sans laquelle il reste à l'état infantile tout en poursuivant sa croissance régulière.

Si donc on admet qu'une sécrétion quelconque en rapport avec le testicule entre en jeu pour développer les caractères sexuels secondaires du mâle, il faut supposer, également, qu'une autre sécrétion en rapport avec l'ovaire entre en jeu pour empêcher, chez la femelle, l'apparition de ces mêmes caractères.

Mais il y a plus. Chez d'autres animaux (*Bonellia*, Rotifères, Cryptonisciens, etc.), c'est la femelle qui représente le type le plus évolué, et le mâle qui est la forme retardataire et souvent progénétique ; de telle sorte qu'on serait conduit à admettre que, cette fois, c'est à l'ovaire que serait dévolue la fonction *favorisante*, tandis que le testicule aurait une action *empêchante* sur le développement des caractères sexuels secondaires. Ce renversement ne laisse pas que d'être bizarre et apporte une complication nouvelle aux hypothèses humorales.

Je dois ajouter, d'ailleurs, que chez beaucoup d'animaux à sexes très hétéromorphes, on ne trouve pas de glandes génitales interstitielles, et que, par contre, ces glandes existent chez des formes où les deux sexes sont absolument homomorphes.

II. — La castration unilatérale des cervidés amène l'atrophie du bois du côté opposé au testicule enlevé. Cette action unilatérale et en diagonale s'interprète difficilement si l'on suppose une substance modificatrice des caractères sexuels uniformément répartie dans la masse du sang.

Mais, dans les cas des cervidés, la rupture d'un os (surtout des os des membres supérieurs) détermine par la décalcification générale, résultant de la formation du cal de réparation, l'atrophie plus ou moins complète des bois, et cette atrophie se produit aussi d'un seul côté et en diagonale. On pourrait donc invoquer l'intervention de facteurs mécaniques qui entreraient également en jeu dans le cas de l'atrophie par castration, et cela diminuerait peut-être, je le reconnais, la valeur de cette objection.

III. — Le fait le plus embarrassant à expliquer par les théories humorales du dimorphisme sexuel, est le *gynandromorphisme*, assez fréquent chez certains animaux, surtout chez les insectes, et plus spécialement frappant chez les lépidoptères. Il s'agit de ces individus, partagés géométriquement en deux par un plan sagittal médian, et dont une moitié présente tous les caractères du sexe mâle, l'autre moitié tous les caractères du sexe femelle.

On connaît, rien que chez les papillons palæarctiques, 909 cas de cette anomalie, portant sur 211 espèces différentes. Dans les rares circonstances où l'anatomie a pu être étudiée, les organes génitaux étaient plus ou moins atrophiés, parfois même réduits aux rudiments d'un seul sexe. Comment expliquer une action aussi exactement unilatérale de substances favorisantes ou empêchantes entraînées dans tout l'organisme par la circulation ?

IV. — D'une façon générale, les hypothèses basées sur l'existence présumée de ferments empêchants ou favorisants, de cytases, philocytases, ambocepteurs, etc., etc., me font songer, dans leur complexité croissante, aux systèmes de plus en plus compliqués avec les progrès de la science par lesquels Ptolémée et les astronomes de l'école d'Alexandrie, cherchaient à rendre compte des mouvements apparents des astres avant l'avènement de la théorie héliocentrique. La biologie attend encore son Copernic, son Kepler et son Galilée.

Un cas d'urémie grave guérie par l'extrait de rein en injections sous-cutanées

M. Capitan — Au mois de juillet dernier, j'eus l'idée d'essayer l'extrait de rein commercial, la néphrine, en injections sous-cutanées dans un cas particulièrement grave d'urémie qui paraissait même désespéré. Le résultat fut remarquable et absolument frappant. Cependant, en présence d'un cas unique, je ne me crus pas autorisé à le publier et j'attendis une autre observation. Mais en présence de la retentissante et remarquable communication du profes. Renaut (1), je crois pouvoir venir relater ce fait à titre purement et simplement de document à ajouter à ceux qui existent déjà sur l'emploi thérapeutique de l'extrait de rein dans les affections rénales, ou, pour parler plus exactement, dans les faits de fermeture biologicopathologique du rein. Dans mon cas, j'ai employé la voie sous-cutanée.

Il s'agissait d'un vieux goutteux qui brusquement, fit une grave endocardite avec myocardite (double souffle aortique et mitral, intermittences, pouls petit, précipité). Rapidement, il survint des phénomènes d'asystolie, œdème pulmonaire, œdème des membres inférieurs, même un peu d'ascite. La dysurie augmenta rapidement et, au bout de huit à dix jours à partir du début des accidents, tous les phénomènes s'étaient accentués ; il y avait délire continuel, Cheynes-Stokes typique et crises de dyspnée fort graves. Le malade ne rendait plus que 300 grammes d'urine par vingt-quatre heures, ne contenant, d'ailleurs, qu'une faible quantité d'albumine. Or, tous ces accidents avaient suivi leur marche progressive, malgré une médication active: caféine, digitaline, ventouses répétées et scarifiées au triangle de J.-Louis Petit, lavements abondants et même injections de sérum à 4 ‰ de NaCl et à la dose de 50 à 150 centimètres cubes, voire même de sérum caféiné à 50 centigrammes pour 150 centimètres cubes.

Enfin, douze jours après le début des accidents, une crise de dyspnée excessivement grave se produisit. Le malade était absolument mourant; je lui appliquai immédiatement une douzaine de ventouses multiplement scarifiées et lui pratiquai des injections d'huile camphrée et de caféine qui le ranimèrent. Peu après, je lui injectai le contenu d'un tube de 3 centimètres cubes environ d'une préparation commerciale de rein dénommée néphrine ; quelques heures après, l'émission d'urine commençait à se faire plus abondante que les jours précédents et arrivait à 450 grammes environ dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain, seconde piqûre, avec suppression de toute autre médication. L'amélioration était sensible. Les urines, durant les deux heures qui suivirent, arrivèrent à 800 ou 900 grammes. Le jour suivant, même médication; tous les phénomènes graves s'amendèrent et le taux de l'urine arriva à 1200 grammes. La même médication fut continuée et le taux de l'urine monta à 1500 grammes, tandis que s'amendaient successivement tous les symptômes: d'abord le Cheyne-Stokes et l'œdème, puis la congestion pulmonaire et les troubles cérébraux. La petite quantité d'albumine contenue dans les urines disparut. Les souffles cardiaques diminuèrent notablement d'intensité, tandis que le pouls se relevait et perdait de son extrême fréquence.

Tout rentra rapidement dans l'ordre et, après une semaine environ, on cessa les injections d'extrait de rein. Les urines, qui oscillaient autour de 1500 à 1600 gr., diminuèrent alors un peu, tandis que le malade entrait réellement en convalescence. Quelques injections de caféine, spartéine (0 gr. 20 à 0 gr. 25 de la première et 0 gr. 05 de la seconde), maintinrent le cœur. Peu à peu le malade se remonta, il put se lever après quelques jours, et aujourd'hui, ayant repris ses affaires, tout en s'astreignant à d'extrêmes précautions, il ne lui reste que des lésions orificielles bien compensées.

D'ailleurs, il est prévenu et maintenant, au moindre trouble circulatoire un peu grave, je le soumettrai au traitement de M. Renaut : absorption du rein de porc en nature.

Encore une fois, il s'agit d'un simple fait clinique que j'ai cru pouvoir consigner en le réduisant à quelques points de repère, de façon qu'il soit enregistré et qu'il puisse susciter la publication de bien d'autres faits similaires confirmatifs des belles recherches du professeur Renaut. Il est évident que sa méthode : administration par la bouche de hautes doses de reins de porc crus, n'est pas applicable aux cas particulièrement graves comme celui dont il vient d'être question ici. Le malade serait absolument hors d'état de mâcher et d'avaler même une bouchée de pulpe rénale. Par conséquent, l'administration par voie sous-cutanée d'un extrait de rein est tout à fait indiquée dans ces cas. On voit que son efficacité paraît être grande pour ouvrir le rein et par suite faire disparaître les phénomènes de rétention urinaire, puis d'urémie, déterminés ainsi.

(1) V. *Bulletin médical*, 1903, n° 100, p. 1081.

Sur l'hypothermie consécutive au travail intense chez le moteur humain

M. J. Lefèvre. — A la suite de la récente communication de M. le professeur Weiss, qui remet en question la nature du moteur animal, il m'a semblé intéressant de présenter une étude relative à un contre-coup remarquable de l'exercice intense sur la thermogenèse.

Benedict et Snell ont montré que, chez l'homme qui a fait un exercice de 220 000 kilogrammètres en vingt-quatre heures, la température du corps tombe, aussitôt après ce travail, au-dessous de la normale, et que l'hypothermie se maintient pendant toute la nuit qui succède à cette journée d'exercice.

La réaction *hypothermique* qui se présente ainsi à la suite de l'*hyperthermie* du travail peut atteindre des proportions considérables. Je l'ai plusieurs fois observé. Voici des études récentes.

Il y a quelques mois j'ai fait dans les montagnes du Lyonnais et du Vivarais des exercices d'entraînement de façon à produire en dix ou douze heures de marche continue, sans fatigue musculaire ni surmenage, le travail énorme de 80 kilomètres en trajet horizontal avec 1500 à 2000 mètres de montées et autant en descentes.

Sur cette donnée et d'après les chiffres moyens indiqués par le professeur Marey pour la grandeur du travail de la marche, on calcule un total de 6 à 700 000 kilogrammètres pour mesurer l'énorme travail produit en dix ou douze heure d'activité continue par le moteur humain. Cela donne une puissance moyenne de 60 000 kilogrammètres-heure.

Il y a deux ans, dans les Pyrénées, j'ai même atteint en quatorze heures de travail continu un chiffre de 900 000 kilogrammètres avec 70 kilomètres de trajet horizontal, 4880 mètres d'ascension en 7 cols successifs et autant de descente. La puissance du moteur atteignait alors 65 000 kilogram.-heure.

Pendant une journée de ce genre j'absorbe un potentiel de 5 à 6000 calories, en consommant d'une façon régulière et presque continue : sucre ordinaire, fruits sucrés, pain, fromage frais, chocolat; comme boisson, de l'eau légèrement sucrée et acidulée au jus de fruits.

Dans toutes les marches que je mentionne, la température, toujours élevée, restait comprise entre 25 et 30 degrés centigrades à l'ombre, pendant le jour, et voisine de 20 degrés pendant la nuit.

Or, à la fin de la journée, bien que la transpiration fut normalement tombée, malgré le soin de prendre des boissons chaudes en terminant la course et malgré les vêtements surajoutés, j'ai toujours éprouvé une sensation très vive de froid répondant objectivement à une hypothermie dans le voisinage de 36 degrés. Et j'ajoute que la réfrigération hydrothérapique la plus faible, même celle des bras ou des jambes, devient intolérable et se traduit par le frisson intense avec impossibilité d'une réaction convenable.

Cette hypothermie dure la plus grande partie de la nuit suivante et me force, par les nuits les plus chaudes, où chacun to-

lère à peine un simple drap de toile sur son lit, à m'envelopper chaudement.

Au surplus, l'équilibre général de santé ne paraît nullement compromis. Bien au contraire, l'appétit, normal à la fin de la journée, s'exagère pendant deux ou trois jours ; le sommeil est calme et réparateur ; au réveil, dès le lendemain, il y a sensation de force et de bien-être. Seule la thermogenèse a subi une dépression de plusieurs heures.

Si l'hypothèse du fonctionnement en machine technique était justifiée, on verrait dans cette dépression — qui apparaît aussitôt après le travail intense — l'expression, rendue visible par le repos, d'un épuisement de la chaleur organique par des fibres musculaires fonctionnant chacune en machine technique.

Ne convient-il pas simplement d'y voir, par analogie avec la réaction hypothermique des convalescents à la suite des fortes hyperthermies d'une longue fièvre, un processus de repos et de réparation pour le système nerveux trophique, entraînant pendant quelques heures un ralentissement du métabolisme ?

Influence du régime alimentaire hyper ou hypochloruré sur le chimisme stomacal

M. H. Vincent. — On admet que l'acide chlorhydrique produit par l'estomac provient du NaCl existant dans le sang et dissocié au niveau des glandes gastriques. Bien que l'on ignore le mécanisme de ce phénomène sécrétoire, on peut inférer que la quantité d'HCl du suc gastrique doit être influencée par celle du chlorure de sodium ingéré avec les aliments. Il est évident qu'il ne peut y avoir corrélation absolue entre les deux quantités, car l'organisme se débarrasse, par l'exosmose rénale, du surcroît de substance saline absorbée.

Il m'a paru, néanmoins, qu'il pouvait être utile de rechercher le résultat de l'examen du suc gastrique et de sa teneur en HCl chez un même sujet soumis successivement à un régime normal, à un régime hyperchloruré et à un régime hypochloruré.

J'ai fait cette étude chez un jeune homme de vingt-deux ans atteint d'hyperpepsie totale, faible, sans gastrosuccorrhée et sans dilatation. Le repas d'Ewald a toujours été pris le matin, à jeun, et le liquide gastrique prélevé une heure après. L'examen du chimisme stomacal a été fait : 1° avant tout traitement ; 2° à deux reprises, après plusieurs jours d'un régime hyperchloruré pendant lequel cet homme absorbait quotidiennement, outre le sel de ses aliments, 12 grammes de NaCl ; 3° après une période de neuf et de dix-sept jours, pendant laquelle il a été continuellement soumis au régime hypochloruré strict (pain, viande, pommes de terre, lait, le tout sans sel).

Par l'analyse quotidienne de l'urine et le dosage du NaCl, je me suis assuré que le sujet en expérience a suivi exactement le régime alimentaire prescrit.

Or, le sujet, qui avait maigri, vomi et éprouvé des phénomènes douloureux pendant la phase d'alimentation hyperchlorurique, s'est, au contraire, sensiblement et rapidement amélioré pendant sa période d'hypochlorurie alimentaire : il a gagné 3 kilogrammes en poids au bout de quinze jours.

Ce n'est, du reste, pas le seul cas où j'ai vu la diète de sel améliorer notablement les hyperpepsiques. Sans vouloir, en conséquence, généraliser la conclusion fournie par l'essai qui précède, on peut penser que la thérapeutique, si désarmée en face de l'hyperchlorhydrie, pourrait, peut-être, retirer quelques indications pratiques de ces recherches.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Maurice Breton. — Sur le rôle kinasique des microbes normaux de l'intestin, particulièrement chez l'enfant. (Il a paru très évident à l'auteur que le bacterium coli, hôte normal de notre intestin, à tous les âges de la vie, exerce une action adjuvante sur la digestion tryptique, et que cette action est prédominante dans le très jeune âge, alors que les sucs normaux ne possèdent encore qu'une faible activité.)

M. P. Remlinger. — 1° Absorption du virus rabique par la muqueuse pituitaire saine. (Les résultats des expériences de l'auteur vont à l'encontre de cette notion classique que la contagion de la rage ne s'opère que moyennant une effraction cutanée ou muqueuse.)

2° Rage expérimentale de la souris et du rat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier.

Fonctionnement de la clinique Baudelocque depuis sa création

M. Pinard dépose chaque année sur la tribune de l'Académie le compte rendu du fonctionnement de la clinique Baudelocque pendant l'année qui vient de s'écouler. Aujourd'hui il résume les résultats obtenus dans cet établissement durant ses quatorze premières années.

Pendant ce laps de temps le nombre des élèves *pratiquant* les accouchements a été de 3978 (nous donnons ce chiffre et les suivants sous toutes réserves car la parole de l'orateur nous est parvenue, comme il arrive à peu près toujours, d'une façon défectueuse, malgré les efforts de M. Pinard pour se faire entendre).

Le service d'accouchements ne comprend que 57 lits et 57 berceaux. Néanmoins, il est passé dans les salles 1241 femmes en 1890, et le nombre a été toujours en augmentant, pour s'élever à 2056. Ce résultat a été obtenu parce que, grâce aux précautions prises, aucun lit ne se repose même un jour, et cela sans inconvénient pour les femmes.

En raison de cette insuffisance du nombre des lits à la maison Baudelocque, M. Pinard a obtenu d'abord 9 lits répartis en ville chez trois sages-femmes agréées, puis 15. Plus de 2000 femmes ont été reçues chez ces sages-femmes. On ne leur envoyait que des femmes chez lesquelles on ne trouvait aucun signe permettant de redouter une complication ou une difficulté. Cette dernière catégorie a toujours été dirigée sur le service.

On a reçu dans les salles d'accouchement 31,539 femmes venues pour accoucher ou pour avorter, sur lesquelles 2085 interventions ont été jugées nécessaires.

Le service de gynécologie ne comprend que 14 lits. Il y a été pratiqué 631 opérations, dont 92 par divers chirurgiens, et les autres par M. Segond. Le chiffre des morts n'a été que de 31.

M. Pinard a comparé les résultats qu'il a obtenus à Baudelocque avec ceux qu'il avait eu à Lariboisière lorsqu'il y dirigeait la maternité. La mortalité globale a été de 0,74 % à Lariboisière et de 0,53 % à Baudelocque.

La mortalité par septicémie a été de 0,39 % à Lariboisière et de 0,22 % à Baudelocque.

Le tableau de la mortalité par année fait constater : 1° que dans le service de Baudelocque l'amélioration a été chaque année en s'affirmant, sauf en 1898, qui fait tache. La raison en est que les médecins, terrorisés par l'affaire Laporte, n'osaient plus opérer. Quand il fut acquitté, les chirurgiens recommencèrent à intervenir, et la mortalité des accouchées diminua.

2° Que la présence de nombreux élèves peut ne pas présenter de danger dans un service d'accouchement;

3° Qu'une maternité peut ne pas s'infecter en vieillissant;

4° Qu'avec certaines précautions hygiéniques on peut se contenter d'installations simples. Le médecin ne doit être le prisonnier ni de l'architecte ni de l'ingénieur;

5° On peut sans danger pour les femmes — sous réserve de la propreté la plus absolue — ne pas laisser dans une maternité des lits se reposer même un jour;

6° La création d'une consultation *permanente* à Baudelocque, où 45 817 femmes ont fait surveiller leur grossesse, a permis d'éviter bien des difficultés.

Hémorragie cœcale et hypertrophie cardiaque

M. H. Benjamin, vétérinaire à Paris, communique une observation relative à un cas d'hémorragie cœcale chez un cheval anglo-normand, âgé de six ans. A l'autopsie de cet animal, qui avait subi deux crises de coliques très graves, on trouva le cœcum rempli par un liquide ayant une teinte rouge brique foncée. La muqueuse de cette partie de l'intestin était transformée en une sorte de pulpe sanglante, de couleur lie-de-vin, sans consistance et se déchirant à la moindre pression des doigts. Le foie était cardiaque et le cœur en hypertrophie excentrique très marquée avec une insuffisance mitrale très accusée. L'auteur rattache l'hémorragie cœcale à ces altérations cardiaques.

Il rapporte encore que, récemment, il a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un étalon de pur sang d'une très grande valeur qui, lui aussi, avait succombé à une hémorragie intestinale, et dont le cœur fut trouvé atteint d'hypertrophie accompagnée de lésions valvulaires. Il est intéressant de noter que sur aucun de ces deux animaux, l'attention, pendant la vie, n'avait été attirée du côté du cœur, aucune défaillance ne s'étant jamais produite dans les allures chez le premier cheval et pendant la monte chez le second.

M. Du Castel lit un rapport sur le travail de M. Jacquet « Echec de cent tentatives d'inoculation peladique, » paru dans le *Bulletin médical* du 9 décembre 1903. Il demande pour ce mémoire une « place remarquable dans les archives. »

M. Périer lit, sur le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou, un rapport dont nous n'avons pas entendu un traître mot.

G.

MÉDECINE MILITAIRE

Des juges, s. v. p.

A la fin de novembre, les journaux politiques firent connaître que le ministre de la guerre avait communiqué par cablogramme une punition de 60 jours de forteresse à un médecin principal des troupes coloniales au Tonkin. Le motif de cette mesure de rigueur était, paraît-il, ainsi libellé : « pour avoir traité un soldat d'une façon légère et inhumaine. »

A cela se bornèrent les détails que l'on put apprendre sur cet incident, car le silence se fit complet autour d'une affaire qui aurait cependant demandé à être complètement connue en raison de l'émotion légitime qu'elle avait provoquée dans le pays. Mais voici que les renseignements nous arrivent de l'Extrême-Orient.

Le médecin principal puni est le Dr Arami. Les faits pour lesquels il est en prison ont eu lieu en 1902, au 7e régiment d'infanterie coloniale dont il était le médecin-major de 1re classe. Voici comment le *Courrier d'Haiphong* (5 décembre) les rapporte :

Un soldat nommé T., alors à la compagnie d'engagés, avait un certificat médical l'autorisant à porter les cheveux longs, vu son état de santé.

Son capitaine n'entendit pas de cette oreille :

— Faites couper vos cheveux !

L'ordre était formel. T. sortit alors le certificat médical l'autorisant à les porter longs.

— Je m'en moque, hurla le capitaine, et sur le refus de T. on l'*amarra de force et on lui fit subir l'opération*. Attaché, il protestait avec énergie.

T. se fit porter malade. Le docteur Arami, nombre de fois, ne le reconnut pas. C'était la prison. T. refusa d'y aller et comme, à un moment donné, le régiment changeait de casernement, on dût le porter dans les locaux disciplinaires, toujours de force. Ce fut un véritable scandale.

A ce régime, une santé déjà délabrée s'altère vite. T. tomba alors réellement malade ; le docteur Arami le reconnut. Il fut mis à l'infirmerie et envoyé à l'hôpital. Le diagnostic était : bronchite suspecte. L'hôpital, du reste, ne signala pas non plus la tuberculose, puisqu'au lieu de proposer T. pour la réforme, on l'envoya en congé de convalescence.

Le ministère fut saisi d'une plainte formelle. On rechercha le capitaine-crapaudine. Il venait de prendre sa retraite ; on ne lui pouvait donc plus rien ! C'est alors qu'on demanda les cahiers de visite, qu'on y releva les « non malade » marqués par le docteur Arami et que l'on infligea, ne pouvant atteindre le capitaine fautif, trente jours d'arrêts au colonel Colonna, comme chef de corps responsable des fautes de ses subordonnés, et soixante jours d'arrêts de forteresse au docteur.

De tout ceci, il résulte qu'une faute grave a été commise... par celui qui n'a pas été, qui n'a pu être puni : le capitaine du soldat T.

Mais, ayant pris sa retraite pendant l'enquête, il a échappé à toute répression.

Et le ministre, sans doute menacé d'une interpellation, venant après les retentissants débats soulevés par M. Clémenceau à la tribune du Sénat, le ministre a voulu sévir. Le capitaine n'était plus là ? Restent le chef de corps et le médecin : ceux-là seront punis sévèrement. Ils l'ont été.

Tels sont les faits, au public d'apprécier.

Cette appréciation du public a commencé à se faire jour au Tonkin. En nous communiquant le numéro du *Courrier d'Haiphong*, notre correspondant nous écrit :

Ici c'est un tolle général dans le monde militaire, aussi bien chez les officiers que chez les médecins. Tous protestent contre cette punition, infligée *sans que celui qui en est l'objet ait été entendu et sans qu'il ait pu se défendre*. Ils disent ouvertement qu'ils sont écœurés de voir qu'il suffit d'une menace d'interpellation pour briser la carrière d'un militaire. Je conçois leurs sentiments. Aussi j'ai tenu à ce que vous soyez au courant de ces faits qu'on a peut-être cachés en France.

Si les faits sont bien tels que les raconte le *Courrier d'Haiphong*, le médecin principal Arami serait la victime d'un abus de pouvoir abominable et bien de nature à émouvoir la Société créée pour la défense des droits de l'homme et du citoyen.

En tout cas, après les affirmations si nettes de ce journal, une enquête s'impose, enquête qui devra établir, d'une part, les fautes — si faute il y a — du médecin principal Arami, et d'autre part si, moins heureux que le dernier des bandits, il n'a pas été entendu avant d'être condamné !

L'enquête s'impose d'autant plus que la punition de 60 jours de forteresse ne s'explique pas, de quelque façon qu'on envisage la question.

Si le Dr Arami s'est trompé dans l'exercice de sa profession, si son erreur a été préjudiciable à un malade, celui-ci, ou à son défaut sa famille, n'a qu'à saisir de l'affaire les tribunaux compétents qui décideront si notre confrère a ou non commis la faute grave prévue par la loi et détermineront, s'il y a lieu, sa responsabilité. Mais cette question, d'ordre exclusivement médical, le ministre de la guerre n'a pas à la trancher, car elle n'est pas de sa compétence.

De telle sorte que, dans l'intérêt même du ministre de la guerre comme dans celui de notre confrère, on doit faire la lumière. Nous espérons qu'il se trouvera au parlement un médecin pour demander que son confrère le médecin principal Arami ait des juges.

Dr Noel.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Traitement de l'orchi-épididymite blennorragique aiguë par la ponction aspiratrice

On sait que dans l'épididymite compliquée de vaginalite avec épanchement séreux ou purulent, on a parfois pratiqué la ponction de la vaginale à l'effet de calmer des douleurs excessives. **M. R. Bœhm** (*Prager med. Woch*., 14 janvier 1904), assistant de la clinique des maladies cutanées et vénériennes dirigée par le professeur J. Pick, à Prague, recommande d'avoir recours à ce moyen dans toutes les épididymites blennorragiques aiguës avec fièvre et douleurs intenses, même en l'absence de vaginalite concomitante, une ponction aspiratrice devant être faite, en pareille occurrence, dans l'épaisseur des tissus de l'épididyme. Cette intervention aurait pour effet constant de supprimer très rapidement la fièvre et les phénomènes douloureux, ainsi que d'abréger singulièrement la durée de l'affection, fait dont l'auteur a pu d'abord se convaincre accidentellement en pratiquant des ponctions aspiratrices de l'épididyme ou de la vaginale dans le but d'y rechercher la présence de gonocoques.

Voici quel est le procédé adopté actuellement à la clinique du professeur Pick pour l'emploi thérapeutique de ces ponctions :

Après désinfection préalable des bourses au moyen de la benzine et du sublimé, le malade étant couché, on fixe avec la main gauche l'épididyme ou l'hydrocèle, s'il y a vaginalite ; on enfonce profondément la canule d'une seringue de Pravaz, tenue de la main droite, dans l'épididyme ou dans l'hydrocèle, et on aspire. En cas de vaginalite, on retire une quantité variable d'une sérosité parfois sanguinolente, mais au niveau de l'épididyme l'aspiration ne donne issue à aucun liquide. La ponction elle-même est si peu douloureuse qu'elle n'exige pas d'anesthésie locale. Après avoir obturé l'orifice de ponction au moyen d'un petit morceau d'emplâtre diachylon, on enduit

les parties malades avec de la vaseline gaïacolée à 10 °/₀, on recouvre d'une compresse imbibée de solution faible d'iodure de potassium, puis on applique un suspensoir.

A la suite de cette ponction aspiratrice, les douleurs spontanées cesseraient presque immédiatement, la fièvre disparaîtrait, le plus souvent, au bout d'une à deux heures, et cela d'une façon définitive. Au cas où cet effet analgésique et antithermique paraîtrait insuffisant, on ferait une nouvelle ponction aspiratrice.

Traitement de la goutte par l'ingestion d'acide chlorhydrique

Dans la séance du 6 janvier de la Société berlinoise de médecine, **M. Falkenstein** (*Berlin. klin. Woch.*, 18 janvier 1904) a fait une communication sur la pathogénie de la goutte qui, d'après lui, serait tout simplement la conséquence d'une hypochlorhydrie gastrique. Sans suivre l'auteur dans l'argumentation qu'il a développée à l'appui de cette thèse, bornons-nous à dire qu'il affirme avoir obtenu réellement des résultats remarquables, chez des goutteux, par l'administration de l'acide chlorhydrique dont les malades doivent prendre 10 à 15 gouttes dans un ou deux verres d'eau (non sucrée) à chaque repas. L'auteur, goutteux lui-même depuis plus de vingt ans, se trouve fort bien de ce traitement. Depuis qu'il prend constamment de l'acide chlorhydrique, les accès de goutte et les autres manifestations goutteuses se sont singulièrement amendées chez lui; il supporte tous les aliments, même les repas plantureux, et se sent frais et dispos.

Sur un signe de fracture métatarsienne et sur le traitement de cette lésion par la stase veineuse artificielle

L'affection, assez fréquente parmi les soldats, connue sous le nom de pied forcé, est due, comme on sait, à la fracture d'un ou de plusieurs métatarsiens, dont le diagnostic est établi au moyen des rayons de Rœntgen. Or, **M. Momburg** (*Deutsche militærærztl. Zeitung*, janvier 1903), méd.-major de l'armée allemande, indique un moyen permettant de reconnaître d'une façon plus simple l'existence de fractures métatarsiennes. Voici en quoi il consiste:

Le pied malade étant posé à plat, les orteils bien en contact avec le plancher ou une autre surface d'appui, on presse avec le doigt sur la tête des divers métatarsiens : s'il y a fracture, on voit l'orteil correspondant à l'os lésé exécuter un mouvement d'extension et se détacher de la surface sur laquelle il reposait, au moment où l'on vient à presser sur le métatarsien fracturé.

M. Momburg préconise aussi le traitement du pied forcé par la stase veineuse artificielle, qui a déjà été utilisée avec succès contre la tuberculose chirurgicale et certaines autres affections osseuses. Pour ce faire, on applique, immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, deux ou trois tours d'une bande de flanelle suffisamment large, puis on enroule par dessus deux ou trois tours d'une bande caoutchoutée, qu'on serre assez fortement pour arrêter tout reflux du sang veineux, sans toutefois interrompre la circulation artérielle, le pouls devant demeurer perceptible dans l'artère tibiale postérieure et dans la pédieuse. Les séances sont répétées une fois chaque jour : la première n'est guère prolongée au delà d'une heure, mais, par la suite, on porte progressivement la durée des séances à trois heures. Le malade garde le lit tant qu'il est en traitement, ne se levant que pour aller à la garde-robes.

La constriction est généralement bien supportée, bien que, sous son influence, le pied devienne cyanosé et œdématié. Les premières séances augmentent parfois les phénomènes douloureux, mais, après quatre ou cinq séances, on constate, d'habitude, une sédation très marquée des douleurs, ainsi que la disparition de l'œdème métatarsien. Lorsqu'il n'y a plus trace de sensibilité douloureuse à la pression ni pendant la marche (même sur la pointe des orteils), lorsque le saut de la hauteur d'une chaise ne provoque également aucune douleur, le malade est considéré comme guéri ; il lui est alors permis de se lever définitivement.

Pareil résultat fut obtenu en une quinzaine de jours dans les trente-huit cas de pied forcé que l'auteur a eu jusqu'ici l'occasion de traiter par la stase veineuse artificielle. Or, d'après des relevés statistiques qu'il a pu se procurer, la durée du traitement de cette même affection par les anciennes méthodes (compresses humides, applications de glace, badigeonnages à la teinture d'iode, massage, etc., etc.) est en moyenne de vingt-sept jours.

Causes d'erreur dans l'évaluation de la pression sanguine du ventricule droit d'après la méthode de Gaertner

On se rappelle que le professeur Gaertner a proposé récemment, pour mesurer la pression sanguine dans le ventricule droit, un procédé qui consiste à noter la hauteur à laquelle survient l'affaissement des veines de l'avant-bras pendant l'élévation progressive du membre supérieur (voir *Bulletin médical*, 1903, p. 933). A ce propos, **M. O. Prym** (*Muench. med. Woch.*, 12 janvier 1904), assistant de la policlinique médicale du prof. H. Leo, à Bonn, fait remarquer qu'il a vu souvent cet affaissement se produire dans diverses veines de l'avant-bras à des hauteurs variables (les différences étant de 6 à 8 centimètres et plus), chez le même sujet. En outre, l'auteur a trouvé que l'affaissement veineux dépend aussi de la vitesse de l'élévation du membre en expérience : plus ce mouvement est rapide et plus le phénomène en question se montre à une plus grande hauteur.

C'est que, à l'encontre de l'opinion de Gaertner, les veines de l'avant-bras ne sauraient être considérées comme faisant office, dans l'espèce, de simples tubes manométriques à l'égard de la cavité ventriculaire droite. Elles ont, en effet, leur tonus : elles offrent une certaine résistance à la progression du sang; enfin, il se produit un apport de sang veineux au cours de l'expérience. Ce sont là autant de facteurs dont il faut tenir compte en appliquant le procédé de Gaertner, mais qui n'ébranle nullement sa valeur clinique.

Disparition d'une ascite d'origine cardiaque sous l'influence du régime déchloruré

D'après les faits qui ont été publiés jusqu'ici, le traitement par la privation des chlorures alimentaires, très efficace contre l'anasarque des brightiques, semble agir beaucoup moins sur l'ascite de la cirrhose du foie et surtout sur l'ascite liée à une affection du cœur.

C'est ainsi que M. Widal, appliquant le régime déchloruré chez quatre cardiaques, a constaté que celui-ci a arrêté le poids de ces malades dans sa marche ascendante, mais qu'il n'a pas été capable de le faire baisser d'une façon sensible.

Or, **M. Desès** (*La Clinique*, 9 janvier 1903) relate un cas, observé dans le service de M. Thoelen, à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, dans lequel une ascite *d'origine cardiaque* a été très favorablement influencée par le régime déchloruré.

Il s'agissait ici d'un homme, âgé de quarante-huit ans, qui présentait les signes bien caractéristiques de l'*insuffisance aortique* et qui fut ponctionné deux fois pour ascite.

Trois jours après la seconde ponction, l'ascite réapparaît assez considérable. Malgré une diurèse assez abondante obtenue par l'administration de théobromine, l'ascite ne fait qu'augmenter, en même temps que survient de la dyspnée; on relève la présence d'un épanchement dans la plèvre droite.

On soumet le malade au régime déchloruré. Dès le lendemain, l'ascite n'augmente plus ; la diurèse s'établit. Trois jours après, le volume du ventre diminue visiblement ; bientôt l'ascite a presque complètement disparu ; l'oppression n'existe plus, on ne trouve plus trace de l'épanchement dans la plèvre droite. Le foie, que l'on ne pouvait délimiter, est redevenu accessible à la palpation. Le cœur, dont la pointe battait à 17 centimètres de la ligne médio-sternale, a légèrement diminué de volume. Sa pointe a reculé d'un centimètre vers la ligne médiane. Enfin, toute trace d'ascite a disparu.

Le poids du malade s'est abaissé, progressivement, de 69 kilogrammes à 59 kilogrammes.

Cette perte de poids était en moyenne de 1 kilo par jour ; un jour, il y a eu même une différence de 3 kilos et demi.

Le régime déchloruré a été suspendu le 6 décembre. Le résultat a été également très manifeste. Dès le lendemain, le poids s'accroît ; la quantité d'urine

s'abaisse fortement et bientôt elle reste constamment au-dessous de 1000 cc. par jour. L'ascite commence à réapparaître. L'épanchement se manifeste de nouveau à la base droite de la poitrine en arrière.

L'influence favorable du régime déchloruré n'a pas échappé au malade; depuis qu'il voit les phénomènes d'ascite se reproduire, il demande lui-même à reprendre l'alimentation déchlorurée.

Dr Vladimir de Holstein.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J.-B. Baillière

Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par MM. H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté, et E. Apert, médecin des hôpitaux (Sixième édition, 1904).

Depuis l'année 1884, date de la première édition du Traité de pathologie générale de M. Hallopeau, de nombreuses générations médicales ont appris dans ce livre les éléments de la pathologie générale. La clarté de la conception générale de l'ouvrage, la simplicité de la disposition des chapitres, la précision des idées et du style ont assuré le succès des cinq premières éditions, de 1884 à 1896.

Cependant, la science a marché dans ces dernières années de telle façon, qu'une refonte générale du livre s'imposait. Il fallait introduire dans le vieux cadre, trop bien choisi pour ne pas être conservé, les additions nécessaires. L'heureuse collaboration du maître expérimenté de l'hôpital Saint-Louis et du jeune et érudit médecin des hôpitaux qu'est notre collaborateur Apert, nous a valu cet heureux résultat.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première étudie les agents morbides : agents intrinsèques (hérédité, constitution, tempérament) et agents extérieurs, mécaniques (compression, commotion, traumatismes), physiques (lumière, électricité, rayons Röntgen, radium, pression atmosphérique), chimiques (alimentation, intoxication), animés (parasites, microbes).

Cette première partie a été profondément remaniée. Le chapitre de l'hérédité contient l'étude des maladies familiales, si intéressantes, qui ne sont pas propres au système nerveux, comme on l'a cru jusqu'à ces dernières années, mais peuvent s'observer également dans tous les systèmes organiques et avec des caractères toujours les mêmes.

Le chapitre des bactéries a été entièrement refait ; l'état de la science sur les toxines, les antitoxines et l'immunité; l'étude des anticorps, si curieuse, déjà si féconde en applications pratiques et si pleine encore d'espérances, ont été exposés complètement. Nos connaissances sur les microbes sont exposées d'une façon toute nouvelle; ces êtres sont groupés pour l'étude selon leurs affinités biologiques naturelles, ce qui facilite singulièrement l'exposé. Ce chapitre des microbes est mis au courant des travaux les plus récents, dont les résultats n'ont pas encore figuré, que nous sachions, dans aucun ouvrage didactique On trouvera dans ce chapitre les notions les plus récentes sur la prophylaxie du paludisme, le métabolisme des hématozoaires, le paludisme secondaire et le paludisme tertiaire les trypanosomes, la maladie du sommeil, les pasteurelles, les bacilles pseudo-diphtériques, paratyphiques, paratuberculeux, la microbiologie de la dysenterie ; enfin, un chapitre est consacré aux microbes invisibles (péripneumonie, fièvre aphteuse, clavelée).

Les parties consacrées aux processus morbides (lésions) et aux troubles fonctionnels (symptômes), bien que moins complètement remaniées, ont été cependant mises au courant des derniers travaux. Nous signalerons particulièrement l'élimination des chlorures, la pathogénie de l'œdème, le mécanisme des crises terminales, les causes de l'immunité et le chapitre de l'albuminurie, avec l'étude de la valeur séméiologique des diverses variétés chimiques d'albumine.

Enfin, les dernières parties de l'ouvrage sont consacrées aux procédés de diagnostic, de pronostic et de traitement, y compris le séro-diagnostic, l'hémo-diagnostic, l'élimination provoquée, la cryoscopie, la radioscopie, etc., etc.

Dans la partie thérapeutique, la sérothérapie curative et préventive, les divers procédés de vaccination, l'opothérapie ont été très complètement traités.

Le tout forme un volume d'un millier de pages, avec de nombreuses figures qui ajoutent à la clarté et à la précision des descriptions. C'est actuellement le seul volume où l'on puisse trouver rassemblées toutes les notions nouvelles qui tendent à transformer complètement la science médicale.

J. J.

Vient de paraître

Contributions des bruits musicaux du cœur, par le Dr L.-J. Hahn. Chez M. L. Mareteux, 1, rue Cassette, Paris. 1 fascicule, in-8° de 108 p.

Nouvelles consultations médicales (clinique et thérapeutique, par H. Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, 1904, 1 vol in-8, de 620 pages. 10 francs (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

La migraine, traitement par le massage, par le Dr Norstrom. 1 vol. in-16 de 160 p. 2 francs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

Liste des départs des officiers du corps de santé militaire ayant demandé à servir aux colonies :

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Boucarut, au 100e d'inf.; colonie demandée : Indo-Chine.

M. Cultie, au 1er cuirassiers; col. dem. : Tonkin.

M. Boullet, au 153e d'inf.; col. dem.: Tonkin.

M. Dénommé, aux hôp. mil. de la div. de Tunisie; col. dem. : Tonkin.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Trille, aux hôp. mil. de la div. de Constantine; col. dem.: Tonkin.

M. Deyrolle, au 4e bat. d'inf. lég. d'Afrique; col. dem.: Tonkin et Madagascar.

M. Letainturier de la Chapelle, au 39e d'inf.; col. dem.: Tonkin.

M. Blan, aux hôp. mil. de la div. d'Oran; col. dem.: Tonkin.

M. Moulin, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie; col. dem. : Tonkin ou mission lointaine.

M. Delbru, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie; col. dem : Tonkin.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. princ. Plagneux emb. sur le *Bouvet* (esc. de la Méditerranée), en rempl. de M. Raffaëlli.

M. le méd. princ. Retière est dés. pour emb. sur la *Bretagne*, en rempl. de M. Bourdon.

M. le méd. de 2e cl. Barthe emb. sur la défense mobile de Dunkerque, en rempl. de M. Vialet.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. : 1 Burot.

MM. les médecins en chef de 2e classe : 1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Duval, 4 Couteaud.

MM. les médecins principaux : 1 Hervé, 2 de Gouyon de Pontouraude, 3 Féraud, 4 Cognes, 5 Thamin, 6 de Bonadona, 7 Julien-Laferrière, 8 Le Méhauté, 9 Gazeau, 10 Rousseau, 11 Mercier, 12 Thémoin, 13 Michel, 14 Laffont.

MM. les médecins de 1re classe : 1 Gorron, 2 Gaillard, 3 Duguet, 4 Dessemond-Sicard, 5 Avrilleaud, 6 Vergnes, 7 L'Helgoualch, 8 Pervès, 9 Sisco, 10 Glérant, 11 Fournes, 12 Letrosne, 13 J.-A. Hervé, 14 Dubois, 15 Vincent, 16 Lecœur, 17 Defressine, 18 Courtier, 19 Lallemant, 20 Borius, 21 Audiat, 22 Hernandez, 23 Barrau, 24 Lorin, 25 Lucas, 26 Carbonnel, 27 Berriat, 28 Roux-Fressineng, 29 Tricard, 30 Eiti, 31 Viguier, 32 Bourrit, 33 Lefebvre, 34 Guitton, 35 Faucheraud, 36 Durand, 37 Barillet, 38 Dumas, 39 Le Floch, 40 Aubry, 41 Gibrat.

MM. les méd. de 2e cl.: 1 Brunet, 2 Gachet, 3 Manine-Hitou, 4 Béraud, 5 Maille, 6 Allain, 7 Bruhat, 8 Peyraud, 9 Donval, 10 Legal, 11 Primislas-Lallement, 12 Ratelier, 13 Bertaud du Chazaud, 14 Dufour, 15 Coquelin, 16 Lemaître, 17 Parrenin, 18 Duchateau, 19 Cristol, 20 Bourges, 21 Balcam, 22 Donnart, 23 Olivier, 24 Bellamy.

RÉSERVE

Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal de réserve.

M. Rit, méd. princ. en retr.

Au grade de méd. de 2e cl. de réserve

M. Lepinte, méd. de 2e cl., démiss.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A Madagascar

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Preux, en résidence libre.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
MM. Dubois et Lamort, au 2e d'inf.
M. Bourdon, au 22e d'inf.

Au Dahomey (en activité hors cadres).
Le méd.-maj. de 1re cl. :
M. Buisson, au 4e d'inf., en rempl. de M. Rousselot-Bénaud.
Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Guérard, au 2e d'art.

En Afrique occidentale
Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Chagnolleau, en résidence libre.
Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
M. Cozanet, au 2e d'inf.

Au Chari
Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Rapuc, au 3e d'art.
Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Millous, au 8e d'inf.

A la Côte d'Ivoire (en activité hors cadres).
Le méd. aide-major de 1re cl. :
M. Combe, au 7e d'inf.

A la Guyane (en activité hors cadres).
Les méd. aides maj. de 1re cl. stag. :
M. Izard, au 2e d'art.
M. Rouch, au 3e d'inf.

En Indo-Chine.
Les méd. aides maj. de 1re cl. stag. :
M. Foll, au 6e d'inf.
M. Wadoux, au 1er d'inf.

A la brigade de réserve de Chine au Tonkin.
Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
M. Cavaud, au 3e d'inf.

En France.
Le méd.-maj. de 1re cl. :
Au 5e d'inf. à Cherbourg, M. Rousselot-Bénaud.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

A Madagascar.
Les méd.-maj. de 1re cl. :
Chef du service de santé à Diégo-Suarez, M. Galbrunner.
Adjoint au dir. du service de santé de la colonie, M. Bonneau.
Les méd.-majors de 2e cl. :
3e tiraill. malgaches, M. Germain.
A l'hôp. de Tananarive, M. Bireaud.
A l'ambulance d'Andalava, M. Laitac.
Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
Au 3e tiraill. sénégalais, M. Martin.

En Indo-Chine.
Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
Au 9e d'inf., M. Mesin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 27 janvier. — *M. Buisson* : Dystrophie congénitale multiple du tissu élastique. — *M. Magin* : Du traitement chirurgical des ulcères de jambe. — *M. Darcanne* : Contribution au diagnostic clinique de la démence précoce.

Jeudi 28 janvier. — *M. Mourier* : Contribution à l'étude des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale. — *M. Furtin* : Indication du curettage en obstétrique et en gynécologie. — *M. Ciaudo* : Recherches sur les diamètres céphaliques de l'enfant dans les six premiers mois de la vie. — *M. Delion* : La diathèse d'auto-infection et l'appendicite.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le lundi 28 mars 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 22 février 1904 et sera clos définitivement le samedi 5 mars suivant, à 3 heures.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Crouzet, de Nîmes.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Pathologie
Séance du 16 janvier

13 de Fourmestraux — 11 Hubert, Granchamp — 10 Lian, Galippe — 9 Senlecq — 8 Guérin — 7 Ouvry, Trèves — 6 E. Petit.

18 janvier

12 Renaudin — 10 Mauries, Cottard — 9 Bauron, Bosra — 8 Schaeffer — 7 Haas — 6 Biag — 5 de Névrezé.

Anatomie
Séance du 15 janvier

12 Sourdat — 10 Tournais, Harvier — 9 Saissi — 8 Chomardbois — 7 Hocquet, Brissaud, Pasteur — 3 Gaye, Rasis.

16 janvier

12 Moncany — 11 Potet — 10 Villandre, Ménard — 9 Roland, Aitoff — 8 Foy, Duchet-Suchaud — 7 Collin.

HOPITAL LAENNEC

M. Pierre Merklen commencera, le dimanche 24 janvier, à 10 heures, une série de leçons clinique sur les maladies du cœur, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE

M. Blanchard, Presles (S.-et-O.).

ERRATUM

C'est par suite d'une erreur de composition que le compte-rendu de la séance de la « Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris », paru dans notre précédent numéro, porte la signature de M. A. Brindeau au lieu de celle de M. le Dr Delestre.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

REVUE GÉNÉRALE

Des blessures de l'orbite par coup de fleuret

Par M. Bichelonne
Médecin-major de 2e classe.

Les observations de blessures de l'orbite par coup de fleuret ne sont pas rares dans la science et nous en avons retrouvé de nombreuses relatées dans les écrits et récits des chroniqueurs et des médecins, surtout des médecins militaires. Aux siècles derniers où les combats singuliers à l'arme blanche étaient fréquents, les coups portés dans l'orbite étaient recherchés comme d'excellents coups d'arrêt qui tuaient à peu près fatalement celui qui en était frappé. Ne trouve-t-on pas, dans Pline le naturaliste, qu'un guerrier tua un éléphant d'un seul coup de javelot dans l'orbite? (Durante, *Riforma medica*, Napoli, 1897).

Fabricius d'Aquapendente (Œuvres chirurgicales, 1re partie, livre II, chapitre XXIV), parle du danger des plaies de l'orbite :

« Outre ce, les dites playes passent quelquefois si avant dans l'orbite de l'œil, qu'elles penètrent jusques au fond, de sorte que l'instrument aigu passant par cette longue fente qui se voit au plus profond de l'orbite, se plonge dans la substance du cerveau, d'où il arrive que ceux qui sont blessés tombent tout incontinent à terre. Voilà pourquoy aussi les maistres d'escrime tiennent celuy-cy pour un excellent coup de maistre, entre autres un certain tireur français s'en tenait asseure comme d'un coup inévitable. »

Sédillot (*Journ. de méd.*, an VI de la République) rappelle un fait qu'il avait entendu raconter souvent par A. Petit. Un homme fut tué en duel et mourut à l'instant du coup sans que l'on put d'abord juger du siège de la blessure : il fallut, pour en apercevoir la première trace, entr'ouvrir les paupières. L'adversaire était un étudiant en médecine qui, depuis un certain temps, s'était exercé à tirer à la muraille contre une tête de squelette dans la direction de la fosse orbitaire.

Bell, dans son ouvrage (Bell's Anatomy, vol. I, p. 49, Londres, 1811), dit que l'œil est un point de mire pour le spadassin et qu'il a vu un jeune homme tué par un coup de fleuret déboutonné dans l'orbite.

Celui-ci semble donc avoir été recherché, aux siècles passés, par les escrimeurs, voire par les assassins à gages, comme un point de mire facile et un véritable tunnel conduisant au cerveau pour tuer par un coup sûr, d'où la grande fréquence des blessures de cette région. Les mémoires d'Ambroise Paré, de Percy, de Larrey, pour ne citer que les plus célèbres, contiennent de nombreuses observations de ces plaies. Plus près de nous, dans les traités de Mackenzie, de Desmarres, dans les thèses de Jacquemin, de Beigneux, de Longchampt, nous en avons trouvé aussi bon nombre d'exemples. Mais, de nos jours, où les combats à l'arme blanche et les duels sont de moins en moins communs, c'est constamment, soit à la suite d'une ardeur intempestive dans l'assaut, soit d'une imprudence, que se fait la blessure. Tantôt, bien que les deux combattants aient le visage recouvert d'un masque, le fleuret, brisé le plus souvent, passe à travers les mailles de ce masque et vient frapper l'orbite; tantôt la blessure est faite pendant que les deux adversaires, imprudemment, s'escriment le visage découvert. Les maîtres d'armes enseignent que, dans le combat ou l'assaut, il faut, non pas surveiller la pointe de l'arme de l'adversaire, mais ses yeux, de manière à deviner, si possible, le coup qu'il va vous porter : de ce fait, semble-t-il, s'exerce une espèce d'attraction sur le bras armé qui frappe : le bras suit la direction du regard.

Le fleuret est, on le sait, une sorte d'épée à lame carrée et flexible, terminée par un bouton plus ou moins large; celui-ci est généralement recouvert d'une petite peau de daim ou de chamois qu'on lie au-dessous de lui, ou bien garni d'un petit peloton de ficelle enduit de poix. C'est alors le fleuret moucheté. Parfois cette garniture fait défaut, l'arme est seulement boutonnée. La longueur de la lame est d'environ 0 m. 88; sa plus grande épaisseur, près de la garde, n'a pas plus de 70 millimètres carrés; à l'extrémité opposée la surface de section ne dépasse pas 2 millim. carrés.

L'arme, tenue fermement en main, devient dangereuse si elle vient à frapper une région délicate comme celle de l'orbite; au moment où l'escrimeur se fend, il a le bras tendu; la force du coup est augmentée par la contraction brusque et puissante des muscles du tronc, des masses sacrolombaires, du membre inférieur gauche qui se met violemment en extension; elle est accrue encore par la masse du poids du corps, force considérable. Or, le fleuret se brise souvent dans les exercices. La rupture se fait ordinairement à une distance moyenne de 0,15 à 0,20 centimètres du bouton, c'est-à-dire à un endroit où la lame a déjà une résistance et une rigidité considérables sans avoir une notable épaisseur; c'est alors une tige très fine, très subtile, capable de pénétrer profondément dans des tissus même résistants. Aussi les blessures seront-elles très différentes selon que le fleuret sera garni encore de son bouton ou sera brisé. Le fleuret moucheté surtout, le fleuret boutonné même, seront peu susceptibles de pénétrer à une grande profondeur, à moins qu'ils ne soient propulsés par une force très énergique, mais ils feront, dans leur pénétration, des dégâts autrement considérables que ceux déterminés par la petite lame fine du fleuret brisé.

De plus, à tout prendre, le fleuret moucheté aura toujours plus de chances d'être septique et d'entraîner avec lui des germes nocifs, grâce à la peau d'animal ou le peloton de ficelle dont il est garni; la porte d'entrée sera autrement plus étendue que celle du fleuret brisé. Celui-ci, en outre, à son entrée dans la peau, même dans la conjonctive, a des chances pour laisser ses germes septiques à l'orifice de la plaie, d'être essuyé, pour ainsi dire, par les bords élastiques de celle-ci. Les blessures faites par la lame d'un fleuret brisé sont donc très analogues à celles que peut faire l'extrémité d'une fine épée, d'une tige de fer étroite.

Le fleuret est essentiellement une arme d'estoc : nous n'aurons donc à étudier que des blessures peu étendues en surface, mais souvent très profondes.

Au point de vue de la fréquence de ces blessures, si nous considérons chaque orbite en particulier, nous constatons que c'est l'œil droit qui est le plus communément atteint. Dans la position du combat, l'escrimeur présente son flanc droit, et le côté droit de la face est plus découvert que le côté gauche: c'est donc surtout l'œil droit qui s'offre au coup. Il serait intéressant de savoir si, dans les blessures signalées sur l'orbite gauche, il s'agissait de combattants gauchers : nous n'avons pas trouvé d'indications sur ce point, *a priori* vraisemblable, qui pourrait, le cas échéant, avoir une certaine importance en médecine légale.

Sur 35 observations que nous avons rassemblées, nous avons trouvé que l'orbite droit est atteint 21 fois, l'orbite gauche 7 fois ; dans 7 cas, le côté lésé n'est pas indiqué.

Quant à la région de l'orbite qui est le plus fréquemment frappée, c'est



incontestablement l'angle interne, le grand angle, qui occupe la première place. Dans une statistique sur les corps étrangers intra-orbitaires, Zander et Geisser, pour trois cas de blessures de l'angle interne, en trouvent une seulement de l'angle externe. Dans nos 35 observations, nous relevons que l'atteinte porte 19 fois sur l'angle interne, 3 fois sur l'externe, 5 fois sur la paupière supérieure, 3 fois sur la paupière inférieure ; 3 fois le lieu de pénétration n'est pas spécifié, et 2 fois il s'agit de blessures du pourtour de l'orbite.

Nous pourrons diviser, pour faire une analyse méthodique, les plaies de l'orbite en :

1° Plaies superficielles intéressant seulement les parties molles du rebord orbitaire ou ce rebord lui-même ;

2° Plaies pénétrantes lésant soit le contenu de la cavité orbitaire, soit les parois de celle-ci ;

3° Plaies perforantes dépassant ces parois et allant frapper soit les organes, soit les cavités voisines de la loge orbitaire.

A. *Plaies superficielles*. — Les plaies qui lèsent le contour de la base de l'orbite ne peuvent guère être que des plaies légères, sans grande gravité immédiate, quand elles n'intéressent que les parties molles et les os du pourtour orbitaire. Ceux-ci sont, les uns très résistants (rebord inférieur, rebord supérieur), et alors le fleuret, frappant cet os, donne soit une simple contusion (fleuret moucheté), soit une plaie minime (fleuret brisé). Dans les cas, cependant, où la violence est particulièrement considérable, l'os peut être brisé et une esquille plus ou moins volumineuse détachée. Dans une observation de Berlin, à la suite d'un coup de rapière à travers la paupière supérieure droite, une esquille de 9 millimètres était détachée de la partie externe du rebord orbitaire supérieur; une autre esquille, de même dimension, adhérait encore par quelques fibres au périoste.

Dans l'observation de Bernardini, que nous citons plus loin, un coup de fleuret fracture l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Les blessures des parties osseuses de l'angle externe sont presqu'impossibles: la disposition de la paroi osseuse de cette région, en forme de lame presque tranchante prolongée par des faces très obliques, explique facilement qu'une pointe ne peut que glisser en dehors, vers la fosse temporale, ou en dedans, dans l'orbite.

Dans l'angle interne, la configuration anatomique explique la grande fréquence des blessures de cette région : la voûte sourcillière et la racine du nez forment une sorte de gouttière qui doit, tout naturellement, conduire l'arme vulnérante dans le grand angle de l'orbite, quand le choc a lieu de haut en bas, ou la retenir et l'empêcher d'aller plus loin, quand le choc a lieu de bas en haut.

Dans l'assaut, où le côté droit de la figure se présente surtout, le choc se produit d'avant en arrière et de dehors en dedans : alors la pointe offensante glisse sur le globe oculaire qui fuit et l'arme pénètre dans l'angle interne.

Les plaies du pourtour orbitaire seront donc simples si elles n'intéressent que les parties molles : la région étant très riche en vaisseaux, la suffusion sanguine sera assez importante; à l'angle externe, où le tissu cellulaire est particulièrement lâche, on peut avoir du gonflement et de l'œdème de la région blessée et des paupières.

En haut, sur le rebord orbitaire supérieur, les plaies peuvent intéresser le nerf sus-orbitaire, déterminer de l'anesthésie de la région sensibilisée par ce rameau nerveux et aussi de la névralgie faciale tenace consécutive; de même la blessure du nerf sous-orbitaire, à son émergence, pourrait anesthésier le territoire innervé par lui.

Si l'on en croit la théorie de Marchal (de Calvi), ces lésions des branches de la 5e paire seraient capables d'amener une paralysie réflexe des nerfs moteurs de l'œil, grâce aux anastomoses que donne le trijumeau à ces nerfs, avant leur entrée dans l'orbite.

Les coups violents portés sur le pourtour de l'orbite, même à une certaine distance de ce pourtour, sont susceptibles de causer la perte de la vision de l'œil du côté frappé. C'est ainsi que nous relevons dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* de 1881 (p. 542), l'observation suivante, de Chauvel:

Un sous-lieutenant de cavalerie reçut un coup de fleuret au niveau de la région malaire, produisant un simple séton des parties molles, un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil. Perte de la vision immédiate; pas d'autres signes de traumatisme qu'un gonflement des paupières ayant persisté pendant cinq jours.

Cinq semaines après, on note une atrophie blanche de la papille, les vaisseaux ayant conservé leur calibre normal; pas de signes d'épanchement dans les gaines du nerf optique.

Deux mois après la blessure, l'atrophie est complète, les vaisseaux paraissent grêles.

La pathogénie de cette atrophie papillaire est obscure. Peut-être s'agit-il, comme le suppose le médecin aide-major Ferron, dans sa remarquable thèse, d'une fracture du canal optique avec lésion consécutive du nerf, fracture par contre-coup, sous la dépendance d'une fracture de la voûte, liée elle-même à un écartement, au niveau du plancher de l'orbite des piliers fronto-nasal et orbito-sphénoïdal (1).

Un choc violent par fleuret sur l'os frontal pourrait encore plus facilement produire cette fracture du canal optique et l'amaurose consécutive, peut-être aussi une hémorragie dans les gaines du nerf optique sous l'influence du choc.

Retenons de ce fait que le pronostic d'une blessure du pourtour de l'orbite par coup de fleuret, avec un choc qui peut être très violent, doit être très réservé.

Le traitement de ces plaies de la région péri-orbitaire est simple : soins antiseptiques, compression légère, un ou deux points de suture si la plaie est un peu large. Si un fragment osseux est détaché, on peut, soit le replacer s'il adhère encore par quelques tractus périostiques, soit en faire l'ablation.

Parmi les blessures superficielles, nous dirons un mot de celles des paupières. Le plus souvent celles-ci sont blessées, et particulièrement la paupière supérieure, au niveau de l'angle interne. Quand le coup arrive, instinctivement les paupières se ferment et sont atteintes; il est très rare que, le reflexe n'ayant pas le temps de se produire, les paupières soient complètement indemnes.

Un fleuret moucheté ou boutonné, à la fin de sa course, frappant un voile palpébral, y produira seulement une contusion peu considérable, si nous supposons que l'action du trauma se borne à ce plan superficiel.

Dans les mêmes circonstances, un fleuret brisé fera une petite plaie, peu profonde, qui pourra se compliquer d'inflammation, de chemosis, d'emphysème, le tissu palpébral étant lâche et très vasculaire.

Comme complication plus sérieuse, on peut avoir du ptosis par lésion du releveur, comme dans l'observation résumée suivante (Chevallereau, *Recueil ophtalmologique*, 1889, p. 508) :

Blessure de l'orbite par coup de fleuret à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la paupière supérieure, à 6 millimètres au-dessous du sourcil. Chute soudaine de la paupière : rupture

(1) Voir Michel Ferron. — Les nerfs de l'orbite. Leurs paralysies dans les traumatismes du crâne. (Th. de Lyon, 1901.)

du releveur de celle-ci; pas de lésions de l'œil.

Les blessures des paupières guérissent le plus souvent très simplement; toutefois, d'après Dupuytren, la proximité du globe de l'œil et du cerveau expose l'organe de la vision et les organes encéphaliques à participer à l'inflammation consécutive aux plaies des paupières. Et cet auteur (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1839, t. VI, p. 205), cite les cas suivants :

Petit, de Namur, a ouvert le corps d'un officier mort hémiplégique trois mois après avoir reçu un coup d'épée à la partie externe de la paupière supérieure, et il trouva un abcès dans la partie inférieure du lobe antérieur du cerveau, quoique les os ne présentassent aucune trace qui put faire croire qu'ils eussent été atteints par l'instrument vulnérant.

Dans un autre cas où le blessé avait reçu un coup d'épée à la paupière inférieure, Petit a vu l'inflammation gagner le globe oculaire et de là le cerveau.

Il faut donc surveiller de près l'inflammation de ces régions et tâcher de prévenir sa propagation au tissu cellulo-adipeux de l'orbite, au globe oculaire, à la glande lacrymale et surtout au cerveau. Le premier des cas de Petit reste assez inexplicable comme pathogénie.

B. *Plaies pénétrantes.* — Elles peuvent intéresser soit seulement les parties molles intra-orbitaires, soit les organes contenus dans la cavité. Le plus souvent l'œil, grâce à sa mobilité, à sa forme sphéroïde, à la dureté de son enveloppe sclérale, fuit devant l'arme et n'est pas blessé. De plus, nous savons que le globe oculaire est plus rapproché de l'angle externe : comme les blessures par coup de fleuret siègent, en grande majorité, dans l'angle interne, l'œil sera fréquemment respecté. Il n'en est pas de même des autres éléments renfermés dans l'orbite; le plus communément, plusieurs d'entre eux sont atteints ensemble ou subissent le contre-coup des atteintes voisines, s'ils ne sont pas directement lésés.

C'est dans ce cas qu'il importera de savoir si l'arme était munie à son extrémité de sa mouche protectrice, ou si elle était seulement boutonnée, ou si elle s'était brisée; une plaie pénétrante faite par un fleuret brisé, par conséquent par une lame très fine, pourra ne causer que des désordres insignifiants et respecter les parties nobles de la loge orbitaire, tandis que la pénétration violente d'une extrémité mousse aussi considérable que celle d'un fleuret moucheté ne pourra avoir lieu sans occasionner des délabrements sérieux.

Pour plus de clarté, nous envisagerons successivement les blessures : 1° des parties molles; 2° des muscles oculaires; 3° des vaisseaux; 4° des nerfs moteurs; 5° du nerf optique; 6° des parois orbitaires.

I. — Parties molles.

Les plaies pénétrantes lésant uniquement les parties molles contenues dans la loge orbitaire doivent être très rares : nous n'en avons pas relevé de cas consécutifs à un coup de fleuret.

Le diagnostic de plaie pénétrante simple se fera surtout par exclusion : si l'on ne trouve aucun des signes qui indiquent une lésion des parties essentielles de l'orbite (nerfs, muscles, vaisseaux) et que, cependant, les conditions de la blessure, l'aspect extérieur de la plaie et son siège, la profondeur à laquelle le fleuret a pénétré, l'inspection de l'arme, font supposer une pénétration plus ou moins profonde, on portera le diagnostic de plaie simple. L'issue de flocons graisseux au travers de la plaie antérieure serait un signe pathognomonique; des renseignements précis pourraient être donnés par le stylet explorateur prudemment et aseptiquement introduit. En l'absence de toute complication, il semble que cette exploration soit inutile. Pour Chauvel, cette conduite peut être admise dans les plaies non enflammées et quand les anamnestiques font craindre la présence d'un corps étranger. (Art. orbite du *Dictionnaire des sciences médicales.*)

Le pronostic des plaies pénétrantes simples par coup de fleuret serait bénin, puisque Berlin, dans son étude cependant si complète, ne relève aucun cas de phlegmon de l'orbite après une simple blessure des parties molles. Le fleuret brisé étant immédiatement retiré de la blessure, laisse après lui une plaie très simple réalisant toutes les conditions des plaies sous-cutanées, puisque l'entrée de l'air sera rendue impossible par la multiplicité des couches de tissu traversées, le défaut de concordance de leurs orifices, cette concordance étant détruite par le retour à sa position normale de l'œil, le plus souvent déplacé dans ces blessures. La réunion immédiate sera donc le plus fréquemment obtenue si l'arme n'était pas chargée de matières septiques, et nous avons vu qu'il est possible qu'elle les abandonne dans son passage à travers les plans superficiels.

La plaie pénétrante simple par fleuret moucheté sera plus susceptible de déterminer un phlegmon orbitaire, parce que les plaies d'entrée seront plus vastes et que l'arme a plus de chances d'être chargée de germes pathogènes.

II. — Muscles

Tous les muscles de la loge orbitaire peuvent être atteints, mais les plus fréquemment touchés sont le droit interne, puis le droit inférieur.

Ce que nous avons dit de la plus grande fréquence de la blessure de l'angle interne de l'orbite par coup de fleuret, nous éclaire sur la cause du grand nombre des atteintes du muscle correspondant.

Le muscle droit inférieur est souvent touché aussi, puisque Laure (Thèse de Paris, 1897), sur 20 cas de désinsertion traumatique des muscles oculaires, en relève 9 du droit inférieur. Ce fait s'explique parce que, lors de tout traumatisme, pendant que se produit le réflexe qui détermine l'occlusion des paupières, l'œil a une tendance à se porter en haut et à cacher la cornée sous le rebord orbitaire supérieur.

Cette rotation de l'œil découvre une large bande sclérale inférieure et expose plus directement le muscle droit inférieur.

Le muscle peut être seulement contusionné, et il en résultera une parésie plus ou moins durable; on notera du strabisme et de la diplopie. Le muscle peut être rompu, soit dans sa portion charnue, soit dans sa portion tendineuse, ou déchiré en partie, ou désinséré de ses attaches sclérales: on aura la production des mêmes symptômes, mais la paralysie sera définitive.

Panas, dans des expériences auxquelles il s'est livré sur le cadavre (Impotence des muscles oculaires extrinsèques par traumatisme, *Archives d'ophtalmologie*, 1902, p. 229), pour déterminer le mécanisme de production des ruptures musculaires, a reconnu que l'agent vulnérant doit pénétrer assez profondément dans l'orbite pour qu'il s'insinue sous le tendon du muscle: dès lors, l'agent vulnérant continuant sa course et exerçant une traction d'arrière en avant, le tendon finit par céder. En procédant de la sorte sur le cadavre et sur un animal vivant, tel que le lapin, il est arrivé à rompre les fibres musculaires à une distance variable du tendon scléral. Si le muscle est en état de contraction, c'est le tendon qui cède le premier; si le muscle est en état de relâchement, ce sont ses fibres propres qui sont rompues.

En compulsant les observations publiées, de ruptures musculaires, Panas a trouvé que ce sont surtout les corps vulnérants, mousses et allongés, qui

sont les plus aptes à produire ce genre de blessures, principalement quand le coup est obliquement porté. Le fleuret sera donc une arme très susceptible de produire des ruptures musculaires: pour les 30 cas de ces lésions, que Panas a relevées dans la science, il en trouve cinq dues à des coups de fleuret.

Parmi celles-ci, celle de Bernardini (*Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. 18) mérite d'être citée :

Coup de fleuret dans l'orbite. La pointe pénètre vers la commissure externe des paupières, entre la paupière supérieure et le globe oculaire, suivant un trajet oblique de bas en haut et de dehors en dedans, contourne l'œil et, arrivée à l'angle interne de l'orbite, détache le muscle grand oblique, fracture l'unguis ainsi que l'apophyse montante du maxillaire supérieur et, en sortant de l'orbite, vient encore blesser le sourcil du côté opposé. Paupière ecchymosée et tuméfiée. Vers l'angle interne, existe un lambeau charnu appartenant au grand oblique, dont le tendon pend le long des paupières. Pas de vision du côté blessé. Excision du grand rotateur de l'œil, pansement, réunion de la plaie. Pas de vision 29 jours après l'accident.

Le diagnostic de rupture musculaire était, dans ce cas, plus que simple, puisque le muscle et son tendon faisaient saillie dans la plaie. Mais ce signe peut manquer. On soupçonnera la possibilité d'une lésion musculaire, si l'on se trouve en présence d'une paralysie bien localisée, si la blessure extérieure correspond nettement à la situation anatomique du muscle. « Le « diagnostic de rupture tendineuse ou « musculaire ne saurait être affirmé « que dans les seuls cas où, par suite « des dégâts visibles et d'une interven- « tion opératoire, on a la preuve que « le strabisme et la diplopie qui l'ac- « compagne, tiennent en réalité à une « pareille lésion. » (Panas, *loc. cit.*).

Dans les cas anciens, c'est par la persistance de la paralysie, la nature du strabisme et la diplopie, que l'on peut faire un diagnostic rétrospectif. L'observation d'Abadie (*Journal d'ophtalmologie*, janvier 1872) est intéressante à ce sujet :

M. X..., de Saint-Jean-de-Luz, me fait le récit suivant : il y a environ quatorze mois, s'amusant à faire de l'escrime, il reçut un violent coup de fleuret dans l'angle interne de l'œil droit. Hémorragie assez forte, chémosis, phénomènes inflammatoires passagers.

Quand le malade put regarder librement, il s'aperçut que les objets lui paraissaient doubles : l'œil était fortement dévié en dehors. Le blessé remarqua peu à peu que la distance qui séparait les images diminuait, et qu'au fur et à mesure aussi son œil était moins dévié. Cette amélioration progressa pendant cinq mois environ, puis, pendant huit mois, l'état resta stationnaire.

A l'examen, déviation de 3 à 4 millimètres V = 1 des deux côtés. Il s'agit probablement d'un décollement du tendon du muscle droit interne par l'extrémité du fleuret. Une tétonomie, faite sur le droit externe, amena une guérison complète.

Dans l'observation de Chevallereau, citée plus haut, nous avons vu un coup de fleuret sectionner le releveur de la paupière supérieure.

Le pronostic d'une lésion isolée d'un muscle est peu grave : la vision est le plus souvent complètement respectée.

Le traitement, lors d'une section ou d'une désinsertion nettement diagnostiquée, devra être chirurgical tout de suite : l'avancement du muscle sectionné, suivi du reculement du congénère de l'œil sain ou de la tétonomie du muscle antagoniste, en cas d'insuffisance de la première intervention, sera le traitement de choix.

Dans le cas où l'on peut penser qu'il s'agit seulement d'une impotence fonctionnelle par contusion du muscle, on peut commencer par l'électrisation, et, si elle ne suffit pas, recourir à l'intervention chirurgicale, dont il faut cependant se montrer très sobre dans le strabisme paralytique.

III. — Vaisseaux (*artères et veines*).

Presque toutes les blessures pénétrantes de l'orbite sont accompagnées d'exophtalmie, de suffusion sanguine des paupières et de la conjonctive, signes de la production d'un hématome amené par la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux de la loge intra-orbitaire. Ces vaisseaux, à parois minces et délicates, ont un trajet très sinueux au milieu du tissu cellulaire qui les entoure, et leur blessure est facile.

Souvent, ces hématomes sont peu dangereux par eux-mêmes, causant par compression une parésie passagère des nerfs intra-orbitaires : leur résorption se fait plus ou moins rapidement, ramenant la *restitutio ad integrum* du fonctionnement de l'œil et de sa musculature.

Il n'en est pas toujours ainsi, et fréquemment il se produit, sous l'influence de ces hématomes, les phénomènes que le médecin principal de la marine Cras a décrits en 1878, à la Société de chirurgie, sous le nom de « Cécité unilatérale par contusion rétro-oculaire », et que Beigneux a étudiés expérimentalement dans sa thèse (*De la contusion rétro-oculaire*, thèse de Montpellier 1888).

Or, le fleuret est pour ainsi dire l'instrument de choix pour la production des épanchements sanguins, dont la formation détermine les accidents de la contusion rétro-oculaire.

En expérimentant sur des lapins, dans l'orbite desquels il enfonçait violemment une lame de fleuret, soit au niveau de l'angle interne, soit au niveau de l'angle externe, Beigneux a constaté toujours à l'autopsie une hémorragie dans l'arrière cavité de l'orbite. Il existait ordinairement deux caillots : l'un formé en arrière de la glande lacrymale, entre le plancher de l'orbite et la membrane périostique; l'autre, dans la loge postérieure de l'orbite, derrière la glande lacrymale et en dedans, entre les muscles droit supérieur et externe et le nerf optique.

Cet épanchement entourait le moteur oculaire commun et le ganglion ophtalmique; il était dû à la rupture des vaisseaux ophtalmiques, le plus communément de l'artère lacrymale.

L'action exercée par ces épanchements sanguins, jointe à quelques lésions du côté du nerf optique, que Beigneux a constatées aussi et sur lesquelles nous reviendrons plus loin, explique la production des différents symptômes de la contusion rétro-oculaire que le Dr Cras définit :

« Les cas produits par l'introduction d'un corps contondant mousse, peu volumineux, entre le globe et l'orbite, sans désordres extérieurs trop considérables, entraînant la perte subite et irrémédiable de la vision, sans lésion du fond de l'œil, en même temps que surviennent l'exophtalmie, la dilatation de la pupille, l'augmentation de la tension oculaire. Ces derniers signes disparaissent rapidement, et au bout de quelques semaines se montre l'atrophie papillaire. »

Presque toutes les observations que citent Cras et Beigneux comme types de cette cécité unilatérale par contusion rétro-oculaire, se rapportent à des blessures par coup de fleuret. Les relater nous entraînerait trop loin ; il nous suffira d'en résumer une, la plus typique, toutes les autres paraissant calquées sur celle-ci :

Lag.., soldat au 4e d'infanterie de marine, pendant une leçon d'escrime, est atteint dans l'orbite droit, par l'extrémité boutonnée du fleuret de son adversaire. Perte immédiate de la vision. A l'hôpital on constate : léger gonflement de la paupière supérieure, taches ecchymotiques à l'angle interne des deux paupières qui sont mobiles. Globe oculaire exorbité, tension manifestement accrue. Suffusions sanguines sur la conjonctive. Pupille très dilatée, insensible à la lumière. Globe oculaire presque immobile. Vision nulle.

A l'examen ophtalmoscopique, la papille est normale, les membranes et les milieux sont intacts.

Au bout d'une semaine, le chémosis et l'exophtalmie diminuent, les mouvements de l'œil sont de plus en plus faciles. La mydriase s'atténue.

Vingt jours après, plus de traces d'inflammation; tous les mouvements de l'œil sont rétablis. A l'ophtalmoscope, pupille légèrement blanchâtre. V=0.

Trois mois plus tard, œil mobile dans tous les sens, mais la vision est nulle et l'examen ophtalmoscopique dénote une atrophie manifeste de la papille.

IV. — Nerfs moteurs.

Le plus fréquemment atteint sera évidemment l'oculo-moteur commun, puisque ses ramifications multiples l'exposent davantage. Le nerf pathétique est trop profondément situé dans l'orbite pour être lésé; le nerf de la quatrième paire est à couvert derrière le muscle qu'il innerve.

Ces lésions des nerfs moteurs, si directes, sont soit des sections, soit plutôt des contusions ou des élongations. Ce sont aussi des hémorragies dans les gaînes de ces nerfs. La blessure directe d'une ramification nerveuse est rare, du fait même de la gracilité de celle-ci; cependant, il est légitime de penser qu'un corps vulnérant de faible volume, comme une lame de fleuret brisé, pourra produire une section ou une lésion moins irrémédiable d'une branche nerveuse, sans provoquer des lésions dans les organes voisins ni des désordres considérables.

La branche ophtalmique du trifacial peut aussi être atteinte, comme les autres nerfs orbitaires et sa lésion, outre des troubles de sensibilité cutanée dans le territoire innervé par elle, peut amener des perturbations dans la nutrition cornéenne. Un exemple très curieux d'une blessure de ce genre nous a été communiqué par M. le prof. F. Lagrange (de Bordeaux), dans l'observation suivante :

M. L..., dix-neuf ans, de Bergerac, dans un assaut, reçut un coup de fleuret moucheté à la partie supéro-interne de l'orbite droit; pas de perte de connaissance, mais démarche titubante; il faut aider le blessé pour qu'il puisse rester debout. Céphalée intense. Vomissements. Pas de lésions du globe oculaire, vision bonne; paupières tuméfiées, parésie du muscle droit interne. Cornée un peu anesthésiée.

Trois jours après l'accident, opacité légère dans la moitié inférieure de la cornée, cette opacité augmente les jours suivants; dépoli, ulcération légère; les lavages entraînent les lames superficielles de la membrane. Pas d'hypopion.

L'opacité paraît s'éclaircir et l'ulcère marche vers la cicatrisation, quand la cornée est de nouveau envahie dans toute son épaisseur. Le malade est envoyé à Bordeaux. A son arrivée, un mois après la blessure, M. Lagrange constate : anesthésie complète dans toute la sphère du nasal, hypoesthésie dans la région du frontal. Anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive bulbaire : sensibilité légère sur la conjonctive palpébrale inférieure, supprimée sur la paupière supérieure.

Destruction de toute la partie inférieure de la cornée. Adhérences iriennes. Hypotonie. T—2. Perte complète de la vision.

Strabisme interne très accusé.

Les phénomènes de commotion cérébrale indiquent une atteinte des parties profondes de l'orbite, peut-être une fracture de la base du crâne. Il est possible que le fleuret ait pénétré très avant dans l'orbite, contusionnant ou lésant plus gravement la branche ophtalmique de Willis et l'abducens. L'hypothèse d'une contusion simple est plus probable, car, sous l'influence du traitement, les phénomènes morbides s'amendèrent grandement. Pendant un mois, deux fois par jour, des séances d'électrisation furent pratiquées, à courant continu de 10 milliampères pendant vingt minutes, avec le pôle négatif sous forme de cupule emboîtant l'œil et le pôle positif à la tempe.

Sous l'influence de ce traitement, le tonus de l'œil redevient normal et l'ulcération se comble laissant un large leucome adhérent.

Le strabisme paralytique est presque guéri : il ne reste plus qu'une gêne dans l'abduction extrême.

Dans une observation de Longchanpt que nous rapportons plus loin (VI. Fracture des parois), des troubles sont notés aussi que l'on peut attribuer à une atteinte de la branche ophtalmique de Willis.

Le diagnostic se posera d'après la direction de la blessure en rapport avec le trajet du nerf, les troubles de la motilité en rapport avec sa distribution anatomique, enfin l'absence de complications, comme celle d'un hématome, qui pourrait aussi déterminer une paralysie musculaire. Cependant, on ne doit pas se hâter de conclure de l'existence d'une paralysie isolée et limitée d'un nerf à une lésion de celui-ci : l'observation de Nuel (de Liège), relatée dans les *Annales d'oculistique* (T. 127, p. 218) est instructive à cet égard.

Dans cette observation, la paralysie du nerf oculo-moteur externe fut le seul symptôme d'une déchirure traumatique de l'artère carotide interne dans le sinus caverneux. Le trauma, fait avec une tige de ressort de parapluie en acier (nous pouvons assimiler assez logiquement la blessure faite par semblable objet à celle occasionnée par une lame de fleuret), avait produit un anévrysme artério-veineux et la rupture de celui-ci causa la mort subite du blessé plus de trois mois après l'accident. Le seul trouble noté pendant tout le temps de la survie avait été un strabisme interne avec diplopie; l'acuité visuelle était normale aux deux yeux, il n'y avait ni exophtalmie, ni gonflement quelconque.

(Nous publierons la fin de cette Revue dans notre prochain numéro.)

FAITS CLINIQUES

Deux cas de myopathie primitive progressive

Par M. le Dr Maurice Perrin de Nancy (1).

Les nombreux travaux consacrés, dans ces dernières années, aux myopathies primitives progressives, ont abouti, en même temps qu'à une classification en divers types cliniques bien déterminés, à la reconnaissance des liens qui les unissent entre eux pour former une seule maladie, au sens nosologique du mot. Mais que d'inconnues encore, particulièrement en ce qui concerne le mode de début de ces amyotrophies, les conditions dans lesquelles elles surviennent, les phénomènes morbides qui en sont la cause déterminante. C'est à titre de documents dans cette enquête, toujours ouverte, que j'apporte deux nouvelles observations cliniques.

Observation I

Myopathie primitive, forme juvénile d'Erb

R. T... est né le 9 juillet 1896. Ce petit *garçon* est amené à la consultation de la clinique médicale infantile de M. Haushalter, le 3 juillet 1903, à l'âge de *sept ans*. Son père, menuisier, âgé de trente-trois ans, est bien portant, mais il souffrirait parfois de « migraines ». La mère, de même âge, bien portante, est très émotive, sans stigmates d'hystérie; le père de cette femme était un alcoolique invétéré. L'enquête ne révèle aucune affection nerveuse dans la famille du père ni dans celle de la mère.

L'enfant est fils unique (il n'y a pas eu d'autre grossesse); il est né à terme après une grossesse sans incidents appréciables et un accouchement normal. Poids à la naissance : 4500 grammes. Il a été nourri au sein régulièrement jusqu'à l'âge de treize mois; le sevrage a été fait lentement et progressivement. L'intelligence s'est éveillée normalement. Les premières dents ont fait leur apparition à neuf mois; l'enfant a commencé à parler vers dix ou douze mois.

Il a marché *à l'âge de quinze mois* environ, mais, dès ses premiers pas, la mère a remarqué que cet enfant (qui se tenait bien tant qu'on l'a porté sur les bras) n'a pas eu un maintien normal, et surtout qu'il « était tout de suite fatigué. » C'est avec difficulté que l'enfant a appris à monter les escaliers, et cet exercice est resé difficile pour lui.

Rougeole normale à l'âge de trois ans.

La mère ne s'est pas rendu un compte exact des modifications qui ont pu se produire dans les masses musculaires; elle amène l'enfant pour demander con-

(1) Travail de la clinique de M. le professeur agrégé Haushalter.

seil au sujet de sa démarche anormale et de son maintien défectueux, et aussi d'un manque d'appétit datant de quelques semaines.

Etat actuel. — Taille, 109 cm. 1/2 (les statistiques donnent 113 centim. comme taille moyenne d'un enfant de sept ans). Poids, 17 kil. 650.

C'est un enfant d'apparence bien constitué; le visage est normal quoique un peu pâle (depuis quelques jours); la tête est bien conformée; le développement intellectuel est normal; rien de particulier aux organes des sens.

On est frappé, dès l'abord, par la démarche de l'enfant.

Vu de profil il présente une cambrure lombaire assez marquée avec projection du ventre en avant. La flèche de cette lordose est de 2 cm. 1/2. Dans la station debout il a les pieds écartés.

Dans la marche cet écartement des membres inférieurs et la position anormale du tronc persistent; il a une marche dandinante, déhanchée, avec projection latérale du tronc du côté de la jambe portante. Même démarche en courant. Si on lui fait monter un escalier, il est forcé de faire de grands mouvements latéraux et de déplacer ses bras pour s'en servir comme de balancier; il monte les degrés un à un en élevant toujours la jambe droite la première.

Couché sur le dos l'enfant ne peut s'asseoir; pour se relever, il se renverse d'abord sur le côté et, appuyé sur ses coudes puis sur ses mains, il se met à genoux; ensuite il arrive à poser à terre un pied, la jambe étant en extension, puis l'autre très écarté du premier; prenant point d'appui avec ses mains le long de ses membres inférieurs, il remonte alternativement l'une et l'autre main; il termine le mouvement par un brusque mouvement de reins. Pour ramasser un objet, après avoir écarté ses pieds, il prend également point d'appui de ses mains sur ses membres inférieurs; il peut cependant, en faisant un violent effort, se redresser sans cet appui.

Voici ce que montre l'examen des divers groupes musculaires :

Les muscles des gouttières vertébrales sont peu développées; le grand dorsal ne paraît pas atrophié; les muscles des fesses, des cuisses et surtout des mollets sont relativement développés : la circonférences de mollets, au tiers supérieur, est de 22 centim.; celle des cuisses, au tiers supérieur, de 29 centimètres Il y a une atrophie appréciable au niveau de la ceinture scapulaire : le trapèze est mince, les sus et sous épineux sont atrophies; les omoplates sont ailées, leur pointe s'écartant de 2 à 3 centim. du plan dorsal quand les bras tombent normalement le long du corps. Le sterno-cléido-mastoïdien paraît normal, ainsi que le deltoïde : celui-ci est même peut-être légèrement hypertrophié Les grands pectoraux sont petits, surtout le gauche. Il y a un léger aplatissement latéral du thorax Les bras sont peu développés. Les avant-bras sont normaux ainsi que les mains.

La force musculaire paraît conservée dans les muscles des membres inférieurs, des avant bras et des mains; elle est très diminuée dans les muscles du tronc et de la ceinture scapulaire, particulièrement dans les élévateurs des bras. Pas de contractions fibrillaires ni de réaction électrique de dégénerescence. Les réflexes sont en relation avec les affaiblissements musculaires

Les appareils viscéraux ne présentent aucune particularité, si ce n'est un manque d'appétit datant de quelques semaines et en relation avec une erreur d'alimentation. A signaler un arrêt dans la migration des testicules, le gauche étant mobile au pli de l'aine, le droit arrêté dans l'anneau inguinal.

On institue un régime alimentaire convenable et on prescrit 1 centigr. de cacodylate de soude pendant quelques jours, des bains salés et des frictions stimulantes.

L'enfant a été rencontré par nous au mois de septembre : il a retrouvé ses couleurs et son appétit; l'état de la musculature, sommairement examiné, est stationnaire. Au mois de novembre 1903, l'état est le même.

En résumé, il s'agit d'un garçon de sept ans présentant, avec la démarche caractéristique, une atrophie musculaire prédominant sur les muscles de la ceinture scapulaire et du dos. La marche lentement progressive de l'affection, l'âge auquel elle a débuté, la localisation et l'aspect des dystrophies musculaires, l'affaiblissement de la force dans quelques muscles dont les formes sont conservées, l'absence des symptômes qui caractérisent les altérations musculaires d'origine centrale, en un mot l'ensemble du tableau clinique nous font porter le diagnostic de myopathie primitive progressive. Ce cas rentre dans la variété connue sous le nom de type juvénile d'Erb, avec association à l'atrophie des muscles scapulaires et dorsaux d'une légère pseudo-hypertrophie des muscles des mollets et peut-être aussi des deltoïdes.

Le début apparent de l'affection remonte à l'âge de quinze mois, au moment où l'enfant a fait ses premiers pas, et elle n'a évolué qu'avec une extrême lenteur. C'est la difficulté de la marche et surtout de l'ascension des escaliers, en même temps que la facilité de l'enfant à se fatiguer qui ont attiré l'attention des parents.

Il n'y a pas eu d'autre cas analogue dans la famille du malade; quant aux manifestations nerveuses existant chez les parents, tout en méritant d'être signalées, elles sont beaucoup trop banales pour que nous puissions leur attribuer une réelle importance comme facteur étiologique de cette myopathie. On ne relève pour ce cas, comme pour beaucoup d'autres, aucune étiologie précise.

Observation II

Myopathie primitive, forme juvénile

Le second malade, un *jeune homme* âgé de *seize ans*, venant d'un village des environs, a été examiné pour la première fois au mois de mars 1901, par M. le prof. agrégé Haushalter et par moi.

Son père, cultivateur, âgé de cinquante ans, souffre d'une cardiopathie; la mère, du même âge, est bien portante; ils étaient *cousins germains*, étant enfants de deux frères. On répond négativement à toutes les questions relatives aux antécédents alcooliques probables chez le père, à une hérédité nerveuse ou à des antécédents myopathiques dans la famille. Le malade a quatre sœurs, respectivement âgées de trente, vingt-six, vingt-deux et vingt ans; l'aînée est mariée, sans enfants. Au dire de la mère, elles seraient très bien portantes, mais, d'après un de leurs voisins, « la deuxième fille aurait, comme son frère, une démarche dandinante très marquée, elle est cependant plus solide sur ses jambes que le jeune homme ; ces troubles auraient débuté chez elle à l'âge de dix ans, suivant de près une brûlure étendue du tronc par de l'eau chaude. Les autres filles se balancent un peu en marchant, mais beaucoup moins. » Dans des interrogatoires ultérieurs, la mère ayant persisté dans ses dénégations, il n'a pas été possible de savoir laquelle de ces deux versions est la vraie, mais on est tenté de croire plutôt le récit spontané de ce voisin.

Notre malade est né à terme, après une grossesse sans incidents et un accouchement normal. Il n'a pas eu de maladies dans sa première enfance. Il a marché à quinze mois comme ses sœurs, mais n'a parlé qu'à l'âge de quatre ans Il a appris difficilement à lire; son intelligence a été toujours en retard; il a pu, néanmoins, faire des études primaires.

A l'âge de huit ans, il a eu une grave brûlure de la peau de la jambe droite par de l'eau bouillante. La mère insiste sur cet accident, auquel elle rattache tous les troubles ultérieurs.

A l'âge de douze ans, ses parents l'ont mis en pension à Nancy, pour compléter un peu son instruction. On avait remarqué, un peu avant cette époque, qu'il se dandinait en marchant et qu'il « n'était pas aussi fort » que les autres enfants de son âge. On remarqua aussi qu'il tombe facilement et qu'il est maladroit de ses bras, particulièrement dans l'acte de jeter un objet.

Il est resté en pension jusqu'à l'âge de quinze ans, après quoi on l'a mis aux travaux des champs, mais il se fatigue très vite en travaillant, est inhabile et ne peut monter à cheval. C'est cette infériorité sur les autres jeunes gens qui décide la famille à recourir aux soins médicaux.

Etat en mars 1901. — Taille, 154 centimètres. Microcéphalie légère, front étroit, oreilles écartées; face un peu bestiale et air peu intelligent. Disproportion entre les organes génitaux externes (verge et testicule très développés) et le reste du corps, qui est cependant d'apparence robuste.

La charpente osseuse paraît normalement développée. La partie interne des muscles pectoraux est très aplatie, le chef occipital du trapèze est peu développé. Les sterno-cléido mastoïdiens sont normaux. Les sus et sous épineux sont aplatis, il y a un creux sus épineux très marqué. Le deltoïde est un peu atrophié, le grand dentelé paraît diminué, le grand pectoral normal. Muscles des gouttières vertébrales diminués, ensellure lombaire légère mais nette. Les muscles des membres supérieurs sont normalement développés, la force musculaire est égale des deux côtés, normale dans les mains. Les muscles du bassin et des cuisses sont d'apparence normale, sauf peut-être une légère atrophie de la région postérieure des cuisses. Les formes des jambes sont bien conservées.

Les réflexes sont normaux. L'examen électrique révèle une diminution des contractions, proportionnelle aux atrophies, sans réaction de dégénérescence.

On remarque la cicatrice de la brûlure, grande cicatrice gaufrée, sur les faces postérieure et externe du mollet droit, la face externe du genou et le tiers infé-

rieur de la cuisse. La cicatrice s'étend en bas, en s'atténuant presque sur le dos du pied.

La démarche est dandinante, balancement latéral du tronc du côté de la jambe portante. Le malade se couche à terre et se relève sans grande difficulté.

4 janvier 1902. — Le dandinement a augmenté légèrement. Le malade se tient debout les jambes écartées, il se plaint de se fatiguer facilement, « il ne se sent pas solide. » L'ensellure lombaire est plus marquée, avec accentuation du rejet des épaules en arrière et inclinaison légère de la tête en avant.

Les grands pectoraux présentent un méplat très net; les deltoïdes sont plus atrophiés, ainsi que les muscles du dos; il y a un aplatissement sacro-lombaire bien marqué. Les muscles fessiers ont diminué, creux rétrotrochantérien très net. La partie supérieure des cuisses paraît amoindrie, surtout dans le groupe des muscles postérieurs, d'où une forme cylindrique de ces segments de membre. Les mensurations ne montrent cependant pas de diminution par rapport à l'année précédente; l'accroissement général de la taille s'accompagne donc de développement inégal des divers groupes musculaires. Les mollets ne se sont pas modifiés, non plus que les bras.

Couché à terre, le malade en se relevant est obligé de prendre point d'appui sur ses membres inférieurs avec ses mains. Il peut encore ramasser un objet posé à terre.

C'est parce qu'il tousse un peu depuis quelque temps qu'on me l'amène aujourd'hui; il ne crache pas. L'examen révèle une légère résonnance de la voix avec exagération des vibrations et expiration un peu prolongée au sommet droit. L'appétit est excellent, l'état général est bon.

7 février 1903. — L'état du malade est resté le même. Il se dit plus satisfait de ses bras mais non de ses jambes. Il se dandine comme l'année dernière. Les méplats des pectoraux paraissent s'être exagérés, les omoplates sont nettement ailées. Les mensurations révèlent un accroissement de tous les muscles en rapport avec la croissance du malade, mais, depuis l'année dernière, les cuisses paraissent s'être davantage atrophiées et les mollets, au contraire, avoir augmenté plus que les autres groupes musculaires.

Mensurations en centimètres

	1901	1902	1903
Partie moyenne du bras gauche	24	25	26
Partie moyenne du bras droit	24	25	26
Tiers supérieur de l'avant-bras gauche	23	25	26
Tiers supérieur de l'avant-bras droit	23	25	25 1/2
Tiers supérieur de la cuisse gauche	39	41	40
Tiers supérieur de la cuisse droite	39	41	40
Circonférence maxima du mollet gauche	31	31 1/2	32 1/2
Circonférence maxima du mollet droit	31	31 1/2	33

Le malade se plaint d'être réveillé par une toux sans fièvre ni sueurs toutes les nuits, entre 2 et 4 heures du matin; il a une expectoration assez fréquente de crachats habituellement blanchâtres; une fois ces crachats ont été striés de sang. Au sommet droit, expiration légèrement soufflée en avant, avec submatité sous la clavicule et matité dans la fosse sus-épineuse, résonnance de la voix et exagération des vibrations. A gauche, sonorité normale avec expiration prolongée et légère résonnance dans la fosse sus-épineuse. L'état général est resté bon.

En résumé, il s'agit d'un jeune homme de seize ans, cinquième enfant issu d'un mariage consanguin, atteint de myopathie primitive progressive se rattachant par son allure générale à la forme juvénile d'Erb. Les symptômes ont été remarqués vers l'âge de onze ans. Le malade présente, en outre, des stigmates de dégénérescence et un arrêt appréciable du développement intellectuel, comme cela a été signalé assez souvent dans des observations de myopathies débutant dans l'enfance ou l'adolescence.

Nous avons ici, comme condition étiologique intéressante, la consanguinité des parents. Il est probable, d'ailleurs, que ce cas n'est pas isolé dans cette famille : malgré les dénégations de la mère, je suis porté à croire qu'une, au moins, des sœurs du malade, est atteinte de myopathie. Il est regrettable que je n'aie pu voir les filles pour contrôler les dires relatifs à leur état de santé. Quant à la brûlure que la mère incrimine comme cause des troubles musculaires, son rôle est loin d'être démontré.

Le pronostic de l'affection, chez ce malade, me paraît devoir être réservé actuellement, parce que l'amyotrophie a progressé depuis que nous l'observons et aussi en raison du début d'une affection pulmonaire qui a les allures d'une localisation tuberculeuse; jusqu'ici celle-ci a une marche torpide, comme cela s'observe souvent chez des malades vivant auprès d'animaux de l'espèce bovine qui ont pu les contagionner. Mais il faut tout en redouter pour l'avenir, surtout si, par les progrès de la myopathie, le malade était condamné à rester confiné à la maison au lieu de vivre beaucoup au grand air, comme il le fait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier

Erreurs de diagnostic dues à l'appendicalgie

M. Guinard. — Dans notre dernière séance, je vous ai entretenus de la douleur qu'un certain nombre de malades ressentent au niveau de l'appendice, et que l'on rapporte à la lésion d'un autre organe. Je vous en ai cité des cas chez des sujets porteurs de hernies et de fibromes, et qui n'avaient été débarrassés de leur appendicalgie qu'après l'ablation de l'appendice.

J'ai observé la même douleur fixe au-dessous du point de Mac Burney, sur des malades atteintes de kystes de l'ovaire qui, en général, sont par eux-mêmes indolents. J'ai, en effet, trouvé des appendices malades ou adhérents, et c'est à eux que devait être rapportée la douleur. De même, dans les cas d'ovarite scléro-kystique et dans un certain nombre d'annexites, l'appendice est en même temps malade, et c'est lui qui doit être incriminé.

Dans deux circonstances, il s'agissait de femmes atteintes d'ectopie rénale. J'ai fait une fois la néphropexie sans résultat; les douleurs ont reparu peu de temps après l'opération, et amené alors à supposer, d'après le siège de la douleur, que l'appendice pouvait être en cause; je l'ai mis à découvert et j'ai trouvé qu'il était volumineux; sa muqueuse était parsemée de points rouges; son ablation a été suivie de guérison. Chez ma seconde malade, la néphropexie n'a pas été suivie de succès, et actuellement elle a été très nettement de l'appendicalgie.

Les affections des organes génitaux exposent également aux mêmes erreurs. J'ai vu la douleur persister après deux colpopérinéorraphies, et ne disparaître qu'avec l'ablation de l'appendice, qui était malade ou adhérent. Il en a été de même dans trois cas de métrite et de métro-salpingite, l'un observé chez une jeune fille, le deuxième chez une femme de trente-quatre ans, qui avait subi, en l'espace de plusieurs années, le curettage, l'amputation du col, le raccourcissement des ligaments ronds, et qui allait être néphropexiée lorsqu'une crise d'appendicite a donné la vraie raison des douleurs. Quant à la troisième malade, elle présentait une masse indurée dans le cul-de-sac latéral prise pour de l'annexite. Je l'ai opérée et, après avoir constaté l'intégrité de l'utérus et des annexes, j'ai reconnu que cette masse était constituée par l'épiploon qui enserrait l'appendice; dans la cavité de ce dernier se trouvait du liquide purulent et sa muqueuse était ulcérée.

Il est encore d'autres affections, la dysménorrhée, la cholécystite, etc..., que l'on a mentionnées comme causes de la douleur, alors qu'elle est d'origine appendiculaire. De tous ces faits, je conclus qu'il y a lieu de penser à l'appendice, et souvent l'on rapportera à sa véritable cause la douleur que l'on est tenté d'attribuer à une lésion concomitante.

A propos de la palatoplastie

M. Broca. — Il y a quelques semaines, M. Hermann nous a entretenus de son procédé de palatoplastie en deux temps. Les raisons qu'il a données, en réponse à plusieurs observations de M. Sébileau, ne m'ont pas convaincu que ce procédé fût supérieur à la palatoplastie en un temps.

Au point de vue de la mortalité, si l'on examine les différentes statistiques, celle de Julius Wolff, en particulier, qui compte près de 300 cas d'enfants opérés entre trois et cinq ans, on voit que cette mortalité est de 7 %. Avec l'opération en un temps on sait également que, sur ces tous

jeunes enfants, la mortalité est plus considérable qu'à un âge plus avancé.

Quant à la question de réussite des sutures, elle ne paraît pas différer beaucoup d'après les divers procédés. On a comme résultat 70 % de succès; dans 30 % environ une opération secondaire est nécessaire.

Quel est, d'autre part, le résultat que fournissent l'opération précoce et l'opération tardive en ce qui concerne le langage? Il est peu différent; d'ailleurs, un certain nombre d'autres facteurs entrent en jeu dans la circonstance. En résumé, je crois qu'il y a intérêt à simplifier, autant que possible, l'opération qui peut être faite rapidement et sans éclairage artificiel, comme cela a été recommandé.

M. Sébileau. — Je ne suis pas partisan de l'opération sur les jeunes enfants; il vaut mieux attendre l'âge de sept ans. Le succès est plus assuré, les complications moins fréquentes; quant au langage, il varie en raison de conditions mécaniques particulières, mais il dépend surtout de l'éducation. Si l'éclairage artificiel n'est pas absolument nécessaire, il est cependant avantageux.

M. Delbet. — Comme nos collègues Broca et Sébileau je reste partisan de l'opération en un temps que je pratique telle que me l'a enseignée mon maître, Trélat. Pour le résultat phonétique, il faut savoir que la précocité de l'opération ne présente pas d'avantages et même qu'elle peut être nuisible, car à cet âge ils obéiront moins facilement aux recommandations de corriger leurs habitudes. Si le langage varie suivant les individus, je crois que cela tient beaucoup au degré de longueur et de musculature du voile du palais. Quand l'un et l'autre sont bien développés ont peut annoncer que l'enfant parlera bien.

M. Broca. — Peut-être y a-t-il quelques réserves à faire à ce point de vue, pour ne pas exposer à des déceptions?

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu

M. Tuffier. — M. Letoux, de Vannes, a recueilli cette observation sur un homme de trente ans. Ce malade avait fait une chute à l'âge de huit ans sur la région temporale. On n'observa d'abord aucune tuméfaction et ce n'est qu'à quinze ans qu'on s'aperçut que la région commençait à bomber; la tuméfaction offrait alors le volume du petit doigt, qu'elle conserva jusque dans ces derniers temps. Puis elle s'accrut tout à coup et prit alors un accroissement énorme. Notre confrère ayant constaté qu'il s'agissait d'un anévrysme cirsoïde en a fait l'ablation, suivie d'autoplastie et de guérison.

M. Delbet. — J'ai eu l'occasion de voir un malade qui paraissait atteint d'une semblable tumeur, dont le volume avait doublé celui de la tête. Il y avait du thrill et un souffle continu, tel que j'avais pensé à un anévrysme artério-veineux. Or, à l'autopsie, nous avons noté que c'était un sarcome.

Présentations

M. Championnière. — *Radiographie de fracture du radius* due à la mise en mouvement d'un moteur.

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier.

M. Merklen, à l'occasion du procès-verbal et de sa communication à la dernière séance (*Bulletin médical*, n° 4, p. 33) signale et résume le travail, sur le même sujet, du médecin russe Kostkevitch, travail qui a été analysé dans notre avant-dernier numéro et dont M. Merklen n'avait pas connaissance. A part quelques différences peu importantes, l'auteur français et l'auteur russe soutiennent la même thèse, à savoir que la résorption des œdèmes chez les artério-scléreux s'accompagne parfois de phénomènes cérébraux et coïncide souvent avec une insuffisance rénale.

Fièvre typhoïde chez un diabétique terminée par des hémorragies intestinales foudroyantes

Sous ce titre, MM. **Marfan** et **Iscovesco** communiquent l'observation d'un homme de trente-cinq ans, qui avait eu, suivant toutes probabilités, une fièvre typhoïde bénigne à douze ans, et qui, trois ans après, fut pris d'une glycosurie énorme (entre 100 et 150 grammes de sucre *pro die*).

Il y a un an et demi, il fit une nouvelle fièvre typhoïde. Séro-diagnostic positif — avec agglutination assez faible — et tous les symptômes classiques. Pas de délire. Le sucre se maintint entre 40 et 50 grammes pendant les dix-sept jours que dura la première poussée de la maladie.

Au 18e jour, chute de la température qui tombe à 37. La convalescence paraissait commencer et on croyait le malade hors de danger, lorsqu'une rechute se produisit presque immédiatement, sans cause appréciable. Au quatrième jour survinrent des hémorragies intestinales répétées, très abondantes, contre lesquelles échouèrent les injections de sérum gélatiné, les injections sous-cutanées d'ergotine et tous les moyens classiques. Une dernière hémorragie, représentant 1 à 5 litres de sang, emporta le malade.

M. Renon a rapporté récemment une observation analogue de fièvre typhoïde chez un glycosurique, avec mort par hémorragie intestinale foudroyante. Les deux faits sont intéressants.

M. Marfan et son interne **M. Ménard** communiquent la statistique du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1903.

M. Vincent (Val-de-Grâce) communique à la Société la note que nous avons résumée dans notre précédent numéro, au compte rendu de la Société de biologie, sur l'« Influence du régime alimentaire hyper ou hypochloruré sur le chimisme stomacal. »

J. J.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'alcool nuisible aux uns, utile aux autres

Par E. DEVAUX

Médecin-major de 1re classe des colonies

Dans une séance plénière récente (14 décembre 1903) des Sociétés de médecine de Paris, médico-chirurgicale et de médecine et de chirurgie pratiques, les conclusions au sujet de l'alcool, considéré au point de vue alimentaire et médicamenteux, n'ont guère été favorables à cette boisson. L'alcool, somme toute, d'après ces conclusions, est un ennemi qui tue les individus et les races; « la plupart des stigmates qui caractérisent la dégénérescence humaine, dit le Dr Roubinovitch, au double point de vue physique et psychique, est l'œuvre de l'alcool-poison héréditaire. » Les conclusions de M. Bardet, pour être moins sévères, n'en sont pas moins péremptoires : « L'effet nocif de l'alcool, dit-il, est démontré par les statistiques des compagnies d'assurance anglaises, qui ont trouvé 80 % de mortalité chez les tempérants, et seulement 55 chez les abstinents. »

Devant de telles conclusions, le procès de l'alcool paraît bien définitivement jugé : l'alcool mérite d'être condamné, irrévocablement condamné. Certes, une telle sentence parait pleinement justifiée, mais peut-être me sera-t-il permis de plaider pour l'accusé quelques circonstances atténuantes. Ne se pourrait-il pas, en effet, que l'alcool fût parfaitement nuisible aux uns, presque indifférent à un grand nombre, et utile aux autres? Avant de soutenir une pareille thèse, il est bien entendu que je ne parle que de l'alcool pris en quantités modérées, et non d'une façon abusive; car, les abus, comme le fait si judicieusement remarquer M. Bardet, ne doivent pas nous rendre injustes. Si on abuse de la suralimentation, elle peut conduire, elle aussi, à de véritables désastres, comme l'alcool absorbé à dose excessive conduit à des désastres.

Notons, tout d'abord, les conclusions de M. Roubinovitch : « tous les alcools, dit-il, sont des poisons diffusibles et irritants, qui excitent en congestionnant, pervertissent en déshydratant et affaiblissent en détruisant. Dans tous les organes et appareils de l'homme, la congestion, premier effet des alcools, a pour conséquence finale la sclérose. »

Il y a là un résumé très remarquable des actions de l'alcool sur l'organisme, mais ces actions sont montrées, si je puis ainsi dire, sous leur mauvais jour. Le

sel marin, lui aussi, est, quoique à un degré moindre, diffusible et irritant; il excite en congestionnant (témoins les yeux rougis par les larmes), il déshydrate... et pourtant il ne vient à l'idée de personne de déclarer le chlorure de sodium un poison. Sans le chlorure de sodium nous ne pourrions pas vivre, c'est un des agents qui maintiennent l'équilibre osmotique de nos cellules, et cet équilibre osmotique est absolument nécessaire pour le maintien des fonctions vitales. C'est qu'une cellule vivante quelconque, placée dans un milieu trop pauvre en substances osmotiques, subit une dilution excessive de son protoplasma qui la tue; ou bien, n'étant plus excitée à des dédoublements intérieurs par la presence d'une solution plus ou moins concentrée, elle n'a plus qu'une nutrition et une vitalité ralenties; l'organisme a donc besoin d'agents déshydratants. Et, d'ailleurs, les faits ont démontré qu'une cellule résiste mieux à la déshydratation ou hypohydrose qu'à l'hyperhydrose. Notons, à ce propos, que les tempéraments secs (les herpétiques de M. Lancereaux) fournissent les cas les plus remarquables de longévité; être herpétique, avoir un tempérament sec, un organisme où la tension osmotique des cellules est relativement élevée, c'est posséder, en quelque sorte, un brevet de longue vie (1). Or, l'alcool relève la tension osmotique cellulaire, justement à cause de ce pouvoir déshydratant dont parle M. Roubinovitch; cela ne donne-t-il pas à penser qu'il peut être utile, précieux même, dans les cas, et ils sont nombreux, où la tension osmotique cellulaire a constamment tendance à s'abaisser?

Certes, les arthritiques, les hypertendus de M. Huchard, ont un organisme à minéralisation élevée: ils présentent une tension osmotique cellulaire excessive; leurs tissus, plongés dans un milieu osmotique relativement trop élevé, sont constamment en lutte pour maintenir leur équilibre isotonique, et cette lutte, incessamment renouvelée contre la déshydratation, contre la dessication, aboutit à la sclérose; l'arthritisme, à cause de ce fait, est la diathèse sclérogène par excellence. D'autre part, l'alcool est sclérogène aussi; il en résulte qu'un arthritique qui devient alcoolique est fatalement voué, à bref délai, à toutes sortes de scléroses organiques; par conséquent, pour l'arthritique, l'alcool est nuisible, funeste, c'est un poison, et ce poison est d'autant plus dangereux qu'il est pris à plus haute dose ou à doses fréquemment répétées, ou bien que la tare diathésique est plus marquée. Mais, il faut bien le dire, si le nombre des arthritiques est incalculable, tout le monde n'est pas arthritique et, parmi ceux qui le sont, il en est un certain nombre chez qui le tempérament se rapproche singulièrement de la normale!

D'autre part, il est des gens, les scrofuleux, chez qui la tension osmotique cellulaire est relativement basse, où la minéralisation est peu élevée, où les échanges osmotiques sont remarquablement lents; ce sont les gens mous, à tempérament humide, pourrait-on dire, à réactions lentes, à énergie vitale faible, à solidarité organique inférieure. De tels tempéraments se trouvent parfaitement bien de la médication chlorurée sodique forte, des bains sursalés comme ceux de Salins, de Moutiers, ou de Salies-de-Béarn, parce que cette médication relève la tension osmotique cellulaire. Est-il donc illogique de penser que chez de tels individus, l'alcool, pris à table, sous forme de vins plus ou moins généreux, agit comme un véritable tonique? L'alcool déshydrate! mais justement, les tissus des scrofuleux sont plongés dans un plasma relativement dilué; dès lors, n'est-on pas en droit de considérer, chez les scrofuleux, l'alcool comme un véritable remède? est-il indiqué de leur interdire, de parti-pris, l'usage d'une telle substance?

En conséquence, si je ne me trompe point, l'alcool pourrait être systématiquement interdit aux arthritiques, mais il pourrait, systématiquement aussi, être prescrit aux scrofuleux. Hâtons-nous d'ajouter, toutefois, qu'à notre sens, il ne serait sans doute pas sans dangers de révolutionner les organismes; la suppression radicale et brusque des boissons alcoolisées, chez un individu arthritique qui est habitué à en user quotidiennement, pourrait être suivie d'accidents plus ou moins graves; de même, alcooliser rapidement un scrofuleux, sous prétexte de le déshydrater, d'augmenter sa tension osmotique cellulaire, de le tonifier, ne serait-ce pas causer un préjudice plus ou moins considérable à cet individu? L'analogie, d'ailleurs, me semble grande entre l'arthritique et le poisson de mer, ou bien entre le scrofuleux et le poisson d'eau douce; dans le premier cas, il s'agit d'un organisme où les cellules sont habituées à vivre en milieu relativement concentré; dans le deuxième cas, au contraire, les cellules sont habituées à vivre en milieu peu minéralisé. Mais, de même qu'il est dangereux d'essayer de faire vivre brusquement, en eau douce, un poisson de mer, ou, inversement, un poisson d'eau douce en eau de mer, de même, il semble dangereux de supprimer brusquement, aux arthritiques, un puissant agent d'osmose comme l'alcool, ou d'administrer brusquement, à doses relativement fortes, ce même agent à des scrofuleux. Tout tempérament, en effet, est une résultante des actions lentes d'habitudes organiques, et c'est lentement qu'on peut refaire un tempérament.

(1) Beaucoup d'herpétiques sont d'une sobriété extraordinaire, l'abstinence leur est particulièrement facile; si donc, ce qui n'est pas improbable, parmi les abstinents de la statistique anglaise que nous citions tout à l'heure, il y a un grand nombre d'herpétiques, la moindre mortalité pourrait être attribuée non à l'abstinence, mais à l'herpétisme.

DÉPARTEMENTS

L'avenir des opérés de péritonite tuberculeuse

Que deviennent les opérés de péritonite tuberculeuse?

M. Guelliot apporte au débat neuf opérations personnelles bien complètes, c'est-à-dire constamment suivies depuis l'opération.

La première concerne une jeune fille de seize ans, chez laquelle l'opération n'a pu arrêter l'évolution rapide d'une tuberculose aiguë; elle succomba le quatrième jour. La seconde opérée n'a survécu qu'un mois.

Les sept autres laparotomisés sont sortis de l'hôpital ou de la clinique en très bon état et si on ne les avait pas suivis, on aurait pu croire à autant de guérisons « définitives. » Or, quatre ont succombé après une guérison « apparente » de trois mois à deux ans. Ces quatre opérés ont tous été emportés par une poussée nouvelle de tuberculose, intestinale dans un cas, pulmonaire dans les trois autres.

Des trois malades qui vivent encore aujourd'hui, la première n'est opérée que depuis dix-huit mois: les auteurs la citeraient comme exemple de guérison « définitive ». M. Guelliot dit que ce qu'il a vu le force à plus de modestie.

La seconde jouit depuis sept ans d'une santé florissante, elle peut être regardée comme bien guérie. Il en est de même de la dernière opérée depuis dix ans.

En 1894 M. Guelliot écrivait:

« La péritonite bacillaire s'arrête habituellement par le lavage du péritoine et la guérison peut être durable si d'autres organes, intestins ou poumons, ne sont pas encore atteints; la laparotomie est indiquée quand l'état général s'aggrave ou qu'il reste stationnaire. Elle a, sur la ponction suivie de lavage, l'avantage de permettre la destruction des adhérences, l'exploration digitale de la cavité péritonéale, son lavage plus parfait, et aussi l'exposition des lésions tuberculeuses à l'air, facteur qui paraît jouer un certain rôle dans leur régression. »

Aujourd'hui, il ajoute que, d'avoir suivi ses opérés, il a acquis la conviction:

Que la guérison « opératoire » est la règle;

Que, pendant les premiers mois qui suivent, des malades sont menacés par des récidives, et plus encore par des poussées tuberculeuses, surtout du côté des poumons et de la plèvre;

Qu'il ne faut donc pas parler de guérison « définitive » avant plusieurs années; mais que celle-ci est possible, surtout dans la forme génitale et ascitique des jeunes sujets. (*Union médicale du Nord-Est*, 15 janvier 1904).

Effets des rayons X sur les tumeurs malignes

M. Bergonié a rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux

(15 janvier 1904), les observations de deux malades atteintes de cancer de sein, qui ont été soumises à deux séries de douze séances de rayons X.

Dans le premier cas, qui a trait à une femme de cinquante-cinq ans, il existait une ulcération de 7 centimètres sur 4 environ, avec un champignon saillant volumineux. De cette ulcération s'écoulait un liquide ichoreux fetide, extrêmement abondant. Masses ganglionnaires volumineuses dans l'aisselle et dans le creux sus-claviculaire. Du côté malade, le bras est œdématié; le moindre mouvement détermine une douleur très vive. On note aussi une toux coqueluchoïde fréquente, avec dyspnée intense. Amaigrissement et teint cachectique très prononcés. Les séances, d'une durée de cinq à quinze minutes, ont été faites tous les jours d'abord, puis deux et trois fois par semaine. A la suite du traitement, les ganglions ont notablement diminué de volume et la cicatrisation de l'ulcération est complète. L'état général s'est fort amélioré; la toux a disparu, et cette amélioration se maintient, malgré la suspension des séances, depuis deux mois.

La deuxième malade est une femme de quarante-neuf ans, à hérédité cancéreuse très chargée, chez laquelle le traitement, appliqué comme précédemment, a permis d'obtenir la diminution des ganglions et la cicatrisation d'une ulcération d'une dimension à peu près égale à celle de l'autre malade.

Dans ces deux cas, les rayons X ont été très nettement favorables.

Le genou dans la coxalgie

MM. Latarjet et **Doraux**, internes des hôpitaux, ont publié dans le *Lyon Médical* (1904, n°s 2 et 3), sur cette question, un travail qui se résume dans les conclusions suivantes :

a) La gonalgie *statique* doit être traitée par le repos, par une immobilisation rationnelle.

La gonalgie *inflammatoire* réclame le traitement de l'état général, et un traitement local par les révulsifs, vésicatoire, pointes de feu, etc.

b) L'immobilisation du coxalgique doit être faite avec les précautions suivantes :

1° Si l'*extension mécanique au lit est pratiquée*, elle ne doit porter que sur l'extrémité inférieure du fémur, la poulie de réflexion doit être placée sur un plan horizontal parallèle à celui qui passe par l'articulation du genou ;

2° Si le membre inférieur est placé *dans un appareil plâtré ou silicaté* :

a) Veiller que la jambe ne soit pas hyperétendue sur la cuisse ; fléchir même légèrement la jambe sur la cuisse ;

b) Veiller à ce que l'appareil ne laisse aucun jeu latéral ou antéro-postérieur (silicate) à l'articulation du genou ;

c) Dans l'intervalle qui sépare la pose des appareils, masser légèrement l'articulation du genou, et les groupes musculaires qui prennent insertion sur elle.

De la myomectomie sur l'utérus gravide

Le professeur agrégé **Condamin** a fait sur ce sujet, à la Société de chirurgie de Lyon, une communication qui peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les indications de la myomectomie doivent être tirées surtout de l'état gravide de l'utérus, quand celui-ci s'accompagne de phénomènes extrêmement douloureux et persistants ;

2° Quand la situation du fibrome paraît incompatible avec un accouchement normal, il faut intervenir le plus tôt possible pour éviter les risques d'avortements causés par la presence de ce fibrome et surtout les complications possibles au moment de l'accouchement ;

3° Quand la présence d'un fibrome aura déterminé un ou plusieurs avortements, l'indication d'une telle opération se posera d'une façon très légitime ;

4° En dehors de la grossesse, le simple désir de la femme de conserver sa capacité maternelle sera suffisant au-dessous de trente-huit à quarante ans pour faire accepter cette intervention.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Des hémorragies ovariennes

M. E. Rousseau (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 17 déc. 1903) apporte une contribution intéressante à l'étude, si incomplète encore, des hémorragies ovariennes, dont la plupart des traités classiques de gynécologie ne parlent que d'une façon accessoire.

Ces hémorragies, dit l'auteur, surviennent dans deux conditions : elles constituent une complication d'une néoplasie ou d'une tumeur ovarienne préexistante, ou bien elles se produisent dans des ovaires non néoplasiques.

Les hémorragies provenant des tumeurs ovariennes sont de deux ordres : celles qui naissent dans les tumeurs malignes et qui sont, pour ainsi dire, constantes dans ces tumeurs, et celles qu'on observe dans les kystes de l'ovaire.

Dans les kystes de l'ovaire on constate, très souvent, de petites hémorragies qui communiquent au liquide son aspect foncé parfois chocolat. Elles n'ont pas grande importance.

Mais on constate parfois, dans les kystes de l'ovaire, des hémorragies très graves, de véritables apoplexies pouvant compromettre l'existence. Ces apoplexies, complications des kystes ovariens, se produisent par rupture vasculaire, sans cause bien déterminée. Parfois, cependant, on peut les attribuer à une torsion du pédicule du kyste, torsion qui amène la compression des vaisseaux, en particulier des veines, d'où *congestion passive* et extravasation sanguine.

Plus intéressante encore et moins connue est la deuxième catégorie d'hémorragies provenant d'ovaires non néoplasiques. Ici aussi on rencontre de petites hémorragies fréquentes sans importance, mais il arrive qu'il se produit, dans des ovaires paraissant absolument sains, des hémorragies abondantes, de véritables apoplexies qui peuvent aller jusqu'à l'éclatement de l'organe.

L'auteur relate trois cas de ce genre, dont deux ont déjà été décrits (l'un par M. Depage, l'autre par M. Hanecart); le troisième, observé par M. Rousseau lui-même, est encore inédit.

Cette dernière observation concerne une femme, âgée de trente-sept ans, n'ayant jamais fait de fausse couche, et dont les règles ont toujours été normales auparavant.

Il y a quelques mois, trois jours environ après l'apparition du flux menstruel, la malade a ressenti subitement une douleur vive dans la région hypogastrique et dans le flanc droit, avec irradiations douloureuses vers la fesse et la face postérieure de la cuisse droite. Les règles ont continué à s'écouler normalement, et, trois ou quatre jours après, la crise douloureuse était terminée. Depuis lors, des crises semblables ont reparu tous les deux mois environ, et duraient chaque fois quatre à cinq jours. Il y a environ deux mois, une péritonite s'est déclarée dans toute la portion sous-ombilicale, et les soins médicaux, qui ont duré environ cinq semaines, n'ont atténué que faiblement les douleurs ressenties par la malade. Lors de l'examen, la malade se plaint de douleurs intermittentes, à caractères paroxystiques, localisées dans la région hypogastrique, dans la fosse iliaque droite, s'irradiant vers la fesse et la partie postérieure de la cuisse droite. De plus, elle accuse de la constipation et des douleurs abdominales au moment de la défécation. Les dernières règles étaient terminées depuis quinze jours.

A l'inspection, le ventre est un peu augmenté de volume, surtout au niveau du pubis.

La palpation est douloureuse dans la région hypogastrique, où l'on sent une tumeur dure, du volume du poing, peu mobile.

La percussion donne de la matité au niveau de cette tumeur.

Au toucher, le col est normal, refoulé en avant, tandis que le corps est en rétroversion; on perçoit, dans le cul-de-sac antérieur, l'existence d'une tumeur arrondie du volume du poing, rénitente et légèrement mobile.

L'examen des divers organes et de l'urine ne donne rien de particulier.

On porte le diagnostic de tumeur ovarienne avec hémorragie et la malade subit une ovaro-salpingectomie. Elle sort guérie au bout de dix-huit jours.

Examen de la pièce. L'ovaire est considérablement augmenté de volume, à surface kystique par places; à la coupe, on n'y retrouve plus l'aspect normal; une abondante hémorragie interstitielle semble avoir désorganisé son tissu. La trompe est fortement dilatée et remplie de caillots sanguins. Les tissus péri-ovarien et

salpingien sont également infiltrés de sang.

Il est à remarquer que dans cette observation, comme dans les observations analogues de MM. Depage et Hannecart, l'hémorragie s'est produite au moment des règles, donc elle était due à une véritable *congestion active* de l'ovaire.

Tétanos guéri par les injections sous-cutanées de substance cérébrale

Aux faits, fort peu nombreux encore, de guérison du tétanos par l'injection sous-cutanée de pulpe cérébrale, il convient d'ajouter le cas suivant observé par M. P.-N. Pavlov (*Vratchébnaya Gazeta*, 1903, n° 49).

Il s'agissait d'un terrassier, présentant des excoriations aux membres inférieurs, qui fut pris d'un tétanos des plus violents, après avoir travaillé, pieds nus, à creuser un fossé. On lui injecta, sous la peau de l'abdomen, 10 grammes de substance cérébrale de mouton délayée dans 30 gr. de solution physiologique de chlorure de sodium. Cette injection eut pour effet de diminuer d'une façon manifeste la rigidité des membres inférieurs et les contractions des muscles du dos; elle rendit en même temps la déglutition moins difficultueuse. Après une seconde injection pareille, faite deux jours plus tard, les symptômes tétaniques s'amendèrent encore davantage. Une troisième injection, pratiquée trois jours plus tard, amena la guérison définitive.

Il faut dire que la première injection avait provoqué la formation d'un abcès qui fut incisé.

Guérison d'une sciatique rebelle par les injections d'atropine à haute dose

M. A.-M.-A. Wessinger (*Amer. Med.*, 1903) relate un fait de guérison d'une sciatique, ayant résisté à tous les traitements employés antérieurement, par les injections d'atropine à haute dose suivant la méthode de Felt. M. Wessinger commença par injecter à son malade, à 10 centimètres environ au-dessus du genou, 2 milligrammes de sulfate d'atropine. Un quart d'heure après survinrent les signes d'une intoxication atropinique légère, tels que sécheresse de la gorge, mydriase, rougeur de la face, hallucinations visuelles et auditives, agitation et tachycardie (130 pulsations par minute). Ces phénomènes se dissipèrent au bout de vingt-quatre heures, mais la douleur sciatique persista. Une seconde injection, cette fois de 2 milligr. 1/2 d'atropine, fut pratiquée deux jours après la première. Les symptômes d'intoxication se reproduisirent, mais les phénomènes douloureux disparurent au bout de douze heures. Deux jours plus tard, on fit une troisième et dernière injection de 3 milligr. d'atropine. La guérison fut complète et définitive.

Résultats et technique de la strumectomie

Dans une récente séance de l'Académie royale de médecine de Belgique, **M. Goris** (*Gaz. méd. belge*, 21 janvier 1904) a fait la relation de quarante-deux extirpations de goitres qu'il a pratiquées avec un seul décès, dû non à l'extirpation, mais à une broncho-pneumonie consécutive.

Les procédés auxquels il a eu recours sont ceux qui ont été mis en avant par Socin et Kocher : l'énucléation intracapsulaire, intraglandulaire, la résection intracapsulaire, les thyroïdectomies partielles en bloc, la thyroïdectomie par résection, la thyroïdectomie totale. Il insiste sur deux cas de goitres absolument pierreux, opérés chez des tuberculeux avancés, étreignant la trachée, et chez l'un d'eux l'œsophage; ces goitres, chose peu signalée, d'après l'auteur, ont été enlevés à la gouge et au maillet, ainsi qu'à la pince osseuse, à cause de leur extrême dureté.

En ce qui concerne les dangers de la strumectomie, M. Goris mentionne d'abord les hémorragies. Celles-ci rentrent dans le cadre des dangers prévus; les procédés d'énucléation évitent les hémorragies artérielles en général; les hémorragies veineuses de la partie postérieure de la capsule s'évitent par la suture ou par la ligature, rendues faciles par l'excision de la cavité au moyen des pinces clamp en T. L'auteur signale à l'attention des chirurgiens une anomalie de situation de la veine jugulaire interne qu'il a rencontrée dans une thyroïdectomie pour gros goître compresseur rétro-sternal : la tumeur avait dissocié le faisceau vasculaire du cou, refoulant la veine jugulaire interne en avant sous le sterno-mastoïdien, où elle se trouvait étalée à la surface du goître, et la carotide en arrière au niveau de l'apophyse mastoïde.

Le seul vrai danger, au sens de l'auteur, consiste dans l'asphyxie qui peut se produire brusquement au début de l'opération; dans ce cas, il n'y a qu'une ressource, c'est de couper la tumeur en deux sans se soucier de l'hémorragie et de faire la trachéotomie : c'est ce qui lui a permis de sauver la vie à deux de ses malades.

Les dangers de section du récurrent n'existent pas quand on pratique l'énucléation. Kocher enseigne comment il faut l'éviter quand il s'agit de thyroïdectomie.

Il n'est pas nécessaire de conserver une grande quantité de tissu thyroïdien pour éviter le myxœdème; quelques fragments épars sur la capsule suffisent amplement.

M. Goris rappelle, à ce propos, une malade ayant subi la thyroïdectomie totale en 1897, et qui se porte parfaitement bien, grâce à l'absorption d'un quart de pastille d'extrait thyroïde tous les quatre jours seulement.

En somme, la thyroïdectomie n'a plus la gravité qu'on lui attribuait anciennement. Le choix d'une technique bien appropriée, et surtout une asepsie rigoureuse, sont les garanties absolues du succès.

VARIÉTÉS

Une vacherie modèle annexée à la Goutte de Lait de Rouen

La « Clinique infantile » de notre excellent confrère, le Dr Variot, donne d'intéressants détails sur la vacherie modèle que M. le Dr Brunon (de Rouen) a annexée à son Œuvre de la « Goutte de Lait ». Nous avons nous-même visité, il y a quelques semaines, cette vacherie, et nous ne pouvons que confirmer ce qu'en dit la « Clinique infantile ».

M. Brunon a résolu de la façon suivante la très grosse difficulté de se procurer du lait pur et même du lait frais pour l'allaitement artificiel.

Par une entente avec deux éleveurs fort intelligents, MM. Destin frères, il a obtenu que le lait stérilisé ou cru, nécessaire au fonctionnement de la Goutte de Lait de Rouen, serait fourni par la vacherie du Mont-aux-Malades.

Cette vacherie est installée dans un site charmant, sur le penchant d'une colline, au milieu d'un ancien parc d'agrément. Dans une étable spacieuse, bien aérée et éclairée, d'une propreté qui rappelle les étables hollandaises, MM. Destin ont réuni vingt à vingt-cinq belles vaches de la race Cotentine. Le jardin et les pelouses du voisinage sont laissés à la disposition de la Goutte de Lait pour y organiser, au besoin, ses fêtes, ses ventes de charité. Dans le voisinage immédiat, trois beaux herbages bien exposés et plantés d'arbres où les vaches restent toute la belle saison.

Toutes les vaches ont subi l'épreuve de la tuberculine et les trayons sont surveillés rigoureusement pour éviter la mammite. Elles sont étrillées, brossées, pansées tous les jours, comme les chevaux de luxe les mieux tenus. Elles reçoivent une nourriture spéciale, presque exclusivement composée de foin de pré et d'esparcette, de son, de farine d'orge et d'avoine en hiver; un peu de carottes rouges, un peu d'herbe en été, en plus de la ration journalière. Comme boisson, de l'eau propre, pas trop froide.

En hiver, les vaches sont maintenues à l'étable. En été, elles vivent en plein air et ne passent à l'étable que pour y prendre la nourriture spéciale qui leur est donnée et pour la traite, qui est l'objet de soins particuliers basés sur l'asepsie. Les hommes chargés de traire les vaches sont bien portants et propres. En cas de maladie, ils sont exclus de la traite.

Dans un bâtiment voisin de la vacherie sont disposés plusieurs étuves pour la stérilisation, les appareils pour laver les innombrables petits flacons des appareils de Soxhlet.

C'est, en général, le lait stérilisé que l'on manie à la Goutte de Lait de Rouen, mais les conditions d'asepsie dans lesquelles on le recueille sont telles qu'il se conserve plusieurs jours sans altération.

Toutes les fois que le médecin en re-

connaît l'utilité, on peut mettre les nourrissons au lait frais et vivant, sans courir aucun risque.

Enfin, pour compléter l'organisation de cette vacherie et de cette laiterie *modern style*, une automobile disposée *ad hoc* transporte très rapidement les paniers soit à la maison de la Goutte de Lait, soit au domicile des enfants.

A Rouen comme à Fécamp, il y a une section gratuite et une section payante ; les riches payent pour les pauvres.

« Il est bien vraisemblable, ajoute en terminant notre confrère, que l'installation de la vacherie modèle annexée à la Goutte de Lait de Rouen sera imitée dans d'autres grands centres : et comme l'imitation est la forme la plus délicate de l'admiration, M. Brunon ne pourra que s'en féliciter. »

J. J.

CORRESPONDANCE

A propos du tour d'embarquement des médecins militaires

Nous avons reçu à propos de cette question, réellement vitale pour la sécurité des médecins militaires, la lettre suivante :

L'article du *Bulletin médical* sur la nécessité de l'établissement d'une liste de tour d'embarquement pour les médecins de la guerre, vient de recevoir une sanction que j'appellerai volontiers louable en même temps qu'insuffisante ; je trouve, en effet, dans le *Journal officiel* du 17 janvier dernier, un tableau des départs des officiers du corps de santé militaire ayant *demandé* à servir aux colonies et reconnus aptes (valable jusqu'au 1er juillet 1901).

L'établissement de ce tableau fait honneur à la loyauté de la 7e Direction, car il présente l'avantage de respecter le tour des médecins qui ont fait la demande de servir aux colonies.

C'est déjà bien, et cette mesure prouve qu'un esprit nouveau anime la 7e Direction. Cependant, cette mesure serait insuffisante et ne permettrait pas de mettre fin aux abus qui ont présidé si longtemps aux désignations faites au titre de l'envoi des médecins en Algérie, si elle ne s'appliquait au tour d'office à établir pour ces médecins ; c'est surtout ce tour d'office qui a reçu des accrocs sérieux sous les pontificats précédents.

Ici suivait une liste d'exemples des plus suggestifs du bon plaisir auquel a été soumis le corps de santé lorsque le népotisme florissait à la 7e. Il nous semble inutile de rappeler ces tristes errements ; nous préférons enregistrer le premier pas que le médecin-inspecteur Catteau a fait faire, dans la voie du progrès et de la justice, au rouage dont il a pris la direction. C'est un gage d'espérance pour l'établissement du « tour d'office » dont la nécessité est si bien rappelée par notre correspondant.

Dr N.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Chirurgie de l'œil et de ses annexes, par le Dr Félix Terrien.

C'est au Dr Terrien qu'a été confié le soin d'exposer la chirurgie de l'œil et de ses annexes dans le Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, publié sous la direction du prof. Berger et de M. Hartmann. Il s'est acquitté de cette lourde tâche à son honneur, et son travail forme à lui seul le XIe volume de ce Traité. En même temps il répond à l'attente des ophtalmologistes qui y trouveront un exposé complet et très au point de la chirurgie oculaire.

Après avoir rappelé les règles de l'asepsie opératoire et les points essentiels de l'anatomie chirurgicale de l'œil, l'auteur expose successivement les opérations pratiquées sur l'œil et ses annexes, en suivant l'ordre anatomique : cornée, sclérotique, iris, cristallin, globe, orbite, muscles, conjonctive, appareil lacrymal, paupières.

L'opération de la cataracte est décrite aussi complètement que possible et dans tous ses détails techniques, comme il convient à une opération qui constitue l'intervention la plus importante et la plus délicate de la chirurgie oculaire. Aussi occupe-t-elle la place capitale dans l'ouvrage où, sur 121 pages, 86 lui ont été consacrées.

L'auteur a eu pour objectif de « faire voir et bien voir, » dans leurs détails, les opérations qu'il décrit, et il y a pleinement réussi. Ses descriptions sont claires et concises, sans cependant négliger aucun détail de technique opératoire ; le plus minime en apparence devenant essentiel dans une chirurgie aussi précise, aussi délicate et aussi minutieuse que celle de l'œil. Pour faire mieux voir encore, il s'est attaché à représenter, dans les différents temps opératoires, la situation des mains de l'opérateur, grâce à un très grand nombre de figures inédites et d'une exactitude photographique qui réalisent une véritable leçon de choses et complètent d'une façon lumineuse les descriptions écrites.

Les 50 figures qui concernent l'opération de la cataracte sont tout à fait remarquables et font, pour ainsi dire, assister réellement à l'opération.

Enfin, pour mieux mettre en évidence les procédés courants et pratiques, la description des méthodes anciennes ou plus spéciales a été renvoyée aux appendices annexés à la fin des chapitres correspondants.

L'étude des indications et des contre-indications opératoires, celle des soins à donner à l'opéré et celle des complications n'ont pas été négligées, et l'auteur leur a donné tout le développement qu'elles comportent, leur part étant considérable dans le résultat final.

Le Dr Terrien a fait suivre la description des opérations qui se pratiquent sur les différentes parties de l'œil, d'un exposé de la thérapeutique applicable aux affections de ces régions ; si bien que ce livre est un traité de thérapeutique oculaire, chirurgicale et médicale en même temps, dans lequel les praticiens trouveront réunis des documents et des ressources pratiques de toute nature.

Dr Koehl.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de méd. auxiliaire de 2e cl.

MM. Quéré et Le Calvé.

MUTATIONS

MM. les méd. de 2e cl. Bruhat et Peyraud sont dés. pour emb. en sous-ordre : le premier sur le *Gueydon* (esc. de l'Extr.-Orient), et le second sur le *Sully*, à Toulon.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHEMINS DE FER DE P.-L.-M.

Train de luxe quotidien entre Londres, Paris et la Côte d'Azur

Londres Nice en 24 heures.

Paris-Nice en 15 heures.

Ce train a un nombre de place limité.

Composé exclusivement de vagons lits et d'un vagon-restaurant. Retenir ses places aux agences de la Compagnie des vagons-lits.

Aller. — Départ de : Londres, 9 h. matin; Paris-Nord, 4 h. 51 soir; Paris P.L.M., 6 h. soir.

Arrivée à : Cannes, 8 h. 22 matin ; Nice, 8 h. 53 matin; Menton, 9 h. 56 matin.

Retour. — Départ de : Menton, 3 h. 15 soir; Nice, 4 h. 15 soir, Cannes, 4 h. 46 soir.

Arrivée à : Paris P.L.M., 7 h. 41 matin; Paris Nord, 8 h. 50 matin; Londres, 4 h. 55 soir.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Le chauffage et l'éclairage des trains à la compagnie de l'Ouest

La compagnie de l'Ouest a fait monter, pendant l'été dernier, sur une partie de son matériel à voyageurs, des appareils de chauffage au moyen de la vapeur de la locomotive. Tous les trains de la ligne d'Auteuil et la moitié environ des trains de la banlieue de l'Ouest sont ainsi chauffés dans des conditions de régularité et d'adaptation aux variations de la température extérieure.

La compagnie compte étendre progressivement ce système à tous les trains de voyageurs.

A côté de cette amélioration, il en est une autre que poursuit également la compagnie de l'Ouest, c'est l'application à ses voitures à voyageurs de l'éclairage à l'incandescence par le gaz, dont le pouvoir éclairant est trois fois plus élevé que celui du gaz riche. Les essais de cet éclairage, qui ont duré plusieurs mois sur la ligne d'Auteuil et sur quelques-unes des lignes de la banlieue, ont donné d'heureux résultats. Le nouveau mode d'éclairage permet, en effet, aux voyageurs de lire facilement à toutes les places du compartiment et, sous les tunnels, de passer, sans impression pour la vue, de la clarté du jour à la lumière du wagon.

REVUE GÉNÉRALE

Des blessures de l'orbite par coup de fleuret

Par M. Bichelonne
Médecin-major de 2e classe.

(Suite et fin) (1)

V. — Nerf optique.

Beigneux (loc. cit.), dans ses expériences sur le cadavre ou sur les animaux vivants, pratiquées comme nous l'avons dit, avec une lame de fleuret, a réussi à contusionner les parties molles qui entourent le nerf optique, mais celui-ci, grâce à sa mobilité et au tissu graisseux qui l'entoure, fuyait devant la pointe mousse de l'instrument et restait intact. Jamais la moindre compression du nerf contre les parois de l'orbite n'a pu être obtenue.

Si l'on se sert d'un instrument acéré ou tranchant qui divise rapidement les tissus qu'il rencontre, la deuxième paire peut être blessée plus facilement. Cependant, d'après les expériences de Berlin, il est difficile, même avec un instrument tranchant, de sectionner le nerf optique sans occasionner des délabrements trop considérables; cherchant à couper ce nerf dans son trajet intra-orbitaire, Berlin n'y parvint que six fois dans trente expériences. Toutefois, nous l'avons vu en parlant de la contusion rétro-oculaire, la deuxième paire souffre très souvent dans les blessures par coup de fleuret puisqu'il y a cécité immédiate et consécutivement atrophie papillaire; Beigneux, par ses expériences, nous explique les causes de ces troubles fonctionnels sensoriels : elles sont par ordre de fréquence :

1° Les tiraillements subis par le nerf optique dans le brusque mouvement de rotation que le corps vulnérant imprime au globe de l'œil; dans ce cas, on ne trouve aucun signe ophtalmoscopique à l'examen pratiqué peu de temps après l'accident ou seulement dans les cas de tiraillements considérables, une légère suffusion sanguine péripapillaire;

2° L'hémorragie entre la gaine fournie par la dure-mère et celle fournie par la pie-mère au nerf optique : après l'accident, on a des signes d'anémie de la papille et quelques jours plus tard, un œdème péripapillaire avec turgescence des veines;

3° La rupture de l'artère centrale de la rétine soit avant son entrée dans le nerf optique, soit dans son trajet au centre de celui-ci. On trouve alors à l'ophtalmoscope les signes caractéristiques de l'ischémie rétinienne.

Dans les observations relatées par Cras et par Beigneux nous en trouvons de nombreuses où des coups de fleuret accidentels ont réalisé sur l'homme les lésions obtenues sur l'animal en expérience. Toutefois, il est probable que la compression produite par l'hématome intra-orbitaire joue aussi un rôle dans la genèse de l'atrophie papillaire. Le nerf de la deuxième paire est un organe très délicat et il est à supposer que des phénomènes de compression par un épanchement sanguin un peu volumineux produiront des lésions dégénératives dans les fibres de ce nerf. Or, l'hématome de l'orbite est presque inévitable dans les plaies de cette région.

Dans un certain nombre d'observations de blessures par coup de fleuret, il est cependant indispensable d'admettre une lésion directe du nerf par la pointe offensante, et même une lésion partielle de ce nerf, malgré que Beigneux, par ses expériences, semble conclure à l'impossibilité de la blessure directe de la deuxième paire dans l'orbite. Ainsi, dans cette observation de Chauvel (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1882, p. 87) que nous résumons :

Sy..., prévôt d'armes, reçoit, pendant une leçon d'escrime, un coup de fleuret à l'angle interne de l'œil droit, sous la paupière inférieure. Il est probable que l'arme pénétra assez profondément; la petite plaie produite saigna environ une demi-heure. Pas de perte de connaissance.

A l'hôpital : plaie linéaire, d'apparence superficielle, dans le sillon oculo-nasal droit; pas d'ecchymose au pourtour; conjonctive bulbaire normale, sauf légère ecchymose à l'angle externe; ptosis, strabisme externe, mydriase : mouvements d'abduction seuls conservés. Donc paralysie de l'oculo-moteur commun.

Aucune lésion des milieux et membranes oculaires; vision nulle. Œil gauche sain.

Deux jours après le trauma, la sensibilité rétinienne semble se réveiller; elle reparaît, mais d'une façon incomplète : la moitié supérieure du champ visuel est privée de vision, en bas l'étendue de ce champ visuel va jusqu'à 60°. Facultés chromatiques altérées.

La paralysie du nerf de la troisième paire s'atténue peu à peu, et il ne persiste, trois mois après l'accident, qu'une légère parésie caractérisée par un peu de strabisme divergent, de la faiblesse dans le mouvement d'élévation de la paupière supérieure. Le champ visuel est toujours limité à la moitié inférieure : l'acuité visuelle est presque quantitative. Atrophie blanche du disque optique dont les vaisseaux ont disparu.

Dans ce cas, en l'absence de syncope, de phénomènes cérébraux, on doit éliminer toute lésion intra-crânienne; le manque d'exophtalmie, le peu d'intensité de l'ecchymose sous-conjonctivale, la cécité immédiate font rejeter l'hypothèse de la compression par un épanchement sanguin abondant. En voyant s'amender la paralysie du moteur oculaire commun, pendant que persistait sans changement l'hémiopie horizontale, Chauvel estime, bien qu'une déchirure aussi limitée lui paraisse *à priori* difficile à concevoir, que la pointe du fleuret a pénétré profondément dans l'orbite de dedans en dehors, contus, froissé ou même déchiré le nerf optique dans sa moitié inférieure et enfin atteint légèrement le tronc de la troisième paire. Un épanchement sanguin intra orbitaire n'aurait pas pu, semble-t-il, produire des lésions aussi nettement circonscrites.

D'autres observations analogues paraissent corroborer cette hypothèse de la possibilité d'une atteinte partielle du nerf de la vision. Dans un cas rapporté par Yvert (*Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'œil*, p. 609) :

Un soldat du train, atteint, pendant un exercice, d'un coup de pointe de sabre au niveau de la paupière inférieure droite, montre à l'examen : ecchymose considérable, mydriase assez prononcée, parésie du muscle accommodateur et de tous les muscles extrinsèques, sauf le droit supérieur; aucune lésion du fond de l'œil à l'ophtalmoscope. La recherche du champ visuel démontre que toute la moitié latérale interne a complètement disparu, tandis que, dans la moitié latérale externe, le blessé peut compter les doigts. Après deux mois, atrophie très avancée de la papille.

La blessure partielle de la 2e paire se montre ici par l'absence partielle du champ visuel. L'observation de Callan (de New-York) fait croire aussi à une atteinte incomplète du même nerf (*Annales d'oculistique* t. 106, p. 430) :

Coup de fleuret qui atteint l'orbite droit entre la racine du nez et le globe; quarante minutes après l'accident, œil complètement aveugle; la pupille, dilatée au maximum, ne réagit qu'avec sa congénère. A l'ophtalmoscope, fond d'œil légèrement trouble.

L'atrophie de la papille apparut dans la troisième semaine; mais, six mois après l'accident, le blessé avait recouvré une faible perception lumineuse en haut et en dedans.

Mais plus curieuse encore est l'histoire du blessé de l'observation d'Hirschberg (*Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, juin 1899), rapportée

(1) Voir notre précédent numéro.

dans la dissertation inaugurale de Schöler (4 fälle von Orbitalverletzüngen, Berlin, février 1900):

Un professeur de vingt-sept ans, faisant assaut au fleuret, est blessé à l'œil droit. Abolition complète de la vision de cet œil, pupille très dilatée, exophtalmie, strabisme externe, tonus normal; pas de lésion du globe. Dans l'angle nasal, petite plaie de la conjonctive bulbaire: issue de tissu graisseux orbitaire.

A l'ophtalmoscope, image caractéristique de l'ischémie rétinienne comme après les embolies de l'artère centrale. Pendant douze jours, cécité absolue, puis le malade reconnaît les doigts à un demi-pied de distance.

La vision s'améliore ensuite de plus en plus et deux mois après l'accident l'acuité visuelle est de 1/20. Le champ visuel, qui avait pendant longtemps présenté un vaste scotome central, est normal comme limites périphériques; il reste une faible tache aveugle au centre. La motilité du globe est normale, sauf en haut: un peu de strabisme externe. A l'ophtalmoscope, papille pâle, surtout dans la moitié temporale.

Je ne connais aucun cas analogue, ajoute Hirschberg lui-même. La pathogénie en est obscure: retenons que le blessé avait été frappé avec un fleuret dont l'extrémité, un peu spéciale, était terminée par une petite sphère, surmontée elle-même d'une pointe. Il est possible que la petite sphère ait désuni les fibres du nerf optique et que seule la pointe ait traversé l'artère centrale, à moins que l'on n'admette que celle-ci ait été atteinte juste au point de son entrée dans le nerf optique. Le sang, pour Schöler, a dû vraisemblablement s'épancher entre les faisceaux de fibres du nerf, car l'étroitesse de la blessure lui rendait difficile l'issue dans l'orbite: c'est pour cela qu'il s'est écoulé un laps de temps considérable, pour que le sang épanché dans le nerf eût été résorbé.

IV. — Parois orbitaires

Les blessures simples des parois orbitaires, sans pénétration dans les cavités voisines de ces parois, sont plutôt une vue de l'esprit, ou du moins doivent être très rares, car une telle lésion n'est possible que si l'arme, au bout de sa course, a juste assez de force vive pour briser la paroi osseuse.

Les blessures de la paroi externe ne peuvent être qu'exceptionnelles, car le blessé, dans l'assaut, regarde en face son adversaire et la direction en biseau de l'arête, formée à l'angle externe par le frontal et le malaire, indique assez qu'un coup porté sur cette arête sera dévié en dehors. Cette paroi est la plus résistante des parois orbitaires et il faudrait une violence très considérable pour l'entamer.

La paroi interne est, au contraire, très mince et très fragile: elle se laisse très facilement traverser et la fracture par cause directe de cette paroi sera inévitablement compliquée de la pénétration du corps vulnérant dans les cavités limitées par cette paroi. Ces fractures de la paroi interne sont fréquentes, puisque les blessures de l'angle interne sont communes.

La paroi orbitaire supérieure est très protégée dans sa partie antérieure, concave en bas, par le rebord orbitaire supérieur; elle est cependant très fréquemment lésée aussi, parce que les coups de fleuret sont ordinairement portés de bas en haut et c'est dans la partie postérieure qu'elle est atteinte. Cette paroi est fort mince, quelquefois aussi mince qu'une feuille de papier, elle offre alors moins de résistance que la dure-mère.

Gama (*Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*, 1835, p. 334) relate le cas suivant:

Dans un assaut d'armes, coup de fleuret dans l'orbite; l'extrémité de l'arme est garnie de peau. Le grand angle de l'œil gauche est atteint. Une sensation particulière avertit le blessé que la pénétration est profonde. Ce blessé n'a qu'une sensation passagère de faiblesse: il reste trois jours à la caserne sans souffrir et sans s'inquiéter autrement de l'accident. L'inflammation de l'œil le fait envoyer à l'hôpital.

Le quatrième jour, céphalalgie fronto-occipitale qui va en s'aggravant, issue de pus par la plaie. L'état général devient mauvais, perte de l'intelligence, insensibilité, surdité, somnolence, puis mort le vingt-cinquième jour dans le coma.

Autopsie. — Quelques gouttes de pus entre l'arachnoïde et la pie-mère à la partie antérieure gauche du cerveau; l'incision de l'hémisphère gauche donne issue au pus d'un vaste abcès enkysté, occupant la plus grande partie de cet hémisphère. Dans l'orbite, une portion d'os de forme et de dimensions à peu près semblables à celles de l'unguis est détachée de la voûte orbitaire et poussée vers le cerveau: la dure-mère, encore adhérente, a été décollée de la périphérie de l'ouverture produite par l'esquille. Cette membrane est enflammée, mais non déchirée. Pas de lésions dans l'orbite ni au nerf optique.

Dans ce cas, la fracture s'est donc limitée à la paroi osseuse, et l'arme n'a pas pénétré plus avant; il est vrai qu'il s'agissait d'un fleuret moucheté, une arme brisée eût sans doute poussé jusqu'au cerveau.

La saillie et la solidité du rebord inférieur de l'orbite expliquent la rareté des blessures de la paroi inférieure. Celle-ci étant plus mince encore que la supérieure, peut être brisée par une force peu considérable. Dans un cas de Massot, dans une blessure pénétrante, cette paroi avait été déprimée par le globe oculaire refoulé par le corps vulnérant, de manière à produire une saillie dans le sinus maxillaire, exactement comme sur un œuf dont la coquille aurait été légèrement brisée et que la pression du pouce refoulerait en dedans.

La direction des plaies, la crépitation localisée, la douleur fixe sur un point précis pourront faire porter le diagnostic de fracture simple. Pour la paroi supérieure, l'anesthésie du territoire innervé par le sus-orbitaire, celle du territoire où se distribue le sous-orbitaire pour la paroi inférieure, seront spéciales aux fractures de ces deux parois.

La fracture simple des parois osseuses peut siéger aussi au sommet de la pyramide orbitaire et alors atteindre soit le canal optique, soit la fente sphénoïdale: une esquille osseuse peut, par sa saillie, comprimer un ou plusieurs des organes importants qui passent par ces ouvertures, et donner lieu à des accidents irrémédiables. La première des observations personnelles de Longchampt, dans sa thèse, nous offre un exemple caractéristique de ces blessures.

Th.., caporal au 4e d'infanterie de marine, en s'escrimant avec un de ses camarades, reçoit, dans l'angle interne de l'œil gauche, un coup de baguette de fusil. Perte de connaissance de quelques instants. Hémiplégie droite étendue à la face, au tronc et aux membres; parole bredouillée. Paralysie complète de l'oculo-moteur commun (muscles extrinsèques et intrinsèques), pas d'amaurose. Larmoiement facile, hyperesthésie frontale. Intelligence nette. Pendant deux jours, des phénomènes généraux graves font craindre des complications encéphaliques ou méningées. Un mois après l'accident, le blessé présenta, outre de la contracture dans le bras droit, avec exagération des réflexes et trémulation, une vive hyperesthésie dans tout le territoire de distribution de la branche ophtalmique de Willis et de légers troubles trophiques de la cornée. Le moteur oculaire commun ne fonctionne plus.

Dans cette observation, la persistance de la contracture brachiale est une conséquence des complications encéphaliques observées, mais la paralysie de la troisième paire et l'irritation de la branche ophtalmique du trijumeau est d'origine orbitaire: il est probable que la baguette de fusil a fracturé la paroi orbitaire supérieure, et qu'une esquille osseuse est venue comprimer les deux nerfs ensemble avant leur passage dans la fente sphénoïdale.

C. *Plaies perforantes.* — Le plus

communément, le fleuret, violemment poussé dans l'orbite, après avoir fracturé et traversé l'une des parois osseuses, ira atteindre les cavités limitées par celles-ci. Cependant, nous ne devons pas oublier que le fleuret peut pénétrer directement dans le cerveau par la fente sphénoïdale, sans faire aucune fracture.

Les plaies perforantes de la paroi externe, si tant est qu'elles puissent être possibles, étant donné l'épaisseur et la solidité des os qui la composent, et la direction en arrière et en dedans de cette paroi qui dirigera l'arme vers la profondeur, ces plaies n'offriraient pas de gravité puisqu'elles iraient en dehors léser la fosse temporale et le muscle qui la recouvre.

Les plaies perforantes de la paroi inférieure iront atteindre l'antre d'Hygmore, et pourront même, selon leur direction, aller au delà jusque dans le naso-pharynx, ou bien, s'engageant dans la fente sphéno-maxillaire, arriver dans l'arrière fond de la fosse zygomatique et y léser les divisions terminales de l'artère maxillaire interne, le ganglion de Meckel, la deuxième branche du trijumeau. Un écoulement de sang par le nez et l'arrière cavité des fosses nasales, la crépitation osseuse, la douleur, la production possible d'emphysème joints à l'examen direct, permettront le diagnostic.

Ces blessures n'offriront pas, en général, de grande gravité. Même avec des délabrements, effrayants au premier abord, la guérison est possible. Le cas rapporté par Ambroise Paré (*Œuvres*, édition Malgaigne, t. III, page 428) mérite d'être cité comme preuve :

Un gentilhomme de la suite de M. le mareschal de Biron, nommé Bernault de l'Estelle, seigneur du dit lieu, jouant à l'escrime au logis du dit mareschal, eut une playe contuse dans l'œil senestre, traversant de l'autre part près de la 1re vertèbre du col, icelle faite d'une espee rabbattue, au bout de laquelle il y avait un bouton rond et plat de la grosseur d'un bon pouce, qui fut donné par un gentilhomme du pays de Quercy, nommé baron du Boulvet. Toutefois, le dit coup n'avait passé tout outre de l'autre part, ni rompu entièrement le cuir, mais y estoit demeuré une petite tumeur livide et noire de la grosseur d'une aveline ; d'abondant toute la teste et le col lui enflèrent, ne la pouvant tourner par le sang qui estait répandu entre les muscles du col : aussi le dit seigneur jetta le sang par le nez et par la bouche et fut fort estonné du dit coup. Et ne veux oublier que le dit seigneur baron, homme fort et puissant, ayant blessé le dit Bernault, aussi tost qu'il eut donné le coup, voulant retirer l'espée ne le put qu'à grande difficulté et s'efforça par deux diverses fois auparavant que de la r'avoir, à cause que les os de l'orbite de l'œil avaient été rompus et enfoncés en dedans par la grande violence du coup...

Il fut guéri, grâces à Dieu, en vingt-quatre jours et ce sans que nulle portion d'os en fust sortie, ce qui est encore plus esmerveillable. Que si quelqu'un demande comment cela s'est pu faire, je luy respondray que peut-estre les os de l'orbite qui avaient été poussés en dedans, purent estre aussi réduits en leur lieu, retirant l'espée au dehors.

Les plaies perforantes de la paroi orbitaire interne se compliquent de la pénétration de la lame dans les cellules ethmoïdales, dans la partie supérieure des fosses nasales : les variétés de ces lésions sont multiples, selon la direction de la puissance vulnérante, son point de passage, etc.

Un fleuret brisé pourra ne laisser qu'une plaie insignifiante, comme la ponction d'un trocart ; un fleuret moucheté défoncera la plupart des cellules ethmoïdales.

Ces blessures n'offrent pourtant rien de grave en général : le voisinage de la lame criblée de l'ethmoïde et la possibilité de lésions cérébrales doivent seuls faire réserver le pronostic. Elles peuvent laisser après elles des fistules nasales de l'épiphora persistant. Enfin, à cause du peu de résistance de la cloison interorbitaire, la lame peut la traverser d'outre en outre et aller blesser l'œil du côté opposé à l'orbite frappé (cas de Teirlinck, *Ann. d'oculistique*, t. 114, p. 133) :

Un homme reçoit un coup de fleuret déboutonné à l'angle interne de l'œil droit : immédiatement on note seulement un léger affaiblissement de la vue attribué, par le blessé, au sang et aux larmes qui remplissaient l'œil ; épistaxis abondante. Le blessé se coucha et dormit jusqu'au lendemain.

Réveillé par une vive douleur au niveau de la racine du front et dans la région péri-orbitaire, il s'aperçut que la vision était totalement abolie à gauche. A l'hôpital on conclut que le nerf optique gauche avait été atteint à travers la paroi interne des deux orbites.

Ainsi, sauf complications rares, les blessures perforantes des parois inférieure et interne sont peu graves.

Le traitement n'offre que ce point de spécial qu'il faut redoubler de précautions antiseptiques à cause de l'infection facile des cavités naso-frontales et maxillaires. « La gravité des phlegmons orbitaires, la propagation si facile de l'inflammation suppurative aux méninges, imposent au chirurgien l'antisepsie rigoureuse des foyers de fracture et des cavités péri orbitaires » (Delorme, Traité de chirurgie de guerre).

Les plaies perforantes de beaucoup les plus dangereuses sont celles de la paroi supérieure, de la paroi cranienne, comme l'appelle Tillaux. Et ces blessures sont fréquentes par coup de fleuret, car la plupart du temps, l'arme, dirigée de bas en haut dans l'angle interne, va traverser la voûte et atteindre le lobe antérieur cérébral correspondant. Souvent aussi, la pointe vulnérante, atteignant le sommet de l'orbite, passe dans le crâne par le trou optique ou la fente sphénoïdale.

Les accidents peuvent éclater au moment de la blessure, si la substance cérébrale est atteinte et plus ou moins dilacérée ; on note alors la perte subite de connaissance, la chute brusque du blessé, des phénomènes généraux de stupeur, la petitesse et le ralentissement du pouls, la respiration stertoreuse. L'issue de matière cérébrale à travers la plaie est, dans l'espèce, pathognomonique, mais elle se produit rarement. Dans les dilacérations cérébrales considérables, le coma s'accentue et l'exitus fatal survient.

Ainsi, dans l'observation de Pamard (d'Avignon) citée par Duplay :

Deux soldats, figurant sur la scène dans une représentation des Huguenots, font assaut : le fleuret de l'un d'eux vient frapper l'adversaire ; chute soudaine du blessé, état comateux, mort en quelques heures.

A l'autopsie, on constate que la pointe, pénétrant dans la cavité orbitaire entre la paroi externe et le globe oculaire, s'est insinuée dans la cavité cranienne par la partie interne de la fente sphénoïdale, lacérant le sinus caverneux, détruisant le pédoncule cérébral. L'apophyse clinoïde postérieure est fracturée à sa base.

Analogue est l'observation d'Oberlin (*Rev. méd. de l'Est*, 15 février 1888) où le fleuret, bien que boutonné et passant à travers le masque, traverse de part en part la cavité cranienne pour venir, après un trajet de 17 centimètres, ouvrir le pressoir d'Hérophile au niveau de la protubérance occipitale interne. La mort survint dans le coma au bout de vingt-quatre heures.

Il peut, cependant, se présenter des cas où rien ne fait supposer des lésions considérables dans la substance cérébrale ; la plaie d'entrée est minime, le blessé n'accuse aucun trouble et, cependant, la mort survient et les lésions trouvées à l'autopsie sont une surprise.

Aussi l'observation rapportée par Mackenzie (Traité pratique des maladies de l'œil, 1854) :

Pierre Borel raconte le cas remarquable d'un homme qui reçut un coup d'épée dans l'orbite gauche. Croyant que la blessure n'était pas profonde, il se borna à la couvrir d'un emplâtre, après quoi il

fit deux lieues à pied, but et mangea joyeusement avec ses compagnons comme un homme bien portant, car il ne souffrait pas. Le lendemain matin on le trouva mort. On ouvrit le crâne et l'on reconnut que l'épée avait pénétré jusqu'au cervelet (*Petri Borelli historiarum et observationum centuria*, Francofurti, 1676).

De même, dans Diemerbroek, on trouve l'observation d'un homme qui reçut un coup d'épée dans l'angle interne de l'orbite. Rien d'anormal jusqu'au 10e jour, où le blessé fut pris de fièvre violente: mort deux jours après.

A l'autopsie, on vit que l'arme avait lésé le ventricule latéral correspondant à l'œil blessé et pénétré jusqu'à la suture lambdoïde.

Au contraire, dans l'observation du capitaine Fervel, écrite par lui-même et rapporté par Desmarres (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 1854), des phénomènes graves peuvent faire porter un pronostic sévère et cependant en quelques jours, en quelques heures même, tout rentre dans l'ordre:

Coup de fleuret démoucheté dans l'angle interne de l'œil gauche: l'arme, restée horizontalement dans la plaie, est saisie par le blessé qui fait en courant une vingtaine de pas; ses camarades l'arrêtent et le couchent sur un lit. Le blessé arrache lui-même l'arme de la plaie.

Le lendemain, toute la partie droite du corps est presque parésiée: forte diminution de la sensibilité cutanée. La fièvre s'allume; delire.

Mais, le jour suivant, tous les symptômes alarmants ont disparu, et moins de quinze jours après le travail ordinaire est repris.

Il est resté une douleur sourde dans la partie touchée; la vision de l'œil est aussi bonne qu'avant l'accident.

Des phénomènes graves peuvent être consécutifs à un épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne; les artères du cerveau, principalement les cérébrale et communicante antérieures, sont atteintes; les sinus veineux peuvent l'être également. Des troubles dus à la compression: petitesse et ralentissement du pouls, coma, phénomènes de paralysie, convulsions parfois, se produisent et la mort peut en être la conséquence. Ainsi le cas du maître d'armes Saint-Jean, rapporté par Dupuytren (*loc. cit.*):

Assaut avec un fleuret boutonné qui se brise, passe à travers le masque et pénètre à la partie moyenne de l'arcade sourcilière. Chute immédiate du blessé en arrière. Perte de connaissance. La nuit, mouvements désordonnés et involontaires des membres; le lendemain, coma. Le 3e jour, respiration stertoreuse, paralysie et anesthésie des membres. Mort le 4e jour.

Autopsie. Epanchement de sang abondant dans les méninges. La partie du frontal, qui forme la voûte orbitaire supérieure présente, très près de l'endroit où elle s'unit aux petites ailes du sphénoïde et à l'ethmoïde, une ouverture arrondie, capable d'admettre l'extrémité du petit doigt. Le cerveau est atteint au niveau de la partie moyenne de la face inférieure du lobe antérieur droit: de ce point, on peut suivre un trajet dirigé en arrière et en dedans, vers l'extrémité postérieure de ce lobe et aboutissant à l'artère communicante antérieure qui est ouverte, et dont la blessure a donné l'épanchement de sang. On trouve aussi, à la partie antérieure du lobe moyen du côté gauche, un foyer assez étendu rempli de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé. Le fleuret oblique en arrière, en dedans et en haut, avait atteint les deux hémisphères.

La production de l'épanchement sanguin, sans lésions aussi graves de la substance nerveuse, peut être suivie d'accidents moins sévères et les blessés peuvent guérir. Nous en trouvons un exemple dans le cas cité par Geach, de Plymouth (*Philosophical Transactions*, for 1763, vol. LIII, p. 234):

Un homme fut frappé par une petite épée qui, pénétrant à l'angle externe de l'œil gauche, vint frapper contre la paroi interne. Le blessé tomba sans connaissance avec perte de la parole et hémiplégie droite.

Il resta pendant cinq semaines dans un état complet d'insensibilité, et ce ne fut qu'à la suite d'une éruption miliaire confluente et d'une transpiration abondante, que la voix reparut, que l'œil, immobile jusque-là, commença à se mouvoir, et que l'ouïe altérée reprit sa finesse. La paralysie des membres disparut lentement.

La blessure directe du cerveau, prouvée par la chute subite du blessé avec perte de connaissance, s'est compliquée, dans ce cas, d'un épanchement dont la résorption lente a été suivie de la disparition graduelle de la paralysie des membres. D'autres fois, au contraire, cette paralysie persiste définitivement:

Le fils du général E..., élève de l'École polytechnique, reçut, en s'exerçant à l'escrime, un coup de fleuret à la paupière supérieure. Cette arme se brisa en biseau, traversa le masque, fractura la voûte orbitaire et pénétra dans le cerveau. A l'instant, le blessé tomba et fut frappé d'une paralysie de tout le côté du corps opposé à celui de la blessure. Il échappa aux accidents inflammatoires, mais il demeura hémiplégique. L'œil du côté lésé est resté sain. (Dupuytren, *loc. cit.*)

L'hémiplégie peut se produire du même côté que celui de l'orbite lésé; ainsi dans le cas suivant de P. Lecomte, dans la thèse de Jacquemin (*Plaies pénétrantes de l'orbite*, Paris, 1885).

Lorentz, soldat au 23e de ligne, reçoit, en prenant une leçon d'escrime, un coup de fleuret démoucheté dans la paupière supérieure droite. Profondeur de la pénétration indéterminée. Chute et perte de connaissance de quelques minutes. Chémosis, légère hémorragie, ptosis. État demi comateux pendant quelques heures.

Puis on constate: exophtalmie; ecchymose sous-conjonctivale; aucun trouble des milieux oculaires. Immobilité de l'œil, mydriase; vue trouble. Faiblesse dans les membre supérieur et inférieur du côté droit, côté de la blessure. Trois semaines après l'accident, exorbitis, amaurose, ptosis, paralysie des muscles moteurs de l'œil. Affaiblissement très marqué du côté droit du corps: le blessé peut à peine se servir de sa main droite, la progression est difficile, le membre inférieur droit est ballant.

Même état deux mois après.

Dans cette observation, il est probable que le fleuret avait une direction oblique en haut et en dedans et que l'hémisphère gauche du cerveau fut atteint. Dans un cas analogue de Larrey, où un blessé fut paralysé du côté droit à la suite d'un coup de fleuret dans l'orbite du même côté, l'autopsie démontra que l'hémisphère gauche était lésé.

Parmi les observations que nous avons recueillies, nous avons cité les plus typiques, celles où dominent soit des symptômes dus à la lésion directe du cerveau, soit les phénomènes de compression par l'épanchement de sang. Mais on conçoit combien les symptômes peuvent être variables selon la force de pénétration de la lame, son volume, sa direction, la profondeur de la blessure. Le fleuret moucheté ou boutonné fera des plaies moins profondes peut-être que la lame brisée, mais amènera des dilacérations autrement importantes, et encore n'y a-t-il là rien d'absolu: dans le cas d'Oberlin, le fleuret moucheté pénètre, et à travers le masque, d'une longueur de 17 centimètres dans le crâne!

Le blessé, s'il a échappé aux conséquences immédiates de sa blessure, n'est pas à l'abri des complications inflammatoires qui peuvent se déclarer, au bout d'un temps variable, soit du côté des méninges, soit du côté de la substance cérébrale même. La fièvre, le délire, les vomissements appartiennent plutôt aux complications dans les enveloppes cérébrales; les frissons, les convulsions, la céphalalgie persistante, la dilatation des pupilles, le coma, aux abcès du cerveau.

Insistons encore sur ce fait qu'il peut y avoir blessure du cerveau sans fracture ni lésions des os de l'orbite. Avec une pointe, on peut entrer dans le cerveau par la fente sphénoï-

dale, léser le sinus caverneux et le cerveau lui-même. L'exophtalmie pulsatile a été quelquefois la conséquence d'une pareille lésion.

Le pronostic des blessures où l'on a lieu de croire à une perforation de la voûte orbitaire doit donc être très réservé; les accidents peuvent n'éclater parfois qu'après un temps très long, d'où la nécessité de surveiller de près les troubles fonctionnels les plus légers.

Si le blessé survit, la guérison n'est souvent pas complète : il peut persister des lésions irrémédiables (amaurose, ptosis, strabisme, paralysies partielles, hémiplégie, etc.).

Le traitement doit être surtout symptomatique. Toutefois, dans les cas où les phénomènes observés indiqueraient nettement la localisation soit d'un épanchement sanguin, soit d'une suppuration encéphalique, l'intervention chirurgicale serait légitime et pourrait donner des résultats satisfaisants.

D. *Hystéro-traumatisme.* — Enfin, il est un facteur dont il faut toujours tenir compte dans une blessure de l'orbite par coup de fleuret, si légère soit-elle : c'est la névrose hystérique. Dans tous les cas de phénomènes difficiles à expliquer par des lésions organiques ou hors de proportion avec les conditions de la blessure, il faudra chercher à dépister l'hystéro-traumatisme. Dans un assaut, au moment où l'arme atteint une région dont les blessures sont très redoutées, même par les gens les plus frustes et les plus insouciants, l'émotion, le choc ressentis par le blessé peuvent, sur un sujet sain en apparence, déclancher la névrose latente et faire apparaître les symptômes les plus inattendus. Ainsi, dans un cas de Baquis (*Annali di Ottalmologia*, ann. 21, p. 6), une jeune fille de treize ans a l'œil droit frappé par un fragment d'aiguille qui, du reste, ne produit pas même une excoriation. Consécutivement, grande frayeur, amaurose complète, hémianesthésie de toute la moitié homonyme du corps : la malade fut guérie par suggestion.

Dans la *Revue de médecine* (mai 1903) nous avons publié, avec le Dr Boucarut, l'observation d'un sous-officier qui, à la suite d'un coup de fleuret brisé dans l'orbite droit, présenta un syndrome de Weber typique : les accidents, dont la localisation aurait pu faire croire d'abord à une lésion du pédoncule cérébral, ont guéri complètement et le blessé a pu reprendre son service.

Chez notre sujet, le rétrécissement concentrique du champ visuel, l'existence de quelques points hyperesthésiques, la superposition à l'hémiplégie d'une hemi-anesthésie à la fois sensitive et sensorielle, quelques autres stigmates nous ont fait admettre la probabilité d'accidents hystéro-traumatiques. La blessure de l'orbite est intervenue dans la localisation des manifestations de la névrose sur l'appareil moteur de l'œil.

CONCLUSIONS

Les blessures de l'orbite par coup de fleuret sont, on le voit, très variées et dans les désordres qu'elles provoquent et dans leurs conséquences.

Les médecins militaires surtout pourront être appelés à donner leurs soins pour semblables traumatismes. Or, deux points dominent dans leur histoire : la difficulté du diagnostic et l'extrême réserve qui doit être toujours observée dans le pronostic.

En présence d'une plaie de l'orbite, il faut toujours chercher à résoudre les questions suivantes : l'arme a-t-elle pénétré dans l'orbite? Si oui, la blessure intéresse-t-elle un des organes contenus dans cette cavité? Le fleuret n'a-t-il pas été poussé plus avant dans les cavités voisines du cavum orbitale, et surtout dans la cavité crânienne?

Les symptômes propres à ces diverses blessures, que nous avons énumérées en étudiant chacune d'elles, fourniront un élément précieux pour le diagnostic.

Il faut tâcher de faire l'examen de la plaie le plus promptement possible, car le gonflement rapide des paupières ne permettra plus bientôt d'avoir des renseignements exacts : examiner l'étendue de la plaie et, si possible, sa direction, car, de ce facteur, découlera une donnée importante pour le pronostic : la direction la plus dangereuse est celle en arrière et en haut, puis celle en arrière et en dedans. Les blessures latérales sont les moins graves : elles sont plus redoutables pour la vue que pour la vie.

L'examen précoce est utile aussi, car il est important de bien remarquer que la peau se déchire sous le fleuret boutonné : la déchirure se ferme vite et il semble qu'il ne s'agisse plus que d'une contusion si on examine le malade après trois ou quatre jours alors que le bouton du fleuret a été très profondément.

Il est très désirable aussi de voir l'arme. L'étendue sur laquelle elle est tâchée de sang peut donner une information utile; on verra si elle est rompue, si l'extrémité a été retrouvée et n'a pas de chances d'être restée dans la plaie. Nous avons insisté, chemin faisant, sur la différence des blessures causées par les fleurets mouchetés, boutonnés ou brisés.

Il est un point que les auteurs anciens signalent fréquemment, c'est la sensation particulière qu'éprouve le blessé lors de la pénétration notable de l'arme. Il faut évidemment en tenir compte; cependant il faut faire la part de l'émotion du blessé qui fait qu'il s'analyse mal. De même les dires des témoins seront souvent erronés, surtout pour préciser à quelle profondeur le fleuret a pu pénétrer dans la plaie.

Le pronostic doit, en toutes circonstances, être très réservé, qu'il s'agisse du pronostic vital ou du pronostic visuel; nous avons vu qu'une simple contusion de l'os malaire pouvait causer de l'atrophie papillaire et que des menaces sérieuses de complications cérébrales avaient pu guérir sans laisser de traces.

Dans les cas où l'on peut craindre que l'encéphale n'ait été lésé, il faut s'astreindre à surveiller le blessé, à le voir fréquemment, à tenir compte des troubles fonctionnels les plus légers. A ce point de vue, il importe de pratiquer souvent l'examen ophtalmoscopique : une modification dans l'aspect des vaisseaux, une stase veineuse par exemple, un début d'atrophie par névrite optique descendante, pourront faire craindre, à juste titre, une complication évoluant silencieusement du côté des centres nerveux.

Enfin, pour le médecin militaire et, dans certaines éventualités de responsabilité civile, pour le médecin expert, on doit toujours avoir présente à l'esprit, dans les cas douteux ou d'allures anormales, la possibilité d'accidents hystéro traumatiques ou d'une simulation. Ces difficultés seront d'autant plus importantes à résoudre que la question médico-légale se posera dans ce cas à côté de celles du diagnostic et du traitement.

QUESTIONS DE TUBERCULOSE

De la nécessité de rendre obligatoire l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux

Rapport présenté, le 19 décembre 1903, à la *Commission permanente de la tuberculose* au nom de la septième Sous-Commission

Par M. le Dr Armaingaud, *rapporteur.*

Parmi les mesures à prendre contre la propagation de la tuberculose que la Commission a le devoir de signaler à la

vigilance du gouvernement, il en est peu dont la mise en pratique soit plus urgente et dont la réalisation rapide s'impose avec plus d'évidence que celle qui fait l'objet du présent rapport.

Il s'agit, en effet, de l'isolement des tuberculeux dans nos hôpitaux, ou, pour parler peut-être plus clairement, de leur éloignement des salles communes et de l'organisation de services spéciaux et nettement séparés.

Aussi, dans le magistral programme dont M. Bourgeois nous a tracé les grandes lignes à l'inauguration de nos travaux, insistait-il avec force sur la nécessité de faire enfin passer dans la pratique cet isolement obligatoire des malades et de nous saisir de cette arme puissante de notre défense sociale depuis si longtemps réclamée par le corps médical. Cette question fut rappelée à l'attention de la Commission plénière par le prof. Bouchard qui, au nom de la 7e Sous-Commission, déposa une proposition spéciale. Notre président, M. Bourgeois, n'a pas perdu de vue un instant cette obsédante question, car c'est à la suite d'une récente visite à l'hôpital Beaujon, visite dont il a traduit les impressions avec une si éloquente émotion, que, sur sa demande, l'urgence a été prononcée dès que la 7e Commission, dont je suis aujourd'hui le porte-paroles, a été chargée de vous apporter sans retard une proposition motivée qui pût servir de point d'appui immédiat à l'intervention du gouvernement.

Il suffira, en effet, je pense, pour expliquer l'impatient désir que nous avons tous d'une prompte solution, de rappeler en quelques mots ce qui se passe chaque jour dans nos salles de malades. Or, ce qui se passe, le voici :

La tuberculose est une maladie contagieuse, et, cependant, dans nos hôpitaux, aussi bien en province qu'à Paris, les tuberculeux sont confondus avec les autres malades, séparés d'eux, bien souvent, par un espace si étroit que les meubles les plus indispensables à la propreté et aux besoins les plus urgents des malades ne peuvent y trouver place.

La *tuberculose*, dont les sujets atteints occupent près de la moitié des lits de nos salles, *est une maladie contagieuse*, aux germes de laquelle les organismes affaiblis par une maladie quelconque ou par la pauvreté offrent un terrain de culture particulièrement fertile; et, cependant, nous laissons ces organismes affaiblis et sans résistance en voisinage immédiat avec les pneumo-tuberculeux.

La tuberculose est une maladie contagieuse par l'expectoration des malades desséchée et réduite en poussières, par les fines gouttelettes liquides que leur toux projette autour d'eux et dont il est impossible d'éviter la production et la diffusion autrement que par des précautions spéciales qui ne peuvent être prises dans une salle commune; et, cependant, nous laissons dans chaque salle d'hôpital 30 malades atteints d'angine, d'entérite, d'affections cardiaques, d'anémie et de toutes les formes les plus variées de la misère physiologique, et offrant la plus accueillante réceptivité, en communauté d'atmosphère intérieure avec 15, 20, 25 autres malades qui répandent autour d'eux les germes tuberculeux.

La tuberculose est une maladie contagieuse et, cependant, nous permettons que les mêmes médecins, les mêmes internes, élèves et infirmiers qui sont en contact constamment répété avec les tuberculeux et avec les objets qu'ils ont pu souiller, puissent passer plusieurs fois par jour du contact de ces tuberculeux au contact des autres malades de la même salle. Et nous exposons encore les membres de ce même personnnel médical et de ce même personnel auxiliaire à contracter eux-mêmes d'autant plus facilement la tuberculose, qu'ils ne peuvent, dans un service commun, prendre les mesures préservatrices qu'ils pourraient prendre dans un service spécial.

Enfin, la tuberculose est une maladie *infectieuse* qui ne peut être rationnellement et utilement traitée qu'en assurant aux patients un air pur, constamment et méthodiquement renouvelé de jour et de nuit, en y ajoutant, avec une bonne nourriture, le repos et un sommeil calme; et, cependant, nous les plaçons avec 40 autres malades dans une atmosphère commune dont le renouvellement est rendu impossible par la nature même de leur mal qui s'oppose à l'ouverture des fenêtres; leur repos et leur sommeil sont forcément troublés par les patients qui se plaignent ou ceux qui sont en proie au délire; l'alimentation est forcément rendue insuffisante par toutes les conditions précédentes qui diminuent l'appétit et dépriment les forces digestives et assimilatrices.

Telles sont, messieurs, les tristes réalités que nous avons chaque jour sous les yeux. Nous offrons aux malheureux des maisons de secours et de cure pour guérir ou atténuer la tuberculose, et nous créons, au contraire, de toutes pièces, la tuberculose, en réunissant les éléments séparés qui la composent. Nous prétendons lui arracher ceux qui en sont atteints et nous ne faisons que la procurer à ceux qui en sont exempts; et nous trompons ainsi leur confiance. Nous démontrons et proclamons chaque jour, nous crions sur les toits, de toutes nos forces, que le logement insalubre est un des facteurs, les plus puissants, le plus puissant peut-être de la production de la tuberculose, et nous imposons aux tuberculeux qui nous demandent asile et protection, et à ceux qui sont prédisposés à la tuberculose un logement insalubre au premier chef!

Pour qu'un pareil état de choses, si absolument contraire à toutes les données de la science et si nettement en contradiction avec le devoir social d'assistance et de solidarité, ait pu se perpétuer si longtemps sous les yeux des médecins qui protestent, malgré le dévouement éclairé et la bonne volonté incontestables des administrateurs de l'Assistance publique, il faut — et cela est, en effet — que ceux qui ont voulu le faire cesser se soient trouvés en face de difficultés qui leur ont paru insurmontables. Mais examinées aujourd'hui à nouveau, après les discussions qu'a soulevées cette question dans les corps compétents et les rapports qui les ont condensées et analysées, et dont ce qui précède n'est qu'un résumé, ces difficultés deviennent à l'heure présente faciles à résoudre.

Et le moment est venu de faire céder les considérations secondaires devant l'intérêt supérieur de la défense sociale contre la tuberculose et devant l'intérêt des malades. Ce moment favorable est venu, parce que c'est la première fois que le gouvernement institue un *conseil permanent* chargé exclusivement d'étudier les *moyens de préservation* contre la tuberculose, et auquel il dit formellement : « Je vous institue pour que vous preniez l'initiative des mesures législatives et administratives à mettre en vigueur contre l'extension de la tuberculose; et je place parmi vous, pour traduire en lois et règlements vos solutions et vos propositions, les membres du parlement les mieux préparés à s'associer à vos études, et c'est le président de la Chambre des députés qui a bien voulu diriger vos travaux. »

Le moment favorable est venu, aussi, parce que l'éducation du public commence à se faire, parce que la notion du péril tuberculeux est enfin entrée dans ses préoccupations, parce que l'opinion publique, aujourd'hui éclairée, est mieux préparée aux sacrifices et aux efforts nécessaires, et à seconder, peut-être même à stimuler l'action des pouvoirs publics.

Il ne nous reste donc plus, avant de formuler les résolutions que nous demanderons à la Commission de voter, qu'à rappeler en quelques mots les propositions qui ont été successivement formulées, dans ces dernières années, par les corps compétents, comme conséquence des faits et de la discussion des rapports qui leur furent présentés, et dont le rapport de MM. Grancher et Thoinot constitue le document le plus instructif et le plus décisif. Quatre discussions principales, suivies de conclusions et de propositions fermes, ont eu lieu, depuis sept ans, et toutes ces discussions ont unanimement abouti à une conclusion identique : l'urgente nécessité, le devoir absolu, pour les administrations hospitalières, dans les départements comme à Paris, d'isoler les tuberculeux, de les éloigner des salles communes.

1. — En 1896, le rapport de MM. Grancher et Thoinot, présenté le 26 mars à la Commission de surveillance de l'Assistance publique de la Seine, au nom d'une commission spéciale, et approuvé par l'unanimité des membres, concluait :

1° A l'isolement obligatoire des tuberculeux.

2° Comme mode de réalisation, à l'éta-

blissement et à l'organisation, dans un certain nombre d'hôpitaux de Paris, de pavillons ou quartiers spéciaux entourés de jardins, autant que possible, et nettement séparés des autres quartiers de l'hôpital. Dans certains hôpitaux, l'adaptation spéciale de certains pavillons suffira; dans d'autres, il faudra construire des pavillons ou quartiers nouveaux.

3° L'organisation de ces pavillons spéciaux comportera un personnel hospitalier de choix, instruit et discipliné, capable de comprendre, d'appliquer et de faire respecter les règlements de l'hygiène appropriée à la tuberculose.

Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que M. le Directeur de l'Assistance publique, en remerciant les rapporteurs, déclara que le devoir de l'Assistance publique était, par eux, si lumineusement et si nettement tracé, que la responsabilité commune du conseil de surveillance et de l'administration « serait lourde, si le rapport du professeur Grancher restait lettre morte, et n'ajoutait qu'une page éloquente à la littérature médicale. »

II. — En *1898*, l'Académie de médecine, saisie de la même question par le rapport de M. Grancher sur la *prophylaxie de la tuberculose*, conclut ainsi :

« Les *tuberculeux doivent être traités dans des pavillons spéciaux.* »

III. — En *1900*, la Commission de la tuberculose instituée, sur la proposition de M. le député Bompar, par le ministère de l'intérieur, eut occasion de reprendre la question, et formula ainsi son avis, dont nous retrouvons le texte dans le rapport général de M. Brouardel :

1° Les tuberculeux doivent être séparés des autres malades;

2° Des hôpitaux spéciaux doivent être créés dans les grandes villes;

3° La commission accepte, lorsqu'il ne sera pas possible de faire autrement, qu'il y ait, dans les hôpitaux, des quartiers réservés aux tuberculeux; mais, c'est pour elle un pis-aller. Elle craint que dans les hôpitaux mixtes les séparations ne soient imparfaites (1).

IV. — Enfin, en décembre 1902, la Société de médecine des hôpitaux de Paris a voté, sur le rapport du Dr Barth, les conclusions suivantes :

« La Société de médecine des hôpitaux de Paris, considérant que la cause principale de l'encombrement des hôpitaux de Paris est la présence, dans les services de médecine, d'un nombre considérable de tuberculeux chroniques dont le séjour se prolonge indéfiniment et avec de grands risques de contagion pour les autres malades, émet le vœu :

« Que l'Assistance publique crée immédiatement, sur des terrains lui appartenant, un hôpital économique pour 500 ou 600 lits au moins, répartis en pavillons à rez-de-chaussée, analogues à ceux de l'hôpital Broussais... »

En résumé, Messieurs, il y a unanimité entre les quatre commissions qui ont été successivement saisies de la question qui nous occupe. Votre septième sous-commission, après l'avoir étudiée à nouveau, a trouvé dans les travaux antérieurs la plus lumineuse démonstration de la nécessité d'isoler les tuberculeux. Aussi est-elle unanime à vous demander le vote d'une formule de résolution invitant le gouvernement à assurer cette grande réforme, et précisant autant que possible dans quelles conditions elle devra être réalisée.

***

Après discussion des formules proposées par M. Armaingaud, puis par M. Bouchard, et des divers amendements, la commission a voté finalement les résolutions suivantes :

1° Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire les relations directes ou indirectes entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux.

2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur seront exclusivement consacrés, et ils ne seront pas admis dans les autres services.

Les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers seront invitées, en conséquence, à affecter immédiatement aux tuberculeux un ou plusieurs de ces établissements.

3° Là où l'affectation d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers distincts seront exclusivement réservés aux tuberculeux.

4° Même quand on ne pourra faire un hôpital ni quartier spécial, les tuberculeux ne pourront jamais être soignés dans une salle commune.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 janvier

Effets curatifs de la saignée dans un cas de fièvre typhoïde grave ataxo-adynamique

M. A. Robin. — *La médecine ne s'enrichit que par les faits.* A l'heure actuelle, dans l'attente d'une méthode sérothérapique curative qui se laisse à peine entrevoir dans le traitement de la fièvre typhoïde, *l'observation clinique, aidée de notions pathogéniques précises*, est encore la seule ressource du thérapeute et demeure son seul et meilleur guide. Aussi, nous avons tenu à rapporter une observation purement clinique, où les bons effets d'un traitement raisonné nous ont semblé assez dignes d'attention pour qu'il nous soit permis de la proposer en exemple, le cas échéant.

Un homme de trente-neuf ans entre dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, en pleine fièvre typhoïde et dans un état d'ataxo-adynamie des plus graves. La température est relativement peu élevée, à 39°5. Les urines, foncées, offrent le syndrome que j'ai décrit : présence de trois disques superposés d'albumine, d'acide urique et d'indican, avec diminution des phosphates terreux, sans urohématine.

Le malade reçoit un bain à 25°, de dix minutes de durée, répété toutes les trois heures, quand la température rectale atteint ou dépasse 39°; des lavements froids avec une cuillerée de liqueur de Labarraque, une potion alcoolique, une infusion de digitale, additionnée d'ergotine, et 0 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine par jour, en deux cachets. Comme alimentation, il a deux litres de lait, un litre de bouillon, un litre de limonade vineuse.

Le lendemain, 18 novembre, la température n'est plus qu'à 38°5, mais l'état général est toujours grave. L'ataxo-adynamie avec délire domine la scène. Le pouls est toujours élevé à 140; les urines rares descendent à 500 cc.

Le 20 novembre, la température est au voisinage de 37°; le pouls est à 145, l'état du malade est des plus alarmants. Et, cependant, aucun phénomène nouveau ne s'est produit qui put expliquer ce désaccord et cette chute de la température. Le ventre n'est pas plus douloureux ni plus ballonné que les jours précédents; il n'y a aucune menace de perforation. Il n'y a pas eu d'hémorragie intestinale. L'état se maintient grave ainsi toute la journée. On cesse les bains et, sur le soir, la température s'abaisse à 36°8 avec un pouls à 140.

Le 21 novembre au matin, la température atteint 36°6 ; le pouls est petit, dépressible, irrégulier, très rapide, incomptable ; le malade est délirant, agité de mouvements de carphologie ; les extrémités sont froides, la respiration courte et accélérée avec tendance à l'algidité et au collapsus. Céphalée violente, mais pas d'inégalité pupillaire, pas de raideur de la nuque, pas de troubles de sensibilité générale, pas de signe de Kernig. A peine le malade a-t-il uriné 500 cc. Il semble profondément intoxiqué.

Que se passait-il alors chez notre malade? En présence de quelles indications nous trouvions-nous? La faiblesse du cœur avait déterminé une sorte de stase veineuse dans la circulation générale, une sorte d'asystolie aiguë et rapide; le rein ne remplissait qu'imparfaitement son rôle éliminateur; les matières toxiques accumulées dans le sang affaiblissaient à leur tour le système nerveux, grand régulateur de toutes les fonctions de l'organisme; les oxydations étaient ralenties au point de voir la température

(1) J'ai fait remarquer à la Commission que le Rapport de la Commission de 1900 comportait un plus grand nombre de conclusions, mais la Commission permanente de la tuberculose n'ayant dans ses attributions que les mesures préservatrices et ne s'occupant ici de l'hospitalisation des tuberculeux qu'au point de vue prophylactique, j'ai dû détacher de la formule de la Commission de 1900 les conclusions relatives aux moyens de cure contre la tuberculose.

s'abaisser au-dessous de la normale. La mort semblait proche. Il ne s'agissait plus ici de lutter contre la fièvre typhoïde, mais contre un cas spécial de fièvre typhoïde avec troubles de la circulation, toxémie et insuffisance des oxydations. La saignée s'offrait à nous pour satisfaire à ces trois indications. Elle devait, tout d'abord, produire une déplétion sanguine favorable à l'exosmose des poisons intracellulaires, puis rétablir l'amplitude des pulsations et diminuer mécaniquement la stase veineuse. Elle devait ensuite aider à dépurer l'organisme des poisons microbiens et des déchets nutritifs qui s'y trouvaient accumulés. Mais elle avait aussi pour objet, ainsi qu'il appert des recherches que j'ai faites avec M. Maurice Binet, d'activer les échanges généraux et respiratoires, d'augmenter, en un mot, les oxydations de l'organisme.

Je me décidai donc à pratiquer, à dix heures du matin, une saignée de 250 gr., faisant continuer l'usage de la potion à la digitale et à l'ergotine.

Et comme une preuve expérimentale des faits avancés, on vit la température se relever, le pouls devenir plus régulier, plus ample, moins rapide, les urines augmenter et l'état général du malade se modifier au point qu'il sembla véritablement ressusciter sous l'influence de cette saignée. La fièvre typhoïde ayant ensuite repris son cours régulier, le malade guérit.

Ceci est encore un exemple de plus à ajouter à ceux déjà cités en faveur de la saignée, et c'est pourquoi j'ai tenu à rapporter ce fait clinique avec quelques détails en le faisant suivre des considérations théoriques qui justifient la thérapeutique employée.

M. Gallois. — En 1879, j'ai eu l'occasion de soigner une fièvre typhoïde par la saignée. C'était chez un jeune homme, au début de sa maladie, qui présentait une tension sanguine très élevée et un délire persistant. Je fis une saignée dans l'après-midi et le malade fut véritablement transformé, sa figure reprit sa teinte habituelle, la tension redevint normale et la température descendit pour se maintenir les jours suivants. Comme M. Albert Robin, je n'érige pas la saignée en règle générale dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais je prétends seulement qu'elle peut avoir de grands avantages, surtout lorsqu'il y a une hypertension marquée.

M. H. Barbier. — L'intéressante communication de M. A. Robin rappelle, à juste titre, l'attention sur les émissions sanguines dans les infections. Aux phénomènes biologiques — augmentation des oxydations, stimulation plus grande de l'oxygène, etc., et qu'il a pu constater directement avec M. Binet — on peut ajouter le fait, non moins intéressant, qui a été signalé par M. Roux, je crois, à l'Académie de médecine : c'est la poussée leucocytaire qui suit la saignée. Or, nous savons que les globules blancs sont, par excellence, les vecteurs des oxydases organiques, et que leur augmentation doit s'accompagner d'une élévation des oxydations. J'use, d'ailleurs, des émissions sanguines dans les infections pulmonaires des enfants, et j'en retire d'excellents résultats, autant contre les phénomènes toxiques généraux que contre les phénomènes congestifs locaux.

M. Robin. — Je ferai remarquer que, dans le cas que je viens de vous rapporter, le malade était un hypotendu et non un hypertendu : c'est contre l'intoxication et non contre les troubles circulatoires que j'ai voulu agir.

M. Mathieu. — Il est un fait clinique qui peut être invoqué à l'appui de la théorie de M. Robin : Trousseau avait déjà signalé qu'il se produit toujours une amélioration notable, dans la fièvre typhoïde, à la suite des hémorragies intestinales, à la condition qu'elles ne soient pas trop considérables et qu'elles n'amènent pas une anémie créant un symptôme dangereux nouveau. Nous avons eu l'occasion, encore dernièrement, de vérifier ce fait chez un de nos typhoïdiques.

Dr Vladimir de Holstein.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier.

M. Motet donne lecture d'un rapport de **M. Chauvel**, empêché, sur.....

« On n'entend rien, » dit à haute voix, de sa place, **M. Javal.**

La lecture continue.

« Mais on n'entend pas un mot, » répète encore plus fort l'honorable académicien.

M. le président **Tillaux.** — Je mets aux voix les conclusions du rapport.

M. Javal. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Javal.

M. Javal. — On ne peut voter les conclusions d'un rapport dont on n'a pas entendu un mot.

M. le Président. — Alors, on votera mardi prochain sur les conclusions de ce rapport, quand il aura paru dans le *Bulletin.*

C'est tout ce que nous pouvons dire de ce rapport et d'un autre lu par **M. Cornil.**

Il est bien évident que si on n'entend rien sur les bancs de l'Académie, à moins que les orateurs aient une voix de réunion publique, on entend moins que rien sur notre « perchoir. »

Etant donné l'impossibilité permanente de suivre les orateurs, la solution imaginée aujourd'hui par M. Tillaux ne pourrait-elle pas devenir la règle? On ne se donnerait plus la peine d'écouter. On pourrait même se dispenser d'assister aux séances. Il suffirait de s'abonner au « Bulletin de l'Académie », et, huit jours après, on ferait tranquillement son petit compte-rendu!

Cette combinaison ne saurait déplaire à l'éditeur officiel de l'Académie, pas plus qu'à M. le Secrétaire perpétuel, dont l'aimable sérénité ne serait plus troublée par les réclamations de la presse, ou celles des membres de l'Académie qui, prenant la peine d'écouter, comme M. Javal, voudraient bien entendre.

J. J.

ÉLECTION

D'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie

Nombre de votants : 83. — Majorité : 42

Ont obtenu :

MM. Reynier.....	42 voix	Elu
Poirier......	35	—
Henneguy ...	2	—
Bulletins blancs..	4	

DÉPARTEMENTS

Cytopronostic de la lactation

M. **Lévy**, élève de l'École du service de santé militaire, a communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon le résultat de recherches entreprises dans le laboratoire de la clinique infantile sur la cytologie du lait.

Jusqu'aux approches de la montée de lait, la cytologie de la sécrétion mammaire ne paraît avoir qu'un intérêt théorique. C'est de la veille au lendemain de la montée laiteuse, et plus particulièrement le jour même où s'opère ce phénomène, qu'il convient d'essayer le cytopronostic.

Très sommairement, on peut dire qu'un pourcentage élevé de polynucléaires indique une lactation active, et que ces deux termes sont comme en raison directe l'un de l'autre. La précocité de la polynucléose est également un signe favorable. De même un culot de centrifugation épais, qui dénote que, indépendamment de la question de pourcentage, la quantité absolue des éléments est considérable.

La tendance des mononucléaires à prédominer témoigne d'une sécrétion plutôt languissante, surtout si le nombre absolu des éléments est minime, accusé par un culot peu épais.

Les lymphocytes n'ont probablement, ici, qu'une signification négative : leur prédominance est simplement synonyme de pénurie phagocytaire, renseignement défavorable à l'état de la sécrétion.

Un culot nul, ou insuffisant pour une numération facile, est un indice nettement défavorable, surtout le jour de la montée de lait. Dans le cas d'une sécrétion riche, les éléments sont souvent même assez nombreux pour que l'examen numérique puisse se faire directement, sans le secours de la centrifugation.

Enfin, un pronostic positif, c'est-à-dire favorable, paraît avoir une valeur beaucoup plus tranchée qu'un pronostic négatif, c'est-à-dire mauvais. La sécrétion peut être, comme l'on sait, très médiocre les premiers jours, et s'établir convenablement dans la suite; au contraire, une

sécrétion bonne d'emblée a les plus grandes chances de rester définitivement satisfaisante.

Des avantages et des limites de l'expectation lors de l'accouchement dans des bassins rétrécis

Le Dr **Fruhinsholz**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy a publié dans la *Revue médicale de l'Est* (15 janvier 1904) des considérations cliniques sur l'accouchement dans les bassins rétrécis, et s'est particulièrement attaché à déterminer les avantages de l'expectation et ses limites en pareille occurrence. Il est arrivé aux propositions que voici :

1° La fixation à 9 centimètres et demi de diamètre utile de la limite en dessous de laquelle l'accouchement spontané à terme n'est généralement plus possible est exagérée.

2° L'accouchement spontané à terme, c'est-à-dire de fœtus de plus de 3000 gr., est souvent possible dans des bassins de 9 centimètres et demi à 9 centimètres et même dans des bassins de 8 centimètres et demi.

3° L'accouchement dans ce cas est particulièrement long et sa durée atteint une moyenne de 18 à 48 heures (suivant les diamètres du bassin), sans qu'il en résulte de dommage appréciable pour la mère ni pour l'enfant.

4° La traversée du détroit supérieur est la plus laborieuse et nécessite un délai qui, dans nos observations, a pu varier de 9 heures 20 minutes à 20 heures en moyenne, suivant les dimensions des bassins à franchir.

5° Cette longue durée de la traversée doit être retenue et doit être prise en considération pour retarder dans des limites approchantes, toute intervention que ne justifierait pas une indication pressante et formelle du côté de la mère ou du fœtus.

En d'autres termes, l'indication d'intervenir, tirée du seul défaut de progression de la tête fœtale, ne peut se poser en général avant qu'un délai de 9 à 20 heures environ (suivant le calibre du bassin), ait été laissé à la tête pour lui permettre de vaincre l'obstacle que lui oppose le détroit supérieur rétréci ; on tiendra naturellement compte, dans l'appréciation de ce délai, de la valeur des contractions utérines.

6° On ne doit surtout pas se laisser suggestionner par l'idée de « l'attente des deux heures » au-delà desquelles, s'il n'y a pas de progression sensible, la dilatation étant complète, il *faut* intervenir. Cette expectation impatiente, déjà trop courte en ce qui concerne l'accouchement physiologique, l'est, à plus forte raison, en ce qui concerne l'accouchement dans les bassins rétrécis.

De l'expectation dans les fractures du crâne

M. le Dr **Malherbe** a présenté, à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, un jeune homme atteint de fracture du crâne et guéri après être resté cinq jours sans connaissance.

Le blessé s'était jeté par une fenêtre du premier étage, et il avait été apporté à l'hôpital sans connaissance; écoulement de sang par l'oreille : pas de stertor, pas de paralysie appréciable, pas de dilatation ni de paresse de la pupille. Le trauma a porté sur le pariétal droit; à ce niveau, légère écorchure. Cet état dura cinq jours, et comme on ne voyait aucun symptôme menaçant pour l'existence, on maintint l'expectation en se tenant prêt à agir si les symptômes s'aggravaient. Le sixième jour, le blessé reprend ses sens et commence par parler un peu. Il répond par monosyllabes et ne se souvient de rien. Il n'y a ni paralysie, ni contracture; seulement un peu de faiblesse du membre supérieur gauche.

Le onzième jour, il se lève sans en avoir demandé la permission. Il a un étourdissement et tombe sans perdre connaissance Un mois après l'accident, il est présenté à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux.

M. Malherbe estime que cette observation montre qu'il faut savoir temporiser lorsqu'un blessé, que l'on suppose atteint d'une fracture du crâne, ne présente pas de symptôme menaçant immédiatement l'existence. Lorsqu'on trépane immédiatement après la blessure, on impose un nouveau choc opératoire après le choc dû à l'accident, et les trépanations faites immédiatement sont fréquemment suivies de mort. La trépanation hâtive ne paraît justifiée que par des symptômes indiquant un foyer bien limité ou une compression de l'encéphale.

Dans deux autres cas, dont l'un très grave en apparence, M. Malherbe a vu les blessés se tirer d'affaire.

A la suite de cette communication, des faits du même genre ont été rappelés.

M. **Sourdille** a vu un malade tombé de 10 à 12 mètres de hauteur et qui avait présenté de l'épilepsie jacksonienne et de la paralysie de la sixième paire. On temporisa, et le malade guérit.

M. **Mirallié** a observé un blessé atteint de fracture du crâne avec enfoncement et paralysie de la sixième paire. On temporisa également, et le malade guérit aussi.

M. **Aubry** a vu six cas de fracture du crâne où la guérison survint spontanément, mais au bout d'un temps assez long.

Epithélioma lingual et radium

M. **Courtin** a présenté, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, un malade, âgé de cinquante-neuf ans, atteint d'épithélioma interstitiel de la langue et qui a subi un commencement de traitement par le radium.

Au moment de l'entrée dans le service, le malade se présentait dans l'état suivant :

La salivation est continue. Le malade ne peut tirer la langue qui est déprimée en ombilic; au centre de la face dorsale, le doigt apprécie des traînées indurées dans les sillons inter-papillaires et dans les parties profondes de la langue, de la pointe, à la base de l'organe. La muqueuse n'est ulcérée dans aucun point; il n'y a pas eu d'hémorragies, on note sur la muqueuse une traînée noirâtre, surtout au niveau de la partie moyenne.

Le malade est soumis alors à la radiumthérapie. Après les trois premières séances, douleurs linguales et otalgie avaient disparu. Actuellement on note quelques symptômes subjectifs intéressants : le malade peut tirer la langue et les infiltrats indurés s'atténuent notablement.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Un procédé d'exploration de l'estomac : la digastroscopie

Le prof. **A. Cavazzani** (*Rivista crit. di clin. med.*, 9 janvier 1904) décrit un procédé dont il se sert depuis quelque temps pour le diagnostic de la gastrectasie et de la gastroptose. Il consiste à exercer sur l'abdomen une pression réalisant artificiellement, au cas où l'on aurait affaire à une dilatation gastrique, un estomac en bissac et de provoquer alors les bruits hydro-pneumatiques signalés par Bouveret et Chapotot dans la gastroptose par abus du corset, bruits engendrés par le passage des liquides et des gaz à travers la partie rétrécie de l'estomac bilobé sous l'influence de la respiration abdominale.

Ce procédé d'exploration, auquel son auteur a donné le nom de *digastroscopie* (bilobulation artificielle de l'estomac), est pratiqué ainsi qu'il suit :

S'étant placé à la droite du malade, couché sur le dos, le ventre bien relâché, le médecin appuie le bord radial de sa main gauche (notamment le bord radial de l'index et de son métacarpe) sur la région épigastrique, au-dessous du rebord costal et transversalement à l'abdomen. Il exerce avec cette main une compression modérée de façon à enfoncer les parois abdominales vers la colonne vertébrale. Après avoir invité le malade à « respirer avec le ventre », il applique sa main droite à plat sur l'abdomen, au-dessous de la main gauche qui continue toujours à comprimer, et il perçoit alors nettement, s'il s'agit d'un estomac dilaté, le frémissement et le gargouillement produits par l'air à son passage, pendant l'inspiration, de la cavité gastrique supérieure (sous-diaphragmatique) dans la cavité gastrique inférieure (épigastrique). En exerçant, en outre, avec la main droite, pendant les expirations, une pression légère, mais un peu brusque sur la moitié inférieure de l'estomac, on peut obtenir aussi un frémissement expiratoire au passage de l'air de la cavité stomacale inférieure dans la cavité stomacale supérieure. Tous ces frémissements

sont même perceptibles à la vue. La limite inférieure, à laquelle ils s'arrêtent, marque le bord inférieur de l'estomac, ce qui permet d'établir, le cas échéant, le diagnostic de la gastroptose et d'en préciser le degré.

Il va de soi qu'un résultat négatif de la digastroscopie ne saurait nullement démontrer l'absence d'une dilatation stomacale. Il est, en effet, des cas de gastrectasie dans lesquels on ne parvient pas à réaliser artificiellement un estomac en bissac (parois abdominales trop épaisses, ptose complète de l'estomac, etc.).

Parfois aussi le résultat négatif de la digastroscopie est dû à l'absence totale de gaz et de liquides dans la cavité gastrique — chose à laquelle il est, d'ailleurs, facile à remédier — ou bien à une réplétion excessive de l'estomac par des substances alimentaires solides. Pour éviter cette dernière éventualité, on pratiquera l'examen digastroscopique à jeun ou vers la fin d'une période digestive.

Sur un pouls veineux à l'avant-bras dans la cirrhose atrophique du foie

D'après **M. E. Hitschmann** (*Centralbl. f. inn. Med.*, 16 janvier 1904), assistant du service de médecine du prof. Pal, à l'hôpital général de Vienne, il existerait souvent, à la surface dorsale de la main et à l'avant-bras, chez les sujets atteints de cirrhose atrophique du foie, un pouls veineux bien apparent, pouls négatif, dû à des affaissements veineux coïncidant tantôt avec les contractions cardiaques, tantôt avec les mouvements inspiratoires. Un phénomène identique s'observerait en même temps au niveau des jugulaires. L'intensité du pouls veineux à l'avant-bras, lequel est surtout perceptible dans la veine sous-cutanée du bord radial du membre, est assez variable. On peut l'augmenter et même susciter l'apparition du pouls veineux en réchauffant l'avant-bras ou en le faisant tenir abaissé à l'effet d'augmenter la réplétion de ses veines. Point à signaler : l'évacuation de l'ascite par la ponction abdominale ne modifie en rien le pouls veineux de l'avant-bras.

Le phénomène en question, que l'auteur a eu l'occasion d'observer dans des cirrhoses atrophiques du foie, d'origine tantôt alcoolique, tantôt syphilitique, ainsi que dans un cas de cirrhose cardiaque consécutive à une symphyse du péricarde (comme l'a montré plus tard l'autopsie), se trouve évidemment lié aux troubles circulatoires résultant de l'atrophie « périphlébitique » (veineuse) du foie. Il doit donc figurer dorénavant parmi les signes caractéristiques de cette affection, à côté de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs.

L'opothérapie thyroïdienne contre l'éclampsie des femmes enceintes

Il y a deux ans, un accoucheur d'Edimbourg, M. Nicholson, avait fait connaître les résultats favorables que lui avait donnés l'usage interne de l'extrait thyroïde dans quatre cas d'éclampsie gravidique, qui tous se terminèrent par une guérison aussi rapide que complète, sans qu'on eut besoin d'avoir recours à l'évacuation artificielle de la cavité utérine.

Ces faits engagèrent M. Grammatikati, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Tomsk, à essayer l'effet de l'opothérapie thyroïdienne dans deux cas d'éclampsie, qu'il a eu l'occasion d'observer récemment. Il s'est fort bien trouvé de ce traitement, comme nous l'apprend son assistant **M. V. G. Baldovsky** (*Vratchebnaya Gazeta*, n° 1, 1901).

La première de ces observations concerne une multipare qui, se trouvant au septième mois de la grossesse, fut prise d'accès éclamptiques violents et fréquents que les inhalations de chloroforme et les lavements de chloral à haute dose ne parvenaient pas à enrayer. Or, sous l'influence de la thyroïdine, administrée par doses de 0 gr. 30 centigrammes, trois à quatre fois par jour (0 gr. 90 à 1 gr. 20 dans les vingt-quatre heures), les crises convulsives ne tardèrent pas à s'amender puis à disparaître, en même temps qu'augmentait la diurèse et que diminuait la quantité d'albumine dans les urines. La malade, une fois guérie, s'empressa de quitter la clinique, sa grossesse continuant de suivre son cours normal. Mais, bientôt, cette femme rentrait avec de nouveaux accès éclamptiques encore plus intenses que les précédents et qui, néanmoins, se dissipèrent après ingestion de 1 gram. 80 d'extrait thyroïde et sans qu'on eut fait usage de narcotiques dont on s'abstint volontairement pour mieux s'assurer de l'efficacité de l'opothérapie thyroïdienne. Le fœtus, mort au cours du dernier accès, fut expulsé quelques jours après, cet accouchement prématuré s'étant produit spontanément.

Dans le second cas on avait affaire à une primipare, chez laquelle l'éclampsie fit son apparition au moment même où débutait un accouchement à terme. On procéda aussitôt à l'administration de la thyroïdine, grâce à laquelle on parvint à arrêter les crises convulsives avant même la rupture de la poche des eaux, de telle façon que la seconde période du travail put s'effectuer normalement.

L'opothérapie thyroïdienne paraît donc constituer, contre l'éclampsie gravidique et puerpérale, un traitement vraiment efficace et qui est à recommander. Comme on l'a vu, elle est susceptible de juguler les accès éclamptiques, même sans l'aide de médicaments narcotiques. Cependant, l'auteur estime que, pour plus de sûreté, il ne faudrait pas négliger l'emploi concomitant de ces derniers.

Quant au mécanisme d'action de la thyroïdine dans l'éclampsie, M. Baldovsky, d'accord en cela avec M. Nicholson, l'attribue aux propriétés antitoxiques et diurétiques de la substance thyroïdienne.

Dr Vladimir de Holstein.

REVUE DE THÈSES

Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel, par M. G.-E. Philippet.

Les « remplaçantes » sont toujours à l'ordre du jour, et M. Philippet a voulu, dans sa thèse inaugurale, étudier ce problème d'hygiène sociale. Son effort a été heureux, car notre confrère nous semble avoir bien mis au point un des côtés de la question. « Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel. » Voici ce qu'il en dit :

Parmi les femmes qui s'abstiennent d'allaiter leurs enfants :

1° Les unes s'abstiennent par *ignorance*. Elles invoquent une insuffisance fictive, persistante ou temporaire, de la sécrétion lactée, les craintes que leur inspirent leur santé générale ou de légères complications locales. Elles s'appuient enfin sur la prétendue innocuité de l'allaitement artificiel.

L'éducation médicale pratique de ces femmes est à refaire. Aujourd'hui les médecins qui, à la différence de leurs collègues d'autrefois ont tous les moyens de s'instruire des choses de l'allaitement, doivent plus que jamais se charger de l'instruction du peuple. Pourquoi hésiterait-on à faire, dans les écoles de filles, des cours usuels de puériculture?

2° D'autres ont le *sens moral* étrangement dévié. La peur de souffrir, de se faner, de se contraindre, la vanité, le respect humain, une charité mal entendue : autant de vains prétextes qui déguisent mal leur égoïsme et leur mauvaise volonté. Ces femmes, prêtes d'avance à capituler, trouvent d'ordinaire un entourage complaisant, qui les aide à se débarrasser de leurs derniers scrupules.

Des moralistes et des littérateurs ont déjà entrepris de redresser l'âme de tous ces inconscients. C'est aux médecins de continuer et de parfaire leur œuvre. Ici encore il y a lieu de faire, parmi les jeunes, une propagande active et convaincue.

3° Il en est enfin chez qui l'abstention est obligatoire par suite du facteur *misère*.

Ces mères pauvres ont besoin, sans doute, de quelques conseils, mais elles réclament surtout une aide matérielle. L'assistance maternelle idéale est celle qui permet à la femme d'être mère à son aise, dans son propre foyer. La fille-mère ne doit plus être, dans notre société moderne, un être anormal et hybride, qu'on dédaigne ou qu'on méprise. Elle doit pouvoir être simplement une mère.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Masson

Les consultations de nourrissons, par M. Ch. Maygrier (Collection Critzmann, 1 vol., 44 pages).

Toutes les personnes (médecins ou philanthropes) qui s'intéressent au sort du nouveau-né ou qui s'inquiètent de la dépopulation de la France, liront avec grand profit le travail que vient de consacrer M. Maygrier aux *consultations de nourrissons*. Cette œuvre, créée en 1892 par M. le prof. Budin, s'est rapidement propagée à toute la France sous des formes diverses et avec des noms variés. La dénomination imagée de *Gouttes de lait* pro-

posée par le Dr Dufour (de Fécamp) tend à prédominer. Cette organisation consiste à donner aux femmes qui viennent d'accoucher des conseils pour régler l'allaitement de leur nouveau-né et, au besoin, à leur distribuer du lait si l'enfant ne trouve pas dans le sein de sa mère une alimentation suffisante. Par ces conseils médicaux, par ces distributions de lait on arrive à réduire, dans des proportions considérables, la mortalité infantile toujours si inquiétante. M. Maygrier donne les détails les plus minutieux sur l'organisation et le fonctionnement de ces consultations de nourrissons et met en évidence leurs heureux résultats.

Le point sur lequel il insiste le plus particulièrement, c'est que ces consultations doivent avoir pour principal objectif d'encourager la mère à allaiter elle-même son enfant et à lui en fournir les moyens. Tout doit tendre à ce résultat, « Il ne faut à aucun prix qu'on puisse dire que les consultations favorisent l'allaitement artificiel. Une Goutte de lait, c'est-à-dire une œuvre où l'on délivre du lait suivant les besoins, doit se doubler d'une consultation faite par un médecin qui se préoccupera, avant tout, de faire allaiter les enfants par leurs mères, et sera seul juge des cas où il y a lieu de donner du lait; sans quoi elle deviendra une distribution de lait sans contrôle et pourra être dangereuse. » M. Maygrier résume son opinion sous une forme très heureuse en disant que la consultation de nourrissons doit être une « école d'allaitement maternel. » A ce titre, ces consultations doivent se solidariser avec toutes les œuvres ayant pour but de favoriser l'allaitement maternel, et il serait désirable qu'elles se multiplient et se répandent sur tout le territoire.

Tous ceux qui projetteront de fonder des consultations de nourrissons, des Gouttes de Lait ou des œuvres similaires devront prendre pour guide le livre de M. Maygrier. Ils y trouveront l'indication précise du but à atteindre et des moyens les plus simples et les plus économiques pour y parvenir. Les dangers que fait courir à la France sa faible natalité sont tels, que sauver la vie des nourrissons c'est sauver la fortune la plus précieuse de notre pays.

P. Gallois.

ASSISTANCE PUBLIQUE

AVIS

A MM. les candidats aux concours pour les places de médecin des hôpitaux et hospices

Par un arrêté en date du 4 janvier 1904, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le préfet de la Seine, les modifications suivantes ont été introduites dans les articles ci-après du règlement général sur le service de santé des hôpitaux, savoir :

Art. 197. — Les concours annuels prévus à l'art. 42 § 2 s'ouvrent, celui des médecins le 4e lundi du mois de février et celui des chirurgiens le 4e lundi du mois de mars.

En ce qui touche les accoucheurs, les ophtalmologistes, les oto rhino laryngologistes, les dentistes-adjoints et les pharmaciens, des concours ne sont ouverts qu'au fur et à mesure des besoins.

Art. 198. — Le nombre des places de médecin, de chirurgien, d'accoucheur, d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de dentiste ou de pharmacien ne peut excéder trois pour chaque concours.

Cette disposition n'est applicable en ce qui touche les médecins que pour les concours de nomination. Pour le concours annuel d'admissibilité, le nombre des places est déterminé ainsi qu'il est dit ci-après à l'article 200 § 6

Art. 200. — Les candidats aux places de médecin des hôpitaux et hospices ne pourront se présenter au concours, sauf les cas de dispense spécifiés ci après, que s'ils ont été déclarés admissibles à la suite d'un concours dit d'admissibilité.

Seront dispensés du concours d'admissibilité les candidats ayant déjà été déclarés deux fois admissibles.

Cette dispense sera valable pendant un délai de cinq années à courir de la dernière admissibilité. Elle sera renouvelée pour une même période à la condition que le candidat soit déclaré de nouveau une fois admissible.

Les candidats dispensés du concours d'admissibilité ou ceux déclarés admissibles seront tenus de répondre à l'appel qui pourrait leur être adressé par l'Administration, ainsi qu'il est dit aux art. 82 et 83 du règlement pour assurer le service des remplacements des médecins chefs de service, dans les hôpitaux et hospices pendant la période des vacances.

Ceux qui n'auront pas répondu à cet appel ou qui n'auront pas fait régulièrement le service dont ils auront été chargés perdront le bénéfice de leur dispense ou de leur admissibilité; la décision sera prise par le directeur après avis du conseil de surveillance.

Il n'y aura par année qu'un seul concours d'admissibilité, qui s'ouvrira, comme il est dit à l'article 197, le 4e lundi du mois de février.

Le nombre des candidats qui seront déclarés admissibles à la suite de ce concours sera déterminé de façon que les candidats pour le concours de nomination ne dépassent pas vingt, y compris les dispensés.

A titre transitoire, les admissibilités obtenues dans les concours antérieurs au présent règlement seront valables pour acquérir la dispense du concours d'admissibilité, sous la réserve, toutefois, pour les candidats comptant déjà deux admissibilités au moins, que les cinq années de cette dispense commenceront à courir, comme il est dit au § 3 ci-dessus, de la dernière admissibilité obtenue.

Art. 201. — *Concours d'admissibilité.* — Le jury du concours d'admissibilité se compose de dix membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice ou honoraires.

Les épreuves du concours d'admissibilité sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve éliminatoire comportant deux compositions écrites, l'une sur une question d'anatomie pathologique, de physiologie pathologique ou de bactériologie, et l'autre sur une question de symptomatologie, de diagnostic ou de thérapeutique. Les candidats auront trois heures pour rédiger ces deux compositions, qui porteront sur des sujets différents.

Le jury devant se diviser en deux sections, ainsi qu'il est dit ci-après, pour le jugement de ces deux compositions, les candidats rédigeront leur composition d'anatomie pathologique, de physiologie pathologique ou de bactériologie et leur composition de symptomatologie, de diagnostic ou de thérapeutique sur deux cahiers séparés, qu'ils réuniront sous une même couverture après les avoir signées l'une et l'autre.

Les deux sections du jury sont déterminées par un tirage au sort effectué par le président du jury en présence des candidats, au début de la séance d'ouverture du concours : la première section constituée sera la section chargée de juger la composition d'anatomie pathologique, de physiologie pathologique ou de bactériologie. A la fin de cette séance, et après que les copies auront été recueillies, le président du jury déterminera par un tirage au sort, effectué en présence des candidats, l'ordre dans lequel ces derniers seront appelés à lire leurs compositions. A cet effet, il tirera une à une les copies déposées, les copies d'anatomie pathologique et celles de symptomatologie seront séparées au fur et à mesure du tirage.

Chacune des deux sections du jury fonctionne séparément dans les formes suivantes:

La section chargée de juger la composition d'anatomie pathologique, de physiologie pathologique ou de bactériologie, entendra la lecture des copies dans l'ordre établi par le tirage au sort ; pour la section chargée de juger la composition de symptomatologie, de diagnostic ou de thérapeutique, l'ordre des lectures sera déterminé ainsi qu'il est dit ci-après: la liste numérotée des candidats telle qu'elle a été établie par le tirage au sort, étant divisée par moitié, les lectures commenceront par la deuxième moitié pour continuer ensuite par la première, on suivra dans chacune des deux séries l'ordre de numérotage.

Les lectures terminées, le jury se reconstitue par la réunion de ses deux sections pour procéder au classement des candidats et arrêter, d'après l'addition des points obtenus pour leurs deux compositions, la liste des candidats qui seront admis à prendre part à l'épreuve suivante. Le nombre de ces candidats sera le double de celui des places mises au concours.

2° La deuxième épreuve est jugée par le jury réuni en entier; elle consiste en une épreuve clinique sur un malade. Le candidat aura quinze minutes pour l'examen du malade et un temps égal pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la composition écrite (épreuve d'anatomie pathologique, 10 p.; épreuve de symptomatologie, 10 points)........................	20 points
Pour l'épreuve clinique..........	20 —

Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* après le jugement de chacune des épreuves, le jury donnera la priorité comme il est dit à l'article 273, savoir :

1° Aux candidats ayant été déclarés déjà admissibles en commençant par ceux qui, dans des concours antérieurs, auraient été classés *ex æquo* avec les admissibles et, parmi eux, par ceux qui l'auraient été le plus grand nombre de fois; pour les autres admissibles, le jury tiendra compte du nombre des concours auxquels ils ont déjà pris part.

2° Aux candidats qui auraient été classés *ex æquo* avec les admissibles, en commençant par ceux qui l'auront été le plus grand nombre de fois et en tenant compte ensuite du nombre des concours.

3° Enfin aux candidats comptant le plus grand nombre de concours.

Art. 202. — *Concours de nomination.* — Le concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du concours d'admissibilité. De même, dans le cas où il y aurait plusieurs concours de nomination, chacun de ces concours ne pourra être ouvert que quinze jours après les opérations du concours précédent.

Le jury du concours de nomination sera constitué immédiatement après la clôture des opérations du concours d'admissibilité. De même dans le cas où il y aurait plusieurs concours de nomination, le jury de chacun de ces concours sera constitué immédiatement après la clôture des opérations du concours précédent.

Ne pourront faire faire des jurys des concours de nomination les membres ayant fait partie du jury du concours d'admissibilité de l'année, ni ceux qui auraient refusé de faire partie de ce jury.

Le jury des concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices se compose de neuf membres dont huit médecins et un chirurgien, tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires.

Les épreuves des concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux sont réglées comme il suit :

1° Une consultation écrite sur un malade pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après quinze minutes d'examen; cette consultation sera lue immédiatement.

2° Une leçon clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour la démonstration devant le jury après un temps égal dont il pourra disposer à son gré pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces deux épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour l'épreuve de consultation écrite. 20 points
Pour la leçon clinique............ 20 points

Art. 274. — A la fin de chaque concours les candidats sont classés par le jury d'après le total des points qu'ils ont obtenus à la suite des différentes épreuves.

Art. 275. — Dans le cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient classés *ex æquo* pour la ou les dernières places, ces candidats subiront une épreuve supplémentaire qui consistera, pour les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs, les ophtalmologistes, les oto-rhino-laryngologistes et les dentistes, en une épreuve clinique sur un malade.

A la suite de cette épreuve un classement définitif est établi par le jury.

Si des candidats se trouvaient de nouveau *ex æquo* les dispositions de l'article 273 seraient applicables pour leur classement.

Pour les concours aux places de pharmacien, lorsqu'il y aura lieu d'appliquer cette disposition spéciale, l'épreuve supplémentaire consistera dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites et de dix plantes ou substances appartenant à l'histoire naturelle pharmaceutique. La durée de cette épreuve sera de dix minutes pour chaque candidat.

Art. 276. — Le président du jury transmet au directeur de l'Administration la liste de présentation établie d'après le classement fait par le jury et y joint son rapport sur les opérations du concours.

Par suite des dispositions ci-dessus, les articles 274 bis, 275 bis et 276 bis du règlement sont supprimés.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

A été nommé dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de méd. auxiliaire de 2e cl.

M. Caille, élève du service de santé.

MUTATIONS

Les méd. de 1re cl. :

M. Gerron est dés. pour emb. sur le *Chanzy* (esc. de la Méditerranée), en rempl. de M. Giraud.

M. Gaillard emb. sur la *Marseillaise* (esc. du Nord), en rempl. de M. Valence.

M. Duguet est dés. pour prendre les fonctions de médecin-major de la défense mobile de Rochefort, en rempl. de M. Labadens.

Le méd. de 2e cl. :

M. Castaing emb., en sous-ordre, sur le *Bouvines* (esc. du Nord), en rempl. de M. Bellet.

Une prolongation de congé d'un mois, à solde entière, pour continuer à suivre les cours de bactériologie à l'Institut Pasteur, a été accordée à M. le méd. de 1re cl. Lasselves, du port de Rochefort.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

Au corps d'occupation de Chine

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Emily, au 24e d'inf.

En Afrique occidentale française.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Grognier, au 8e d'inf.

En France.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

Au 3e d'art. à Toulon, M. Coutaut.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

Au 2e d'art. à Cherbourg, M. Loujarret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 2 février. — *M. Busquet:* Le tremblement physiologique. — *M. [illegible]:* Le spasme facial; étude clinique et diagnostique. — *M. Leclerc:* De l'utilité médicale de l'association de l'hôpital des Dames françaises. — *M. Poirrier:* Pathogénie nerveuse des pemphigus chroniques. — *M. Saraz...as:* De la fibromatose cutanée généralisée.

Jeudi 3 février. — *M. Renaud:* Accidents et complications des méningites cérébro-spinales. — *M. Picard:* Les auto-accusateurs alcooliques. — *M. Josserand:* Contribution à l'étude physiologique de l'adrénaline. — *M. Dechaufour:* Traitement préventif des atrophies musculaires réflexes et des ankyloses dans les lésions traumatiques ou inflammatoires des articulations. — *M. Vinsonneau:* La cataracte diabétique.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 22 janvier

12 Barker, A. Rendu — 9 Martin — 8 Monnier-Vinard, Deroye — 7 Gesbron — 5 Olivier-Beauregard, Charpentier, L. Ménard, Pétel.

23 janvier

12 Bénard, Bichelmann — 11 Bodolec, Esmein — 10 Fage, David — 9 Rolet, Lecaplain — 8 Roudel — 7 Woimant.

Pathologie

Séance du 22 janvier

11 Favreul — 10 Nathan, Pietkiewicz — 7 Leroux, Gaultry — 6 R. Henry — 5 Debernois, Maumené — 4 Metger, Auguste, Rigoulet.

23 janvier

11 Desmoulins, Bory — 10 Pierre, Noeer — 8 Froget — 6 Chevalier, Bourlier — 5 Mme Grandjean — 3 Dubos — 2 Gilbert.

25 janvier

14 Blanluet — 13 Cottard, Merry — 10 Schaeffer, F. Marsan, Bourdier — 9 Boudon — 8 Villetrun — 7 Cléret — 6 Dupré.

Au cours de la séance d'avant-hier, l'Académie des sciences, par 40 voix sur 47 votants, a élu correspondant M. Albert Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Ajoutons, à l'occasion de cette élection, que M. Albert Calmette a été adjoint à la « Commission permanente de préservation contre la tuberculose. » Cette commission qui a, comme on le sait, pour président M. Léon Bourgeois, pour vice-présidents MM. Grancher, Delove, Millerand et Strauss, est appelée à jouer un rôle considérable dans la lutte contre la tuberculose, puisqu'elle a seule mission de signaler aux pouvoirs publics les mesures de préservation qui lui paraîtront rationnelles et pratiques.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Emploi du formol pour la désinfection du lait de vache

M. von Behring (*Soc. de méd. int. de Berlin*, séance du 18 janvier), poursuivant ses recherches sur la prophylaxie sociale de la tuberculose (dont le facteur étiologique principal serait, d'après l'auteur, une infection alimentaire des nourrissons), a trouvé qu'il était possible de désinfecter le lait de vache, sans en altérer le goût, par l'addition de 1/5000 ou 1/10000e de formol. Un lait préparé de la sorte présenterait, au point de vue de la conservation des oxydases, tous les avantages du lait cru; les germes pathogènes qu'il pourrait renfermer, sans être tués, seraient cependant arrêtés dans leur développement.

Ce lait formaliné aurait donné des résultats si brillants dans l'élevage des veaux (dont il a singulièrement diminué la mortalité) que M. von Behring se propose de l'essayer prochainement pour l'alimentation des nourrissons.

L'atropine en injections sous-cutanées contre le ballonnement du ventre par atonie de l'intestin

MM. O. Gaertner et Andrassy (*Korr.-Bl. d. Wuertemb. aerztl. Landesver.*, 1904, n° 2) relatent chacun un cas de météorisme abdominal grave guéri par les injections hypodermiques d'atropine.

Dans l'observation de M. Gaertner, il s'agissait d'une péritonite septique, consécutive à un avortement, au cours de laquelle survint un énorme ballonnement du ventre. La situation paraissant désespérée, l'auteur se décida à pratiquer une injection sous-cutanée de 1 milligr. de sulfate d'atropine à la suite de laquelle la malade rendit des gaz et des matières fécales et se sentit soulagée. Après deux autres injections pareilles, le météorisme se dissipa.

Le fait relaté par M. Andrassy concerne un homme atteint d'étranglement herniaire chez lequel, malgré l'intervention opératoire, on vit se développer un météorisme intestinal des plus graves qui ne céda qu'aux injections sous-cutanées d'atropine.

Un cas de luxation des os propres du nez

On ne connaissait jusqu'ici que deux observations de luxation des os propres du nez, celle de Longuet et celle de Bourguet. **M. Veyrassat** (*Revue méd. de la Suisse rom.*, janvier 1904), premier assistant de la policlinique chirurgicale de l'Université de Genève, vient de rencontrer un troisième fait de ce genre.

Il s'agit d'un homme qui avait reçu un violent coup sur le nez. L'agresseur a donné ce coup avec un sabot qu'il tenait à la main et avec lequel il a frappé le visage du blessé, de gauche à droite. Le bout du sabot atteignit l'extrémité interne de l'arcade sourcilière gauche, qu'elle érafla légèrement, et rencontra la racine du nez sur sa face gauche, qui fut fortement touchée.

La douleur fut très vive et s'accompagna d'une épistaxis assez abondante. Le blessé, ayant porté la main sur son nez, s'aperçut que cet organe était déjeté vers la droite.

A l'examen du malade, on constate d'abord que la racine du nez est fortement déviée du côté droit. Le tiers inférieur du nez a conservé sa direction normale. L'épistaxis est arrêtée. Il y a peu de gonflement. La région lésée n'est pas aplatie. La palpation ne révèle pas de crépitation et pas de mobilité anormale. Elle n'est pas très douloureuse.

En promenant le doigt du côté droit on perçoit une légère saillie due au bord externe de l'os propre, tandis qu'à gauche on sent nettement le bord de l'apophyse montante du maxillaire supérieur ainsi qu'une dépression située entre ce bord et le bord correspondant de l'os propre. Sur la ligne médiane on ne trouve entre les deux os aucune solution de continuité.

Sur la symphyse naso-frontale il existe une petite dépression à gauche.

La narine gauche semble moins libre que la droite.

En l'absence de crépitation et de mobilité anormale, on n'hésite pas à admettre un décollement de la voûte du nez. Le déplacement de cette voûte, évalué d'après la largeur de la dépression située entre l'os propre gauche et le bord correspondant du maxillaire supérieur, paraît être d'un centimètre environ.

L'auteur a aussitôt essayé de replacer cette voûte osseuse en sa situation normale. Pour cela il a saisi la base du nez entre le pouce et l'index droits, et sans avoir eu besoin d'introduire un doigt dans la narine gauche (comme l'a fait Bourguet), il a pu, par une pression assez forte exercée sur l'os propre droit, réduire la luxation. La réduction s'est annoncée par un ressaut brusque, perçu nettement. Le nez a aussitôt repris sa forme première, au grand contentement du malade qui craignait d'être défiguré pour toujours.

La réduction s'est maintenue d'elle-même. Aucune hémorragie nasale ne s'est produite pendant ou après la réduction.

Revu quelques jours plus tard, le blessé présentait un nez d'aspect normal.

Dans ce cas, le coup fut asséné sur l'os propre du côté gauche, suivant un plan parallèle à la face. Il en est résulté un décollement des deux os propres qui ont été déplacés latéralement sans se briser. Mais ces os ne se sont pas séparés l'un de l'autre sur leur bord contigu, autrement dit, il y a eu déplacement d'ensemble de la voûte du nez sans disjonction des deux os qui constituent cette voûte. Il s'agit donc bien d'une luxation. L'auteur a jugé opportun d'attirer l'attention sur cette lésion, qui a dû être très souvent prise pour une fracture. Il suffira de connaître la possibilité de cette luxation pour éviter toute confusion et pour épargner quelquefois aux patients l'application d'appareils inutiles, gênants et mal supportés.

L'acétate d'argent dans la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés

Pour le traitement préventif de la conjonctivite purulente des nouveau-nés, **M. E. Scipiades** (*Volkmann's Samml. klin. Vortræge*, n° 340), conseille d'instiller, dans le sac conjonctival, une solution à 1 % d'acétate d'argent. A efficacité égale, ce sel serait moins irritant que le nitrate dont on se sert dans le procédé classique de Credé. Il n'y aurait pas lieu de pratiquer un lavage à l'eau salée immédiatement après l'instillation d'acétate argentique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LEGS MARJOLIN

Par son testament en date du 1er novembre 1894, le Dr Marjolin (René-Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5161 fr.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an: du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination aux places de médecin de l'assistance médicale à domicile.

Ce concours sera ouvert le mercredi 30 mars 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire incrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 1er février 1904 et sera clos définitivement le samedi 5 mars suivant, à 3 heures.

Conditions du concours :

1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de médecine de l'Etat ;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

OPHTALMOLOGIE

(Clinique nationale des Quinze-Vingts).
M. A. Trousseau

Quelques points essentiels de pratique ophtalmologique(1)

Je traiterai aujourd'hui de quelques notions de pratique ophtalmologique que les médecins, même non spécialisés, n'ont pas *le droit d'ignorer*. Cette leçon leur évitera, je l'espère, des fautes graves, voire même des cataclysmes.

Les points sur lesquels je veux insister concernent :

1° L'exploration de l'œil ;

2° La prescription de certains agents thérapeutiques;

3° Le diagnostic différentiel de quatre maladies de l'œil externe, souvent confondues, au grand détriment du malade.

I. — Exploration de l'oeil.

Lorsqu'on explore un œil il ne faut jamais oublier :

a) De retourner les paupières;

b) D'inspecter le bord ciliaire;

c) De mettre le doigt sur le sac lacrymal.

a) Toutes les fois qu'un malade se présentera devant vous avec un œil rouge, injecté, votre premier devoir sera de retourner la paupière. Mais cela ne suffira pas; il faudra surtout bien *développer le cul-de-sac*, manœuvre sans laquelle on est exposé aux « *surprises* du *cul-de-sac*.» Tel malade, par exemple, qui, à un examen superficiel, paraîtra atteint de kératite, pourra n'avoir qu'une conjonctivite déterminée et entretenue par la présence dans le cul-de-sac soit de granulations, soit de concrétions calcaires de la conjonctive, soit même de simples cicatrices de granulations anciennes qui suffisent à amener des poussées inflammatoires.

Les surprises des culs-de-sac sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Je vous citerai le cas d'un enfant qui, soigné pendant quelque temps pour une conjonctivite purulente, fut un jour conduit à ma consultation. Frappé de la monolatéralité de l'affection, je retournai la paupière au moyen d'une pince à forcipressure garnie d'une compresse, je développai le cul de-sac et j'y trouvai un épi de balle d'avoine dont l'ablation fit immédiatement cesser la conjonctivite. On peut rencontrer ainsi les corps les plus divers : mouches, ailes d'insectes, poussières, débris de bois,etc. Soyez donc toujours sur vos gardes et souvenez-vous surtout que lorsqu'une conjonctivite purulente est monolatérale il s'agit souvent d'une irritation par corps étranger du cul-de-sac ou d'une dacryoscystite, affection dont nous allons parler dans un instant.

b) L'*examen du bord ciliaire* n'a pas moins d'importance. Un grand nombre de kératites et de conjonctivites n'ont pas d'autre origine qu'un entropion léger. Guérissez l'entropion, vous supprimerez la lésion secondaire. Des concrétions calcaires, une petite cicatrice ancienne peuvent se rencontrer sur le bord palpébral et, par leur frottement continuel, déterminer des lésions du globe de l'œil. Enfin, des cils vicieusement implantés, particulièrement dans l'angle externe des paupières, provoquent les mêmes désordres.

c) L'importance de *l'exploration du sac lacrymal* est de tout premier ordre, surtout chez l'enfant nouveau-né. Dans les cas de la conjonctive monolatérale, on peut presque toujours affirmer, si le cul-de-sac ne contient pas de corps étranger, que la cause du mal se trouve dans le sac lacrymal. Dans ce cas, chez le nouveau-né le canal lacrymal ne communique pas avec les fosses nasales; il en est séparé par une membrane qu'un seul sondage suffit à perforer, guérissant du même coup la dacryocystite et l'affection conjonctivale.

II. — Prescription de certains agents thérapeutiques.

Bandeau. — En principe, je suis l'ennemi du bandeau. On l'ordonne la plupart du temps tout à fait au hasard et il est peu de praticiens qui, en présence d'une inflammation quelconque, ne le conseillent immédiatement. Or, je ne lui reconnais que deux indications formelles : 1° après un traumatisme ou après une intervention chirurgicale, pour mettre l'œil à l'abri d'une infection exogène (bien que dans certains pays, en Suède, par exemple on ne l'applique même pas après l'opération de la cataracte); 2° dans certains ulcères de la cornée à caractère infectieux. En dehors de ces deux cas, il est non seulement inutile, mais dangereux. S'il y a de la photophobie, il l'exagère en faisant, par sa pression, pénétrer les cils dans la fente palpébrale. Substituez-lui des verres fumés, et la photophobie disparaîtra.

Quand il y a *sécrétion de la conjonctive*, le bandeau enferme le loup dans la bergerie et expose l'œil à des lésions graves en favorisant le séjour du pus, tandis qu'il faut, au contraire, faire de fréquents lavages pour l'évacuer. Taché par les sécrétions il est, en outre, un des agents les plus puissants de contagion et de propagation des maladies virulentes.

Dans *l'iritis* il n'a guère d'utilité. Tout au plus peut-on le faire porter au malade qui sort à l'air extérieur; à la chambre, il faut le proscrire. En tous cas, ne l'employez jamais dans les kératites ou dans les conjonctivites.

Compresses. — Les compresses sont utiles, mais non comme on les prescrit généralement. On dit au malade de mettre des compresses *aussi chaudes que possible*. Or, celui-ci exagère et les applique brûlantes. Conséquences : irritation, brûlure de la peau des paupières, inflammation de la conjonctive, etc. Il faut donc ordonner des compresses tièdes, à température agréable, de telle sorte que le dos de la main en puisse facilement supporter la chaleur. Elles vous rendront des services dans les kératites, mais seront inutiles ou contre-indiquées dans d'autres affections (iritis) et beaucoup moins efficaces que les compresses et les lavages froids dans une autre classe (les conjonctivites à sécrétions) de maladies oculaires.

Sangsues.— Je ne leur connais guère qu'une indication : l'iritis. Elles constituent, en effet, dans ce cas, un merveilleux calmant de la douleur. Mais dans les hémorragies de la rétine et du corps vitré elles sont plutôt dangereuses.

Vésicatoire.— Ne l'employez jamais. Il peut amener des lésions cutanées et ne soulage guère le patient. Si l'on vous force la main, mettez sur la mastoïde une mouche de Milan pendant deux heures. Conseillez plutôt un badigeonnage quotidien de teinture d'iode sur la même région. Peu active, mais inoffensive, cette médication aura surtout pour effet de calmer certains esprits inquiets.

Prescription des antiseptiques. — Bien qu'un peu délaissés depuis quelque temps, ils peuvent rendre des services. Mais il faut se garder de les employer en solutions trop concentrées, comme on a trop souvent coutume de le faire. Il n'est pas douteux qu'une conjonctivite catarrhale ou purulente est plutôt aggravée par une solution antiseptique trop forte. D'ailleurs, je suis d'avis que leur action microbicide

(1) Leçon recueillie par le Dr E. Vinant, aide de clinique.

est très discutable, étant donné le peu de temps pendant lequel nous les laissons en contact avec l'œil. Les effets bienfaisants qu'on en peut tirer sont bien plutôt dus au lavage qu'à une action antiseptique.

En dehors de *l'eau boriquée* saturée ou de la *boricine Meissonnier*, plus soluble (une cuillerée à soupe pour un bol de liquide), vous aurez le choix entre trois médicaments ayant fait leurs preuves : *le cyanure d'hydrargyre*, *le sublimé* et *l'acide phénique*.

Le *cyanure d'hydrargyre*, à 0 gr. 10 p. 1000, rarement à 0 gr. 25 ou à 0 gr. 30 p. 1000, est l'antiseptique de choix, il n'est pas irritant et peut être employé dans tous les cas à l'encontre de l'oxycyanure qui est difficilement supporté.

La solution de *sublimé*, pour être inoffensive, ne doit pas être employée à une dose supérieure à 0 gr. 10 p. 1000, et encore devrez vous avoir bien soin d'ajouter, en formulant, *sans alcool*, sous peine de déboires.

L'*eau phéniquée* ne vous rendra guère de services que dans le prurit des paupières. C'est un médicament dangereux, pour les nouveau-nés en particulier, car, même à doses faibles, il constitue pour eux un toxique général. De plus, l'acide phénique du commerce est généralement impur. Quand vous l'emploierez prescrivez :

Acide phénique pur neigeux	5 à 10 gr.
Glycérine	100 gr.
Eau bouillie	890 gr.

Peu de médicaments sont aussi souvent, et avec aussi peu de discernement, prescrits que la *cocaïne*. Je vous conseille d'en user avec la plus extrême modération, car elle dépolit la cornée en détruisant son épithélium et prolonge ainsi la durée de certaines maladies. Parfois, en dilatant la pupille, elle produit des troubles sérieux et rebelles de l'accommodation. Limitez donc son emploi à l'anesthésie opératoire en solution à 1 gr. p. 30 ou 1 gr. p. 50, ou à l'irritabilité exagérée de quelques névropathes (le moins possible) en solution à 1 gr. p. 100.

Le *sous-acétate de plomb* est un mauvais médicament et la pathologie oculaire lui doit quelques graves accidents. La solution à 1 gr. p. 100 ou même à 1 gr. p. 500 contient en suspension des cristaux qui s'implantent dans la cornée, surtout si celle-ci est légèrement desquamée, et qui ne peuvent être enlevés que par des curettages répétés pendant longtemps.

J'emploie peu les *collyres au sulfate de zinc* et *au nitrate d'argent*. Ne laissez pas ces médicaments aux mains des malades : employez-les vous-mêmes et faites en les applications au pinceau.

Quant aux crayons de nitrate d'argent, mitigés ou non, de sulfate de cuivre, etc., ils constituent un détestable moyen de thérapeutique, en produisant des eschares et des désordres multiples. Dans un service hospitalier ils peuvent, en passant de main en main, constituer un agent de contagion dont les exemples ne sont malheureusement pas rares.

Les *pommades* sont, suivant le but à atteindre, ou *intra-oculaires* ou *extra-oculaires*. Je n'emploie qu'une seule pommade intra-oculaire : la pommade jaune, qui est irritante et ne convient qu'aux cas où l'œil ne présente aucune réaction inflammatoire. Elle est, en général, mal prescrite. Si vous écrivez : « *pommade au précipité jaune* », le pharmacien donnera souvent une pommade ayant le même aspect, mais qui contiendra de l'*oxyde de plomb* au lieu d'*oxyde jaune de mercure*.

Formulez donc :

Oxyde jaune d'hydrargyre fraîchement hydraté et finement porphyrisé	0 gr. 20
Vaseline bien neutre	10 gr.

Les pommades extra-oculaires, ayant pour but de combattre les blépharites, devront être employées avec circonspection et en suivant une gamme ascendante dont le premier terme est l'*axonge fraîche*, viennent ensuite, suivant leur pouvoir de plus en plus irritant, la *vaseline*, la *pommade au précipité blanc* :

Précipité blanc	0 gr. 10
Vaseline bien neutre	10 gr.

puis les pommades à l'*oxyde de zinc* (0 gr. 10 p. 10 gr.), à l'*oxyde jaune d'hydrargyre* et, enfin, les pommades au *précipité rouge* et à l'*ichtyol* plus irritantes.

L'*atropine*, un de nos plus puissants agents thérapeutiques, n'est véritablement indiquée que dans l'iritis et quelques kératites avec réaction vive ; on en abuse étrangement, sans discernement, elle paralyse l'accommodation et, en augmentant la tension oculaire, peut amener l'une des plus redoutables affections de l'œil : le glaucome. Elle peut aussi provoquer des accidents toxiques lorsque, au lieu d'être instillée dans l'angle externe des paupières elle est instillée dans l'angle interne. Elle passe alors dans le canal lacrymal, puis dans les fosses nasales, le pharynx et l'estomac.

III. — Diagnostic.

Je veux, en terminant, vous indiquer à grands traits, sans entrer dans le détail, les éléments essentiels grâce auxquels vous pourrez faire à coup sûr le diagnostic différentiel des quatre affections qui sont le plus souvent confondues : la *conjonctivite*, la *kératite*, l'*iritis* et le *glaucome*.

Dans ces maladies il y a un trait commun, l'œil est rouge, mais les caractères distinctifs sont tels qu'il est impossible, avec un peu d'attention, de les confondre l'une avec l'autre.

Pour plus de clarté et pour faire ressortir ces différences avec plus d'évidence, je les ai résumées dans le tableau suivant, que vous ne devez jamais perdre de vue.

De ce tableau je veux détacher, pour y insister, le diagnostic de l'iritis et du glaucome, car si la confusion entre une

	KÉRATITE	CONJONCTIVITE	IRITIS	GLAUCOME
Cornée	Ulcérations ou élevures.	Normale.	Normale.	Nuageuse.
Chambre antérieure	Normale.	Normale.	Trouble.	Trouble.
Pupille	Normale.	Normale.	Irrégulière, rétrécie, se dilatant mal par l'atropine.	Largement dilatée.
Iris	Normal.	Normal.	Changé de couleur.	Normal ou tomenteux.
Injection périkératique	Moyenne.	Peu ou pas.	Intense à mailles fines.	Moyenne.
Douleur	Modérée.	Sensation de corps étranger.	Vive, à forme névralgique.	Brusque, d'une extrême violence.
Sécrétion	Larmoiement.	Plus ou moins abondante.	Œil sec, à peine larmoyant	Nulle.
Tension	Normale.	Normale.	Normale ou diminuée : l'œil est plutôt mou	Surélevée : l'œil est dur.

kératite et une conjonctivite peut avoir quelques inconvénients, on s'expose, en méconnaissant un glaucome ou une iritis, à de bien plus graves mécomptes.

Dans l'iritis il faut, avant tout, dilater la pupille et user des mydriatiques. Dans le glaucome, maladie caractérisée par une forte élévation de la tension intra-oculaire et une dilatation de la pupille, il faut rapidement diminuer cette tension et employer dans le plus bref délai les collyres myotiques (ésérine, pilocarpine) qui ont pour principale propriété de contracter la pupille en abaissant fortement le tonus de l'œil. De plus, il n'y a pas lieu d'opérer dans l'iritis, tandis que dans le glaucome le salut de l'œil dépend souvent d'une rapide détermination opératoire (iridectomie).

Dans l'attaque glaucomateuse les douleurs péri-orbitaires sont intenses, parfois atroces, l'injection péri-kératique est vive, l'œil est larmoyant, la vue est nulle ou très troublée. La cornée est souvent nuageuse, en tous cas anesthésiée, la chambre antérieure est diminuée de profondeur ou effacée, l'iris est changé de couleur, mais la pupille est dilatée. La tension de l'œil est élevée, parfois le globe est dur comme une bille de marbre, ce dont on s'assure en exerçant sur lui, avec le doigt, à travers la paupière supérieure fermée, une pression de haut en bas.

Il y a certainement des symptômes communs à l'iritis et au glaucome : les douleurs d'abord, mais bien plus violentes dans le glaucome, la rougeur de l'œil et les troubles de la chambre antérieure qui peuvent être semblables dans les deux affections; en se rappelant que la cornée n'est jamais anesthésiée dans l'iritis, on peut se mettre sur la voie du diagnostic en explorant la sensibilité de cette membrane, mais celui-ci devient lumineux et *facile* pour tout observateur qui se rappellera que le glaucome se distingue nettement de l'iritis par deux symptômes majeurs, à savoir : la dilatation de la pupille et la dureté du globe oculaire *absolument propres au glaucome.*

Donc, quels que soient les symptômes communs aux deux affections, on serait impardonnable de les confondre et il suffira de schématiser ainsi le diagnostic.

L'iritis et le glaucome ont des symptômes communs; mais :

Dans l'iritis la pupille est contractée et l'œil a sa tension normale.	*Dans le glaucome* la pupille est dilatée et l'œil est très dur.

J'ai retenu votre attention sur des points que les plus éduqués d'entre vous trouveront sans doute d'un intérêt médiocre, mais qui ont une importance capitale pour les débutants et surtout pour les médecins praticiens peu familiarisés avec les pratiques oculistiques. Ces derniers, n'auraient-ils que ces seules notions ophtalmologiques, qu'ils seraient assurés de ne jamais nuire à leurs malades et souvent de leur rendre de signalés services.

FAITS CLINIQUES

A propos de deux cas de tuberculose pulmonaire traités par la cure libre

Par MM. Brunon et Maridort (de Rouen)

Les services que peut rendre la cure libre économique dans la tuberculose pulmonaire apparaissent bien nettement dans deux observations que MM. Brunon et Maridort (de Rouen) viennent de publier dans la *Normandie médicale*. Il nous paraît intéressant de reproduire ces deux faits, ainsi que les remarques générales dont nos deux confrères les ont accompagnés et que voici :

Tout a été dit (ou à peu près tout) pour ou contre le sanatorium, et cependant nous croyons qu'il y a encore intérêt à publier des observations de guérison de la tuberculose sans l'aide de la cure sanatoriale.

La « cure libre » a eu le tort d'être préconisée par la province, alors que Paris restait perplexe devant les affirmations des sanatoriums allemands. C'est la région bordelaise, avec Lalesque d'Arcachon, qui a créé l'expression de « cure libre », puis c'est Rouen, et ensuite Lille, avec Lemoine et Carrière, qui ont dit que la guérison de la tuberculose n'est pas nécessairement attaché à la cure sanatoriale. On le savait avant eux, mais on n'osait pas le dire.

Malgré tout ce qui a été écrit sur le sujet, la conviction n'est pas faite dans le corps médical sur la question de curabilité par la cure d'air, quel que soit le lieu de la cure. Il faudra encore du temps et beaucoup d'observations publiées. Ce sont ces dernières qui manquent le plus, à notre avis. Cependant, depuis quelque temps, la clinique semble reprendre sa place et ses droits.

Dans les deux observations que nous publions, on remarquera la rapidité avec laquelle la cure d'air et les moyens appropriés ont amené une amélioration chez deux malades dont un était gravement atteint.

La cure d'air a été faite à quelques kilomètres de Rouen, dans un jardin comme les familles les plus modestes peuvent en posséder ou en louer. Cette remarque est peut-être le point le plus important de nos observations; elle prouve qu'il n'est pas absolument nécessaire d'être riche pour se guérir.

Le sanatorium d'altitude et celui du midi ou du centre de la France sont parfaits pour les célibataires et pour les gens riches. Ils sont nécessairement fermés aux familles nombreuses ou aux personnes de ressources modestes. C'est à ces dernières qu'il faut donner du courage, en leur prouvant que la cure d'air est le moyen de traitement par excellence et que cette cure est à leur portée puisqu'elle peut se faire à un et deux kilomètres de la ville. Lancry, de Dunkerque, l'apôtre des « jardins ouvriers », tire parti des mêmes faits pour préconiser son idée et en montrer l'efficacité indiscutable.

Nous signalerons dans la seconde observation l'amélioration inattendue et presque paradoxale, tant le cas était grave. Ce fait prouve, une fois de plus, qu'on ne saurait jamais être trop réservé dans le pronostic en matière de phtisiologie. Les cas les plus graves en apparence peuvent guérir, les cas les plus bénins sombrent quelquefois tout à coup, car il y a de nombreuses inconnues dans l'appréciation de la résistance du malade ou la virulence des microbes. La règle doit être de ne jamais désespérer, quelles que soient les apparences, et de ne jamais abandonner le traitement parce que tout semble perdu.

Observation I

1er degré de Grancher. Deux ans de traitement. Guérison.

M. D..., dix-neuf ans, taille 1 m. 86, intelligent, très actif.

A six ans, fièvre typhoïde avec délire; à douze ans, rhumatismes articulaires avec palpitations, séjour au lit vingt jours; à treize ans, pendant tout un hiver, douleurs rhumatoïdes (?) aux poignets et aux coudes. Depuis lors l'enfant est « faible » chaque hiver; « il est anémique », sans être sujet aux bronchites.

Décembre 1900. — Au moment où nous le voyons, poids 54 kilogr. 500. Emaciation notable; fièvre depuis quinze ou dix-huit jours, actuellement 38°5; courbatures. Depuis trois jours, hémoptysie peu abondante chaque jour.

Auscultation : inspiration rude, très nette, sous les deux clavicules. A droite, quelques craquements après la toux. Pas de matité.

C'est le premier degré de Grancher.

Traitement. — Repos absolu au lit; enveloppement du thorax; alimentation appropriée à ses puissances digestives; cure d'air dans un jardinet à trois kilomètres de Rouen.

En dix-huit jours suppression des hémoptysies et de la fièvre, augmentation de poids de 500 gr.

Juin 1901. — En six mois, augmentation de 21 kilogr. P. 75 k. 500. Pas d'incident, mais état local sans modification.

1902.— Le malade est perdu de vue. Allant très bien, il ne croit pas devoir consulter de médecin.

1903. — Le traitement n'a pas pu être continué avec la même méthode.

Avril. — Etat général excellent. Le malade

ne se plaint de rien. Inspiration toujours un peu rude à gauche.

On supprime la prescription du repos. On continue la cure d'air par la fenêtre ouverte nuit et jour. Sous l'influence de la marche le poids diminue; poids, 62 k. 500.

Sur la guérison anatomique et sur la possibilité de rechutes, il y a des réserves à faire, mais, cliniquement, le malade peut être considéré comme guéri.

Observation II

Caverne pulmonaire en voie de guérison.

M[lle] M..., dix-huit ans, appartient à une famille qui a l'habitude de vivre dans l'air confiné par peur du froid.

Elle n'a jamais fait de maladie grave et l'accident initial remonte au 20 février 1903. A cette époque : bronchite avec fièvre, expectoration purulente, sueurs nocturnes abondantes et rapidement émaciation considérable.

En avril 1903. — Nous la voyons pour la première fois. Son facies est celui de la cachectique phtisique. Température vespérale voisine de 40°. Expectoration extrêmement abondante. Sueurs profuses. Appétit nul. Matité absolue sous la clavicule droite, gargouillement. A gauche, râles sibilants épars. Râles sous-crépitants après la toux. Rien aux bases.

Nous portons un pronostic extrêmement grave, mais quoique la terminaison nous paraisse peu éloignée, nous prescrivons comme traitement des enveloppements froids, la cure d'air par la fenêtre ouverte nuit et jour, le repos absolu au lit, l'alimentation comme on pourra.

Ce traitement est mal accepté par la famille. On applique un cautère dans la région sous-claviculaire droite.

Fin juin 1903 — La situation est la même. Nous voyons la malade de nouveau; nous ne pouvons que conseiller le même traitement qu'en avril. Cette fois ci, on l'applique avec discipline et, immédiatement, dès le début de la cure d'air, l'amélioration commence.

De juin à décembre, le traitement est surveillé par l'un de nous et modifié suivant les circonstances.

8 *décembre*.— Nous avons le plaisir de voir M[lle] M... en très bon état. Elle a pris 10 kilogrammes depuis octobre, soit 1 kilogr. 25 par semaine.

L'appétit est bon. Il n'y a pas de sueurs. Un seul crachat le matin au réveil. Deux ou trois toux par jour. Sommeil bon.

Sous la clavicule droite, il n'y a plus que de la submatité. Râles sous-crépitants moyens après la toux. Inspiration rude. Expiration prolongée, sans bruits anormaux quand la malade ne tousse pas. C'est une résurrection. Mais nous estimons que deux ou trois ans seront nécessaires pour combler la caverne et dessécher le tissu voisin.

A nos confrères de la campagne nous signalons les services qu'ils pourraient rendre s'ils organisaient dans la sphère de leur rayonnement un ou deux sanatoriums de fortune pour les malades de la ville qui ne peuvent pas supporter les frais du grand sanatorium riche.

L'installation peut ne pas être coûteuse. Nos deux malades (et d'autres dont nous nous proposons de publier l'histoire) n'ont vu leurs frais s'élever que sur le chapitre alimentation. Les baignoires d'argent et les portes de nickel ne sont pas absolument nécessaires pour se guérir; n'importe quelle maison suffit. Il faut seulement qu'elle soit propre, en pleine lumière et en pleine campagne.

Il n'est pas un village qui ne puisse offrir aux citadins les agents thérapeutiques de la « Bonne nature. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 25 janvier

Progrès récents de l'électrolyse circulaire des rétrécissements de l'urètre

M. Minet. — Je n'exposerai pas ici les procédés divers ni les résultats de l'électrolyse circulaire qui sont assez connus sous le nom de méthode de Newmann. Je veux seulement exposer brièvement quelques progrès de cette méthode.

On sait que Newmann, quand il fait progresser des électrodes olivaires de plus en plus fort diamètre dans un rétrécissement, se défend de faire de la dilatation; c'est l'action du courant, au pôle négatif, qui assouplit le rétrécissement et le rend franchissable sans action dilatatrice. D'autre part, on sait également que, pour M. Tripier, dont le nom doit toujours être rappelé en matière d'électrolyse de l'urètre, puis qu'il l'a créée — la dilatation est contre-indiquée dans les rétrécissements traités par l'électrolyse. C'est donc un véritable progrès que M. Desnos a fait accomplir à la méthode, en montrant, par une longue expérience clinique (et non pas seulement par des faits isolés qui paraîtraient moins convaincants) que l'on peut combiner la dilatation à l'électrolyse lente et obtenir ainsi des résultats supérieurs à ceux de la dilatation seule, au point de vue de la persistance des résultats, et capables de réussir même dans certains cas où la dilatation restait impuissante.

M. Tripier s'était-il donc trompé quand il affirmait que la dilatation nuit aux effets de la voltaïsation urétrale? Non, il n'y a qu'un malentendu. M. Tripier produisait une eschare par son procédé d'électrolyse et affirmait avec raison que tout traumatisme, comme la dilatation, rendait rétractiles les cicatrices consécutives à cet eschare qui doit, au contraire, rester molle et non rétractile, étant produite par les alcalis mis en liberté au niveau de l'électrode négative. Mais, dans les procédés d'électrolyse avec de faibles quantités d'électricité, comme ceux de Newmann et de M. Desnos, il n'y a pas d'eschare, et ainsi, en théorie et en clinique, on peut associer la dilatation à l'électrolyse lente.

Le procédé que M. Desnos fut amené ainsi à pratiquer, repose sur l'emploi des Béniqués comme électrodes négatives; la séance de dilatation est faite suivant les règles habituelles, puis le Béniqué introduit en dernier lieu sert à faire passer un courant de faible intensité pendant quelques minutes.

Mais quelle est l'intensité convenable? Tout le monde sait que depuis Newmann on préfère les faibles intensités, qui ne produisent pas d'eschares et n'ont qu'une action électrolytique utile sur les tissus (nous ne pouvons insister ici sur l'action vaso-motrice, si importante, du courant galvanique). Or, à la lecture de la plupart des auteurs qui ont publié leurs résultats, on voit qu'ils ne mentionnent que l'intensité du courant; on serait tenté de croire ainsi, qu'avec 5 milliampères on ne peut léser l'urètre. C'est une grave erreur; il faut tenir compte non seulement de l'intensité du courant, mais aussi de la durée de son application et de la surface de l'électrode en contact avec les tissus.

Nous avons donc établi, par les expériences que nous avons pratiquées avec M. Averseng sur les chiens, les « doses » d'électricité qui peuvent être employées sans danger. Ces expériences montrent que, pour une électrode cylindrique de un centimètre carré de surface, on n'observe, avec une quantité égale à 1 coulomb, aucune modification appréciable de la paroi urétrale; à 1,8 coulombs, de légères ecchymoses de la muqueuse; de 3 à 4 coulombs des lésions hémorragiques intenses, désorganisant complètement la paroi urétrale; avec 4,5 coulombs une ulcération intéressant toute son épaisseur.

On doit donc, désormais, cesser de se fier à l'intensité du courant, et tenir compte des quantités employées (la quantité est le produit de l'intensité par le temps) et surtout de la surface de l'électrode. En appliquant ces données aux observations publiées, nous avons reconnu que beaucoup d'opérateurs ont atteint les quantités dangereuses sans l'avoir voulu. En pratique, nous conseillons de ne pas dépasser, pour chaque séance, 1 coulomb 5 par centimètre de surface.

Enfin, nous avons recherché si, dans les rétrécissements étroits, où il importe de faire progresser rapidement le calibre du canal, on ne pourrait pas obtenir une dilatation très rapide en utilisant, au maximum, cette propriété du courant galvanique, de rendre le rétrécissement plus facile à dilater pendant le passage du courant, pour y faire pénétrer les Béniqués les plus gros possible, ces instruments étant ceux qui se prêtent le mieux à une dilatation efficace.

Déjà plusieurs opérateurs ont essayé d'obtenir plus de rapidité dans le traitement; mais, les uns se servent d'instruments souples munis d'olives métalliques et de tels instruments conviennent mal à la dilatation; d'autres ont pu arriver à plus de rapidité par l'emploi de quantités d'électricité très fortes, que nos expé-

riences nous interdisent d'employer; d'autres passent un grand nombre de bougies dans une même séance, et irritent à l'excès l'urètre. Notre procédé, qui a donné de bons résultats, nous paraît donc réaliser un progrès réel.

Le hasard a voulu que nous eûmes à l'utiliser dans des cas de rétrécissements de qualité très différente, de sorte que nous pouvons, dès maintenant, savoir dans quelles espèces de rétrécissements le progrès sera reellement rapide. Les plus favorables sont précisément ceux où la dilatation ordinaire se montre efficace, les rétrécissements franchement inflammatoires, d'épaisseur modérée, et en particulier les rétrécissements récents; toutefois, il est bon qu'il ne reste pas d'inflammation aiguë de l'urètre, si l'on veut éviter une réaction trop vive qui deviendrait une entrave à la continuation du traitement Dans ces cas favorables, la dilatation est rapide, surtout pendant la première et la deuxième séance; elle devient plus lente à mesure qu'on se rapproche du calibre normal. Bien que, dans chaque séance, nous n'ayions jamais passé plus de trois Béniqués, et le plus souvent un ou deux seulement, nous avons enregistré des progrès de 10, 12, 13, 15, 25 et 35 numéros, à partir de celui où s'était arrêtée la dilatation précédente. C'est dire combien l'acquisition du calibre est plus rapide qu'avec la dilatation classique. Et si l'on considère que l'on ne crée aucun traumatisme du canal, quand on agit avec la prudence nécessaire, on nous permettra de dire que cette méthode doit être au moins essayée dans les rétrécissements inflammatoires étroits, de préférence aux traitements opératoires.

Mais il existe, en revanche, d'autres variétés de rétrécissements où ce procédé ne donnera pas de bons résultats. Ce sont les rétrécissements traumatiques; rétrécissements très épais, très durs, ligneux, étendus à une grande longueur de l'urètre; et enfin certains rétrécissements péniens que, d'ailleurs, la dilatation ne pourrait élargir. Dans ces diverses catégories de cas, à vrai dire, la progression rapide se manifeste encore sous l'influence de l'électrisation, mais les résultats acquis ne persistent pas entièrement, et ils ne relèvent que de l'électrolyse lente, ou même de l'urétrotomie. En ce qui concerne les rétrécissements péniens, les uns se comportent comme les rétrécissements franchement inflammatoires, c'est-à-dire que la dilatation électrique progresse vite, et alors le résultat est durable (dans deux cas nous avons obtenu une progression moyenne de 16 et 17 numéros par séance); les autres se comportent comme les rétrécissements traumatiques, se dilatent lentement (moyenne 4 1/2 et 7 dans deux de nos cas), et se resserrent rapidement : ce sont des rétrécissements à sectionner.

Nous insistons, du reste, sur ce point que notre procédé convient aux rétrécissements étroits (au-dessous de 40 Béniqué); quand un rétrécissement est conduit à ce calibre, il n'est plus besoin d'aller vite, et il est indiqué, au contraire, de répéter longtemps l'électrolyse lente à la manière de M. Desnos, pour obtenir des résultats de durée aussi longue que possible.

Quant à la technique, elle est simple, mais demande une grande attention. Après une exploration très soigneuse de l'urètre, quand le chirurgien connaît bien le siège, le calibre et la qualité du rétrécissement, il choisit un Béniqué de plusieurs numéros (en moyenne 5) plus fort que celui qui pourrait pénétrer à frottement; si le Béniqué est très fin il faut se servir d'une bougie conductrice. Le Béniqué, relié au pôle négatif de la batterie, est introduit au contact du rétrécissement par une pression modérée exercée dans l'axe du canal; on fait passer le courant, avec une intensité progressive calculée d'après le calibre du Béniqué et la longueur engagée dans l'urètre. Bientôt le rétrécissement cède. On peut faire passer deux ou trois Béniqués dans une même séance, et répéter celle-ci après quatre et huit jours de repos, suivant que le canal a manifesté plus ou moins d'irritation.

Un danger doit être évité : c'est la divulsion. En effet, si la pression exercée sur le Béniqué est très forte et surtout si on la continue quand le rétrécissement commence à céder, on peut déchirer la muqueuse et la paroi urétrale. Bien pratiqué, notre procédé ne doit pas causer d'urétrorragie; on peut seulement observer, quelques heures après, une exsudation séro-sanguinolente pendant la période de vaso-dilatation qui suit la séance.

Une difficulté sera aisément vaincue par un opérateur expérimenté : c'est celle du choix du numéro du Béniqué, d'après la nature du rétrécissement. Mais tout médecin peut retenir ce fait, que la dilatation classique avec les Béniqués est plus facile et moins douloureuse quand, reliés au pôle négatif d'une pile, ils servent d'électrodes pour le passage de courants de faible intensité (1).

M. Desnos. — Après les expériences de M. Minet, l'électrolyse circulaire repose sur une base scientifique; on connaissait, par les résultats cliniques, l'action heureuse de ce mode de traitement dans certains rétrécissements, mais les opérateurs n'avaient pas une ligne de conduite fixée; désormais, nous saurons ce que nous devons admettre ou rejeter en matière d'électrolyse. Pour ma part, une longue expérience et de nombreux résultats, suivis pendant des années, me permettent de dire que l'électrolyse lente facilite la dilatation et que, surtout, elle donne des résultats remarquables par leur durée; à ce point de vue elle est comparable à la dilatation progressive et lui paraît supérieure. En particulier, après l'urétrotomie, dans les canaux très durs, elle contribue à assurer la persistance du calibre acquis.

(1) V. Desnos. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (septembre 1903).

Aversenq. — Thèse Paris, 1903.

Minet. — Expériences sur l'électrolyse circulaire de l'urètre (Assoc. française d'urologie, octobre 1903).

Minet. — Procédé rapide de dilatation électrolytique. (*Bull. de la Soc. française d'électrothérapie*, décembre 1903).

Deux cas de blennorragie chez des enfants

M. Uteau. — Plusieurs enfants me furent présentés dans les conditions suivantes : d'abord, une petite fille de dix ans qui maigrissait, pâlissait et inquiétait ses parents, sans raison connue. Puis un petit garçon de six ans, atteint de balanite à gonocoques; et, quelques jours après, un autre garçonnet de cinq ans et demi atteint d'urétrite à gonocoques et de rétention d'urine aiguë. Mon enquête me permit d'établir que le plus jeune garçon avait été surpris avec la fillette de dix ans, que le plus âgé avait sans doute contagionnée; la mère de celui ci était, en effet, atteinte de blennorragie. Notons encore que l'enfant de six ans eut une orchite, et que plusieurs enfants, qui partageaient les mauvaises habitudes de la fillette, échappèrent à l'infection.

Pathogénie et traitement du spasme de l'intestin

M. Froussard. — Il y a tout d'abord lieu de distinguer le spasme localisé du spasme généralisé ou « entérospasme ». Le premier est l'expression d'un acte réflexe normal dû à une excitation morbide; sa durée, son intensité sont proportionnelles à celles de la cause et en rapport de localisation avec elle; sa production est normale et indépendante des tares du sujet.

L'entérospasme est, au contraire, hors de proportion avec sa cause, sans rapport de localisation avec elle; il demande pour se produire un terrain spécial : c'est un accident du neuro-arthritisme. Il s'observe chaque fois que des causes générales viennent « hypertrophier » le stigmate nerveux du neuro-arthritique.

Le traitement sera général, causal et symptomatique. Il faudra, en effet, à la fois tonifier et calmer l'élément nerveux lui-même, faire disparaître, si possible, la cause de l'excitation des ganglions nerveux intestinaux, et s'opposer aux excitations de l'intestin, qui sont susceptibles de donner lieu à de la contracture.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier

De l'appendicalgie

M. Quénu. — Je suis d'accord avec M. Guinard, quand il conseille de faire toujours l'examen de l'appendice dans le cours des laparotomies ; il peut être reconnu malade et enlevé. On peut trouver des adhérences, des brides, qui légiti-

ment son ablation, mais il faut être réservé en ce qui concerne sa longueur, car un appendice long est parfois indemne d'altération; de même, pour affirmer qu'il est malade, il ne suffit pas de constater une coudure, un enroulement ou la présence de matières fécales dans son intérieur. En un mot, il ne faut pas se fier à l'apparence que présente l'organe; aussi j'aurais été bien aise que M. Guinard nous eût apporté l'examen histologique des appendices qu'il a enlevés.

Cependant j'admets que des lésions existaient, mais alors, pourquoi substituer le mot appendicalgie au terme d'appendicite chronique? Cette nouvelle expression ne désigne que la douleur comme dans gastralgie, entéralgie, etc., et n'implique pas toujours l'existence d'une lésion. Dans les faits rapportés par notre collègue, il s'agit, en réalité, d'appendicite chronique avec symptôme prédominant de la douleur, sur laquelle Jalaguier, Longuet, etc., ont insisté dans leurs travaux.

Chez beaucoup de malades atteintes de lésions abdominales, il y a exagération à rapporter toujours la douleur à une appendicite. Ainsi, s'il est des hernies non douloureuses, de nombreuses observations démontrent que le contraire existe: pour ma part j'en ai observé divers cas et j'ai vu la cure radicale être suivie de guérison complète. J'en dirai autant pour les fibromes; les uns sont douloureux sans qu'il y ait appendicite ou annexite, les autres parce qu'ils s'accompagnent de péritonite circumvoisine. Quant aux kystes ovariens ils peuvent être par eux-mêmes le siège de douleurs. En résumé, la localisation de la douleur à droite ne doit pas être considérée comme un signe constant d'appendicite.

M. Berger. — Je fais les mêmes réserves que M. Quénu, pour la douleur chez les hernieux. Chez quelques-uns elle est manifestement en rapport avec la hernie. D'ailleurs, on peut la distinguer de la douleur appendiculaire par son siège, qui correspond toujours à un des points du trajet inguinal.

M. Routier. — Si l'opinion de M. Guinard est un peu exagérée, j'estime pourtant que l'appendicite chronique est très fréquente: aussi je n'hésite pas à enlever, dans toute laparotomie, les appendices suspects, persuadé que je n'augmente pas la gravité de l'opération.

M. Moty. — La communication de M. Guinard remet en cause la question des appendicites latentes. Même encore aujourd'hui beaucoup d'entre elles passent inaperçues. J'en ai déjà rapporté plusieurs cas et tout récemment je viens de perdre un jeune soldat chez lequel les antécédents avaient été négatifs et, cependant, j'ai trouvé dans l'appendice un gros calcul phosphatique. M. Quénu et d'autres chirurgiens ont signalé de pareils cas, ce qui prouve que l'appendicite peut longtemps persister sans se révéler, jusqu'au jour où éclate une vive douleur. Mais alors il existe une lésion grave qui a dépassé l'appendice. Si la douleur est un phénomène important, il faut aussi tenir grand compte des troubles digestifs et des alternatives de constipation et de diarrhée, qui mettront ainsi sur la voie du diagnostic.

Hydronéphrose suppurée méconnue

M. Mignon. — Le sujet de cette observation est un jeune homme qui, au mois de juillet, fut pris d'une douleur intermittente dans la fosse iliaque droite. Un mois plus tard elle était continue et violente, avec accompagnement de fièvre et de tuméfaction. L'incision appendiculaire classique fut pratiquée, la poche purulente se vida et un long drain fut appliqué. Quelque temps après on constata une odeur d'urine dans le liquide qui s'écoulait par le drain. Le malade fut adressé au Val-de-Grâce où, après examen et recherches, nous avons noté que le rein gauche était sain et le rein droit malade. J'ai donc fait une incision lombaire et reconnu qu'il s'agissait d'une hydronéphrose suppurée. Il ne restait qu'à pratiquer la néphrectomie, qui a été suivie de la fermeture spontanée de la fistule antérieure.

Mais après la néphrectomie le rein gauche s'est hypertrophié; il est devenu très douloureux, la prostate s'est congestionnée et un écoulement urétral s'est montré en même temps que les mictions étaient fréquentes. Dans la suite ces accidents se sont peu à peu calmés. Au point de vue de la pathogénie de la suppuration de l'hydronéphrose on peut se demander si celle-ci n'a pas été déterminée par une prostatite antérieure.

M. Broca fait un court rapport sur un cas d'*appendice cartilagineux branchial* communiqué par M. **Rieffel**.

Présentations

M. Legueu. — Enfant: *Fracture de cuisse traitée par l'extension pendant treize jours, puis par l'appareil de marche.*

ÉLECTIONS

Ont été élus:

Membres correspondants nationaux: MM. Cottin (Dijon), Girard (marine).

Membre associé étranger: M. Auguste Reverdin.

Membres correspondants étrangers: MM. Senn (Chicago), Kallıontzis (Athènes), Djemil-Pacha (Constantinople).

OZENNE.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance de janvier

Grossesse extra-utérine avec communication du kyste fœtal avec la cavité utérine

M. Chambrelent (Bordeaux). — Il s'agit d'une femme qui, au deuxième mois de sa grossesse, fut prise d'accidents graves du côté de l'abdomen qui firent penser à une rupture tubaire. La grossesse continua cependant jusqu'au huitième mois. A ce moment il y eut une perte de liquide par les organes génitaux. Au toucher on trouvait le col dévié en avant, tandis que, dans le cul-de-sac postérieur, on sentait toutes les parties constituantes d'un siège fœtal. Le liquide qui s'écoulait par le col contenait nettement du méconium; aussi le diagnostic de grossesse extra-utérine fut éliminé. La femme fut prise de quelques douleurs, puis le fœtus succomba. Devant ces phénomènes qui ressemblaient au faux travail, on repensa à la possibilité d'une grossesse extra-utérine et l'on pratiqua le cathétérisme intra-utérin, qui montra nettement la vacuité de l'organe. La laparotomie fut alors décidée et l'on put extraire un kyste fœtal adjacent à l'utérus. Malheureusement la malade succomba et, à l'autopsie, on put se rendre compte que la trompe était perméable, ce qui expliquait la perte d'eau et de méconium qui avait pu se faire par la cavité utérine.

Hernie de la vessie chez une femme enceinte

M. Brindeau. — Mme X.., grande multipare, se présente à l'hôpital pour des douleurs violentes dans l'abdomen et des envies fréquentes d'uriner. Elle fut opérée autrefois d'hystéropexie abdominale pour un prolapsus marqué de l'utérus. Elle est enceinte de huit mois et demi environ. Ce qui frappe tout d'abord chez cette femme c'est l'antéversion exagérée de l'utérus; mais, en outre, au niveau de la région sus-pubienne, il existe une tumeur ovoïde de la grosseur d'une tête d'enfant, tumeur qui est constituée par la vessie herniée à travers une déchirure de l'aponévrose abdominale. On constate, en outre, un autre diverticule de la vessie au niveau du vagin, ce qui fait que la poche urinaire est en bissac. La femme ne vide que la portion vaginale de sa vessie. En introduisant une sonde dans l'urètre on ne peut évacuer la poche sus-pubienne qu'en appuyant fortement sur elle à travers la paroi abdominale. La malade garda le repos pendant quinze jours, puis elle entra en travail. L'accouchement fut simple et se termina par une application de forceps pour éviter la période d'expulsion. Après l'accouchement on put se rendre compte qu'il existait une éventration au niveau de la cicatrice et que c'était à travers cet orifice que se faisait la hernie vésicale.

De la division intra-vésicale dans la pyélonéphrite puerpérale

MM. Bar et Luys. — Nous avons pu, chez une femme enceinte de trois mois, atteinte de pyélonéphrite unilatérale, séparer les urines, ce qui nous a permis d'établir un pronostic favorable. En effet, l'urine provenant du côté malade était nettement purulente et ne contenait que peu d'éléments extractifs. Le rein du côté opposé était absolument sain, car les urines, très claires, avaient une composition normale. Dans le cas présent, cette constatation était importante, car si les deux reins avaient été malades, nous aurions pu poser la question de l'avortement provoqué. Nous avons laissé continuer la grossesse, étant donné le bon fonctionnement du rein sain.

Péritonite puerpérale traitée par la colpotomie

M. Guéniot. — On connaît la gravité extrême de la péritonite puerpérale généralisée. Nous en avons observé un cas que nous avons traité par la colpotomie. Il s'écoula, par l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin, environ trois quarts de litre de liquide séro-purulent. La malade était dans un état déplorable, avec une température très élevée. A la suite de cette intervention la température baissa et l'état général redevint meilleur, si bien que nous espérions un peu; malheureusement la femme succomba quelques jours après. L'incision du cul-de-sac, opération très simple et très bénigne, a certainement amené une amélioration passagère et nous croyons qu'on peut la tenter dans ces cas, qui se terminent toujours par la mort quand on n'intervient pas.

M. Demelin présente un *forceps convergent, à tracteur souple*. — Avec cet instrument on ne dérape pas et l'on tire toujours au centre de figure. La traction s'effectue à l'aide de lacs passés au niveau des cuillers.

M. Poullet (Lyon) présente un *nouveau forceps qu'il appelle fléchisseur céphalique*. Cet instrument a pour objet de saisir la tête, suivant son grand axe, et de pouvoir ensuite la fléchir ou la défléchir à volonté. On l'entraîne ainsi dans une bonne direction par rapport à l'axe de l'excavation.

MM. Bouchacourt et Coudert présentent un cœur de nouveau-né atteint de malformations.

A. Brindeau.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 19 janvier.

Hygiène hospitalière de la rougeole

M. Variot. — Chargé du service d'isolement de la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades en l'année 1903, j'ai relevé la mortalité globale qui a été de 12,3 %, chiffre analogue à celui de 13,5 % obtenu les années précédentes par mes prédécesseurs Comby (1902) et Richardière (1901).

La mortalité a donc été très basse relativement à celle que je relevais, il y a quelques années, dans l'ancien hôpital Trousseau où elle montait, en moyenne, à 29 %. Dans le même temps, aux Enfants-Malades, elle s'est élevée certaines années à 33 %, sans jamais s'abaisser au-dessous de 23 %.

Pourtant, il n'y a eu, depuis lors, rien de changé dans la thérapeutique; le personnel hospitalier est sensiblement le même; une seule chose est changée : le local. A l'ancien hôpital Trousseau, le pavillon de la rougeole était formé de deux salles basses, mal aérées, trop petites, toujours encombrées, sans séparations intérieures; c'est en vain que j'ai essayé de consacrer une des salles aux broncho-pneumonies, l'autre aux rougeoles simples. Ces dernières se compliquaient néanmoins de bronchopneumonie et n'étaient transportées dans l'autre salle que pour y mourir.

Aux Enfants-Malades, à la même époque, les rougeoles étaient reléguées dans les combles, entassées dans un étroit espace. Mais, depuis 1901, époque où l'on a construit, pour la rougeole, un pavillon vaste, bien éclairé, bien agencé, pourvu de nombreuses chambres vitrées permettant de réaliser, quand c'est nécessaire, l'isolement individuel, la mortalité est tombée de 30 % à 12 %.

On voit quel rôle la question de local joue dans l'hygiène hospitalière des maladies infantiles, en particulier de celles qui prédisposent à la bronchopneumonie. C'est, en effet, à cette maladie qu'était due la presque totalité des décès. Actuellement encore, les décès concernent presque tous des enfants amenés déjà en puissance de bronchopneumonie, et presque tous au-dessous de deux ou trois ans. La mortalité se répartit, en effet, ainsi, par âge :

de 0 à 1 an	60	malades	22	décès
1 » 2 ans	162	—	38	—
2 » 3 ans	113	—	10	—
3 » 4 ans	77	—	1	—
4 » 5 ans	60	—	2	—
5 » 6 ans	42	—	1	—

6 ans et au-dessus 87 malades, 0 décès.

Je considère cette mortalité comme à peu près irréductible. Les nourrissons ayant succombé à la bronchopeumonie étaient presque tous des débiles, n'offrant aucune résistance, élevés au biberon, fréquentant les crèches, pesant la moitié ou les deux tiers du poids normal de leur âge, parfois fils de tuberculeux ou d'alcooliques, tous appartenant à la classe la plus misérable de la population. Arrivant avec leur bronchopneumonie, ils ne peuvent que succomber.

En somme, l'excellence du local a sauvé de nombreuses vies d'enfant. Il faut remercier l'administration d'avoir enfin donné à la rougeole un local convenable. Il faut d'autant plus la blâmer de maintenir le service d'isolement de la coqueluche dans les conditions où il se trouve actuellement. Pour les mêmes causes qu'autrefois pour la rougeole, il donne une mortalité de 23 %, que le transport dans un local convenable peut abaisser autant que l'a été celle de la rougeole.

M. Hutinel. — Il n'est pas nécessaire d'avoir des bâtiments neufs; ce qui importe c'est un espace suffisant et la possibilité d'isoler complètement les complications contagieuses. Aux Enfants-Assistés, dans les mêmes locaux qui donnaient, il y a treize ans, à la rougeole, 25 % de mortalité, le chiffre des décès est tombé à présent à 10 %, résultat d'autant plus remarquable que nous n'avons guère que des enfants au dessous de trois ans. Mais nous isolons avec un soin jaloux toutes les rougeoles compliquées, et même tout enfant qui, au cours de la rougeole, fait une élévation de température inexpliquée. De même, dans des vieux bâtiments, mais pourvus de chambres isolées, la coqueluche ne nous donne que 4 % de mortalité.

M. Moizard. — Le fait suivant donne une idée de l'importance de l'isolement des bronchopneumonies. J'avais installé, dans une petite salle inoccupée, un petit service de coquelucheux de cinq lits. Tout allait bien lorsqu'un jour une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie y fut mise à mon insu. Les quatre autres coquelucheux ont pris la broncho-pneumonie et sont morts.

Œdème laryngé sus-glottique

MM. Deguy et Detot relatent un cas d'œdème laryngé sus-glottique, avec infiltration des bourrelets épiglottiques. Le toucher laryngé donnait la même sensation que celui d'un col utérin ramolli. Il existait une dyspnée inspiratrice intense; l'expiration, au contraire, était libre. Le tubage put, néanmoins, être fait, mais ne suffit pas, et il fallut en venir à la trachéotomie qui soulagea la dyspnée. L'enfant mourut néanmoins avec des phénomènes infectieux. Les coupes histologiques montrèrent la muqueuse du vestibule laryngé parsemée de multiples abcès microscopiques, formés de cocci prenant le Gram; on en trouvait également sur les coupes des viscères; les cultures donnèrent le même microorganisme, qui se montra virulent pour le lapin.

Corps étranger de la glotte

M. Guinon rapporte l'histoire d'un enfant amené asphyxiant à l'hôpital Trousseau; le tubage le soulagea; mais, à chaque tentative d'extraction du tube, l'asphyxie recommençait. M. Lermoyez constata, par l'examen laryngoscopique, l'existence, entre les cordes vocales, d'un corps étranger qu'il put extraire : c'était un bouton de plastron de chemise. Il est vraisemblable que le tube refoulait chaque fois ce corps étranger latéralement ou dans la profondeur, et qu'il venait de nouveau obstruer la glotte une fois le tube enlevé.

M. **Bosc** présente un enfant atteint de contracture hystérique.

APERT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 janvier.

Mutisme hystérique guéri par suggestion au cours de l'examen radioscopique

Sous ce titre M. **Béclère** communique l'observation d'une jeune femme qui, ayant subitement perdu la parole à la suite d'une émotion vive occasionnée par la vue d'un incendie qui ne lui faisait courir aucun risque, l'a recouvrée au cours d'un examen radioscopique. La lumière invisible lui a donc rendu ce que lui avait enlevé la lumière visible. Là est la particularité curieuse de cette observation.

Un laparotomisé par persuasion

MM. **Thoinot** et **Mosny** présentent un malade qui, sur sa demande expresse, a été laparotomisé trois fois en 1896, 1898 et 1901, pour des crises caractérisées par du tympanisme, des douleurs, des vomissements, qui lui avaient donné la conviction indéracinable qu'il avait de la péritonite tuberculeuse. Ces crises survenaient trois à quatre fois par an depuis 1892. Aujourd'hui encore, il réclame une nouvelle intervention, que l'on ne veut pas lui accorder, et pour cause.

En effet, si on a pu s'en laisser imposer lors des premières interventions, toute erreur de diagnostic est inadmissible aujourd'hui. Le sujet est très bien musclé, râblé, sans tare, sauf un léger degré d'éthylisme. Absolument rien à la poitrine. Il n'a jamais eu de température lors de ses crises. Voilà douze ans qu'il traîne sa prétendue péritonite et qu'il court les hôpitaux. Enfin, raison encore plus péremptoire, quand on l'a laparotomisé, on n'a rien trouvé dans son péritoine ni dans son intestin.

Inversement, on note chez lui une hémi-anesthésie droite très nette qui a remplacé une hémi-anesthésie gauche. En outre, des pilules inoffensives diverses, y compris celles à la *micca panis*, ont fait merveille. On est donc autorisé à penser qu'il n'y a là que du tympanisme hystérique.

M. **Moutard-Martin** insiste sur l'importance diagnostique de l'absence de température dans ces cas parfois très difficiles, surtout lors de la première crise.

M. **Le Gendre** signale la difficulté de diagnostic qui peut être créée par ces péritonites sous-hépatiques d'origine vasculaire sur lesquelles Tripier (de Lyon) a attiré l'attention. En pareil cas, les crises sont assez souvent apyrétiques et, cependant, il ne s'agit pas d'hystérie.

Minéralisation et hypochloruration dans le traitement bromuré de l'épilepsie

M. **Toulouse**. — J'ai montré il y a cinq ans, avec M. Charles Richet, les bons effets de l'hypochloruration en thérapeutique et notamment dans le traitement bromuré de l'épilepsie. Un inconvénient — peut-être plus théorique que pratique — de l'hypochloruration est la déminéralisation des épileptiques. Des expériences de M. Charrin et de MM. Héricourt et Richet ont montré, en effet, que la minéralisation à l'aide de sels de soude ou de divers produits était capable de créer chez les animaux, des états plus ou moins réfractaires à certaines infections, comme la maladie pyocyanique et la tuberculose. Ces faits sont à rapprocher des travaux de M. Albert Robin tendant à prouver que la minéralisation est un bon moyen de protection à opposer aux bacilles de Koch et des expériences de M. Charles Richet fils qui établissent que l'hypochloruration diminue la toxicité des poisons.

Dans mes nombreuses cures d'hypochloruration, je n'ai pas remarqué que les malades résistassent moins que les autres aux affections contagieuses. Mais il était intéressant d'établir des expériences à ce sujet, pour déterminer si la minéralisation des bromurés hypochlorurés n'auraient pas pour effet de diminuer l'action du bromure, en gênant son absorption, comme elle semblerait pouvoir gêner l'absorption des poisons microbiens et même minéraux.

Dans ce but, cinq femmes épileptiques de mon service de Villejuif ont été soumises à une minéralisation par le phosphate de soude, à une dose variant entre 5 et 10 grammes par jour. Elles avaient été préalablement réglées à une dose quotidienne fixe de bromure, qui est restée la même ainsi que l'alimentation (régime lacté) et toutes les autres conditions. L'expérience a duré deux mois en moyenne et a montré que, durant l'hypochloruration avec bromuration, la minéralisation ne provoquait pas une recrudescence de ces accidents.

En conséquence, il semble rationnel d'admettre que la minéralisation par le phosphate de soude — qui peut présenter certains avantages — ne gêne pas l'absorption du bromure. La diète chlorurée paraît donc avoir pour effet de créer une sorte d'appétition des tissus pour les sels homologues comme le bromure et non pour tous les sels. Ces expériences viennent donc justifier, une fois de plus, l'utilité de la thérapeutique que nous avons appelée *métatrophique* et qui consiste à modifier la nutrition pour renforcer l'action des médicaments.

Examen anatomo-pathologique du plexus solaire, des surrénales et des splanchniques de tuberculeux mélanodermiques

M. **Laignel-Lavastine** montre les coupes des ganglions semi-lunaires, des nerfs splanchniques, et des surrénales de cinq tuberculeux mélanodermiques.

Le premier a les semi-lunaires normaux, les splanchniques lésés, les surrénales adénomateuses et hypopigmentées. Le deuxième a les semi-lunaires enflammés et atteints de sclérose hypertrophique, les splanchniques lésés, les surrénales sans inflammation ni néoplasie. Le troisième a les semi-lunaires enflammés et des tubercules miliaires dans les surrénales. Le quatrième a les semi-lunaires scléreux et enflammés et les surrénales adénomateuses et hypopigmentées. Le cinquième, enfin, a les semi-lunaires profondément atteints de sclérose annulaire, les splanchniques lésés et les surrénales sans inflammation ni néoplasie. Chez les tuberculeux sans mélanodermie, les semi-lunaires et les splanchniques sont à peine touchés, et les surrénales normalement ou hyperpigmentées.

Ainsi, toujours, chez les tuberculeux mélanodermiques, existent des lésions du système sympathico-surrénal, au niveau des splanchniques, du plexus ou de la glande. Ces lésions, en quelque point qu'elles siègent sur le système, paraissent entraîner l'hypopigmentation surrénale. Ici, comme chez les Addisoniens, à la contingence lésionnelle s'oppose la nécessité fonctionnelle. La mélanodermie est liée à la perturbation d'une fonction et non à une lésion toujours de même siège.

Anémie pernicieuse progressive et néphrite chronique

MM. M. **Labbé** et **Salomon** rapportent une observation d'anémie pernicieuse progressive qui leur permet d'établir un rapport de causalité entre l'anémie et la néphrite.

Un malade de cinquante-neuf ans, ayant été soigné antérieurement pour une néphrite chronique avec polyurie, bruit de galop, œdème, diarrhée, etc., vient mourir à l'hôpital Laënnec avec des phénomènes d'anémie progressive. Le nombre des hématies était tombé à un million, l'hémoglobine à 3 p. 100; il y avait de très rares hématies nucléées. Le nombre des globules blancs était de 13 000 et il y avait une formule de mononucléose, et de rares myélocytes. Le sang coagulait bien.

A l'autopsie, on trouva les organes hématopoiétiques en activité avec réaction myéloïde mixte avec lésions très avancées.

Ce fait est très analogue à un cas déjà publié par MM. M. Labbé et Lortat-Jacob, à l'autopsie duquel on avait déjà observé une néphrite chronique. Si on tient compte des anémies extrêmes produites par dilution sanguine au cours de certaines néphrites, on est amené à établir un rapport de causalité entre la néphrite et certains cas d'anémie pernicieuse progressive et à distinguer, dans le cadre de ce syndrome, trois variétés principales : anémie par destruction sanguine, anémie par défaut de réparation sanguine, anémie par dilution sanguine progressive.

M. **Ménétrier**. — Le cas relaté par M. Labbé me paraît devoir être classé parmi

les anémies secondaires graves et non dans l'anémie pernicieuse progressive, qui forme un groupe morbide distinct.

M. Labbé. — L'anémie pernicieuse progressive ne peut plus être considérée aujourd'hui comme une entité morbide, mais comme un syndrome relevant de causes diverses qu'il faut s'efforcer de découvrir dans chaque cas. Il n'y a pas lieu, au point de vue hématologique, de distinguer les anémies essentielles des anémies secondaires, car les anémies secondaires peuvent présenter une formule sanguine identique à celle des anémies dites essentielles.

J. J.

MÉDECINE MILITAIRE

La laïcisation des hôpitaux militaires

Le 12 novembre dernier, le général André, tout en s'affirmant partisan absolu de la laïcisation des hôpitaux militaires, déclarait ne pouvoir la pratiquer que le jour où il se serait « assuré les moyens de remplacer les sœurs par des infirmiers ou des infirmières laïques. »

Cette prudente réserve, inspirée par le souci de l'existence des militaires hospitalisés, ne put désarmer les outranciers de la laïcisation. Dans quelques jours tous les hôpitaux militaires seront laïcisés.

Comme la plupart des personnes qui ont parlé de cette question ne la connaissent que par ouï dire, il nous a semblé qu'il y aurait peut-être intérêt, avant que cette mesure ne fut exécutée, à exposer — en dehors de toute idée confessionnelle ou politique — ce qu'une expérience de trente années vécues dans le service de santé nous fait penser de la laïcisation des hôpitaux militaires.

Nous avons envisagé cette mesure de deux façons radicalement opposées au début et à la fin de notre carrière.

Alors que nous étions médecin stagiaire au Val-de-Grâce, nous aurions vu laïciser cet établissement sans l'ombre d'un regret, et cela pour deux raisons.

La première raison, c'est qu'à cette époque les sœurs formaient avec les pharmaciens et les comptables cette triplice que les intendants avaient mobilisée pour paralyser l'action du médecin. Le dévouement très réel des religieuses était gâté par la confiance qu'elles avaient dans leur expérience personnelle et le respect insuffisant qu'elles professaient pour les prescriptions médicales. C'était le temps où une supérieure — grande dame, chez laquelle la cornette n'avait pu briser l'orgueil de la race — rencontrant dans les couloirs un aide-major qui avait porté plainte contre une religieuse, le menaçait de le « faire casser ! »

Le deuxième motif, c'est que l'armée possédait alors avec les « infirmiers de visite » — *vulgo* les « panseurs » — des infirmiers de carrière, très au courant de leur métier, dévoués et en nombre suffisant. A ce moment le départ des sœurs n'eut pas créé un vide.

Depuis lors, la situation a totalement changé. Les médecins militaires ont conquis la direction des hôpitaux et les religieuses se sont ralliées assez rapidement au nouvel ordre de choses, devançant dans cette voie — et de beaucoup — leurs anciens alliés. L'opposition d'antan s'est évanouie et, dans la main d'un médecin-chef qui sait commander — et le montre — les religieuses constituent, à l'heure actuelle des aides dévouées et précieuses. Nous n'en connaissons pas, pour le moment, de meilleures.

Peut-être pourra-t-on en trouver l'équivalent dans l'avenir, mais point dans le présent; en tout cas, pas avec les ressources dont dispose le service de santé, car les infirmiers font partout défaut, et comme quantité, et comme qualité.

Cette pénurie est telle qu'elle compromet l'exécution du service à un point qui dépasse l'imagination, témoin le fait suivant :

Dans un grand, très grand hôpital militaire, nous avons vu — il y a un an — un réserviste, placé auprès d'un de nos amis qui se mourait, ne pas comprendre quand on lui demandait la « chaise percée », laisser son malade marcher nu pieds, négliger de l'approcher du feu, enfin perdre totalement la tête et se mettre à pleurer en disant : « Je fais ce que je peux. » Et c'était vrai!

Quand on est réduit à confier des moribonds à de pareils auxiliaires et à prendre comme infirmiers, dans les hôpitaux du Sud-Algérien ou Tunisien, les hommes des « corps d'épreuve », aggraver cette situation en se privant volontairement d'auxiliaires dévoués, au courant de leur métier, comme le sont les sœurs, alors qu'on n'a pas sous la main un personnel prêt à les remplacer, ce serait une faute lourde dont pâtiraient nos soldats, ce serait un crime de lèse-malade.

Nous ne nous faisons pas illusion sur l'influence que pourront avoir, dans l'état actuel des esprits, les précédentes considérations; mais il y a des moments où le silence peut être pris pour une adhésion. En outre, un autre motif nous faisait un devoir de parler. Dans les trois dernières années que nous avons passées dans l'armée, chaque hiver, une de nos religieuses est morte de pneumonie infectieuse contractée au chevet de nos soldats, alors qu'aucun de ceux qu'elles soignaient, avec tant de dévouement, n'a succombé. Aussi nous tenions à rendre hommage à ces victimes du devoir professionnel, alors que leurs compagnes sont renvoyées de nos hôpitaux militaires.

Dr Noel.

REVUE DE TRAVAUX

Passage du virus rabique à travers les filtres

Aucun des nombreux micro-organismes qui ont été décrits dans la rage (bacille de Bruschettini, saccharomyces de Livy, protozoaires de Nigri, de Guarnieri, etc.) ne semble avoir acquis droit de cité dans la science. Pour M. Remlinger (*Annales de l'Institut Pasteur*, déc. 1903), la solution de la question doit être cherchée dans une direction nouvelle et l'hydrophobie doit être ajoutée à la liste déjà longue des maladies causées par les organismes ultra-microscopiques (fièvre aphteuse, péripneumonie, peste bovine, fièvre jaune, clavelée, etc.). Si le virus rabique est arrêté par les filtres de plâtre ou de porcelaine ainsi que le fait a été démontré depuis longtemps, il traverse, au contraire, les bougies en terre d'infusoires (filtre Berkefeld). Toutefois, il est nécessaire d'émulsionner très finement un cerveau entier de lapin ayant succombé au virus fixe et d'inoculer le filtrat à la dose d'un demi à un centimètre cube sous la dure-mère d'une dizaine de lapins. Dans ces conditions, 30 % en moyenne des animaux contractent la rage. Celle-ci est inoculable en série.

C'est donc bien le virus qui a traversé le filtre et non la toxine. Elle ne diffère de la rage classique de laboratoire que par une durée plus grande de la période d'incubation (dix à quatorze jours au lieu de huit à dix). Exceptionnellement, la toxine rabique traverse le filtre alors que le virus est arrêté par lui. Les animaux succombent alors au milieu de phénomènes paralytiques, non susceptibles d'être reproduits en série. Une nouvelle preuve du passage du virus rabique, à travers les bougies, est fournie par ce fait que l'inoculation à doses croissantes du virus filtré sous la peau du lapin, immunise cet animal contre la rage. Cette immunisation est bien le fait du virus et non de la toxine, car des témoins inoculés aux mêmes doses, avec un virus filtré, stérilisé par l'éther, ou un virus ayant traversé une bougie Berkefeld très serrée, ne jouissent d'aucune immunité. Après avoir discuté les différentes hypothèses qu'on peut, en partant de ces faits, émettre sur la nature du virus rabique, M. Remlinger conclue en faveur d'un organisme ultra-microscopique, très probablement intra-cellulaire, voisin comme dimensions du virus aphteux et du virus claveleux, immobile comme eux, et agissant dans l'organisme infecté en partie par sa multiplication et en partie par sa toxine.

REVUE DE THÈSES

I. — *Actinomycose du sterno-cléido-mastoïdien*, par M. le Dr Martinet (Lyon, 1903).

II. — *Actinomycomes des parois abdominales*, par M. le Dr Maratuech (Lyon, 1904).

III. — *Le panaris actinomycosique*, par M. le Dr Malard (Lyon 1903).

IV. — *Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires*, par M. le Dr Rapp (Lyon, 1904).

V. — *L'actinomycose de l'oreille*, par M. le Dr Vielle (Lyon, 1904).

La littérature de l'actinomycose continue à s'enrichir, grâce aux travaux de l'« École de Lyon », inspirés par M. le profes. Poncet. Voici cinq thèses récentes apportant de nouvelles contributions à l'histoire de l'actinomycose, dues à des élèves du service de santé militaire, disciples du professeur de clinique chirurgicale de l'Université lyonnaise :

I. — M. Martinet étudie une localisation rare et peu connue de l'actinomycose, celle du sterno cléido-mastoïdien; il en rappelle une observation qu'il a suivie dans le service de M. Poncet et qui a, d'ailleurs, été publiée par M. le Dr Thévenot dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 7 septembre 1903, observation qui, jointe à deux autres également toutes récentes du même auteur, à quatre observations de langue allemande et une de la Suisse romande, constitue tout ce qui a été publié sur ce sujet.

Le muscle peut être atteint primitivement ou par continuité, à la suite de lésions auriculaires.

La lésion actinomycosique est tantôt limitée, sous forme de gomme, ce qui rend le diagnostic assez hésitant, le muscle étant volontiers atteint par la syphilis, tantôt diffuse, forme phlegmoneuse.

Le diagnostic s'assure par l'examen microscopique et la recherche des grains jaunes.

II. — Il est une autre localisation actinomycosique, très curieuse par son caractère néoplasique, c'est celle de la paroi abdominale qui fait le sujet de la thèse de M. Maratuech. Il en donne une observation tout récemment recueillie dans le service de M. Poncet et en rapporte une autre qui lui fut communiquée par le professeur lui-même. La littérature allemande fournit aussi quelques exemples de cette localisation qui frappe par sa forme limitée, néoplasique, par l'absence de phénomènes inflammatoires, mais qui n'est cependant pas, chez l'homme, particulière à la cavité abdominale, puisqu'on la rencontre à la région cervico faciale.

Dans l'espèce, l'infection se fait presque toujours par la voie intestinale; l'inoculation directe est rare.

Pendant longtemps le diagnostic reste incertain, l'actinomycose ne présentant que la symptomatologie des néoplasies habituelles de la paroi. Ce n'est que plus tard, à la période d'ulcération, que la présence des grains jaunes dans le pus permettra de faire un diagnostic ferme.

III. — Les observations de panaris actinomycosique sont encore assez rares. M. Malard en a réuni un certain nombre dont une recueillie dans le service de M. Poncet. Dans tous ces cas l'inoculation s'est faite directement par épis de blé, débris végétaux, échardes de bois, ou par contact avec des animaux porteurs de lésions actinomycosiques ou avec des objets souillés par eux.

Les lésions sont les mêmes que celles de l'actinomycose primitive de la peau. Le plus souvent c'est la forme chronique qu'on observe : nodule primitif formant une petite tumeur arrondie, indolore, autour duquel apparaissent de nouveaux nodules, bossuant, mamelonnant la peau de la phalange. Plus tard, ces nodules se ramollissent et s'ulcèrent; généralement, les lésions restent localisées à la peau et au tissu cellulaire, mais il peut aussi se produire parfois, secondairement, des lésions osseuses. La marche de la maladie est ordinairement très lente; la forme aiguë et rapide est exceptionnelle.

Le diagnostic, comme toujours, ne s'affirme que par la constatation microscopique des grains jaunes.

IV. — M. Rapp consacre sa thèse à l'étude d'un symptôme de début de l'actinomycose cervico-faciale: le trismus des mâchoires. Ce symptôme a une grande valeur diagnostique quand, s'étant présenté de bonne heure, il persiste et même s'accentue bien que les accidents inflammatoires aigus aient disparu. Si, au début, ce trismus peut être, comme dans tous les phlegmons cervico-faciaux, d'origine dentaire, de nature réflexe, plus tard lorsque la phase aiguë est terminée, lorsque la lésion est essentiellement constituée par une sorte de phlegmon ligneux, le trismus doit être attribué à la sclérose du tissu cellulaire para et intra musculaire, ou même à une véritable myosite actinomycosique.

Le trismus disparaît ordinairement avec la guérison de l'actinomycose, mais il peut persister par suite de périarthrite, ankylose ou rétraction musculaire.

V. — M. Vielle a pris pour sujet de sa thèse la locomotion rare de l'actinomycose à l'oreille externe d'abord, à l'oreille moyenne ensuite. Jusqu'à présent on n'a pas signalé d'actinomycose de l'oreille interne et l'éventualité d'une semblable localisation semble devoir être rejetée. L'auteur fournit plusieurs observations inédites d'actinomycose primitive des lobules de l'oreille et du conduit auditif externe. Il n'y a pas d'exemple d'actinomycose primitive du pavillon.

L'actinomycose primitive de l'oreille moyenne est très rare; l'auteur n'en cite que quelques cas, empruntés à la littérature étrangère. Le diagnostic est difficile et le pronostic toujours très grave.

Tels sont ces travaux qui viennent ajouter de nouveaux documents au beau traité de l'actinomycose humaine de MM. Poncet et Bérard, dont nous avons rendu compte ici (voir *Bulletin médical*, 1898, n° 49, p. 569).

Dr Bourre.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION

(Médecine et médecine légale)

Candidats déclarés admissibles :

MM. Abadie, Ardin-Delteil, Arloing, Balthazard, Baylac, Carnot, Castaigne, Cestan, Charvet, Claude, Cruchet, Dalous, Gallavardin Garnier (Charles), Guillain, Hoche, Ingelrans, Labbé, Lépine, Maraigne, Michelean, Milian, Morichau-Beauchant, Nicolas, Perrin, Richon Sergent, Thomas et Verger.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Pathologie

Séance du 27 janvier

12 Gy, Reulsaet — 11 Giroux — 10 Dubois — 9 Perrin — 8 Longin — 7 Blanche — 6 Legroux, Fay, Prosbeaux, Fortineau — 3 Raulos-Lapointe.

Anatomie

Séance du 26 janvier

13 Herbinet — 11 Rabinovitch — 10 Brin, Guilly, François — 9 Matry, Olivier, Maugeois — 7 Lamarre.

27 janvier

12 Billaudet, Rœderer — 11 Vigneron d'Heucqueville — 10 Laurence, Amblard — 9 Oppert, Francoz, G. Durand — 8 Lafarge.

Par arrêté du préfet de police en date du 20 janvier 1904, M. le Dr Thoinot (de Paris) est nommé inspecteur général des services techniques d'hygiène de la préfecture de police, et M. le Dr F. Bordas (de Paris), inspecteur général adjoint desdits services (emplois nouveaux).

L'inspecteur général contrôlera le fonctionnement des services extérieurs du Bureau d'hygiène de la préfecture de police et proposera les dispositions à prendre pour prévenir ou faire cesser la propagation des maladies contagieuses visées par l'article 4 de la loi du 15 février 1902.

Le ministre de la guerre a fait signer hier à M. le Président de la République un décret élevant d'un à trois le nombre des médecins inspecteurs généraux (*Le Temps*).

M. le prof. Pitres est nommé, pour une période de trois ans, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

HOPITAL HÉROLD (Place du Danube).

M. H. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, commencera une série de 10 conférences de pathologie infantile le vendredi 12 février, à 10 h. 3/4 du matin (salle des médecins), et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Sujet : Diphtérie, alimentation des enfants, tuberculose.

Vient de paraître :

Aide-mémoire de médecine opératoire, par le professeur Paul Lefert. Nouvelle édition entièrement refondue, 1 vol. in-18 de 315 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris). 3 fr.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1904, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris). 3 fr.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des ostéo arthrites tuberculeuses par la méthode sclérogène des injections intra-extra-articulaires (1)

Par M. Lannelongue.

Loin de moi la pensée de soulever, à propos du rapport de M. Perier, un débat, qui pourrait s'étendre considérablement, sur le traitement des tumeurs blanches que j'ai désignées, pour donner à ces maladies une dénomination précise, par le nom « d'ostéo-arthrites tuberculeuses » il y a 22 ans maintenant (2). Mais ne sont-ils pas considérés comme des pères dénaturés ceux qui manquent de tendresse pour leur progéniture! Vous me permettrez donc de dire quelques mots, ne fût-ce que pour éviter ce titre, mais aussi pour montrer l'utilité des transformations que je me propose de faire accepter pour la méthode sclérogène en l'associant à une autre pratique.

Depuis quelques années, je fais des injections intra-articulaires en même temps qu'extra-articulaires avec des médicaments différents. Ce sont ces résultats que je viens exposer devant vous avec d'autant plus de raison que le sujet en vaut la peine. Le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses constitue une des branches les plus importantes de la chirurgie, et il est loin d'être épuisé.

Il me sera permis de rappeler tout d'abord que la méthode sclérogène fait pénétrer l'agent thérapeutique non point dans les fongosités, ni dans les foyers tuberculeux, mais immédiatement en dehors d'eux et autour d'eux seulement. C'est à la périphérie des fongosités synoviales que se trouvent, en effet, les processus tuberculeux les plus récents et les plus jeunes. Comme je l'ai dit ailleurs, les tissus normaux, formant la limite du foyer morbide, sont comme une matrice élaborant sans cesse, sous l'incitation du bacille, le néoplasme tuberculeux qui se propage de proche en proche et par continuité de tissu.

Aussi ai-je considéré comme une obligation de modifier cette couche périphérique où se fait l'ensemencement, et, avec elle, le terrain farci de tubercules des fongosités elles-mêmes.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine le 2 février, à propos d'un rapport de M. Perier lu à la séance du 11 janvier, rapport dont nous n'avions pas entendu un traitement, ainsi que nous l'avons dit.

(2) Tuberculose osseuse et articulaire (Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris. p. 491, 1882).

C'est là le résultat certain et constant qu'on obtient en une, deux ou trois séances par les injections multipliées d'une solution de chlorure de zinc qui constituent ce que j'ai appelé la méthode sclérogène.

Il a été publiée sur elle de trop nombreux résultats heureux, tant en France qu'à l'étranger, pour que je me permette de chercher à la faire valoir après l'exposé que j'en ai fait devant l'Académie (1). Mais lui ayant associé une autre pratique, je crois nécessaire de compléter, en certains points, le rapport de M. Perier, et surtout de préciser les indications de la méthode nouvelle.

Tous les faits d'ostéo-arthrites tuberculeuses sont loin de se ressembler. Si l'on prend une seule articulation, celle du genou par exemple, qui est une des plus fréquemment atteintes, on voit qu'à côté de la forme clinique la plus commune, où le développement fongueux de la synoviale se fait du côté des parties molles, tandis que la cavité articulaire ne présente aucune modification apparente pendant un très long espace de temps, il en est d'autres où les altérations tuberculeuses se montrent sur la couche interne de la synoviale, donnant lieu à un épanchement séreux ou séro-purulent plus ou moins abondant.

La clinique permet de distinguer, à cet égard, trois types principaux qui se détachent avec netteté durant les longs mois de la période de début ou d'état.

Le *premier* est caractérisé par un développement fongueux de la synoviale du côté des parties molles, la cavité articulaire paraissant indemne, ne présentant ni épanchement, ni produits néoplasiques.

Le *second*, au contraire, a pour caractère anatomique des altérations disséminées sur la couche interne de la synoviale: granulations, petites nodosités, exulcérations tuberculeuses, qui provoquent une hydarthrose séreuse pouvant devenir séro-purulente et purulente.

Dans le *troisième* type coexiste promptement une association des deux formes précédentes, à des degrés plus ou moins prononcés.

La première forme est de beaucoup la plus commune; après elle vient comme fréquence, la seconde forme. Dans les périodes avancées de la maladie, la distinction précédente disparait, soit que l'évolution ait lieu vers la guérison par transformation fibroïde ou vers la caséification, la suppuration et la destruction des tissus. Ces trois formes cliniques ne veulent, d'ailleurs, pas dire que les altérations occupent exclusivement les couches externes ou internes des synoviales, à l'exclusion les unes des autres, mais elles indiquent que, pour des raisons qui nous échappent, le développement tuberculeux se fait dans une direction plutôt que dans une autre, dans un tissu plutôt que dans un autre.

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, 7 juillet 1891.

C'est en vue d'atteindre toutes les parties de la synoviale, tant sa surface interne, parsemée de granulations, de petites nodosités, de légères ulcérations tuberculeuses, que sa surface externe où se développent, sous forme de bourgeons excentriques, des fongosités plus ou moins considérables, que j'ai eu la pensée de recourir à une méthode à la fois *intra-extra-articulaire* et que je désigne sous ce même nom. Un autre sentiment me dirigeait en même temps: celui d'abréger encore la durée du traitement et de chercher à obtenir une guérison dans un temps aussi court que possible.

Quiconque est chargé du soin des ostéo-arthrites d'origine tuberculeuse ne saurait se défendre d'un sentiment d'oppression pénible provenant surtout du découragement et du chagrin des parents quand on leur annonce la durée probable du traitement de ces maladies — je n'ajouterai pas quand on a le rare bonheur de les guérir. La question a fait un grand pas depuis vingt ans. Je me souviens encore de l'opinion du prof. Gosselin sur la coxalgie d'alors, la coxo-tuberculose d'aujourd'hui. Dans des leçons sur cette maladie, il s'écriait: « Les malades atteints de cette affection, jeunes, adultes ou vieux, meurent à peu près tous. » Ces paroles, que je retrouve plusieurs fois dans les notes de son enseignement, étaient décourageantes pour nous. Elles ne sont plus exactes aujourd'hui, car les malades guérissent dans une proportion de 80 à 90 % au moins — cela dépend des articulations atteintes — et je ne crains pas de dire qu'ils guériraient presque tous, s'ils étaient arrêtés et soignés au début même de la maladie.

Mais cette guérison, rassurante en elle-même, ne se produit qu'après un traitement de près de trois ans en moyenne: elle est en rapport surtout avec la période de la maladie à laquelle on aura commencé le traitement. Et ce que je dis pour la coxo-tuberculose, on peut le dire pour les ostéo-arthrites

tuberculeuses des articulations volumineuses, du genou, du coude, du cou-de-pied, du poignet, des os du tarse et du carpe eux-mêmes: on n'en obtient la guérison qu'au bout d'un temps qui est également très long.

Aussi convient il de chercher à diminuer, autant qu'on le pourra, la longueur du traitement; on doit modifier les méthodes curatives dans ce sens et telle est la pensée qui m'a inspiré dans le traitement que je préconise actuellement.

La méthode se propose d'obtenir, d'une part, une transformation conjonctive des tissus tuberculeux; elle la sollicite activement en agissant à la fois sur les surfaces externe et interne de la synoviale, sur les sources vasculaires qui les alimentent, c'est-à-dire sur le tissu même des fongosités. D'autre part, les effets en sont rapides et on peut encore les renouveler une et plusieurs fois, s'il est nécessaire, en un temps assez court, de manière à obtenir la guérison dans un espace de temps aussi réduit que possible.

La méthode des injections intra-extra-articulaires me paraît remplir cette double indication. On pourrait procéder à ces deux injections en une séance, mais il nous a semblé préférable, à M. Villemin et à moi, de les faire en deux temps et à quatre ou cinq jours de distance.

On commence par l'injection intra-articulaire, de préférence, et pour des raisons qu'il me semble inutile de reproduire ici, je conseille l'emploi de l'huile iodoformée créosotée, selon la formule suivante : huile, 90; éther, 40; iodoforme, 10; créosote, 2.

On laisse dans l'articulation une quantité déterminée de cette huile — stérilisée avec soin — en rapport avec la capacité articulaire, 30 grammes environ pour le genou d'un adolescent. Préalablement on prend soin d'évacuer les liquides épanchés s'il s'en trouve. Aucune réaction, ni douleur, ne se manifeste après cette première intervention. Dans la huitaine qui suit, au bout de trois à quatre jours on procède aux injections extra-articulaires, après avoir anesthésié le petit patient.

Le gonflement articulaire produit par la présence de l'huile iodoformée rendra plus facile les injections périphériques, en permettant de suivre avec plus d'aisance la synoviale gonflée. Je rappellerai que la solution de chlorure de zinc au dixième est la meilleure, et qu'il convient de faire les injections immédiatement en dehors de la synoviale fongueuse, en dirigeant l'aiguille pas tout à fait perpendiculairement sur l'os, jusqu'à ce que la pointe rencontre la surface même de l'os. On dépose en ce point 3, 4 ou 5 gouttes de la solution; on recommence à un ou deux centimètres à côté et de la même manière, et ainsi de suite, sur la périphérie de la synoviale tuméfiée par les fongosités. On peut faire, de la sorte, six, huit, dix piqûres, et déposer depuis 30 jusqu'à 80 gouttes de la solution, selon l'importance de la jointure.

Il est absolument indiqué de faire, dès le réveil des sujets anesthésiés, une injection de chlorhydrate de morphine (solution à 1/100). On en injectera deux milligrammes d'abord et autant toutes les deux heures jusqu'à ce qu'on ait atteint en tout une dose égale au nombre des années de l'enfant, jusqu'à l'âge de dix ans. On s'arrêtera à la dose de 1 centigramme pour les enfants plus âgés et il ne sera pas toujours nécessaire d'y arriver pour faire cesser la douleur. Dans quelques cas, d'ailleurs, les douleurs après les injections sont nulles ou insignifiantes.

Neuf sujets jusqu'à l'âge de dix-huit ans ont été guéris. Huit étaient atteints de tuberculose du genou et un du poignet. Il conviendrait d'y ajouter un adulte de près de trente ans; mais le fait est encore trop récent pour en tenir compte au point de vue du résultat fonctionnel. La moyenne du temps, avant de permettre la marche, a varié entre quatre et six mois; j'estime qu'il vaut mieux la retarder et ne pas enlever l'appareil des membres inférieurs avant six mois. Il est probable, il est sûr, même, que dans un certain nombre de cas, le temps sera encore plus long, surtout si on n'évite pas les complications, comme des abcès, ou s'il existait des foyers osseux qui n'auraient pas évolué vers la guérison en même temps que les fongosités. On autorise les sujets à s'exercer d'abord avec des béquilles, puis à prendre une canne, et, après des essais répétés sans précipitation, on les laisse marcher sans appui.

La méthode intra-extra-articulaire peut trouver une autre application qu'il est d'autant plus utile de connaître qu'elle n'exclue pas, non plus, une intervention sanglante. Un jeune homme, âgé de vingt-sept ans aujourd'hui, a eu autrefois, il y a neuf ans, une ostéo-arthrite tuberculeuse grave du genou, avec abcès, traitée par la méthode sclérogène par M. Walther; il guérit avec une ankylose. Depuis lors, il menait une existence très active, chassant beaucoup, lorsque, l'an dernier, l'articulation du genou devint le siège d'un abcès partiel, que M. Villemin traita par des injections iodoformées. Comme l'abcès se reproduisait, M. Villemin recourut à l'extirpation de la paroi, c'est-à-dire pratiqua une synovectomie partielle, qui fut suivie de guérison prompte. Il trouva la synoviale transformée, fibroïde dans l'ensemble, fongueuse seulement en certains endroits.

La méthode sclérogène avait modifié antérieurement la synoviale utilement, en la rendant fibroïde, ce qui était très avantageux pour la garantie de la guérison du malade.

Voici, en résumé, l'observation de ce malade.

Observation. — Monsieur X... a eu autrefois une ostéo-arthrite bacillaire du genou, forme grave traitée par la méthode sclérogène, il y a neuf ans. La guérison a été obtenue avec une ankylose fibreuse. Le malade revient à Paris, l'an dernier, porteur d'un abcès froid assez étendu, siégeant en dedans de l'article, recouvrant les condyles internes, mesurant une dizaine de centimètres dans son grand axe vertical. Le 13 octobre, la ponction retire une cinquantaine de grammes de pus légèrement teinté par les matières colorantes sanguines. Après lavages à l'eau phéniquée faible on y laisse 25 grammes d'huile iodoformée. Le 25 octobre, répétition de la même intervention. L'examen attentif du malade fait alors découvrir dans la région externe de la cuisse, au-dessus du condyle fémoral, en avant du tendon du biceps, une région limitée, fluctuante. Après des manœuvres exploratrices multipliées, on finit par s'assurer de sa communication avec l'abcès de la face interne, tout en reconnaissant que cette communication est difficile et doit se faire par un trajet fort étroit et sinueux.

Étant donné, d'une part, la difficulté de faire pénétrer dans cette seconde cavité les injections modificatrices, et, de l'autre, le désir formel du malade d'en finir au plus vite, le 10 novembre les deux abcès sont ouverts largement, les membranes pyogènes extirpées en entier, le trajet tortueux intermédiaire découvert et cureté sous le tendon rotulien, au milieu des tissus inodulaires qui enveloppent les extrémités osseuses; car on ne trouve plus de synoviale. Un manchon fibreux, résistant, très épais, comblant tous les vides, s'étend du fémur au tibia. Le 22, soit douze jours après l'intervention, tout était fermé, y compris le trajet d'un drain laissé quatre jours en place seulement, et le 24 le malade quittait Paris, sans pansement, marchant parfaitement.

Avant de terminer je crois devoir faire quelques remarques utiles à connaître pour le succès du traitement.

On ne saurait assez insister sur la nécessité, une fois la guérison reconnue, de ne pas aller trop vite et de

prolonger l'immobilisation plutôt que de délivrer prématurément le membre de son appareil. On devra s'assurer, avant d'autoriser la marche ou les mouvements de la jointure, que celle-ci est revenue à l'état normal et que les fongosités ont disparu. A leur place, on rencontrera une induration sèche, un empâtement consistant, difficile parfois à reconnaître, dans le cul-de-sac ou sur le trajet de la synoviale. En aucune place l'exploration des os, de chaque épiphyse en particulier, minutieusement faite, par une pression méthodiquement exercée, point par point sur tous les points, ne devra révéler de sensibilité, pas plus aux attaches ligamenteuses qu'ailleurs.

Il est un précepte absolu sur lequel je m'arrête et je m'appesantis avec intention. *C'est celui de ne provoquer aucun mouvement dans la jointure. L'articulation retrouvera, après le traitement, les mouvements qu'elle avait au moment où on l'a appliqué* et il arrivera souvent encore qu'en laissant la fonction articulaire s'exécuter naturellement, selon les besoins du membre, les mouvements acquerront plus d'amplitude, peu à peu, par l'usage et avec le temps. Certaines jointures retrouveront même tous leurs mouvements. J'en ai de nombreux exemples à la suite de la méthode sclérogène seule, mais j'estime qu'il est dangereux de vouloir rétablir les mouvements et d'accroître le jeu de la jointure par l'exercice manuel, la force et la violence.

Les tissus mous et cartilagineux ne possèdent pas encore leur structure définitive, et il y a peut-être, dans un point ou dans un autre, un travail de réparation qui n'est pas définitif. Il peut y avoir aussi des bacilles d'une virulence atténuée, qui ne sont pas tout à fait morts, qui séjournent inaccessibles dans un foyer minuscule, caséeux ou non, qu'aucune investigation ne saurait déceler. Le travail thérapeutique de la guérison fera disparaître les uns et les autres, avec une meilleure vitalité des tissus et leur rénovation, mais à la condition que ce travail ne sera pas troublé, qu'une irritation traumatique et répétée ne viendra pas augmenter l'activité procréatrice et la virulence des bacilles. Il convient donc de ne pas modifier cette destinée par des interventions dangereuses, telles que les mouvements articulaires intempestifs.

Seul le malade a la conscience des mouvements qu'il peut faire, sans gêne ou sans douleur, soit pour la marche, soit pour les besoins de ses membres. Il est le seul et souverain juge en cela. Et il est de règle de voir qu'avec un fonctionnement légitime et naturel, peu à peu la jointure cède et son champ d'activité s'accroît.

Toutefois, il est absolument indiqué de faire le massage des muscles et des frictions cutanées pendant le traitement, bien avant que le malade ait retrouvé la liberté de sa jointure.

C'est ce que nous faisons toujours chez nos patients. On leur pratique le massage des muscles au-dessus et au-dessous de l'articulation, sans jamais toucher à l'articulation elle-même, soit pour la masser, *soit pour lui faire exécuter un mouvement quelconque*. On a aussi recours à l'électrisation.

Il en résulte que lorsque la guérison est obtenue et que les sujets ont reçu la permission de se servir de leur jointure, la vitalité du membre est déjà pas mal récupérée, les muscles ont retrouvé une bonne part de leur énergie. Ces modifications heureuses et physiologiques de l'appareil locomoteur font de lui l'agent naturel et actif qui contribue au retour des mouvements diminués ou supprimés.

J'ai vu tant et tant de fois des rechutes graves de ces maladies, des retours offensifs, des réveils inattendus, même chez des malades qui étaient guéris depuis longtemps, par le fait de ruptures d'ankyloses ou de mouvements qu'on a voulu accroître chez eux, que je les proscris d'une manière absolue dans toutes les affections tuberculeuses des articulations, les considérant comme désastreux d'une part et ne donnant pas, d'autre part, les résultats qu'on en attend.

Il n'y a qu'un cas où l'on est, à mon gré, autorisé à intervenir. C'est pour redresser des déformations incompatibles avec le fonctionnement d'un membre ou d'une jointure, ou pour corriger des attitudes qui nuisent à la guérison ou la rendent défectueuse. Mais alors, il est bien entendu qu'on sait à quoi on s'expose; on redresse une articulation, un membre, et on conserve dans un appareil la position nouvelle. On soigne les conséquences de ce redressement, et s'il lui succède une poussée nouvelle, une rechute même, on la conduira par une immobilisation prolongée jusqu'à la guérison, qui se fera dans une attitude meilleure et correcte.

En dehors de ce cas la règle doit être respectée, même lorsqu'il s'agit de faits très anciens, dans lesquels on veut augmenter l'étendue des mouvements.

La méthode sclérogène intra-extra-articulaire trouve son indication dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, suppurées ou non, du genou et du cou-de-pied pour le membre inférieur, du coude et du poignet pour le membre supérieur. Dans les premiers temps, je croyais qu'il était nécessaire que l'on eut la démonstration que la surface interne de la synoviale présentait des lésions tuberculeuses, par la manifestation d'un épanchement. Aujourd'hui je ne crois pas cette constatation indispensable, et j'incline, comme nous l'avons déjà fait plusieurs fois, à combiner les deux séries d'injections, que l'articulation présente ou non un épanchement séreux, séro-purulent ou purulent. La guérison sera plus sûrement et plus promptement obtenue.

Pour la hanche et l'épaule, la méthode ne trouve pas sa place, parce qu'on ne peut aborder l'articulation pour y faire des injections extra-articulaires, mais ici je n'hésite pas à conseiller les injections intra-articulaires seules, dont l'application est facile. On abordera la hanche en arrière du grand trochanter, et la chose sera simple si on peut placer le membre dans la flexion, adduction et légère rotation en dedans.

A la hanche et à l'épaule les injections extra-articulaires sont difficiles à pratiquer sans qu'on s'expose à pénétrer dans la jointure; c'est pour cela que j'ai renoncé à appliquer aux maladies de ces jointures la méthode sclérogène. Je conseille donc uniquement, pour la coxo et la scapulo-tuberculose, les injections d'huile iodoformée, de même que je réserve exclusivement les injections au chlorure de zinc seules pour les maladies tuberculeuses du métatarse et du carpe.

M. Perier a cru devoir indiquer deux accidents auxquels expose la méthode sclérogène : l'injection du chlorure dans les articulations et les eschares.

Le premier, en effet, est possible, et injecté dans les grandes articulations, la solution de chlorure au dixième y développe une arthrite aiguë aseptique. Mais il ne tient qu'à l'opérateur de l'éviter en suivant les contours de la synoviale épaissie, pour aller sur les os, et en ne pénétrant pas dans cette synoviale qui fait un relief proéminent séparant la cavité articulaire des tissus extra-articulaires. Je viens de dire, d'ailleurs, que, pour échapper à cet accident, il ne faut pas employer le chlorure de zinc à la hanche ni à l'épaule. On ne doit jamais injecter l'articulation du genou en arrière, dans la région poplitée, pour cette première raison — à laquelle on pourrait en ajouter d'autres — qu'il n'y

a pas de fongosités appréciables en arrière de l'articulation.

Quant aux eschares, elles sont rares, insignifiantes, et j'en ai montré le mécanisme. Elles n'ont jamais lieu lorsqu'on fait des injections profondes au-dessous de l'aponévrose, et ne se produisent guère que lorsqu'on fait les injections sous la peau. Elles sont d'ailleurs minimes, petites, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes et exclusivement cutanées. On les évite en mettant le doigt sur le trajet abandonné par l'aiguille qu'on retire des tissus, afin d'empêcher le liquide de refluer.

REVUE DE TRAVAUX

L'ablation de l'estomac

La question de savoir si l'on peut vivre sans estomac est résolue aujourd'hui dans le sens affirmatif. C'est à Schlatter, de Zurich, que revient l'honneur de la première gastrectomie totale qui ait réussi, en 1897. Depuis cette époque, un certain nombre de chirurgiens ont apporté de nouveaux faits des plus intéressants, établissant que la région du tube digestif, au voisinage immédiat de l'anastomose gastro-intestinale, notamment du duodénum, se dilate peu à peu, au point de simuler un nouvel estomac et d'en tenir lieu ; en effet, l'alimentation ordinaire est parfaitement supportée à la longue, la digestion n'est nullement entravée, enfin, l'assimilation s'exécute d'une façon régulière et normale. Ce qui le prouve, c'est l'augmentation de poids, très rapide et très notable, que l'on constate chez les sujets qui ont subi avec succès cette grave opération.

Le moment est venu de colliger les observations et d'essayer d'en tirer les enseignements. Quelles sont les indications de la gastrectomie totale ou subtotale ? Quelle est sa technique opératoire ? Enfin, quels sont les résultats obtenus ? Telles sont les questions que nous allons passer rapidement en revue, en nous appuyant sur les données fournies par l'important et très complet travail que M. Bœckel (de Strasbourg) a publié sur ce sujet (1), après avoir lui-même pratiqué avec succès, il y a deux ans, l'opération qui nous intéresse.

***

L'ablation de l'estomac n'a été faite jusqu'ici que pour traiter le cancer de cet organe, et il faut entendre uniquement le cancer plus ou moins étendu du *corps*, à l'exclusion de celui qui se développe primitivement sur le cardia ou sur le pylore. Les variétés que l'on a rencontré sont nombreuses : de leur étude dépend en grande partie le pronostic. La constatation de la nature de la tumeur permet, en effet, dans une certaine mesure, de supputer les chances de survie, abstraction faite des risques opératoires toujours considérables. C'est ainsi que le carcinome muqueux, greffé le plus souvent sur un ancien ulcère, paraît être celui dont le pronostic est le moins sombre. C'est à cette forme que M. Bœckel eut affaire dans sa première observation. Elle évolue très lentement, en plusieurs années (six ans et plus). Elle se présente ou encore d'ulcérations de la muqueuse qui empiètent sur la paroi stomacale, sous forme d'épaississements bosselés, durs, entraînant le recroquevillement de l'estomac. L'infiltration ganglionnaire est peu prononcée et les adhérences rares.

Plus rapide est l'évolution du carcinome cylindrique que l'on rencontre assez fréquemment. Le néoplasme acquiert un volume considérable en très peu de temps (quelques mois à un ou deux ans), au point d'englober tout l'estomac et de le transformer très vite en une véritable tumeur. La muqueuse est ici envahie la première, puis les produits néoplasiques s'infiltrent sous la séreuse, à travers la musculeuse ; ils forment de nombreuses bosselures, inégales.

Le carcinome gélatineux est plus grave encore, mais heureusement plus rare, de même que les carcinomes glandulaire, épithélial, et le sarcome.

Ici, comme dans les néoplasmes des autres régions (utérus, sein, langue...), plus l'intervention sera précoce, plus nombreuses seront les chances de réussite. C'est donc d'un diagnostic fait de bonne heure que relève l'indication principale de la gastrectomie pour cancer. Malheureusement, c'est là que gît la difficulté. Le cancer stomacal débute, en effet, d'une façon insidieuse et ne présente, dans son stade initial, que de vagues symptômes : malaises, pesanteur, douleurs épigastriques. Au bout d'un temps variable, ces troubles peuvent s'accompagner de vomissements alimentaires ou de sang : alors, le diagnostic devient à peu près certain.

Mais dans un grand nombre de cas ces renseignements font défaut. Aussi faut-il essayer de trouver un autre signe qui permette de trancher le diagnostic en suspens, avec plus de certitude. Le seul signe véritablement typique, le seul qui soit à peu près constant, c'est l'apparition d'une tumeur au creux épigastrique, notée vingt-deux fois sur vingt-trois observations bien détaillées de gastrectomie. C'est généralement à l'épigastre que l'on perçoit la tumeur, quelquefois à l'hypocondre, plus rarement à la région sous-ombilicale.

Une question se pose naturellement à l'esprit, dès qu'a été reconnue l'existence d'une tumeur, coïncidant avec des troubles digestifs variés : cette tumeur est-elle mobile ? Si oui, l'extraction a beaucoup de chances de pouvoir être accomplie assez aisément.

Sous ce rapport, les constatations faites par les chirurgiens qui ont pratiqué la gastrectomie ont été, en général, des plus favorables et lorsque le néoplasme avait été trouvé mobile, l'opération a pu être terminée avec plus ou moins de facilité.

Néanmoins, il ne faudrait pas être trop confiant dans cette mobilité, car, parfois, elle est un trompe-l'œil. Ce n'est qu'après la laparotomie qu'elle acquerra une valeur réelle. Les dimensions de la tumeur, ses rapports avec les organes voisins ne pourront également être établis avec certitude qu'une fois la cavité abdominale ouverte. Bref, la laparotomie pourra n'être qu'exploratrice; le peu de gravité de cette dernière ne doit pas être mis en balance avec l'intérêt majeur qu'il y a pour le malade à ce que le chirurgien soit fixé sur les seules chances de salut qui lui restent.

Les procédés employés diffèrent suivant qu'on a pratiqué l'ablation totale ou l'ablation subtotale.

Dans l'ablation totale, on a eu recours soit à l'anastomose œsophago-duodénale termino-terminale ou directe (œsophago-duodénostomie), soit à l'anastomose œsophago-jéjunale ou œsophago-jéjunostomie.

L'ablation subtotale est soumise aux procédés suivants : anastomose gastro ou cardio-duodénale terminale ou directe, après suture en raquette du bout cardiaque ; gastro-jéjunostomie latérale après suture terminale du tronçon duodénal; gastro-jéjunostomie antérieure ou postérieure après suture terminale isolée des deux orifices stomacal et duodénal.

De tous ces procédés, l'anastomose directe ou termino-terminale est celle qui a été employée le plus souvent, soit dans la gastrectomie totale, soit dans la subtotale.

Enfin, avant de procéder à la fermeture de la cavité abdominale, M. Bœckel recommande de suturer le moignon du ligament gastro-colique sectionné dans le premier temps de l'exérèse, tout le long des parties qui deviendront dans la suite le nouvel estomac. Dans un cas de cet auteur, ces restes de ligament non suturé s'enroulant petit à petit autour du colon transverse, finirent par entraîner la production d'un rétrécissement, infranchissable même aux gaz, qui emporta la malade.

***

La technique opératoire comprend les temps suivants : L'incision de la peau se fait le long de la ligne blanche, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Le péritoine incisé et repéré met à découvert l'estomac, on se rend compte des lésions existantes : mobilité, étendue, infiltration de voisinage. Si la gastrectomie paraît praticable, l'estomac est attiré hors de la cavité abdominale, de bas en haut : on perfore le ligament gastro-colique en deux ou trois points, et chacun des faisceaux est lié au catgut et à la soie. On sectionne le ligament gastro-splénique entre deux

(1) De l'ablation de l'estomac, 1 vol. in-8 de 167 pages, avec 11 planches (F. Alcan, 1903).

pinces et on le lie en deux ou trois faisceaux.

Il s'agit maintenant de sectionner le pôle supérieur de l'estomac : cette section se fait à des hauteurs variables ; si l'on arrive à mobiliser suffisamment cette extrémité, on place une forte pince de Péan ou de Richelot sur l'œsophage ; sinon, on la place aussi haut que possible sur l'estomac, près du cardia. On pose une autre pince à 3 ou 4 centimètres au-dessous et on sectionne entre les deux.

Le ligament gastro-hépatique (qui unit le foie à la petite courbure) est alors sectionné entre deux pinces, fragmenté et lié en deux ou trois faisceaux. Chemin faisant, on extirpe les ganglions que l'on rencontre.

Le temps suivant a pour but de libérer le pôle inférieur de l'estomac. Il s'exécute comme la section du pôle supérieur, entre deux pinces.

La première phase de l'opération, ou exérèse proprement dite, est, dès lors, achevée. Il faut rétablir la continuité du tube digestif.

Le traitement consécutif général importe surtout, le traitement local de la plaie abdominale ne différant en rien de celui des laparotomies.

Le malade n'ingérera pas la moindre goutte de liquide durant les vingt-quatre ou trente premières heures. Puis, peu à peu, l'alimentation liquide (lait, bouillon, par petites quantités) sera instituée, concurremment avec des lavements nutritifs. On purge le malade à l'huile de ricin le cinquième ou le sixième jour, et l'alimentation solide (poulet finement haché) commence à être employée du huitième au dixième jour, en ayant bien soin de procéder par petits repas fréquents.

***

Les suites opératoires, chez les survivants, sont, en général, très simples et très rapides. La réunion immédiate de la plaie est la règle.

La mortalité est de 39,1 %. En effet, 46 cas ont fourni 28 guérisons et 18 morts, dont 16 imputables à l'opération, soit :

9 de collapsus dans les douze premières heures.

7 de péritonite suppurée.

1 de pneumonie.

Quant aux résultats éloignés, ils méritent d'être étudiés d'assez près.

Sur 21 opérés restants, au sujet desquels M. Bœckel a pu avoir des renseignements précis :

L'un (Vautrin) est mort, deux ans après, de phtisie, après s'être bien porté pendant un an et sept mois ; l'autre (Bœckel) est morte après sept mois et demi, d'une occlusion intestinale, dont nous avons indiqué plus haut l'étiologie. Pendant sept mois, elle avait joui de la santé la plus florissante.

Onze autres sont morts de récidive locale ou de généralisation après une durée variant de cinq mois à cinq ans.

Les huit autres vivent encore en parfaite santé, depuis un temps variant de un an (Ribera) à onze ans (Maydl).

Sur vingt et un cas de guérison, il y a eu, par conséquent, onze récidives, ce qui revient à dire que la moitié des opérés guéris a succombé au bout de quelques mois ou de quelques années (jusqu'à cinq ans) ; la moitié des cas même n'a pas atteint la deuxième année. Si l'on tient compte de ce résultat, si, d'autre part, on se rappelle que la récidive a pu se produire au bout de trois, et même de cinq ans, il ne faut pas se hâter de conclure que, chez les huit opérés qui vivaient encore lors de la publication du mémoire de M. Bœckel, la guérison radicale et définitive soit assurée.

Bref, sur vingt-huit opérés guéris, il n'en reste que quatre qui aient dépassé la quatrième année.

Si les résultats immédiats de la gastrectomie totale et subtotale, ne sont pas encore très brillants, les résultats lointains ne semblent guère mieux valoir. Mais il ne faut pas oublier que cette opération n'a été faite que pour des cancers et bien souvent trop tard. Il faut donc attendre, pour en apprécier définitivement l'incontestable valeur, que le diagnostic soit établi plus tôt qu'il ne l'est généralement.

Ed. Laval

MÉDECINE PRATIQUE

Pourquoi et comment doit-on doucher les diabétiques ?

Par M. le Dr Pariset

M. Labadie-Lagrave, dans le *Bulletin médical* du 7 novembre 1903, après une étude très complète du traitement du diabète arthritique, conseille d'y « associer les pratiques hygiéniques destinées à activer les combustions, et qui s'adressent à la dyscrasie arthritique autant qu'à l'hyperglycémie (la marche sans fatigue, les frictions, le massage, la gymnastique de chambre, l'hydrothérapie). L'hydrothérapie, chez le diabétique, nous a paru intéressante à étudier.

Les *échanges respiratoires*, chez le diabétique, sont caractérisés par une diminution de la quantité d'oxygène absorbé, de la quantité de CO^2 éliminé, et de la quantité d'eau exhalée par la voie pulmonaire.

L'hydrothérapie agira en tendant à ramener ces trois éléments à des proportions normales. On peut rappeler, à cet égard, outre les constatations de divers auteurs sur l'homme, une expérience de laboratoire faite à l'aide de l'*oxygénographe*. Cet appareil se compose d'une cloche de verre graduée reposant sur l'eau et contenant de l'oxygène que l'on fait respirer directement, par sa trachée, à un lapin trachéotomisé. On mesure ainsi la quantité d'oxygène absorbé par l'animal pendant un temps donné, puis on refroidit l'animal avec un jet d'eau froide constituant une véritable douche, et l'on constate que, pendant un temps égal, l'animal consomme une quantité beaucoup plus grande d'oxygène. Le lapin a fait sa *réaction*, il s'est réchauffé, et, pour cela, il a employé une quantité d'oxygène plus grande pour produire des oxydations plus considérables.

Cette expérience explique l'action de l'hydrothérapie froide, et justifie son emploi chez les malades à nutrition ralentie, chez les diabétiques en particulier.

Le *système nerveux*, chez les diabétiques, est presque toujours atteint, au moins fonctionnellement. L'est-il primitivement, et détermine-t-il, de ce fait, une nutrition viciée ? Ne l'est-il que secondairement par les éléments incomplètement oxydés et de fonction acide, qui altèrent l'organisme ? Nous ne le discuterons pas ici.

Constatons seulement la *fatigue* facile et rapide des diabétiques, leur impuissance génitale fréquente, leur fragilité vis-à-vis des microbes et de leurs toxines (tuberculose), leur peu de résistance aux plaies accidentelles ou opératoires, pour montrer combien leur système nerveux a perdu de ses aptitudes trophiques.

Sans les rendre invulnérables, l'hydrothérapie sera utile aux diabétiques en donnant à leur système nerveux une tonicité nouvelle. L'action tonique de l'eau froide n'a pas besoin d'être longuement démontrée. Cet agent met en œuvre les fonctions nerveuses de l'économie tout entière par son action : 1° sur les nerfs de la sensibilité (sensation du froid et percussion) ; 2° sur les vaso-moteurs (réaction circulatoire) ; 3° sur les nerfs de la calorification (réaction thermogène). Ainsi sollicité et forcé à l'action, le système nerveux reprend un fonctionnement plus régulier ; ses réponses trop vives à de faibles excitations, ou insuffisantes à de plus fortes, deviennent adéquates à leur cause provocatrice ; et cet état d'équilibre normal, caractérisé par l'absence d'écarts dans un sens ou dans l'autre, peut être appelé la *tonicité*.

La douche froide est l'agent le plus efficace pour ramener un pareil état. C'est un préjugé que d'attribuer à la douche froide seulement des effets excitants.

Ainsi, le médecin qui douche des neurasthéniques, leur donne de l'eau froide dans tous les cas où il peut le faire, qu'ils présentent des symptômes d'excitation ou des symptômes de dépression.

L'eau froide bien administrée est, en effet, un agent régulateur, et l'expression de douche froide *toni-sédative*, qui semble être un contraste paradoxal, n'est qu'une juste définition.

Si nous n'avons parlé que d'eau froide, c'est que l'eau froide convient admirablement aux diabétiques. En principe, nous proscrivons l'eau chaude, qui n'oblige pas le malade à fournir une réaction et le déprime. Chez le diabétique,

en particulier, Quinquaud a montré qu'elle augmentait la glycémie et la glycosurie.

L'eau froide, nettement indiquée, demande une application courte : les applications prolongées augmentent la glycosurie. Sur une ordonnance nous prescririons 30 secondes; mais ce n'est là qu'une formule moyenne, et la durée d'une douche ne peut jamais être fixée d'avance; elle dépend de plusieurs facteurs, et notamment de la rapidité du malade à réagir.

M. le Dr Lejeune a établi, avec sa haute compétence, que la formule d'une douche varie pour chaque malade, et, pour le même malade aux périodes différentes de son traitement, et même d'un jour à l'autre ; que cette formule ne peut être déterminée qu'après la première ou les premières douches, et qu'un médecin seul est capable de la préciser.

On peut cependant établir des règles générales, non pas absolues, mais permettant de s'orienter au milieu des différences individuelles.

Ainsi, on peut diviser les diabétiques en deux grandes catégories : les gras et les maigres.

Les *diabétiques gras*, qui, principalement au début, sont souvent des obèses, demandent une douche vigoureuse, exerçant par la percussion du jet un véritable massage des masses musculaires. Ces arthritiques réagissent vite et bien ; ils aiment la douche et ne craignent pas ensuite une friction un peu rude. Les catarrhes des voies respiratoires supérieures et les congestions auxquelles ils sont sujets n'empêchent pas la continuation du traitement hydrothérapique et n'en sont que favorablement modifiés.

Les *diabétiques maigres* sont plus délicats, et l'eau froide leur sera appliquée avec ménagement : pas de percussion, sous peine de les faire maigrir davantage; un simple enveloppement rapide suffit à déterminer chez eux une réaction utile. La friction habituelle après la douche sera légère, c'est-à-dire sans les tapotements et les pétrissages auxquels se croient souvent obligés les aides qui en sont chargés.

Chez les uns comme chez les autres il n'est pas toujours possible d'appliquer l'eau froide d'emblée ; il faut, quelquefois, les y entraîner; et ce sont généralement les diabétiques gras qui y arrivent le plus vite. Le procédé le meilleur est l'application de douches progressivement froides, en observant de très près la réaction du malade et la façon dont il se comporte pendant et après la douche.

En toute saison on devra arriver à l'eau froide, ce qui est presque toujours possible, car l'obstacle n'est pas l'influence du froid sur les fonctions de l'organisme, mais seulement l'impression désagréable du froid sur la sensibilité, et l'on conçoit qu'il s'agit là d'une simple question d'éducation du malade que le médecin doucheur doit savoir diriger.

Dans certains cas on peut ajouter à la douche froide certains procédés complémentaires et adjuvants.

Chez les diabétiques avec *congestion hépatique*, la douche chaude locale sur le foie, variant progressivement de 34° à 40° et plus, produit une révulsion énergique dont l'heureux effet se complète par celui de la douche froide générale qui la suit.

Les *névralgies*, fréquentes chez les diabétiques, seront calmées par une application très chaude sur les points d'émergence et le trajet des nerfs atteints, suivie d'une douche froide générale.

Si le diabétique est *rhumatisant*, l'application chaude est générale, et, suivie d'une douche froide, constitue la douche écossaise.

Il est classique d'admettre que la douche froide est contre-indiquée lorsqu'il y a *albuminurie*. Or, que craint-on de l'hydrothérapie froide, en pareil cas ? C'est la congestion brusque du rein, le coup de bélier rénal, tant à redouter chez les artério-scléreux qui sont tous des hypertendus. Or, l'albuminurie, chez le diabétique, n'est pas le plus souvent un signe d'artério-sclérose, mais plutôt un trouble de nutrition. Si donc un diabétique n'est pas artério-scléreux, on peut lui donner la douche froide, malgré son albuminurie ; cela en principe, et dans les limites moyennes, faut-il ajouter.

S'il est artério-scléreux, la douche tiède et courte lui fera faire une réaction utile.

Signalons en dernier lieu l'*impuissance* des diabétiques, que des bains de siège froids et courts, à eau courante et percutante, suivis d'une douche froide générale, combattent efficacement.

Ainsi traités, les diabétiques sont toujours améliorés. Au début, l'hydrothérapie seule peut faire rétrocéder la glycémie. A une période plus avancée, c'est un adjuvant précieux et souvent indispensable par son action tonique sur le système nerveux.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les villes d'eaux et la loi sur la protection de la santé publique

Par M. le Dr Nivière (de Vichy)

Le second paragraphe de l'article 19 de la loi du 15 février 1902, le seul où il soit question des villes d'eaux, est ainsi conçu :

« Dans les villes de 20 000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de Bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi »

L'obligation d'avoir un bureau d'hygiène, imposée aux villes d'eaux de plus de 2000 habitants, a été inscrite dans la loi à la suite d'un amendement de MM. les sénateurs Pozzi et Strauss, tendant à ce qu'un bureau d'hygiène fut institué « dans les villes de 2000 habitants et au-dessus, dans les chefs-lieux de départements et dans les communes où est autorisée l'exploitation d'une source d'eaux minérales. » Avant cet amendement, la commission du Sénat proposait la création d'un bureau d'hygiène dans les seules villes de 50 000 habitants et au-dessus, et il n'était pas question des villes d'eaux. Un accord intervint entre la commission et les auteurs de l'amendement et le texte définitif fut voté sans discussion.

Tel est l'exposé complet des travaux parlementaires qui précédèrent le vote du paragraphe II de l'article 19 de la loi du 15 février 1902 ; le compte rendu officiel des débats parlementaires ne fait mention d'aucune autre explication relative à ce paragraphe, et les textes que nous venons de citer sont les seuls qui soient susceptibles de nous permettre d'apprécier les intentions du législateur.

Il résulte nettement de l'étude des textes et de l'accord intervenu entre la Commission du Sénat et MM. Pozzi et Strauss, que les législateurs ont eu en vue la protection de la santé des malades pendant leur séjour dans la ville d'eaux, et non la recherche d'une garantie spéciale contre la contamination possible d'une source d'eau minérale. Les termes de l'amendement de MM. Pozzi et Strauss eussent pu, s'ils avaient été adoptés, faire croire à ce double mobile ; mais on ne voit pas bien quel avantage il y aurait eu à imposer un bureau d'hygiène à Saint-Priest-Bramefant, par exemple. Les deux ou trois sources d'eau minérale dont l'exploitation est autorisée sur le territoire de cette petite commune du Puy-de-Dôme, n'auraient pas été autrement surveillées qu'elles ne le sont actuellement, et un service municipal nouveau, dénommé bureau d'hygiène, se serait traduit, en fait, par l'apposition de la signature du maire sur quelques imprimés de plus. Aussi n'est-il pas surprenant que MM. Pozzi et Strauss aient renoncé au texte qu'ils avaient proposé. Toutefois, il est vraisemblable d'admettre qu'en instituant un bureau d'hygiène dans les villes d'eaux de 2000 habitants et au-dessus, le législateur pensait atteindre toutes les stations quelque peu fréquentées. Nous allons voir s'il en est bien ainsi.

Un examen rapide de la population de nos principales villes d'eaux nous a permis d'en trouver 33 d'au moins 2000 habitants. De ce nombre, 2 ont plus de 20 000 habitants et doivent, en raison de leur seule population, avoir un bureau d'hygiène : ces deux villes sont Besançon (55000 habitants), sur le territoire de laquelle se trouve la station de La Mouillère, et Aix-en-Provence (29 100 habitants); 5 autres ont de 10 000 à 15 000 habitants : Biarritz, Saint-Amand (Nord), Vichy, Dax, Bagnères-de-Bigorre ; 8 ont de 5000 à 10 000 habitants : Provins, Aix (Savoie), Digne, Thonon, Salins (Jura), Salies-de-Béarn, Luxeuil, Cransac (Aveyron); 8 ont de 3000 à 5000 habitants : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-Lancy, Luchon, Enghien,

Vals, Bourbon-l'Archambault, Evaux, Cusset, et enfin 10 ont de 2000 à 3000 habitants : Allevard, Bussang, Cambo, Laruns (Eaux-Chaudes), Le Mont-Dore, Néris, Saint-Gervais, Bains-les-Bains (Vosges), Vic-le-Comte et Camarès, commune dans laquelle se trouve la station d'Andabre (Aveyron).

Telles sont les villes d'eaux qui, pour obéir à la loi du 15 février 1902, devront créer un bureau d'hygiène; mais ni La Bourboule (1917 h.), ni Plombières, Evian, Châtel-Guyon, Vittel, dont la population varie de 1800 à 1850 habitants, ni Amélie-les-Bains, Saint-Honoré, Cauterets, Royat, Pougues qui ont de 1500 à 1800 habitants, ni Contrexéville (930 h.), ni La Malou (878 h.) pas plus qu'Aulus, Ax, Bagnoles-de-l'Orne, Balaruc, Barbotan, Barèges, Brides, Capvern, Challes, Chaudesaigues, Eaux-Bonnes, Forges-les-Eaux, Martigny, Saint-Nectaire, Saint-Sauveur, etc., etc... ne seront tenues d'en avoir. Et, cependant, les villes que nous venons d'énumérer reçoivent, chaque année, un nombre respectable de malades L'une d'entre elles, Cauterets, a 9 établissements, 18 médecins et soigne « la tuberculose pulmonaire... évolution à ses trois degrés, période des cavernes comprise, au début surtout... (*Index des stations thermales*. 1900) et semble, à ces divers titres, avoir besoin d'un bureau d'hygiène au moins autant que n'importe quelle autre ville d'eaux.

Il ne nous semble donc pas douteux que la loi n'atteint pas le but que le législateur s'était proposé. Elle s'en fut beaucoup rapprochée si le texte eut dit : « les communes d'au moins 1500 habitants », au lieu de 2000 habitants. Encore des villes d'eaux importantes, comme Contrexéville et La Malou, fussent-elles restées en dehors, et, pour les comprendre, il eut fallu ajouter : « et les communes de moins de 1500 habitants qui, pendant la saison officielle, reçoivent plus de 1000 étrangers. »

Pour bien saisir toute la portée de la loi, il faut se demander ce qu'il convient d'entendre par «établissement thermal ». Il ne saurait être question d'appliquer au mot « thermal » le sens que semblerait lui attacher son origine latine, sens qui éveille en nous les deux idées inséparables d'eau et de chaleur. Tous les établissements de bains, même les plus modestes, deviendraient des établissements thermaux, et il suffirait qu'une commune ait un établissement de ce genre, avec une ou deux baignoires, avec une source autorisée à quelques kilomètres de là pour que cette commune fut considérée comme visée par la loi. Il est plus habituel d'entendre, par établissement thermal, un établissement hydrominéral, c'est-à-dire un établissement utilisant les applications externes d'eau minérale pour le traitement des maladies. Mais il est incontestable que la loi du 15 février 1902 a cherché à protéger l'individu et non l'établissement, et il semble rationnel, au point de vue de son application, d'entendre, par établissement thermal, non seulement tous les établissements hydrominéraux, mais encore tout établissement hydriatique utilisant l'eau commune en applications externes concurremment avec l'eau minérale bue aux sources.

Il est à regretter que le règlement sanitaire de toute commune ne puisse imposer aux propriétaires les mesures énumérées à l'article 11. Cet article, applicable aux seules villes de 20000 habitants et au dessus, prescrit qu' « aucune habitation ne pourra être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire sont observées. » Assurément, le maire aura toujours le droit de réclamer des modifications, si le propriétaire n'a pas observé le règlement municipal; mais ces réclamations se produiront une fois la maison construite; elles nécessiteront, pour avoir leur effet, une procédure longue et ennuyeuse pour le maire, vexatoire pour le propriétaire, et il serait préférable, à tous égards, de la prévenir. Ne semble-t-il pas naturel que tous les bureaux d'hygiène soient chargés, au même titre, de délivrer des permis de construire, et naturel aussi que toute commune qui a le désir d'assurer l'application de son règlement sanitaire puisse exiger ce permis? Il ne paraît pas que la crainte de voir quelques maires abuser de leur autorité pour vexer des ennemis politiques soit suffisante pour justifier le rejet de cette extension; il serait, d'ailleurs, facile de spécifier que seules auraient ce droit les communes pourvues d'un bureau d'hygiène depuis un an au moins, et, s'il en était ainsi, les hygiénistes en arriveraient à désirer que les luttes politiques se portent sur ce terrain et incitent les maires à améliorer la salubrité de leurs communes.

Si quelque législateur, soucieux de l'hygiène de notre pays, propose une modification à la loi du 15 février 1902, afin de lui faire avoir tout son effet vis-à-vis des villes d'eaux, il devra se demander s'il ne doit pas leur assimiler les villes de bains de mer. Ces dernières se recommandent au moins autant à son attention que les premières.

MÉDECINE NAVALE

Des cadres des médecins de la marine

Les médecins de la marine ont, en ce moment, les honneurs de l'actualité. D'une part, M. de Lavarenne leur a consacré récemment une de ses chroniques, dans la *Presse médicale*, d'autre part, M. Pelletan a déposé sur la tribune du Sénat, au nom de M. le Président de la République, un projet de loi portant organisation du corps de santé de la marine.

Nous ne parlerons pas de l'article de M. de Lavarenne, notre confrère ayant reconnu expressément dans les numéros qui ont immédiatement suivi celui où parut cet article, qu'il s'était trompé du tout au tout pour s'être appuyé sur des documents inexacts (1).

En revanche, le projet déposé par le ministre de la marine mérite d'être signalé en raison des principes nouveaux qu'il affirme.

Le premier but que s'est proposé le ministre est de « soustraire les médecins de la marine au régime des décrets et de garantir leur situation par des lois spéciales. » M. Pelletan s'était engagé, devant la Chambre des députés et le Sénat, à exécuter cette réforme. Il vient tenir sa promesse et demande de fixer ainsi qu'il suit les cadres du corps de santé naval:

Médecin général de 1re classe (vice-amiral)	1
Médecin général de 2e classe (contre amiral)	5
Médecin en chef de 1re classe (capitaine de vaisseau	15
Médecin en chef de 2e classe (capitaine de frégate)	15
Médecins principaux (chef de bataillon)	50
Médecin de 1re classe (lieutenant de vaisseau)	144
Médecin de 2e classe (enseigne)	144
Médecin de 3e classe (aspirant de 1re classe), nombre variable.	

Ces cadres ne diffèrent de ceux actuellement existants, que par le remplacement des dénominations d'inspecteur général et de directeur par celles de médecin général de 1re et de 2e classe. Cette modification a été effectuée pour les raisons suivantes :

Comme il existe des « inspections générales » organisées pour certaines services à l'administration centrale de la marine, on pourrait être tenté de conclure de l'identité des mots à l'identité des choses, et de croire que le seul officier général du corps pourvu du grade le plus élevé restera forcément, par là même inamovible, l'inspecteur général au ministère.

Il est inutile de montrer ce qu'il y aurait de contraire à tous les principes dans une telle confusion du grade et de la fonction. Le premier est une véritable propriété; la seconde ne peut l'être en aucun cas. Il serait manifestement inadmissible d'oter au ministre le choix de ses collaborateurs, et de placer, dans les situations administratives dominantes, des fonctionnaires irresponsables. Aussi

(1) Cet article nous avait valu, de la part de plusieurs médecins de la marine, nos abonnés, des lettres de protestations par lesquelles ils nous priaient de remettre les choses au point.

Nous n'avons pas jugé à propos de publier ces lettres 1° parce que le ton en était plutôt un peu vif — ce qui se comprenait aisément — 2° parce que M. de Lavarenne avait reconnu loyalement ses erreurs; 3° parce qu'une lettre d'un médecin de la marine, parue dans *Le Caducée* du 23 janvier, condensait, en somme, les observations et l'état d'âme de nos correspondants occasionnels; 4° et enfin parce que nous avions déjà demandé à notre collaborateur militaire, M. le Dr Noel — dont la compétence est admise par tous — l'article que nous publions aujourd'hui.

N. D. L. R.

n'y a-t-il pas à craindre qu'une pareille thèse soit jamais soutenue. Mais il faut mieux dissiper toute équivoque et éviter une fâcheuse confusion de mots, en cessant d'attacher au grade le plus élevé de certains corps de la marine la dénomination d' « inspecteur général », qui est aussi celle d'une fonction à laquelle elle convient beaucoup mieux.

Il est bien certain qu'il n'est pas rationnel de désigner des grades par le nom d'une fonction qui n'est pas le privilège exclusif des titulaires dudit grade. En agissant de la sorte, on s'expose à l'illogisme le plus flagrant; c'est ainsi que « les médecins-inspecteurs » de l'armée font tout, excepté « les inspections médicales », qui rentrent maintenant dans les attributions des sénateurs. On conçoit donc que le ministre de la marine demande la suppression des mots « inspecteur » et « directeur » dans la dénomination des grades, mais la division des généraux en classes ne paraît pas heureuse. On doit surtout regretter que la marine n'ait pas profité de l'occasion pour uniformiser la terminologie des différents grades de son corps de santé, avec celle en usage à la guerre et aux colonies.

La seconde modification proposée par le ministre porte sur l'âge de la retraite, qui est reporté pour les

Médecin général de 1re classe	à 65 ans.	
— — de 2e classe	à 62	—
— en chef de 1re classe	à 60	—
— — de 2e classe	à 58	—
— principal	à 56	—
— de 1re classe	à 53	—
— de 2e classe	à 52	—

Les raisons très logiques données à l'appui de cet abaissement de la limite d'âge sont les suivantes :

Il a paru naturel d'effacer, à ce sujet, les différences qui existent entre les divers corps relevant du département, et d'adopter pour tous les âges, déjà plus élevés que dans la plupart des pays étrangers, admis pour les officiers de marine proprement dits. On obtiendrait ainsi le rajeunissement des cadres, si souvent réclamé dans les deux Chambres, et des circonstances plus favorables d'avancement pour l'ensemble des officiers.

Le dernier but que s'est proposé M. Pelletan est pour nous le plus important, le plus gros de conséquences. Voici comment il est exposé dans le texte officiel :

La troisième modification porte sur une réduction sérieuse de la part du choix, et une augmentation correspondante de la part de l'ancienneté dans les avancements, comme cela avait été déjà fait dans le décret d'octobre 1902, pour les administrateurs de l'inscription maritime. On obtient ainsi, pour le plus grand nombre des médecins, une garantie notable, sans compromettre l'émulation nécessaire.

Ce principe est ainsi appliqué :

Art. 21. — Les nominations au grade de médecin de 1re classe ont lieu à l'ancienneté.

Art. 22. — Les nominations au grade de médecin principal ont lieu deux tiers à l'ancienneté, un tiers au choix.

Art. 23. — Les nominations au grade de médecin en chef de 2e classe ont lieu moitié à l'ancienneté et moitié au choix.

Art. 24. — Les nominations au grade de médecin en chef de 1re classe ont lieu au choix.

Art. 25. — Les nominations au grade de médecin général de 2e classe ont lieu au choix.

Art. 26. — Le grade de médecin général de 1re classe est conféré au choix.

Pour notre part, nous applaudissons sans réserves à ces dispositions nouvelles qui sont un acheminement vers la seule voie féconde : l'avancement à l'ancienneté après sélection.

Dr Noel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février.

M. Lannelongue fait une communication que nous reproduisons *in extenso* en tête du journal.

Le Yoghourt

M. Saint-Yves-Ménard, au nom de **M. X. Dybowski**, d'Adabazar (Turquie d'Asie), présente à l'Académie une note intéressante sur le *Yoghourt*, avec la collaboration de S. E. Djemib Bey, professeur de technologie à l'école d'agriculture d'Halkaly (près Constantinople), et le Dr Tulbendjian.

Dans le vaste empire Ottoman, le lait de bufflesse, de vache, de chèvre, de brebis compte pour beaucoup dans l'alimentation; mais il n'est presque jamais consommé cru. On le chauffe à une douce température, 80° environ, assez longtemps pour réduire son volume de un tiers à un demi. On le laisse ensuite refroidir lentement et l'on y ajoute un ferment prélevé sur une préparation de la veille. Il se forme en quelques heures un caillé; c'est le Yoghourt qui a, paraît-il, un goût exquis et qui forme avec le pain la base de la nourriture de la population rurale.

Le Dr Tulbendjian fait un emploi thérapeutique du Yoghourt. Cette préparation est mieux acceptée et mieux supportée, dit-il, que le lait; elle en a non seulement la valeur nutritive, sous un petit volume, mais encore la propriété diurétique fort utile dans les affections cardiaques, dans les hydropisies, dans l'éclampsie de la grossesse.

Inconvénients et dangers du sublimé corrosif dans les voies urinaires

M. A. Guépin lit une note dont voici le résumé :

« Le sublimé est à la fois le plus douloureux, le plus irritant et le plus caustique des antiseptiques porté sur les muqueuses. Il est souvent, en outre, le moins efficace, aux doses où il est possible de l'utiliser. En lavages ou en instillations, avec ou sans alcool, dans l'urètre ou dans la vessie, il est la cause d'accidents toujours graves et fréquents : urétrites rebelles, rétrécissements cicatriciels par brûlure du canal, criptites douloureuses définitives, que la taille seule améliore pour un instant. Même chez les tuberculeux, il est d'ordinaire très mal supporté, provoque des poussées congestives avec hématuries et précipite parfois la marche des lésions.

« En somme, il faudrait inscrire dans les manuels destinés aux praticiens : *ne jamais se servir de sublimé pour les voies urinaires;* lui préférer toujours un autre antiseptique de la nombreuse série, aujourd'hui bien connue. »

Du cancer chez les animaux

M. Cadiot, professeur à Alfort, passe en revue la question du cancer chez les animaux en éclairant chaque chapitre de ses expériences personnelles poursuivies depuis de longues années.

L'opinion ancienne que les animaux étaient réfractaires au cancer a dû être abandonnée, encore que la forme habituelle des lésions les fasse prendre souvent pour de la tuberculose ou de l'actinomycose; mais, dans ces cas, l'examen histologique permet de faire le diagnostic complet.

Les différentes formes de cancer se montrent avec des fréquences différentes dans une même espèce animale. L'épithéliome vient en première ligne, puis la mélanose et le sarcome. Cette fréquence relative peut se caractériser par ce fait que l'on rencontre 40 épithéliomes pour 7 sarcomes.

La fréquence absolue permet de ranger les animaux dans l'ordre suivant : chiens, chats, chevaux, bœufs. Sur 2290 chiens M. Cadiot a relevé 354 cancers, tandis qu'il n'en a trouvé que 208 sur 18400 chevaux.

Le siège varie suivant l'espèce. Chez le cheval sont pris par ordre de fréquence : la mâchoire, les sinus, le testicule, le pénis; chez les ruminants : le foie, les reins, la vessie; chez le chien : la peau, la mamelle; chez le chat : la mamelle, la peau. Cependant, chez le chien et le chat l'épithéliome des lèvres et de la langue est rare.

Pour l'auteur, ce qui prime tout dans l'apparition du cancer, c'est l'hérédité de terrain, considérée d'une façon générale. Il n'a pu, en effet, étudier la part qui peut revenir à l'arthritisme ou aux différents types alimentaires.

Quant à la genèse, M. Cadiot se rallie aux cellules aberrantes bien plus qu'à l'origine coccidienne ou microbienne pure.

En tout cas, ses recherches lui ont montré combien le processus du cancer différait de celui de l'agent infectieux.

Pendant sept années il a fait vivre dans des cages des chiens vieux, fatigués, épuisés, dans une promiscuité absolue avec des chiens cancéreux et il n'a pas vu un cas de contagion.

Il n'est pas arrivé, malgré ses inoculations répétées, à produire une seule tumeur maligne; il a obtenu simplement des nodus, processus de défense, qui disparaissaient par la suite.

Quant à l'ingestion elle n'a donné aucun résultat.

Tandis que M. le prof Cadiot faisait cette communication *très intéressante*, on a pu voir M. le Secrétaire perpétuel se pencher à plusieurs reprises du côté de l'orateur, afin de voir s'il lui restait encore beaucoup de feuillets à lire, et même se tourner du côté du président comme pour l'engager à brusquer la lecture! M. Tillaux s'en est bien gardé, mais on peut se demander quelle idée M. Jaccoud se fait de ses devoirs de secrétaire perpétuel.

G.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Action de l'anéthol sur l'organisme

Note de **MM. E. Varenne, J. Roussel** et **L. Godefroy**, présentée par M. Troost

On sait que, dans certaines contrées, de grandes quantités d'anis sont consommées comme condiment, dans le pain, les gâteaux secs et différents aliments. Les confiseurs, et surtout les distillateurs en font un usage considérable. Or, malgré l'emploi séculaire de l'anis, quelques physiologistes ont accusé l'essence d'anis de provoquer certains troubles organiques; mais il est vrai que d'autres ont toujours soutenu son innocuité.

Récemment, le Dr S. Lalou, dans un travail important sur certaines essences (th. de doctorat ès-sciences, Paris, 1903) déclare qu'il a employé des doses considérables d'essence d'anis et d'anéthol sans pouvoir obtenir chez le chien ni secousses, ni attaques. Des doses énormes n'ont provoqué que des phénomènes d'intolérance. Des doses de 3 gr. par kilogramme d'animal n'ont pu déterminer aucun signe d'intoxication.

Des essais prolongés depuis plusieurs années nous amènent à la même conclusion que celle du Dr Lalou : l'anéthol semble se refuser à être toxique. Et sa constitution chimique le fait supposer, *a priori*.

Ce corps peut être antiseptique par son groupe aromatique et analgésique par son groupe oxyméthylique. En pratique, il est incontestable que l'infusion, l'alcoolat d'anis, etc... donnent d'excellents résultats contre certains troubles gastro-intestinaux.

Quant à présent, nous concluons : les essences d'anis (Albi, Alicante, Tours, Russie) ne sont pas toxiques; l'anéthol n'est pas toxique et il est même probable que, sous différentes formes médicamenteuses, il prendra rang dans la thérapeutique.

MÉDECINE LÉGALE

L'affaire du lazaret de Trompeloup

Sous ce titre, le *Journal de médecine de Bordeaux* du 31 janvier publie une histoire qui vaut vraiment d'être contée. Son côté triste, c'est que la légèreté des experts ameuta, contre deux honorables confrères qui n'avaient rien à se reprocher, la presse politique et l'opinion publique.

Voici les faits :

Il s'agissait, d'après les journaux, d'une dramatique affaire bien propre à émouvoir le public. Songez donc! une jeune femme de vingt ans, sur le point d'accoucher, avait été en butte aux mauvais traitements du personnel médical du lazaret et enterrée vivante avec le petit être qu'elle portait dans son sein! On avait, devant les instances réitérées du père de la malheureuse femme, exhumé le cadavre, et constaté avec horreur — horreur n'était pas de trop — que l'accouchement s'était fait dans la bière!

Telles étaient, très résumées, les allégations de la presse.

Les circonstances de la mort de cette jeune femme, au lazaret de Trompeloup, étaient en complet désaccord, comme on le verra plus loin, avec ces racontars mélodramatiques. Le médecin du bord avait déclaré, à l'arrivée à Pauillac, que cette dame était enceinte et atteinte d'ictère grave. Les médecins de la Santé s'étaient demandé s'il ne s'agissait pas de fièvre jaune, le paquebot arrivant de l'Amérique du Sud et du Sénégal.

Quoi qu'il en soit, le père de la morte déposa une plainte en homicide par imprudence contre M. le Dr Séné, directeur de la Santé, et M. le Dr Chiché, médecin de la même administration.

Ici nous laissons parler le *Journal de médecine de Bordeaux*.

Le parquet de Lesparre ordonna l'exhumation du cadavre et en confia l'autopsie à **MM. Lande**, médecin-légiste de Bordeaux, et **Bos**, médecin-légiste à Lesparre. On leur demandait de faire connaître si Mme B... était morte de la fièvre jaune, si son enfant était viable au moment du décès, si une intervention pratiquée en temps utile aurait pu le sauver, et si elle avait été enterrée vivante.

L'autopsie fut pratiquée le 11 novembre et les résultats en furent consignés dans un rapport qui, habilement exploité, servit à aggraver le scandale.

Le rapport disait qu'entre les jambes de la morte on avait trouvé le fœtus et une masse faisant saillie de 7 à 8 centimètres en dehors de la vulve et emplissant le conduit vaginal, masse qui était constituée par le placenta, l'utérus inversé et les annexes : en sorte qu'on ne trouvait dans le bassin, à la place de ces organes, qu'une cavité en forme d'entonnoir à sommet inférieur. Les médecins experts attribuaient cette expulsion du fœtus et des organes pelviens à la tension des gaz de la putréfaction, qui, en même temps qu'ils chassaient fœtus et utérus, avaient refoulé le diaphragme jusqu'à la quatrième côte, comprimant avec violence les organes thoraciques.

Sur la vue du cadavre et à l'examen macroscopique des viscères, MM. Bos et Lande affirmèrent que Mme B... n'avait pas succombé à la fièvre jaune, car ils n'avaient trouvé aucune des lésions caractéristiques de cette maladie. Ils ne crurent pas pouvoir affirmer qu'elle avait été enterrée vivante, bien qu'ils eussent constaté, à l'ouverture de la bière, qu'elle avait les yeux ouverts, parce qu'ils savaient qu'un médecin s'était trouvé auprès d'elle depuis le moment de sa mort jusqu'à celui de son inhumation. Ils déclarèrent que l'enfant avait sept mois de vie intra-utérine et était légalement viable, parce qu'il mesurait *environ* trente-cinq centimètres, parce que ses pariétaux étaient complètement ossifiés et la diaphyse de son fémur incomplètement soudée à l'épiphyse. Ils ne se prononcèrent pas sur le fait de savoir si l'enfant aurait pu être sauvé par une intervention en temps utile.

Le père de la décédée et ses amis, exploitant habilement certains passages de ce rapport, en tirèrent un heureux parti pour leur cause.

Les journaux, s'appuyant sur ce fait que les experts n'avaient pas rejeté d'une façon absolue l'hypothèse de l'ensevelissement prématuré, dépeignirent dramatiquement l'horrible fin de la malheureuse femme, accouchant dans son tombeau d'un petit être dont la mort rendait doublement criminels les médecins du lazaret. Et lorsque le juge d'instruction de Lesparre eut, après enquête, rendu une ordonnance de non-lieu en faveur de MM. Séné et Chiché, la campagne de presse n'en continua pas moins. Le père de la décédée (il est à remarquer que le mari n'intervient jamais) intenta un procès à MM. Séné et Chiché, leur réclamant 200 000 francs de dommages-intérêts pour avoir, par leur négligence et leur impéritie, occasionné la mort de sa fille et de son enfant.

Après divers incidents de procédure, l'affaire vient d'être enfin plaidée, quatre années après les faits qui lui donnèrent naissance, et après avoir pendant ces quatre années passionné l'opinion publique. Et ce n'en est pas le côté le moins intéressant que les manifestations de cette opinion, agitée par des récits terrifiants, des reportages sensationnels, dans lesquels des médecins étaient jugés dans l'exercice de leur profession par d'omniscients reporters.

De toutes parts, ce ne fut, à l'endroit des criminels médecins, que malédictions, exclamations d'horreur, et il faut que nous, médecins, nous retenions ceci : sans que personne émît un doute sur leur culpabilité. Des médecins étaient attaqués : donc ils étaient coupables.

MM **Brouardel, Picot** et **Vergely** furent appelés à se prononcer, comme contre-experts, sur le rapport de MM. Lande et Bos, dont ils discutèrent et combattirent les conclusions devant le tribunal de Lesparre, qui vient de juger cette sensationnelle affaire.

Ils y ont relevé des erreurs et beau-

coup d'à peu près. C'est ainsi qu'ils relèvent le passage niant la possibilité de la fièvre jaune parce que, à l'autopsie, faite *quarante jours après la mort*, il n'a été trouvé trace ni d'ictère, ni d'hémorragies, ni d'aucune autre des lésions caractéristiques de cette maladie, lorsque le rapport du médecin du bord affirme l'existence de l'ictère et d'une ecchymose sous-conjonctivale.

Bien plus, des constatations mêmes de l'autopsie, les honorables professeurs tirent des arguments en faveur de l'hypothèse fièvre jaune, si tant est qu'on puisse rien inférer des constatations d'autopsie pour le diagnostic rétrospectif d'une maladie qui n'a pas de lésions anatomo-pathologiques caractéristiques, quoi qu'en disent les auteurs du rapport. Plus loin, ceux-ci concluent à la viabilité légale du fœtus parce qu'ils lui auraient trouvé le pariétal complètement ossifié et les épiphyses du fémur incomplètement soudées aux diaphyses. Comme le dit M. le professeur Picot, de pareilles constatations ne pouvaient être que le résultat d'une erreur. Nous n'insistons pas sur les doutes qui auraient pu naître chez ces messieurs à la vue des yeux ouverts de la morte, s'ils n'avaient su qu'un médecin ayant assisté à sa mise en bière, elle n'avait pu être enterrée vivante.

MM. Séné et Chiché avaient fait citer comme témoins dans l'enquête MM. les prof. Morache, Le Dantec, et Chambrelent, qui, dans leurs remarquables dépositions, ont démontré que, des constatations du rapport, on ne pouvait conclure à la viabilité du fœtus ; qu'en outre, au cas même où il aurait été âgé de sept mois, il ne pouvait être sauvé, le fœtus, dans les cas de fièvre jaune ou d'ictère grave, mourant presque toujours avant la mère et ne lui survivant pas dans les cas très rares où il est expulsé avant le décès de celle-ci. Ces messieurs déclarèrent enfin qu'ils approuvaient la conduite de M. Chiché qui, en n'administrant pas d'agents thérapeutiques à une femme atteinte de fièvre jaune et parvenue à la période agonique de cette maladie, n'avait fait qu'obéir à sa conscience et à sa raison. M. Le Dantec, pour expliquer l'éphémère amélioration qu'on avait constatée le matin de la mort chez Mme B... exposa magistralement le signe « du mieux de la mort, » bien connu des médecins exerçant dans les pays chauds.

MM. Chiché et Séné arrivaient donc à l'audience appuyés sur l'autorité d'hommes éminents et universellement respectés et forts de la confiance de leurs chefs hiérarchiques. M. M..... — le beau-père — de son côté, apportait le rapport de MM. Bos et Lande, trois rapports contradictoires du médecin du bord, et le témoignage de la domesticité du paquebot.

Les débats n'ont amené la découverte d'aucun fait nouveau. Les plaidoiries des avocats se sont bornées à la discussion des rapports médico-légaux et des commentaires qui leur avaient été opposés.

Le jugement, rendu trois semaines après les audiences, constate que Mme B... n'a pas été enterrée vivante, que l'expulsion du fœtus *in sepulcro* est le fait, non pas d'un avortement véritable, mais une conséquence mécanique du développement des gaz abdominaux par la putréfaction, gaz qui ont refoulé le diaphragme en haut et violemment rejeté par le vagin l'utérus, ses annexes et son contenu.

Il déboute M. M..... de sa plainte et le condamne aux dépens ; il dit que MM. Séné et Chiché ont fait strictement leur devoir, et qu'aucun principe générateur de responsabilité ne peut être relevé contre eux.

Nous félicitons nos confrères de voir ainsi se terminer, par la proclamation de leur parfaite correction professionnelle, le cauchemar qui les poursuit depuis quatre longues années.

Ah ! certes oui, ils méritent d'être félicités après ce cauchemar de quatre ans, directement imputable à un rapport médico-légal dont un des deux signataires passe pour un spécialiste et a fait, si nous ne nous trompons, des conférences de médecine légale aux élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux !

J.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Dilatation des rétrécissements cancéreux de l'œsophage au moyen du radium

Les rayons émis par le radium exerçant sur les tissus de l'organisme humain une action destructive qui a déjà été mise à profit dans certaines tumeurs malignes de la peau, épithéliomas et sarcomes, M. **A. Exner** (*Wiener med. Wochenschr.*, 28 janvier 1904), assistant de la seconde clinique chirurgicale de l'Université de Vienne, a pensé qu'ils étaient susceptibles de remplacer avec avantage la dilatation mécanique au moyen de sondes, à laquelle on se voit si souvent réduit, dans les strictures néoplasiques de l'œsophage. Cette supposition s'est pleinement confirmée chez six malades que l'auteur a eu l'occasion de traiter de la sorte.

Voici quelle a été la technique de ce traitement radiothérapique qu'on ne commençait qu'après avoir obtenu, par les moyens mécaniques usuels, une dilatation suffisante pour que le rétrécissement laissât passer facilement une sonde œsophagienne n° 16.

On fixe au bout inférieur d'une bougie œsophagienne n° 1, une capsule cylindrique en caoutchouc durci, dont l'épaisseur correspondait exactement à celle de la sonde, et qui renfermait 60 milligr. de radium inclus dans de la résine de Damar. Ainsi armée, la bougie est introduite dans l'œsophage jusqu'au niveau de la tumeur cancéreuse, et mise successivement en contact avec toutes ses parties, la durée de la séance variant entre vingt à trente minutes. Chez les malades en question, ces séances furent répétées quatre à sept fois et même plus, en huit à quinze jours, toute dilatation mécanique de la stricture ayant été suspendue pendant la durée du traitement radiothérapique, et au moins une semaine après.

Sous l'influence de ce traitement effectué toujours avec la même sonde n° 16, la déglutition devenait beaucoup plus facile et le rétrécissement œsophagien, loin d'augmenter, comme le fait se produit d'habitude alors qu'on suspend les manœuvres de dilatation mécanique, diminuait au point de laisser passer facilement des sondes n° 23, 25 et même 26.

Tel a été le résultat que M. Exner a obtenu chez cinq des six malades. Dans un cas seulement — le premier en date et où la technique radiothérapique paraît avoir été défectueuse dans le sens d'une action trop intense du radium — le malade, après avoir présenté les signes d'une diminution manifeste de la stricture, succomba à une perforation de l'œsophage dans les bronches.

L'auteur estime que l'emploi du radium, à lui seul ou aidé de quelques séances rares et très espacées de dilatation mécanique, permettra d'éviter sûrement la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage où la stricture est encore perméable. Mais il faudra employer, à cet effet, des capsules de radium d'intensité d'action variable suivant le degré du rétrécissement œsophagien.

De quelques usages de l'eau oxygénée dans la thérapeutique des maladies syphilitiques et vénériennes

Après avoir essayé l'eau oxygénée, comme topique, contre diverses affections de la peau, **M. M. Oppenheim** (*Wien. med. Woch.*, 30 janvier 1904), assistant de la clinique universitaire des maladies syphilitiques et cutanées à Vienne, a pu se convaincre que cette médication locale donnait des résultats particulièrement favorables dans certaines gommes ulcérées de la peau, dans la stomatite mercurielle à la période d'ulcération et, enfin, dans la gangrène foudroyante de la verge.

C'est ainsi qu'il s'en est bien trouvé dans quatre cas de syphilis maligne précoce, ou des gommes en voie de ramollissement siégeaient aux paupières. Il ne paraissait pas rationnel de traiter ces lésions par des préparations hydrargyriques, les malades ayant déjà absorbé beaucoup de mercure. Sous l'influence des badigeonnages avec une solution à 30 % (en poids) de peroxyde d'hydrogène, répétés quatre à cinq fois par jour, les surfaces ulcérées se détergèrent très rapidement, s'aplatirent, se recouvrirent de bourgeons charnus de bonne nature et se cicatrisèrent en une semaine, sans avoir déterminé des rétractions palpébrales. En faisant des applications d'eau oxygénée forte près de la conjonctive oculaire, il faut veiller à ce qu'aucune

goutte de ce liquide ne puisse pénétrer dans le sac conjonctival, ce qui ne manquerait pas de provoquer d'abord des douleurs très vives, puis une forte conjonctivite.

Dans la stomatite mercurielle, le traitement consiste à badigeonner, une fois par jour, les parties ulcérées avec la solution de peroxyde d'hydrogène à 30 %, et à engager le malade à se rincer la bouche avec une eau oxygénée à 3 %, aussi souvent qu'il lui est possible de le faire. Au bout de deux jours, la salivation et la fétidité de l'haleine disparaîtraient et les ulcérations seraient en voie de guérison.

Enfin, dans plusieurs cas de gangrène foudroyante de la verge, il ne s'agissait pas de vulgaires chancres phagédéniques traités par des badigeonnages, répétés deux fois par jour, des parties atteintes avec de l'eau oxygénée à 30 %, suivis de l'application de compresses imbibées d'eau oxygénée à 5 % et renouvelées toutes les deux heures, l'auteur a obtenu la suppression rapide de toute odeur fétide et la transformation, en l'espace de trois jours, des ulcères en plaies non infectées, bourgeonnant activement.

L'acide camphorique comme moyen préventif de la fièvre de cathétérisme

Dans les cas où le cathétérisme de la vessie provoque une réaction fébrile d'origine plutôt reflexe, alors qu'on n'est pas moins obligé de sonder fréquemment le malade, **M. A. Freudenberg** (*Wiener klin. therap. Wochenschr*, 1904, n° 1) a recours avec succès à l'usage interne de l'acide camphorique dont il fait prendre, chaque jour, trois doses d'un gramme chacune, en cachets. Cette médication, très efficace lorsqu'on a affaire, ainsi qu'il a été dit, à une fièvre non compliquée d'un élément infectieux, demeure sans effet si la réaction fébrile est due à une absorption de produits septiques. Le résultat de l'administration de l'acide camphorique pourrait donc servir aussi au diagnostic de la nature de la fièvre urétrale, en présence de laquelle on se trouve.

Forme héréditaire d'excavation des ongles

On sait que sous le nom de *choilonychia* (ongles en cuiller) ou de *platonychia* (aplatissement des ongles) on a décrit une déformation unguéale qui consiste dans l'excavation, avec amincissement et, souvent, fissuration des ongles. Ceux-ci prennent en même temps un reflet rougeâtre dans la partie excavée, tandis que les bords offrent une coloration foncée sale. Cette anomalie, qu'on n'a rencontrée jusqu'ici que d'une façon sporadique, vient d'être observée par **M. L. Wælsch** (*Arch. f. Dermatol. u. syph.*, LXVII, 2) dans trois générations successives : chez un grand-père, chez plusieurs de ses fils et chez deux de ses petits-fils.

Dans tous ces cas, les déformations unguéales étaient congénitales. Il s'agissait donc ici de la transmission héréditaire d'une particularité familiale qui, vraisemblablement, a prévalu sous l'influence d'une cause mécanique quelconque, de certaines irritations locales en rapport avec les habitudes prises dans cette famille. Il est à remarquer aussi que, dans ces observations, la choilonychia s'est montrée chez des sujets de sexe masculin, à l'encontre de ce qui a été noté jusqu'ici dans les cas sporadiques de cette anomalie, lesquels se rapportent, pour la plupart, à des femmes.

V. DE H.

CORRESPONDANCE

A propos des blessures de l'orbite par coups de fleuret

Le travail fort intéressant de M. le médecin-major Bichelonne, que nous avons publié dans nos numéros des 23 et 27 janvier, nous vaut la lettre suivante de M. le médecin principal de 1re classe Mareschal. Elle contient, à l'adresse des escrimeurs, quelques conseils très pratiques, en vue, précisément, d'éviter autant que possible ces blessures de la face, qui se terminent, parfois, par la mort.

Comme complément de l'intéressante étude de M. le médecin-major Bichelonne, que vient de publier le *Bulletin médical* sur les blessures de l'orbite par coup de fleuret, voulez-vous me permettre de vous résumer une courte communication que je fis à la Société de médecine d'Angers le 7 mars 1894, et qui me paraît de nature à attirer l'attention des médecins de l'armée et de tous ceux qui font de l'escrime.

Elle vise les trois points suivants :

1° La forme du masque des salles d'armes ;

2° La forme de l'extrémité du fleuret ;

3° Le bon état d'entretien de ces objets.

1° Au lieu de constituer une sorte de segment d'ovoïde présentant une surface simplement arrondie, il est préférable que le masque ait la forme que j'appellerai *en carène*, avec un angle de 15 à 20 degrés. Dans ces conditions, il y a beaucoup plus de chances pour que l'extrémité du fleuret n'arrive jamais perpendiculairement sur le masque, et pour qu'il puisse s'échapper par la tangente. En ce qui concerne le grillage, les mailles ne doivent pas avoir plus de trois millimètres ; les fils de fer doivent se croiser à angle droit et être soudés à chaque point d'intersection.

2° Le bouton du fleuret doit toujours avoir cinq millimètres de diamètre au moins ; j'ai constaté maintes fois qu'il n'avait que trois millimètres, soit à l'état de neuf, soit surtout à la suite d'usure.

3° Quant au bon état d'entretien de ces objets, j'ai cherché en vain un règlement qui vise, même sommairement, cette question. Cela dépend uniquement de l'intelligence et de l'attention que le maître d'armes apporte dans ses fonctions. Avant chaque séance d'escrime, et même au cours de la séance, celui-ci, ainsi que le tireur lui-même, devra examiner son masque et le bouton des fleurets. Certains masques ont souvent subi, dans un assaut, des coups violents qui ont déterminé une dépression, cassé ou écarté une ou plusieurs mailles, ce qui constitue un point faible par où pourrait pénétrer la pointe du fleuret. Il faudra donc redresser au marteau la dépression produite, ou réparer les mailles cassées ou écartées.

Quant au bouton du fleuret, le fil poissé qui le recouvre devra toujours être en bon état, c'est-à-dire non usé et effiloché, sans quoi le bouton ne tarde pas à être mis à nu et, eût-il cinq millimètres de diamètre, il est à craindre que, dans le coup violent porté contre le masque, il ne brise les mailles, ce qui n'arriverait pas s'il était recouvert de sa garniture.

Ces réflexions m'ont été suggérées à la suite d'une enquête à laquelle je me suis livré dans diverses salles d'armes que je fréquentais beaucoup à cette époque, et à la suite d'une observation communiquée le 7 février 1894 à la Société de médecine d'Angers, par M. le médecin principal de 1re classe Oberlin, et dont voici le résumé :

Plaie pénétrante du crâne par la cavité orbitaire ; mort. — Un jeune homme, en faisant de l'escrime, s'était jeté sur le fleuret de son adversaire dont l'arme, après avoir traversé le masque, alla le frapper au dessous de l'œil droit. Le blessé s'affaissa aussitôt et mourut vingt-quatre heures après l'accident. A l'autopsie, on constata que le fleuret, pénétrant dans la cavité cranienne par la fente sphénoïdale, ne s'était arrêté qu'à la protubérance occipitale interne, c'est-à-dire après un trajet rectiligne de 17 centimètres, depuis la plaie de la paupière inférieure jusqu'au niveau du pressoir d'Hérophile. En raison de la *trop grande laxité* des mailles, le masque de la victime, incapable d'arrêter le bouton du fleuret, *d'ailleurs retrouvé intact*, avait rendue meurtrière une arme ordinairement inoffensive.

Dr MARESCHAL
Médecin principal de 1re classe.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

TABLEAU D'AVANCEMENT
Année 1904.

Pour le grade de méd. en chef de 2e cl.
Les méd. princ. :
MM. Guézennec, Alix, Thémoin.

Pour le grade de méd. principal
Les méd. de 1re cl. :
MM. Chastang, Valence, Labadens, Santelli.

Pour le grade de méd. de 1re cl.
Les méd. de 2e cl. :
MM. Dargein, Brunet.

LÉGION D'HONNEUR

Ont été inscrits d'office au tableau de concours de 1904 :

Pour le grade d'officier.
M. le méd. princ. Cantellauve.

Pour le grade de chevalier.
Les méd. de 1e cl. :
MM. Cairon, Bonnefoy, Palasne de Champeaux et L'Helgouach.

Ont été nommés pour cinq ans :

M. le méd. de 1re cl. Condé à l'emploi de prof. d'anatomie à l'école ann. de méd. navale à Brest.

M. le méd. de 1re cl. Vergnes à l'emploi de prof. de pathologie externe et d'accouchement à l'école princ. du service de santé de Bordeaux, en rempl. de M. Chastang.

M. le méd. de 2e cl. Brunet, du port de Cherbourg, emb. sur le *Suffren*, en complément d'effectif.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. : 1 Burot.

MM. les médecins en chef de 2e classe : 1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Doval, 4 Conteaud.

MM. les médecins principaux : 1 Hervé, 2 de Gouyon de Pontouraude, 3 Férand, 4 Cognes, 5 Thamin, 6 de Bonadona, 7 Julien-Laferrière, 8 Le Méhauté, 9 Gazeau, 10 Rousseau, 11 Mercier, 12 Thémoin, 13 Michel, 14 Laffont, 15 Le Franc.

MM. les méd. de 1re cl. : 1 Avrilleaud, 2 L'Helgoualch, 3 Pervès, 4 Sisco, 5 Gérant, 6 Fournes, 7 Letrosne, 8 J.-A. Hervé, 9 Dubois, 10 Vincent, 11 Lezeur, 12 Defressine, 13 Courtier, 14 Lallemant, 15 Borius, 16 Audiat, 17 Hernandez, 18 Barrau, 19 Lorin, 20 Lucas, 21 Carbonnel, 22 Berriat, 23 Roux-Fressineng, 24 Tricard, 25 Etti, 26 Vignier, 27 Bourrit, 28 Lefebvre, 29 Guitton, 30 Fancheraud, 31 Durand, 32 Barillet, 33 Le Floch, 34 Aubry, 35 Gibrat.

MM. les médecins de 2e cl. : 1 Gachet, 2 Manine-Bitou, 3 Béraud, 4 Maille, 5 Allain, 6 Douval, 7 Legal, 8 Prunislas-Lallement, 9 Ratelier, 10 Bertand du Chazaud, 11 Dufour, 12 Coquelin, 13 Lemaitre, 14 Parrenin, 15 Duchateau, 16 Cristol, 17 Bourges, 18 Baleam, 19 Chalibert, 20 Bartet, 21 Olivier, 22 Bellamy.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

Les méd.-maj. de 2e cl. :

MM. Escande de Messières, en service à Madagascar, et Caujole, du 2e étranger stationné dans la même colonie, ont été autorisés à permuter.

M. Caujole est aff. au service général à Madagascar.

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ. de 1re cl.

1 Le Corre, en résidence libre ; 2 Primet, en résidence libre; 3 Lotin, en résidence libre.

Méd. princ. de 2e cl.

Néant.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Pons, 23e d'inf.; 2 Renaud, 1er d'art.; 3 Daliot, 22e d'inf.; 4 Roques, 22e d'inf ; 5 Devaux, 21e d'inf.; 6 Rigollet, 2e d'art.; 7 Vergoz, 1er d'inf.; 8 Texier, 2e d'art.; 9 Piron, 2e d'inf.; 10 Pierre, 24e d'inf.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Judet de la Combe, 3e d'inf.; 2 Bec, 3e d'inf ; 3 Mayer, 22e d'inf.; 4 Pasquet, 8e d'inf.; 5 Brachet, 3e d'inf.; 6 Lenoir, 2e d'art.; 7 Battarel, 24e d'inf ; 8 Bresson, 6e d'inf.; 9 Pinel, 22e d'inf.; 10 Perrot, 2e d'inf.; 11 Erdinger, 4e d'inf ; 12 Delassus, 3e d'art.; 13 Ferrandini, 7e d'inf ; 14 Augier, 8e d'inf.; 15 Laffay, 3e d'art.; 16 de Nicolas du Plantier, 1er d'inf.; 17 Dor, 4e d'inf.; 18 Hazard, 3e d'inf.; 19 Dardenne, 4e d'inf.; 20 Dupuy, 4e d'inf.; 21 Roquemaure, 4e d'inf.; 22 Rol, 24e d'inf.; 23 Chazo, 2e d'art ; 24 Guillon, 3e d'inf.; 25 Legendre, 6e d'inf.; 26 Parazols, 22e d'inf.; 27 Nielsen, 7e d'inf.; 28 Nogué, 7e d'inf.; 29 Creignou, 6e d'inf.; 30 Daniel, 2e d'inf.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 Challier, 4e d'inf.; 2 Poucin, 22e d'inf.; 3 Lebœuf, 7e d'inf ; 4 Duvard, 2e d'art.; 5 Falconis, 7e d'inf.; 6 Garnier, 1er d'art.; 7 Bernard, 3e d'inf ; 8 Violle, 4e d'inf.; 9 Guégand, 2e d'inf.; 10 Bodion, 2e d'art ; 11 Bertholet, 3e d'art.; 12 Carmouze, 3e d'inf ; 13 Morin, 5e d'inf ; 14 Cazanove, 3e d'inf.; 15 Patterson, 4e d'inf.; 16 Savignac, 7e d'inf.; 17 Pujol, 21e d'inf.; 18 Léger, 23e d'inf.; 19 Revant, 2e d'art.; 20 Boussenot, 5e d'inf.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 29 janvier

13 Trouvé — 12 Simon — 11 Gruger — 10 Daversin, Gimbert — 9 Ferté — 8 Lasnié, Perrigault, Haudelsmann — 7 Lesage.

30 janvier

13 Coutelas — 11 Burgaud — 10 Huchet, Lemonic — 9 Partotier, Teissere — 8 Boivin — 7 Lemercier, Fougeron.

Pathologie

Séance du 30 janvier

12 Baudouin, Kuss — 8 Giraux, Clunet, Stévenin — 7 Petiteau — 6 Combier, Benon, de Beau, Foucart.

1er février

10 Jouvin, C. Vincent — 9 Boivin, Camus, Quinsac, Privat — 7 Trannoy, Aynaud — 5 Besnier.

M. Berger, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté.

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle aujourd'hui mercredi 3 février, à 4 heures très précises.

Ordre du jour :

Discours de M. Kirmisson, président;

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1903, par M. Félizet, secrétaire annuel;

Eloge de G. Bouilly, par M. Paul Segond, secrétaire général;

Proclamation des prix décernés par la Société.

UN MONUMENT A THÉOPHILE ROUSSEL

On nous prie d'insérer la note suivante : Nous le faisons avec plaisir.

La mort de Théophile Roussel a plongé dans le deuil le monde de l'assistance, dont il était le chef vénéré.

Un certain nombre de ses disciples et de ses amis ont formé le projet de lui élever un monument à Paris.

Ils ont pensé que tous ceux qui ont participé à l'admirable mouvement de solidarité sociale dont a été témoin la fin du XIXe siècle, auront à cœur de s'associer à l'œuvre qu'ils ont entreprise.

Quels incomparables services Théophile Roussel n'a-t-il pas rendus à la patrie, à l'humanité même, par ces lois dont il eut la glorieuse initiative et qui ont sauvé tant de jeunes existences, tant de jeunes âmes!

Faut-il rappeler que, si les lois sur la protection des enfants du premier âge et des enfants moralement abandonnés, restent l'honneur suprême de ce législateur, l'hygiène des travailleurs, la lutte contre l'alcoolisme, l'éducation des jeunes détenus, le patronage des libérés, l'assistance médicale dans les campagnes et bien d'autres problèmes philanthropiques, n'ont cessé de passionner sa grande âme.

Il est bien peu d'organisations charitables auxquelles Théophile Roussel n'ait activement collaboré; il en est bien peu, surtout, auxquelles ses conceptions généreuses et pratiques à la fois, n'aient servi de guide.

Son nom, son esprit, sa tradition, doivent rester dans nos cœurs, car ils marquent une époque dans l'évolution de la société.

En élevant sa statue au sein de la capitale, ce n'est pas seulement un acte de pieuse reconnaissance que nous accomplirons : nous affirmerons aussi, par ce solennel hommage, notre volonté de poursuivre, dans l'effort collectif de l'assistance publique et de la bienfaisance privée, notre marche vers un idéal de justice et de bonté.

C'est à cette œuvre que nous avons l'honneur de vous convier.

LE COMITÉ.

Les souscriptions devront être adressées à M. le Dr Bourrillon, ancien député à Saint-Maurice (Seine).

Le Comité de patronage a pour *président d'honneur* M. Casimir-Périer ; pour *président*, M. Fallières, président du Sénat ; pour *vice-présidents* : MM. Bérenger, sénateur ; Cheysson, comte d'Haussonville, Lancereaux, Monestier, sénateur, ancien ministre ; Henri Monod et Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques.

A propos de la communication faite à l'Académie de médecine, le 12 janvier, par M. Cazalis sur la prophylaxie sociale, M. le Dr Negresco (Roumanie) nous demande de faire savoir que, dès 1887, il a, dans un travail sur la syphilis, émis la même idée, et même préconisé le certificat de bonne santé pour les fiancés.

Voilà qui est fait. On imite souvent sans le savoir, et, comme disait Musset :

« C'est imiter quelqu'un que de planter des choux. »

Vient de paraître :

La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule, par le Dr Lapointe. 1 vol. in-8° de 180 pages. (A. Maloine, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

ÉLOGE DE GEORGES BOUILLY

Prononcé à la Société de Chirurgie dans la séance annuelle du 3 février 1904

PAR M. PAUL SEGOND
Secrétaire général.

Messieurs,

La mort de notre collègue Georges Bouilly nous a frappés au cœur avec tant de soudaine cruauté, qu'en vous réunissant aujourd'hui pour honorer sa mémoire, il vous semble, n'est-ce pas, continuer un rêve particulièrement odieux. Bouilly n'était-il pas hier encore parmi nous, ici même, à cette même place? Oui certes, et s'il y avait une justice au monde, si la jeunesse, le bonheur, la renommée n'étaient pas si souvent les jouets préférés du destin, notre vaillant ami serait toujours à nos côtés. Hélas! ce ne sont-là que vaines récriminations. Nous sommes en face de l'implacable réalité.

L'an dernier, à pareil jour, Bouilly manquait à l'appel et vous entendez encore son successeur au fauteuil de la présidence, notre collègue Kirmisson, vous lire sa lettre de regrets : « Veuillez leur dire — écrivait-il — combien je les remercie d'avoir, par leur attitude et leur courtoisie, rendu si facile ma tâche de président et combien je suis reconnaissant de leurs témoignages de sympathie qui sont mon soutien et ma consolation. » Bouilly mourut peu après.

Devant un deuil si récent, peut-être pensez vous que, me conformant à l'usage, je n'aurais pas dû prendre l'initiative d'un éloge si précoce? Laissez-moi donc vous donner mes raisons.

Comme plusieurs de ses aînés, et non des moins illustres, Bouilly a surtout agi et pensé. Il n'a pas écrit de copieux volumes et n'a fait que peu d'enseignement magistral. Ceux qui l'ont entendu et suivi, maîtres, collègues ou disciples, sont donc les seuls dépositaires de son œuvre, les seuls témoins de tout ce qu'il savait faire, penser ou conseiller.

Au train dont marchent les choses et les générations, n'est-il pas à craindre que si les admirateurs de ce chirurgien remarquable ne mettent, dès maintenant, à profit la fraîcheur de leurs souvenirs pour les exprimer et les fixer, ils s'exposent à ce que bien vite, aux yeux de nos cadets, Bouilly n'ait plus du tout la place qu'il mérite?

Voilà pourquoi je ne veux point laisser à mes successeurs le soin de prononcer cet éloge. L'œuvre littéraire y perdra sans doute, mais la sincérité de l'hommage et l'attention mise à dire juste ou vrai ne sauraient être plus grandes; je puis tout au moins vous en donner l'assurance.

***

Issu d'une famille bourgeoise des plus estimés, Georges Bouilly naquit à Orléans, le 31 janvier 1848. Sa première enfance fut, paraît-il, assez maladive et, quand il eût quatre ans, ses parents, inquiets de son aspect chétif, prirent la prudente résolution de le faire vivre à l'air des champs. Ils quittèrent donc Orléans pour s'établir à Marigny, et le résultat si ardemment souhaité ne se fit pas attendre. En peu de temps, le petit Georges devint un joyeux gars, alerte et fort.

Cette cure d'air initiale et si bienfaisante, lui inspira-t-elle une sorte d'inconsciente gratitude? Faut-il y trouver la raison première de ses prédilections ultérieures pour les plaisirs agrestes? On peut au moins le supposer. Toujours est-il que, jusqu'à l'âge de douze ans, l'enfant continua son existence de jeune campagnard, gambadant tout le jour, mangeant ferme et dormant encore mieux.

Ces années de joie parfaite n'eurent d'autre nuage que les premières leçons données par le curé de Rebréchien, et ce fut, du reste, un fort léger nuage. Puis, il fallut bien songer aux études sérieuses, et le départ pour le lycée d'Orléans fut décidé.

Le nouveau lycéen fut très brillant élève, remporta des prix nombreux au concours général et termina là ses humanités, avec la ferme intention de faire sa médecine; c'était même un projet d'enfant que Bouilly avait de lui-même formé, dès l'âge de onze ans. Ses parents l'avaient approuvé, mais sans autre ambition que celle de le voir un jour médecin plus ou moins occupé d'Orléans. Il est même probable que si Bouilly n'avait pas eu la douleur de perdre son père à dix-sept ans, l'année même où il commença ses études médicales à l'hôpital d'Orléans, il eut certainement rencontré plus d'un obstacle à ses visées déjà plus hautes. M. Bouilly père n'avait, en effet, rien de combatif; toute aventure possible l'effrayait d'avance, et, sûrement, la pensée de voir son fils s'engager dans la vie des concours n'aurait cadré, d'aucune manière, avec sa mentalité.

La vénérée mère de notre ami avait, heureusement, des vues différentes. Bien loin de s'opposer aux projets de son fils, elle s'efforça de les encourager et, jusqu'au bout, nous la retrouverons près de son Georges bien-aimé, favorisant ses travaux, le guidant de ses conseils et lui prodiguant toutes les sollicitudes de sa tendresse.

Après une première année d'études à Orléans, dans le service du Dr de Brou, celui-là même qui devait avoir pour petit fils notre cher et si regretté Bouglé, Bouilly vint habiter Paris, avec sa mère, dans le but arrêté de travailler ferme et de monter haut. Son intelligence méthodique et clairvoyante, sa grande facilité d'assimilation, son endurance au travail et surtout son extrême bon sens lui permettaient, du reste, tous les espoirs.

Ajouterai-je qu'il était joyeux et bon camarade? Valtat, son inséparable ami d'alors, n'est hélas plus là pour en témoigner; mais Gombault, son autre compagnon si cher, a gardé précieusement ces lointains souvenirs et sait aujourd'hui dire, avec toutes les émotions de son cœur, l'estime et la sympathie qu'il inspirait à tous.

Avec de pareilles armes, la victoire ne pouvait être douteuse; aussi voyons-nous l'existence du jeune candidat chirurgien se dérouler brillante et régulière, depuis son arrivée à Paris jusqu'au jour où, muni de ses titres d'agrégé et de chirurgien, il devait s'affirmer comme l'un de nos maîtres les plus incontestés.

Elève déjà très remarqué dans les conférences que dirigeait alors M. Dieulafoy, il concourut à l'internat en 1869, à vingt-et-un ans. Sa nomination, Bouilly le contait volontiers, fut compromise un instant par certaine faute anatomique sur les rapports réciproques de l'œsophage et de l'aorte, mais la précision des déductions chirurgicales dont il avait émaillé sa composition écrite sur le médiastin postérieur et le 20 de son épreuve orale vinrent tout réparer. Bouilly fut nommé dans la même promotion que ses amis Caubet, Troisier, Homolle, Proust, Gombault et Valtat.

Durant sa première année d'internat (1870-1871), dans le service de Marjolin, Bouilly vit peu son premier chef. Enrôlé comme aide-major dans les mobiles du Loiret, il fit campagne jusqu'au bout, avec un dévouement trop naturel pour que je le souligne. A Buzenval, notamment, où tant de ses compatriotes orléanais devaient trouver une mort glorieuse, il eut à tenir son poste avec une émouvante activité. Ce fut là toujours le plus poignant des souvenirs que lui laissèrent ces jours de deuil et de souffrance.

De retour à Paris, Bouilly fut successivement l'interne de M. Bucquoy (1872), de Panas (1873) et de Verneuil (1874). L'affection et l'estime que ses maîtres lui ont vouées et la haute confiance qu'il sut, à cette époque, leur inspirer, sont très significatives.

Dans une notice remarquable due à la plume de Pichevin, on trouve une anecdote bien faite pour montrer que ces premières et si flatteuses conquêtes de l'interne Bouilly devaient être définitives. Il s'agit de certaine consultation demandée à la Pitié par le professeur Verneuil, à propos d'un cas embarrassant de chirurgie abdominale.

« Le jeune chirurgien — raconte Pichevin — posa son diagnostic et déclara l'inopérabilité de la tumeur. » Après son départ, Verneuil, s'adressant à son entourage, prononça ces simples paroles : « C'est incontestablement l'un des plus distingués parmi les meilleurs de mes élèves; c'est un esprit remarquablement pondéré, un clinicien émérite et un excellent opérateur. »

Chez son maître Panas, Bouilly trouva les mêmes sentiments. Quant à M. Bucquoy, le souvenir ému qu'il conserve de son ancien interne est, à lui seul plus

éloquent que tous les discours Les élèves de Bouilly savent, du reste, combien il se plaisait à reconnaître l'influence de ce maître clinicien sur son éducation médicale. Et, puisque je cherche à rappeler comment Bouilly avait eu le si réel secret de mériter l'affection et la confiance des maîtres les plus soucieux de bien placer l'une et l'autre, ce serait un oubli de ne point citer ici M Millard et le professeur Trélat. M. Millard connaissait Bouilly de longue date. Ayant été l'un de ses premiers maîtres, il devint nécessairement son ami. Pour le professeur Trélat, la conquête aurait pu être plus difficile et cependant elle fut complète. J'en puis d'autant mieux parler que durant mon clinicat, j'ai pu mesurer moi-même le crédit considérable que ce grand maître accordait aux avis de son tout jeune collègue. A des titres différents, le fait, sans doute, honore l'un autant que l'autre, mais il n'est pas moins expressif.

Durant cet internat si fructueux, Bouilly avait trop bien pris son élan pour ne point franchir, en toute sécurité, les dernières étapes de sa route. Aide d'anatomie en 1875, chirurgien des hôpitaux en 1878, il se fit enfin nommer agrégé en même temps que Reclus et Peyrot, au concours de 1880. Bouilly avait alors trente-sept ans.

Le seul incident d'existence que ces années de travail assidu nous donnent à relever concerne la mission dont Bouilly fut chargé en 1877, avec son ami Peyrot, au début de la guerre turco-russe. Partis le 15 août, ils assistèrent à la bataille de Plewna, prêtèrent leur actif concours aux ambulances russes et ne revinrent à Paris qu'en octobre, à la fin de la campagne, décorés tous deux de l'ordre militaire de Saint-Stanislas, avec les glaives.

Dégagé des entraves dont tout bon concurrent connaît si complètement les pénibles, mais nécessaires complications, Bouilly put enfin voler au gré de ses tendances, et s'adonner tout entier à la pratique de son art. Installé quai de Béthune, il fit d'abord de la chirurgie générale et ses débuts furent si brillants, qu'il ne songea pas tout de suite à trouver mieux

Ainsi qu'il arrive, c'est au hasard des choix de services du titulariat que nous levons son orientation vers la spécialisation gynécologique. La place de chirurgien-adjoint de la Maternité, chargé du service d'accouchements à Cochin, étant devenue vacante en 1876, il la prit comme pis aller, sans avoir le moindre goût personnel pour la pratique des accouchements et, par conséquent, avec l'intention de changer de service à la première occasion. Mais ce ne fut là qu'une défaillance passagère de son bon sens habituel.

Accueilli avec un empressement particulier par le professeur Tarnier, par notre ancien président Guéniot et par Mme Henry, la si distinguée sage-femme de cette époque, chargé au bout de quelques mois des douze lits qui résumaient alors le service gynécologique de la maternité, il eut tôt fait de deviner les richesses du champ d'observations dont il allait pouvoir disposer, et de se consacrer, désormais, à la chirurgie de la femme.

La transformation partielle (1890) puis totale (1895) des lits d'accouchements de Cochin en lits de gynécologie vint, peu après, lui donner un service digne de lui. C'est là qu'il a pu contribuer pour une si large part à l'étude des questions concernant la chirurgie abdominale et devenir l'un des maîtres les plus écoutés de la gynécologie contemporaine Hélas! c'est aussi là que la mort est venue le faucher, dans le plein épanouissement de bonheur et de renommée dont je voudrais maintenant parler comme il convient.

***

L'œuvre écrite de Bouilly n'est pas, dit-on, à la hauteur de ses mérites et ne saurait, à elle seule, donner la mesure de l'influence indiscutable qu'il a exercée sur la chirurgie de son temps. Que Bouilly mérite ou non ce jugement, les bonnes excuses, en tout cas, ne lui manquent pas. La constante indigence des productions hâtives ne pouvaient lui convenir et il savait mieux que personne le temps énorme que réclame souvent la moindre rédaction bien pensée et bien travaillée. Les recherches et les études bibliographiques s'accordaient médiocrement avec ses goûts très exclusifs pour la pratique même de la chirurgie et les enseignements qui se recueillent au lit du malade. Enfin, le nombre des opérations que sa grande situation l'entraînait à faire chaque jour, à l'hôpital ou en ville, ses consultations et sa clientèle absorbaient forcément le meilleur de son temps, ou même tout son temps. Ajoutons, comme dernier détail, ayant aussi sa valeur, que Bouilly, très content de son sort et certain de voir l'Académie lui ouvrir ses portes à brève échéance, n'ambitionnait guère d'autre coupole. Non point, notons-le bien, qu'il ait jamais fait montre d'un mépris particulier des honneurs temporels ou de ces sentiments de renoncement dont l'ostentation n'est, le plus souvent, que le voile très pénétrable des plus ardentes convoitises; sa vie nous le montre, au contraire, marchant toujours ouvertement et droit à son but; mais, encore une fois, c'était avant tout un esprit utilitaire ne voyant jamais en toutes choses que leur côté vraiment pratique.

Dans ces conditions on voit mal, n'est-il pas vrai, quand et comment le chirurgien Bouilly aurait pu se faire écrivain. Il y a du reste beaucoup de légende dans cette manière d'apprécier les travaux écrits de Bouilly; et voici qui le prouve.

S'il est vrai que ses thèses d'agrégation et de doctorat, quelques articles de dictionnaire et le volume du Manuel dit « Des quatre agrégés » étant exceptés, Bouilly n'a publié aucun autre ouvrage de longue haleine, il faut, en effet, retenir d'abord que ces quelques publications didactiques ont une indiscutable valeur.

Clairement écrites, elles portent toutes l'empreinte du grand sens clinique de leur auteur et deux d'entre elles au moins sont devenues et demeurent classiques. Ce sont l'étude si complète que Bouilly nous a laissée sur les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité de Retzius (thèse d'agrégation 1880) et le quatrième volume du Manuel dit « Des quatre agrégés », qui aura toujours l'intérêt de résumer en quelques pages les opinions de l'un de nos premiers maîtres en gynécologie.

Il faut ensuite bien savoir que si les autres traces écrites du rôle de Bouilly, en chirurgie générale et dans la renaissance de la gynécologie française, ne sont représentées que par des revues ou des articles de journaux, des rapports ou des communications aux Sociétés savantes, elles n'en constituent pas moins un ensemble fort imposant de documents précieux et tout à fait personnels.

Un simple coup d'œil sur l'index bibliographique terminant cet éloge ne laisse aucun doute à cet égard.

Nous y trouvons, éparses en divers recueils, notamment dans la *Gazette médicale*, le *Bulletin de thérapeutique*, les *Archives générales de médecine* et la *Revue de chirurgie*, de nombreuses études donnant avec justesse la mise au point des sujets les plus variés, tels que : les hernies, l'anthrax, les affections des bourses, les rétrécissements du rectum, l'anesthésie chloroformique, les maladies articulaires, la fièvre de croissance, les épanchements sanguins de la plèvre, l'entérectomie, l'entérorraphie, la cellulite pelvienne diffuse, voire même, hélas! l'épithelioma de la langue et son traitement.

Collaborateur actif de la *Semaine gynécologique* et de la *Gynécologie*, il a écrit dans ces deux importantes revues une série d'articles très remarqués, dont les principaux concernent : le diagnostic précoce du cancer utérin, le traitement des rétro-déviations, l'ascite des jeunes filles les poussées congestives extra-menstruelles, les exsudats séreux juxta-utérins, la grossesse extra-utérine et l'appendicite dans ses rapports avec les lésions annexielles.

Faut-il enfin vous rappeler que, depuis son entrée parmi nous, qui remonte au 12 mars 1881, jusqu'à sa présidence de 1902, il n'a jamais cessé de prendre à vos discussions la part la plus active, et que, depuis vingt ans, par conséquent, nos bulletins le font revivre à chaque page, avec toutes ses qualités d'indépendance, d'esprit, de droit jugement et de praticien documenté ne parlant jamais qu'à bon escient. Vous l'écoutiez toujours avec trop d'attention pour qu'il soit nécessaire de vous remettre autrement en mémoire ce qu'il a dit de raisonnable et d'utile sur tant de sujets. On en ferait sûrement un volume, cette fois très gros, et qui mieux est, supérieurement instructif.

En toute justice, n'est-ce point là un dossier scientifique dont tout homme d'étude pourrait, à bon droit, s'enorgueillir ? Il ne me semble pas qu'on puisse hésiter un instant à le proclamer.

***

Considérons maintenant le chirurgien.

La connaissance de son œuvre écrite nous y convie et nous guidera d'autant mieux que cette œuvre, essentiellement personnelle, a précisément pour caractère très distinctif d'être comme allégée par l'absence de compilations bibliographiques plus ou moins imposantes et de ne jamais traduire que les opinions de l'auteur lui-même.

Ce que Bouilly nous a laissé sur les indications vraies de l'opération de Lawson Tait ou sur les abus du curettage, ses mémoires sur le traitement des déviations utérines ou sur l'opération de la périnéorraphie dans laquelle il excellait, son rapport si remarqué du Congrès de Genève sur les suppurations pelviennes, la précision qu'il a mise à discuter les indications respectives de l'hystérectomie vaginale et de l'hystérectomie abdominale, sa manière de juger les ablations excessives dans le traitement du cancer de l'utérus, toutes ces publications, et tant d'autres qu'il me faut bien omettre, ne sont-elles pas le gage de la sûreté de son jugement clinique, de son horreur du parti pris et de sa complète indépendance d'esprit?

Or, ce sont bien là les qualités dominantes de Bouilly, les vraies ouvrières de sa grande réputation. Elles se résument, on le voit, en deux mots simples et singulièrement éloquents : Bouilly était avant tout un homme de bon sens et un consciencieux.

Ces deux vertus primordiales se retrouvent avec tous leurs corollaires chez le clinicien et l'opérateur.

Bouilly était à coup sûr l'un des meilleurs cliniciens de notre époque. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre se plaisent à vanter l'art qu'il mettait à l'examen des malades, la précision de ses diagnostics et, surtout, son constant souci de ne jamais confondre l'opération possible avec l'opération indiquée. Bref, chez lui, le chirurgien avait toujours le pas sur l'opérateur.

Bouilly était, par cela même, un chirurgien prudent. Au bon sens du mot, cela va de soi. Et certes, il n'était pas de ceux qui demandent à leur soi-disant prudence l'excuse de leurs hésitations regrettables ou de leurs interventions incomplètes. Il s'attachait simplement à n'intervenir qu'à propos. Ce qui le prouve bien, c'est qu'en maintes circonstances, Bouilly n'a pas craint de se faire le premier champion de plusieurs de nos grandes opérations.

C'est lui qui, pour la première fois, a fait, après examen raisonné des symptômes, la laparotomie pour remédier à une lésion viscérale profonde produite par un coup de pied de cheval, chez un malade dont les parois abdominales n'offraient pas trace de traumatisme. Vers la même époque (1883), il a été, parmi nous, le premier vulgarisateur de l'opération d'Estlander et de la pneumotomie.

De lui encore, le premier cas de prostatite tuberculeuse traité par le grattage et l'ablation de la prostate à la cuillère tranchante. N'est-ce pas lui, enfin, qui a publié la première observation de résection iléo-cæcale pour lésions bacillaires, chez une femme qui mourut huit ans après de tuberculose généralisée. La prudence de Bouilly était donc, vous le voyez, bien loin de compromettre chez lui ce que l'on est convenu d'appeler le tempérament chirurgical.

Quant à sa maîtrise, elle est connue de tous, et ce serait revenir sur des vérités par trop démontrées que de souligner son habileté opératoire ou sa parfaite connaissance des conditions à remplir pour faire de la bonne chirurgie ; il est seulement intéressant de rappeler combien sa manière d'opérer se trouvait conforme à ses prédilections pour le simple et le vraiment utile.

Sûr de sa technique, doué de ce calme suprême sans lequel il n'y a pas de bon chirurgien, Bouilly ne prenait jamais le bistouri qu'après avoir longuement pesé le pour et le contre de ses déterminations, basé son plan opératoire sur un diagnostic très étudié et prévu, par là même, la conduite à suivre en cas d'erreur ou de surprise.

Avec lui, les interventions les plus complexes étaient menées à bien sans embarras, sans vociférations inutiles, sans aucune préoccupation de la galerie et surtout avec une admirable simplicité. Un seul aide, bien stylé, un autre pour l'anesthésie — et celui-là toujours très sévèrement choisi — des instruments peu nombreux, l'absence de toutes complications, de préparations ou d'appareils extraordinaires, mais une observation rigoureuse et particulièrement scrupuleuse des lois de l'asepsie.

Telles étaient ses coutumes. Aussi bien donnait-il toujours à ceux qui l'entouraient un sentiment de confiance et de sécurité que ses beaux résultats habituels venaient encore confirmer.

On sait, enfin, que Bouilly avait, en même temps, comme chef de service et comme maître, toutes les qualités qui attachent et captivent. Fidèle à ses habitudes de ponctualité, il gagnait, chaque matin, l'hôpital à la même heure. Il opérait d'abord, puis visitait rapidement ses salles, sans manquer de panser lui-même ses grandes opérées. Les opérations de la ville venaient ensuite et, vers onze heures, le petit coupé aux couleurs de l'Urbaine, que tout Paris connaissait si bien, l'emportait rue Blomet. Et, chaque jour, Bouilly accomplissait la même tâche, avec cette égalité d'humeur et cet air de ne jamais être pressé, dont l'emploi toujours régulier de son temps lui avait livré le secret.

Ses internes, ses élèves, n'avaient pas seulement de la vénération pour le maître. Ils l'adoraient pour son affabilité constante et son dévouement aux heures difficiles. Son personnel était l'objet de ses attentions particulières. Certes, il avait toutes les exigences nécessaires au bon fonctionnement de son service, et la moindre faute le trouvait toujours très sévère ; mais, par contre, peu de chefs ont pris autant que lui le soin de récompenser le zèle de leurs serviteurs, de s'inquiéter de leur vie privée et de les soutenir en toutes circonstances. La « Mère Chaîne, » cette vieille et fidèle surveillante qui, malgré son âge, a servi Bouilly jusqu'à sa dernière visite d'hôpital, nous en dirait long à cet égard.

Ce besoin de secourir les humbles était l'un des côtés les plus séduisants de Bouilly, et ses malades d'hôpital en particulier le savaient merveilleusement bien. Plus accueillant encore avec eux qu'avec ses malades de la ville, Bouilly se plaisait souvent à leur parler leur langage, qu'il imitait du reste de très plaisante façon. Si bien qu'ils avaient tout de suite l'impression de trouver, à côté du médecin, un protecteur attentif, et certes leur sagacité ne les trompait pas. Ceux-là sont en nombre bien grand qui, sachant par expérience que cette protection n'avait rien de platonique, pourraient dire à quel point Bouilly avait intense le sentiment de la souffrance humaine.

Avec de tels dons, sa grande pratique et son merveilleux service, comment Bouilly ne s'est-il pas consacré davantage à l'enseignement proprement dit? Cette question vient d'autant plus naturellement à l'esprit qu'en plus d'une circonstance Bouilly a prouvé son réel talent d'exposition.

Sa parole claire, concise, facile et particulièrement exempte de toute prétentieuse redondance, la pondération de son esprit ne lui conferaient-elles pas tous les attributs du vrai savant, de celui qui, « modeste et bienveillant », doit, suivant la formule idéale de l'un de nos plus grands physiologistes, conserver son esprit libre, calme, et, si c'était possible, ne jamais avoir, comme le dit Bacon, l'œil humecté par les passions humaines? N'y avait-il pas là toutes les armes voulues pour faire de la bonne, de la très bonne et didactique vulgarisation?

Pourquoi donc Bouilly n'a-t-il pas songé à dépenser tous ces trésors? Affaire de sentiment et de tendance; c'est la seule réponse à donner.

Bouilly n'avait de goût ni pour les discours, ni pour les assistances nombreuses, et ce qu'il aimait exclusivement, ce qu'il pratiquait merveilleusement, du reste, c'était l'enseignement au lit du malade.

A propos du très minime attrait que lui inspiraient les charmes ou les prérogatives du grand enseignement, les disciples familiers de Bouilly racontent volontiers leur véritable déroute d'il y a quelques années, lorsqu'ils eurent un instant l'espoir que leur maître, cédant à

leurs prières, allait enfin se décider à faire des cliniques régulières.

Il se décida, en effet, et durant quelques matins ce fut un triomphe. Mais la victoire des disciples ne fut pas longue. Dès la quatrième ou cinquième leçon, le maître, bien loin d'être hypnotisé par l'affluence de ses auditeurs, n'en conçut que de l'agacement. Ses habitudes étaient troublées, tous ces visiteurs étaient bien gênants, que sais-je encore! Bref, il regretta si bien ses causeries familières au lit du malade qu'il trouva d'abord un prétexte, puis deux, et les grandes leçons furent bel et bien supprimées.

Une autre preuve de cette disposition d'esprit nous est donnée par son attitude au moment où la création d'une chaire de gynécologie vint un instant lui laisser supposer qu'il allait revêtir la robe rouge. Supposition d'autant plus légitime qu'à ce moment, si la chaire en question avait fait partie du roulement classique de la Faculté, il y a tout lieu de penser que Bouilly aurait eu pour lui toutes les chances. Pourquoi et comment avait-il posé sa candidature? Tout ce que nous en pouvons dire, c'est que Bouilly, assurément, avait écouté des considérations étrangères à ses goûts personnels.

Le fait est qu'il échoua. Et pour vous montrer son état d'âme de candidat évincé, mais content, je ne puis mieux faire que de vous lire un passage d'une lettre écrite à Pichevin le 12 mars 1901. Voici comment il parle de son échec : « J'ai trop de philosophie et d'expérience de la vie pour m'en étonner et pour m'en chagriner. Cela ne changera rien à ma manière d'être ni de faire, et j'y aurai peut-être gagné beaucoup de tranquillité et de repos: qui sait si ce n'est pas mieux ainsi. Je n'aurais peut-être pas été à la hauteur de la tâche, et ma réputation n'en restera que meilleure n'étant pas jugée inférieure... »

Parole de philosophe et de sage, dont la citation vous est, n'est-ce pas, très consolante, puisqu'elle vous prouve que ce déboire fut à peine un incident dans l'existence alors si brillante et si prospère de notre ami.

***

Voilà le chirurgien. Efforçons-nous, maintenant, de faire un instant revivre notre Bouilly à nous, notre compagnon d'hier, avec sa physionomie avenante et tout cet ensemble qui s'harmonisait si bien avec les attraits de sa personnalité consciente.

De taille moyenne et bien pris de sa personne, Bouilly n'offrait, au premier abord, aucun signe extérieur révélateur de sa fonction. Depuis son arrivée à Paris, je crois bien qu'il a toujours porté jaquette, col droit et cravate noire, sans s'inquiéter autrement de leur coupe. Celle-ci était quelconque et ne s'inspirait pas plus des élégances inutiles ou des négligés regrettables, que des accoutrements quelque peu mortuaires des antiques maîtres de l'art. Bouilly s'attachait simplement à être correct et bien tenu; il y mettait même un soin particulier. Sa démarche aisée, son attitude penchée en avant avec voussure légère du dos, révélaient peut-être un peu l'homme des longues courses à travers champs et forêts, mais elles donnaient aussi la sensation du parisien très parisianisant qu'il était devenu.

Tout cela est, du reste, bien accessoire à côté de l'aspect si révélateur de sa physionomie. Avec ses cheveux coupés courts, son front bien découvert, son regard loyal, et le sourire un peu railleur, mais toujours avenant, que son menton rasé laissait voir sous ses moustaches grisonnantes, Bouilly donnait, avant tout, la sensation d'un être ouvert, intelligent, franc, bon et point du tout morose. Puis, en regardant mieux la carrure de son visage et l'ensemble de ses traits, on avait, en outre, l'impression d'une énergie certaine.

Le diagnostic était juste. Bouilly était bien de ceux qu'un grand écrivain a définis en disant que le sort « les a marqués au front, au sourire, aux paupières, d'un signe et comme d'une huile agréable..., quelque chose, à leur insu, émane d'eux, qui embaume et qui attire; ils se présentent, et à l'instant un charme à l'entour est formé. » Cette citation ne s'applique-t-elle pas merveilleusement à Bouilly? Ne vous semble-t-il pas revivre les impressions que vous éprouviez tous lorsque cette porte, cette même porte qui est à mes côtés, s'ouvrait pour lui livrer passage?

C'est qu'en effet Bouilly était tout à fait ce qu'il paraissait, un être bon, essentiellement bon, compatissant et généreux, un ami sûr et dévoué, un homme enfin d'une impeccable droiture.

Mais ce n'est pas tout, et ce qu'il y avait de très viril dans la physionomie de Bouilly était un reflet non moins véridique. Il avait, on peut le dire, une volonté de fer. Les derniers événements de sa vie devaient en fournir, hélas, la bien tragique démonstration. Et, forcément, il se trouvait ainsi doté de toutes les autres modalités de cette vertu supérieure. Tenace au plus haut chef, il possédait, en outre, cette manière d'énergie si difficile qui permet de savoir attendre et de toujours bien choisir son heure. C'est même pour cela que la bonhommie et la rondeur proverbiale de Bouilly, sans nuire le moins du monde au caractère avisé de ses déterminations les plus courantes, ne l'empêchaient pas de savoir que la simplicité est la meilleure des finesses et la droiture la meilleure des prudences. Tout cela se voyait aussi bien à certaines expressions de son visage que dans le ton mesuré de son langage et dans la réserve habituelle de ses confidences.

Pareillement doué, il est naturel que Bouilly, pendant que sa fortune scientifique le menait si haut, ait pu goûter toutes les joies de la vie. Et, par bonheur, telle est bien la vérité; Bouilly a été parfaitement heureux et il est mort ne laissant que des amis.

Son intimité était attrayante, sa gaîté d'étudiant ne l'avait jamais abandonné, et si les étourdissantes parties de jeunesse avaient dû subir quelques atténuations, Bouilly n'en conserva pas moins l'habitude de se réunir périodiquement à quelques amis de choix, auxquels il apportait, avec la variété de ses propos et la plaisante liberté de ses anecdotes, toutes les ressources de son esprit enjoué. Au milieu de sa vie parisienne si active, il trouvait là son principal moyen de distraction et de repos. Il ignorait, en effet, les joies de la musique; les grandes lectures ne lui étaient guère possibles, et si, par aventure, il se plaisait à passer une soirée au théâtre, ce n'était sûrement pas pour y subir une pièce dite à thèse.

Mais sa vraie passion c'était la chasse. La chose datait de loin; elle remontait à l'époque où le petit Georges retrouvait force et santé dans les bois de Marigny, et c'est à seize ans qu'il fallut lui accorder son premier permis. Depuis lors, je crois bien que pas un dimanche de sa vie Bouilly n'a manqué de sacrifier à Saint-Hubert, non pas seulement avec les succès d'un parfait tireur, mais, en outre et surtout, avec toutes ses joies. Dès qu'il retrouvait son fusil et ses chiens, son bonheur était vraiment sans pareil.

Il chassait donc toutes les fois qu'il pouvait et, si nous en croyons l'histoire, il lui est même arrivé de chasser par sa fenêtre et pendant qu'il était à table, pour ne pas ravir une minute à l'œuvre d'extermination que lui avait imposée l'intensive et formidable prolifération de la gent lapinière dans certaine chasse qu'il s'était acquise à Azay, près de Gaillon.

Bouilly, du reste, n'aimait pas seulement la chasse et ses prédilections s'étendaient, non moins vives, à toutes les choses de la vie champêtre. Aussi bien, quand une circonstance quelconque l'empêchait de chasser, prenait-il aussitôt sa revanche en bêchant, râtissant, coupant du bois, voire même en faisant le peintre en bâtiment et, qui plus est, il n'admettait pas qu'on le dérangeât dans l'exercice de ses importantes fonctions.

Ses intimes rappellent, à ce propos, qu'un jour, étant occupé de peindre la grille de son jardin dans le costume qu'on devine, il a lui-même éconduit un client important qui venait en équipage réclamer le chirurgien. Avec l'accent campagnard le plus déroutant, il lui répondit que Monsieur Bouilly était en promenade et qu'il ne rentrerait pas avant la nuit.

Bouilly, vous le voyez, était donc bien un heureux de ce monde, dont la vie s'est écoulée laborieuse, simple et droite. On n'y trouve aucun noir détour, aucun événement particulier. Préparer ses concours, arriver, affirmer ensuite sa situation chirurgicale; ces trois phases de son existence se succèdent l'une à l'autre sans le moindre intermède.

Toujours à son poste, Bouilly n'a guère quitté Paris que pour aller à la chasse le

dimanche ou vivre à la campagne durant les deux mois de vacances auxquels il tenait tant, surtout depuis qu'il possédait en Sologne le fort joli château de la Ferté-Imbault. Et je n'ai pas, j'imagine, besoin de vous dire que ce n'est pas le château qui le séduisait le plus, mais bien les fort belles chasses d'alentour.

Vous savez aussi comment il avait, si je puis ainsi dire, synthétisé toutes les formules chères aux ententes de son cœur, en laissant là l'existence de vieux garçon, pour épouser, il y a quelques années, la femme qui, par ses qualités de cœur, son élégance et sa grâce, répondait le mieux à son concept du charme féminin.

Comment tant de félicités ont-elles pu s'effondrer tout d'un coup! Hélas, messieurs, vous ne connaissez que trop les péripéties rapides de cette lamentable fin et vous avez pu voir, ici même, les premières stations de cet odieux calvaire.

C'est quelques jours avant le 1er janvier de l'an dernier, un soir de la Toussaint, que Bouilly ressentit les premières atteintes de son mal; il en fut, paraît-il, peu surpris. Plusieurs d'entre nous savent, en effet, qu'il y était peut-être prédisposé. Il avait même eu le soin de prendre, depuis assez longtemps, certaines précautions prophylactiques dont l'une d'elles, au moins, la suppression du tabac, lui avait été pénible. Mais possible ne veut pas dire fatal. Et, en fait, Bouilly n'avait jamais cessé de se merveilleusement porter jusqu'à cette première alerte. Elle ne fut, du reste, qu'une ébauche. Un simple traitement médical remit tout en ordre et Bouilly reprit aussitôt espoir.

Bien courte fut cette trêve initiale. Au bout d'un mois le mal reparut, avec des caractères, cette fois, trop nets pour laisser place au moindre doute. Le succès temporaire des deux interventions confiées peu après à Bouglé, le disciple si aimé, vint peut-être donner à Bouilly quelques lueurs d'espérance; mais, très vite, la vérité se fit évidence inéluctable.

Bouilly n'en continua pas moins sa vie active sans y rien changer; il continua même à nous présider jusqu'à notre dernière séance de décembre et jamais, n'est-ce pas, vous n'oublierez le stoïcisme admirable avec lequel il sut dissimuler et taire les désespoirs certains de son âme.

Sans doute, ses traits un peu tirés et quelques autres indices étaient là pour laisser pressentir la réalité; mais combien fugitives furent toujours pour nous les manifestations extérieures de sa souffrance! N'était-il pas toujours affable, toujours attentif à diriger, à suivre vos discussions. Il y prenait cependant une part moins active qu'autrefois. Quand les opinions émises heurtaient trop directement les siennes, il se contentait de le murmurer à l'un de ses voisins du bureau et, pour ma part, je n'oublierai jamais ce qu'il y avait de détachement inaccoutumé, de sceptique indifférence, dans sa riposte, lorsque je l'invitais à dire tout haut ce qu'il pensait si bien tout bas. « A quoi bon », répondait-il, avec un certain plissement des lèvres, et cet « a quoi bon » n'était que trop significatif.

Vous souvenez-vous aussi de son empressement particulier à quitter son fauteuil pour venir un instant vérifier lui-même la prétendue guérison de certains malades considérés par leurs présentateurs comme atteints du mal qu'il se connaissait. Puis, après ce léger hochement de tête qui lui était familier, il regagnait sa place sans mot dire. Si nous avions su! Combien de présentations de ce genre ou de discussions similaires n'aurions-nous pas eu le soin d'éviter!

Il est enfin certain que Bouilly n'avait peut-être plus au même degré son extrême tolérance, et parfois, en voulant ici rétablir le silence ou l'ordre des discussions, son regard prenait une expression d'impérative dureté que personne, à coup sûr, ne lui connaissait.

Et c'est tout. Vos souvenirs sont exacts. Avec une vaillance inouïe, et jusqu'à son dernier jour parmi nous, Bouilly conserva son impénétrable attitude.

La douleur seule devait en triompher; vous allez voir comment.

En décembre, Bouilly connaissait son mal et le voyait grandir inexorable. Toutefois, ses souffrances étaient encore tolérables et lui permirent de continuer régulièrement son service d'hôpital jusqu'au 16 décembre. Il avait cependant pris, à cette date, la secrète décision de ne plus revenir et le récit que l'un de ses internes m'a fait de cette visite dernière est d'une simplicité trop émouvante pour que j'hésite à le reproduire.

C'était au lendemain du bal de l'internat. Bouilly n'arriva donc qu'à 9 heures. Avec son calme habituel, il fit successivement une opération sur les voies biliaires, puis une hystérectomie vaginale. Il commença bien une troisième opération, mais un réveil de souffrance, sans doute, l'empêcha de continuer, et, sous un prétexte quelconque, il invita l'un de ses internes à terminer. S'adressant alors à ses assistants, il leur dit : « J'avance mes vacances de quelques jours, parce que je suis un peu fatigué, mais je reviendrai au lendemain du jour de l'an; donc, Messieurs, au 2 janvier. »

Tous ses malades reçurent ensuite sa visite. Celle-ci terminée, il eut avec sa surveillante, la vieille Madame Chaîne un court entretien, dans lequel il la pria de lui rendre compte de l'argent qu'elle avait toujours en large dépôt. Il en régla l'intégrale distribution entre les gens de son personnel et ses malades nécessiteux, puis, avec la calme sérénité qui ne l'avait pas un instant abandonné, il partit enfin.

Mais beaucoup de ses élèves ne s'y étaient pas trompé! Ce règlement de comptes, cette visite si particulièrement complète, voire même la poignée de main que ses internes reçurent au départ, tout cela reflétait bien l'adieu, ce lamentable adieu qui, ce même matin, s'envola dans un court sanglot vite réprimé, lorsque se penchant vers Mlle Pinoy, la surveillante qui l'aidait à se vêtir, il lui dit : « Non, ma chère enfant, je ne reviendrai pas le 2 janvier; je ne reviendrai plus, c'est bien fini. »

Combien de fois ces tristes mots ne sont-ils pas venus sous sa plume dans les lettres qu'il devait encore écrire à plusieurs d'entre nous et que tous nous gardons parmi nos plus chères reliques! « Portez-vous bien, soyez heureux si vous le pouvez, me dit-il dans celle que je possède moi-même, datée du 28 janvier; moi, j'ai fini, je quitte non sans regret la vie qui avait été bonne pour moi et qui pouvait encore me donner bien des jouissances. » Pauvre Bouilly, de quelles angoisses son cœur devait-il souffrir, quand il nous écrivait ainsi!

S'il avait pu se raidir contre ses souffrances naissantes, au point d'aller jusqu'au bout de sa présidence et d'opérer encore quelques malades préférés (sa dernière opération, rue Blomet, date, je crois, du 15 au 16 janvier), il fut peu après vraiment à bout de forces. Il mit donc bas les armes et nous ne le vîmes plus.

Mais là-bas, dans ce home qui a vu ses dernières semaines de souffrance et de condamné, personne ne saura jamais assez rappeler les marques de sublime abnégation que notre malheureux Bouilly a su donner aux êtres chers qui l'entouraient : sa mère adorée, sa femme dont la tendresse lui fut si consolante, les quelques amis qu'il a reçu jusqu'au dernier jour; enfin, son disciple chéri, Bouglé, dont le cruel départ a suivi de si près celui du maître, que ce double deuil laissera toujours en nos cœurs comme une seule et même blessure.

Malgré la vision d'une mort imminente, malgré les tortures que lui causaient ses souffrances, chaque jour plus vives, il a conservé jusqu'au bout sa complète lucidité d'esprit, son calme et sa volonté ferme de dissimuler aussi bien ses désespérances morales que ses douleurs physiques. Il avait bien ses instants de défaillance qui lui faisaient évoquer dans un sanglot déchirant le souvenir des êtres chers qu'il allait perdre et de sa vie de bonheur! Mais, bien vite, il se ressaisissait, pour causer librement de choses courantes, de chirurgie surtout, accueillir aimablement ses amis et régler ses affaires. Jusqu'à son dernier jour il a écrit d'une main ferme des lettres, des observations en retard pour ses élèves, et ses volontés dernières dans lesquelles on retrouve si bien son équité et son goût de simplicité.

Parmi les dernières manifestations de sa volonté, on ne saurait oublier le départ qu'il imposa quelques jours avant de mourir à Bouglé, comme le seul moyen d'arrêter le mal terrible qui déjà le menaçait lui-même d'une manière si évidente. Vous connaissez aussi l'ordre formel et si émouvant qu'il lui fit ensuite

transmettre de ne point revenir pour son enterrement.

La veille même de sa mort, Bouilly était encore l'être fort et sublime que revèlent si hautement ces derniers détails. Puis, le soir venu, peut-être y eut-il quelque chose de plus tendre dans le dernier regard que recueillit sa femme, et le lendemain — c'était le 14 mars 1903 — la mort avait fait son œuvre, nous imposant à tous le plus irréparable deuil et délivrant notre ami du plus cruel des supplices.

Bouilly avait cinquante-cinq ans.

Pareille attitude d'un homme qui, brutalement, dans le plein épanouissement de sa force et de sa prospérité, voit la mort, devant lui, se dresser toute droite, sans que rien au monde la puisse détourner, n'est-elle pas l'exemple le plus touchant et le plus fort à la fois des victoires que l'être intérieur peut remporter sur les afflictions de la vie?

Est-il rien de plus idéalement pur que cet heroïsme de résignation discrète, ne s'inspirant pas plus de la certitude des justices prochaines que de l'entraînement des batailles ou de la patriotique vision d'un sang utilement versé?

Ce n'est donc pas seulement au chirurgien de mérite, à l'homme de bien, a l'ami sûr que nous devons rendre hommage. Bouilly fut plus encore! Avec lui disparaît une haute figure, mâle entre toutes, et qui, toujours, pour nos souvenirs, sera comme la marque suprême et radieuse du grand ami disparu!

REVUE GÉNÉRALE

Des fibro-papillomes de l'ombilic

Par le Dr Maurice Péraire

Les fibro-papillomes de l'ombilic sont relativement assez rares. M. Francis Villar, dans sa thèse (1), d'accord avec Cornil et Ranvier, les fait rentrer dans la catégorie des tumeurs verruqueuses de Cooper Forster, Holmes et Bryant. Ce sont des tumeurs qui appartiennent au genre granulome observé quelquefois chez l'adulte (2). « Nous rangeons, dit Villar, les fibromes à côté des papillomes, parce que les signes objectifs de ces deux variétés de tumeurs bénignes sont à peu près identiques et, en outre, parce que, au point de vue histologique, elles se confondent fréquemment en une variété mixte : les papillo-fibromes (3). »

Nous ne discuterons pas, ici, toutes les théories émises sur la pathogénie des papillomes et des papillo-fibromes. On admet généralement, aujourd'hui, que ces tumeurs sont d'origine inflammatoire, et qu'à côté des hypertrophies papillaires d'origine congénitale, dont l'intérêt est exclusivement d'ordre dermatologique, les fibro-papillomes de l'ombilic, comme ceux des organes génitaux externes, reconnaissent pour cause une irritation banale, sans contredit microbienne. C'est l'opinion que l'on trouve formulée dans les traités classiques de chirurgie. Récemment dans leur traité des tumeurs, S. Duplay et M. Cazin ont insisté sur ce point (1). Ils ont démontré que, chez les animaux, certaines tumeurs papillomateuses étaient de nature contagieuse, et ils ont cité leurs recherches expérimentales à ce sujet.

Depuis la thèse de F. Villar, aucun travail d'ensemble n'a été fait, en France, sur les tumeurs de l'ombilic. Il faut avoir recours aux ouvrages allemands pour être documenté sur cette question. C'est ainsi que nous trouvons une étude de Ludwig Pernice (2), qui ne contient pas moins de 92 pages, et qui met parfaitement au point cette question. Nous en extrayons tout ce qui a rapport aux fibro-papillomes de l'ombilic (3).

Je n'ai vu, dit l'auteur, dans la littérature médicale, que sept cas de tumeurs fibro-papillomateuses de l'ombilic, plus une observation de la clinique de Halle, ce qui fait huit cas en tout. Bien entendu, dans ce nombre restreint de cas, on ne peut pas tirer une conclusion définitive sur l'étiologie et la marche de la maladie. Dans ceux-ci, il y en a beaucoup d'intéressants. Dans 50 % des cas observés, l'existence des papillomes a été remarquée au moins trois ou quatre ans avant l'époque où on a consulté les médecins.

Dans 25 % des cas, le point de départ de l'affection est très rapproché du moment où la tumeur est observée. Chez un des malades, le début remontait à six mois, et chez l'autre à six semaines.

Pour les autres cas, le début de l'affection n'est pas noté. Chez deux malades, un homme de quarante ans et une jeune fille de douze ans, les tumeurs existaient depuis la naissance. L'auteur pense que celles-ci doivent peut-être être considérées comme des granulations fongueuses qui, entretenues par des sécrétions purulentes continuelles, ont dû amener une affection chronique inflammatoire de la peau.

Chez un seul patient (cas de Küster) on note à certains moments une sécrétion au niveau de l'ombilic, par conséquent, une irritation chronique provenant du fait même de la sécrétion glandulaire cutanée.

Dans trois autres cas, il existe une adiposité énorme de l'abdomen. Ce qui fait que l'ombilic est rétracté et est prédisposé à l'eczéma, l'intertrigo et surtout à des inflammations chroniques de la peau qui peuvent engendrer des hypertrophies papillaires et des papillomes.

F. Villar, dans sa thèse, n'a cité que quatre cas de fibro-papillomes de l'ombilic. Ces cas appartiennent à Küster, Blum, Nicaise et Segond. Nous ne croyons pas utile de relater ici ces observations. Il suffira de les lire, si l'on veut, dans la thèse de Villar.

Ludwige Pernice (1) a, lui aussi, donné ces observations auxquelles nous venons de faire allusion. Il a, de plus, fourni une observation personnelle et trois autres observations allemandes qui avaient échappé à F. Villar.

Voici la traduction de ces quatre dernières observations :

Observation I. — Küster (*Arch. Langenbeck's*, 1874, XVI, p. 234, cas de Fabricius Hildanus).

Un homme de vingt-cinq ans, fort et gras, avait une excroissance fongueuse de l'ombilic qui, pendant environ six mois, avait poussé sans raison hors de la région ombilicale. La tumeur était du volume d'une noix, de couleur livide, moyennement dure et répandait une odeur de fromage pourri. D'abord indolore, puis douloureuse, elle saignait de temps en temps. La tumeur fut extirpée. Elle présentait trois lobes adhérant fortement à l'ombilic. La guérison s'effectua sans récidive. Küster pensa alors que c'était probablement un *papillome*.

Nous ferons remarquer que cette observation n'est pas complète, l'examen histologique, permettant d'établir rigoureusement le diagnostic, manquant complètement.

Obs. II. — Weber (*Beitr. zur pathol. anat. der neugeb.*, Kiel, 1851-1854).

Une petite fille de onze ans présentait une tumeur de l'ombilic du volume d'une noix. Cette tumeur était constituée par de petits papillomes gros comme la tête d'une épingle, d'un brun grisâtre et adhérents à la circonférence de l'ombilic.

Là encore l'examen histologique fait défaut.

Obs. III. — Billroth (*Chir. klin. Berlin.*, 1872, p. 188).

(1) F. Villar. — Tumeurs de l'ombilic. Paris, 1886.

(2) A. Fourster. — *Dictionn. encyclopédique des sciences médic.*, tome 15, MDCCLXXXI, Paris, p. 179.

(3) F. Villar. — Loc. cit., p. 67.

(1) S. Duplay et M. Cazin. — Les tumeurs, Paris 1903, p. 148-149.

(2) Von Dr Ludwig Pernice. — Die Nabelgeschwülste Halle A. S. Max Niemeyer, 1892.

(3) Loc. cit., p. 14-15.

(1) Ludwig Pernice. — Loc. cit., p. 16-17.

Un jeune homme de dix-neuf ans s'est aperçu, il y a trois ans, qu'il avait une tumeur à l'ombilic, indolore, grosse comme une lentille et à développement lent. Elle devint comme une noix de galle, à mince pédicule. On l'enleva et la guérison s'en suivit.

Obs IV. — Ludwig Pernice : cas de la clinique chirurgicale royale de Halle.

Henriette Sachse, âgée de douze ans, fille d'ouvriers, présente, depuis sa naissance, des proéminences de l'ombilic qui, depuis un an, ont augmenté beaucoup de volume, ont fréquemment saigné et ont occasionné de la douleur. Le 15 septembre 1879 elles devinrent du volume d'un œuf de pigeon, de consistance dure, fibreuse, et couvertes de papillomes. Autour de l'ombilic se trouvaient aussi un grand nombre de petits papillomes. La tumeur fut enlevée au bistouri, après anesthésie de la maladie, puis cautérisée. Après plusieurs pansements, la guérison complète s'effectua. L'opérée put être abandonnée le 28 septembre 1879.

Nous ferons de nouveau remarquer que l'examen anatomo-pathologique manque encore dans ces deux dernières observations. Cela nous étonne beaucoup de la part de cliniciens aussi consciencieux et sérieux que nos voisins d'Outre-Rhin.

En dernière analyse, nous donnerons une observation qui nous est personnelle et dont la présentation a été faite à la Société anatomique, le 11 avril 1902, M. le prof. Cornil a bien voulu faire l'examen histologique de la pièce.

Obs. V. — Fibro-papillome de l'ombilic, par le Dr M. Péraire. Examen histologique par le prof. Cornil.

La nommée Rosalie A., âgée de vingt-sept ans, 38, rue Linois, se présente le 3 avril à la consultation de notre ami le Dr Sainturet pour une tuméfaction qu'elle porte depuis quatre mois au niveau de l'ombilic. Cette tuméfaction laisse suinter un liquide séro-sanguinolent.

On applique un pansement fait avec des compresses aseptiques humides, et nous voyons la malade le 8 avril.

Nous constatons une tumeur située au centre même de l'ombilic qu'elle déborde. Elle est de la grosseur d'une noix, d'une teinte violacée à sa base, et d'un blanc grisâtre à son sommet. Elle est sessile, adhérente à la peau, qui est facile à mobiliser en imprimant des mouvements de latéralité à la tumeur elle-même. Elle est de consistance molle, de forme arrondie et absolument irréductible.

La peau située autour d'elle est saine ; la cicatrice ombilicale est entièrement déplissée, sauf à la partie inférieure où il reste un pli à concavité supérieure.

Cette tumeur aurait débuté par une élevure rougeâtre, ressemblant à une verrue.

Elle est très douloureuse à la palpation.

Le suintement auquel elle donne lieu à son pourtour est séro-sanguinolent ; il n'a jamais été franchement sanguin.

Nous pensons qu'il s'agit là d'un papillo-fibrome de l'ombilic, et nous proposons l'extirpation, qui est acceptée immédiatement.

Anesthésie locale à la cocaïne. Sutures, drainage avec un faisceau de crins de Florence. Pansement stérilisé. Le 15, ablation des sutures et du drainage. Guérison.

A l'examen microscopique, que le prof. Cornil a bien voulu pratiquer, on se trouve en présence d'un tissu infiltré de globules blancs.

Le tissu du derme est irrégulier, végétant sous forme de papilles.

Celles-ci, vues à la surface de la tumeur, sont très longues ; elles sont en grand nombre ; arborisées, elles forment des plis pénétrant le tissu conjonctif.

Elles sont elles mêmes constituées par du tissu conjonctif dense, servant de support aux vaisseaux qui viennent s'y terminer, en décrivant soit une anse capillaire soit un réseau de petits vaisseaux.

Ces papilles sont recouvertes de cellules épithéliales ; on trouve dans ce revêtement quelques globules épithéliaux dus à l'accumulation de cellules. Les globules blancs passent dans les cellules. Il n'y a pas de tissu épithélial dans la partie profonde de la tumeur.

Il s'agit donc là, à n'en pas douter, *d'un fibro-papillome.*

La grande quantité de leucocytes montre que cette tumeur était enflammée.

Nous avons eu l'occasion de revoir récemment notre malade, c'est-à-dire plus d'un an après l'intervention. Il n'y a aucune récidive ; l'état de santé est parfait.

Il s'agit, maintenant, d'établir le *diagnostic de fibro-papillomes de l'ombilic* et de savoir si les tumeurs sont bénignes ou malignes. Disons tout d'abord que ces tumeurs appartiennent à l'adulte, comme les lymphocèles, les kystes, les sarcomes, les épithéliomes, les carcinomes.

Chez l'enfant, au contraire, dans la majorité des cas on a affaire aux angiomes, aux granulomes et aux adénomes.

« S'agit-il, nous dit Villar (1), d'une tumeur fluctuante survenue accidentellement à propos d'un kyste de l'ovaire, on songera à ces dilatations lymphatiques signalées par Kœberlé. A-t-on affaire à une tumeur mollasse, se présentant sous la forme d'une petite figue appendue par un pédicule plus ou moins long à la cicatrice ombilicale, tumeur dont le début remonte fort loin, il faudra penser à un kyste soit sébacé, soit dermoïde.

Diagnostiquer un fibro-papillome est chose facile : la tumeur est dure, de consistance fibreuse ; elle est, le plus souvent, segmentée dans une assez grande étendue ; sa marche est assez rapide, mais on n'observe pas d'altération de l'état général.

Les tumeurs malignes se reconnaissent à leur marche. L'absence d'engorgement ganglionnaire ne doit pas entrer en ligne de compte. Ici, comme ailleurs, une tumeur dure, arrondie, à marche rapide, mais sans grand retentissement sur l'état général, doit faire penser au sarcome.

Le cancer se reconnait à son évolution plus rapide, à son aspect qui varie avec chaque forme, à l'altération de l'état général. Nous savons combien le cancer de l'ombilic est disposé à gagner les parties profondes. Blum nous a donné le moyen de diagnostiquer cette marche envahissante. Quand la tumeur est irréductible, nettement pédiculée, elle est le plus habituellement extra-péritonéale, tandis que lorsqu'elle a la forme d'un champignon placé vers la partie supérieure de la cicatrice, il y a de grandes chances pour qu'elle occupe le trajet ombilical, et présente des connexions intimes avec le péritoine. »

Ludwig Pernice a remarqué que, dans la moitié des cas observés, les papillomes étaient pédiculés. On devrait donc tenir compte de ce symptôme pour établir le diagnostic du fibro-papillome et du carcinome. Les adhérences dans la profondeur seraient à considérer, car, dans le carcinome, elles sont souvent la règle ; tandis que le fibro-papillome est généralement dépourvu de ces adhérences.

Cependant, cette adhérence profonde de la tumeur n'est pas une condition *sine qua non* de tumeur maligne, et Ludwig Pernice insiste avec raison sur ce point. En effet, dit-il, dans un cas de Füster il y avait des adhérences profondes, des papillomes trouvés encore après l'opération, et cependant on n'a eu aucune récidive.

D'autre part, par suite de l'ulcération remarquée sur certains papillomes de l'ombilic, il peut se produire une inflammation lymphatique péri-ombilicale pouvant faire supposer que la tumeur gagne en profondeur et pouvant donner le change avec un carcinome.

Dans ces cas, le diagnostic devient très difficile à établir, car on est en présence de papillomes non pédiculés comme le nôtre. Il faut avoirs recours à l'examen microscopique qui, seul, peut éclaircir, d'une façon certaine, le diagnostic.

Resterait à faire la diagnose entre le cancer secondaire et le carcinome primitif de l'ombilic. Dans un cas de

(1) F. Villar. — Loc. cit., p. 140.

Küster, un cancer de l'ombilic coïncidait avec des masses cancéreuses dans l'ovaire, les trompes et le sternum. Lorain a vu le cancer de l'ombilic chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus. On l'a rencontré aussi dans certains cas de cancer du foie, du péritoine, de l'intestin, de l'estomac C'est pour cela qu'il faut examiner fond les organes de la cavité abdominale. Quant à la variété du cancer, disons, avec Villar, qu'à l'ombilic l'épithélioma est presque toujours primitif et le carcinome presque toujours secondaire. C'est donc encore au microscope à nous fixer à ce sujet.

Le *pronostic clinique* du fibro-papillome de l'ombilic est favorable. Dans les observations que nous avons données, la guérison complète a été obtenue, bien que les résultats éloignés manquent, si ce n'est dans notre cas, car nous avons revu cette année notre malade en parfaite santé.

Que dire sur la transformation épithéliomateuse possible des papillomes de l'ombilic?

Nous partageons formellement, à ce sujet, l'opinion de M. S. Duplay et de M. Cazin (1). « On a, sur ce point, disent-ils, formulé des conclusions exagérées, basées peut-être, dans bien des cas, sur des erreurs de diagnostic histologique résultant de ce fait que toutes les tumeurs, y compris les cancers épithéliaux, peuvent affecter des aspects papillomateux susceptibles d'induire en erreur les histologistes les plus exercés. D'autre part, comme Cornil et Ranvier y insistent avec raison, on peut prendre un papillome pour un épithéliome, lorsque la section, faite à travers le papillome, est un peu oblique; en effet, dans ces conditions, les espaces interpapillaires coupés obliquement à leur base ressemblent tout à fait à des lobules d'épithéliome.»

Par conséquent, le papillome de l'ombilic peut, fort longtemps, persister, sans qu'aucune évolution vers le cancer se montre dans les cellules.

Cela n'empêche pas, évidemment, disaient encore et avec raison S. Duplay et M. Cazin, que dans certains cas, d'ailleurs très peu nombreux, on a pu voir un cancer épithélial se développer sur un papillome, comme au niveau d'une cicatrice ancienne ou d'un vieil ulcère.

Au point de vue du *traitement*, nous conseillons donc d'extirper complètement les fibro-papillomes de l'ombilic, comme toutes les tumeurs de cette région. Ludwig Pernice va même plus loin que nous. Il est d'avis qu'il faut même faire l'ablation du péritoine sous-jacent à la tumeur. Il faut, dans ces cas, dit-il, prendre toutes les précautions rendues nécessaires par la présence du pus et de la suppuration. Il est possible d'écarter la source de l'infection avant l'ouverture de la cavité abdominale, par un grattage énergique, par des cautérisations sur la tumeur et son pédicule, quelques jours avant l'opération, cautérisations suivies de pansements au sublimé, fréquemment renouvelés.

Nous ne suivrons pas complètement l'auteur dans cette voie. Nous pensons que l'ablation d'une tumeur bénigne de l'ombilic, telle qu'un fibro-papillome, n'exige pas une thérapeutique aussi radicale. Nous ne conseillerons l'ouverture du péritoine et l'ablation d'une portion de celui-ci que s'il est envahi par une tumeur maligne.

Dans ces cas, s'il y a une large base d'implantation de la tumeur, si son point d'insertion est profondément situé, il ne faut pas hésiter à faire l'excision complète de l'anneau ombilical, en allant au delà des limites de la lésion, c'est-à-dire en enlevant une partie suffisamment grande du péritoine ; en un mot, en faisant hardiment une véritable *laparectomie*.

(1) S. Duplay et M. Cazin. — Loc. cit., p. 151-152.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 février.

Un cas de névrite lépreuse

MM. **Jeanselme** et **Huet** présentent un malade atteint de lèpre avec névrites motrices et sensitives et hypertrophie considérable des nerfs correspondants.

A gauche, les nerfs radial et cubital atteignent presque le volume du petit doigt, le nerf médian un volume un peu moindre; ils peuvent être suivis sur le bras dans une grande partie de leur trajet. Des filets superficiels du nerf musculo-cutané et du nerf radial peuvent être suivis également, sur une grande longueur, sous la peau de l'avant-bras. Tous les muscles de la main animés par le médian et le cubital, et tous les muscles postérieurs de l'avant-bras animés par le radial sont très atrophiés et présentent une D. R. très prononcée.

A la face, il existe de la paralysie dans le domaine des rameaux moyens et supérieur du nerf facial droit, une hypertrophie du nerf auriculo-temporal droit, des nerfs sus et sous-orbitaires des deux côtés. Sur le cou, à droite, la branche auriculaire et la branche mastoïdienne du plexus cervical superficiel atteignent le volume d'une plume d'oie et peuvent être suivis depuis le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'au crâne.

Il est à remarquer que non seulement l'anesthésie, mais encore l'éruption lépreuse affectent la distribution des branches nerveuses hypertrophiées. Il a existé aussi, dans le territoire de ces nerfs, de violentes névralgies actuellement disparues. Un traitement par l'huile de Chaulmoogra à dose élevée et par des applications locales d'ichthyol a amené une grande amélioration, et, sur quelques-uns des nerfs précédents, l'hypertrophie a beaucoup diminué.

Polynévrite sulfocarbonée

MM. **G. Guillain** et **V. Courtellemont** présentent un malade atteint de polynévrite sulfocarbonée. Il s'agit d'un jeune homme travaillant dans une fabrique de ballons de caoutchouc qui, trois mois après avoir commencé cette profession, fut atteint successivement d'une paralysie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs en même temps que de troubles digestifs avec odeur permanente de sulfure de carbone dans la bouche, céphalée, sensation d'ivresse, troubles de la mémoire.

Après avoir rapporté les symptômes nerveux, les auteurs insistent sur certaines particularités de cette observation.

La paralysie, contrairement à ce que l'on constate ordinairement, s'est montrée d'une façon très précoce, trois mois après le début de l'intoxication.

Généralement, les membres inférieurs sont seuls atteints dans les névrites sulfocarbonées; dans ce cas les membres supérieurs ont également été touchés.

Contrairement à la règle, les troubles de la sensibilité et les troubles d'ordre génital ont fait défaut.

Les auteurs discutent l'origine centrale ou périphérique de ces paralysies et insistent en terminant sur les infractions à l'hygiène professionnelle que commettent les trempeurs de ballons en caoutchouc.

Cet état de choses nécessiterait une réforme qui pourrait être utile au point de vue social.

Sur l'évolution de l'amaurose tabétique

MM. **P. Mary** et **Léry**, après avoir étudié trente-deux cas d'amaurose tabétique, ont constaté l'existence de deux phases dans l'évolution de ce trouble visuel : une première survenant au maximum deux ans après le début du tabes et se caractérisant par la disparition rapide de la vision nette ; une seconde, infiniment plus tardive, se déclarant dix, vingt et même trente ans après le début du tabes, au cours de laquelle se produit la perte complète de toute perception lumineuse. Les auteurs ont pu s'assurer aussi que le traitement antisyphilitique n'est pour rien dans la production de l'amaurose.

AUTRES COMMUNICATIONS

MM. Brissaud et Meige. — Cas de gigantisme avec infantilisme.

M. Costan. — Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique.

M. Egger. — Contribution à l'étude de la sensibilité osseuse au diapason.

MM. Garnier et Thaon. — Paralysie faciale périphérique dans l'érysipèle.

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février.

Après le discours d'usage du président sortant, **M. Kirmisson**, et la revue des travaux de l'année, **M. Segond**, secrétaire général, a prononcé l'éloge de M. le Dr Bouilly, ancien président de la Société, éloge que nous avons reproduit *in extenso* en tête du journal.

Ox.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier

Pression artérielle et hémorragies dans la fièvre typhoïde

M. Teissier. — Nos collègues, Renon et Marfan, ont rapporté deux observations intéressantes de fièvre typhoïde grave survenue chez des diabétiques et surtout caractérisées par des hémorragies intestinales répétées, abondantes et, dans un cas, mortelles.

Je n'ai pas trouvé, dans ces deux observations, mention d'un phénomène qui aurait pu, dans une certaine mesure, faire présager la possibilité et la gravité de ces hémorragies. Je fais allusion à l'hypertension artérielle qui est habituelle et très considérable dans le diabète, qui devait exister chez ces deux diabétiques et que la fièvre typhoïde ne suffisait pas à atténuer.

J'ai rapporté, il y a quelques années, des faits démontrant que, dans une maladie hypotensive comme la fièvre typhoïde, une élévation passagère de la tension artérielle pourrait indiquer la survenue ou la préparation d'une complication aiguë et, notamment, d'une hémorragie intestinale. Et je disais qu'il s'agissait là d'un phénomène du même ordre que la disparition du dicrotisme dans la fièvre typhoïde considérée par M. le prof. Bouchard comme un signe prémonitoire d'une hémorragie intestinale.

Du purpura réveillé par la station debout

M. Apert. — La communication de MM. Achard et Grenet sur le purpura arthritique m'engage à vous rappeler que, sur sept cas de purpura exanthématique publiés dans ma thèse, le lever après une période de lit prolongée a réveillé des poussées purpuriques dans trois cas.

De tels faits sont presque la règle dans cette forme de purpura, et ne sauraient caractériser une variété spéciale. Ainsi que tant d'autres variétés anciennement décrites : purpura simplex, purpura rhumatismal, purpura rhumatoïde, péliose rhumatismale, purpura nerveux, purpura myélopathique, œdème pourpre, etc., le purpura orthostatique n'est qu'un cas particulier de purpura exanthématique. Si on tient à conserver le terme, il faut qu'il soit bien entendu qu'il ne s'agit pas d'une variété nouvelle, mais d'un simple moyen de dénommer une façon d'évoluer fréquente du purpura exanthématique.

MM. Thibierge et Danlos insistent, comme M. Apert, sur l'influence considérable de la position sur ces hémorragies purpuriques. C'est ainsi que M. Danlos a observé pendant six mois, dans son service, un malade qui, lorsqu'il gardait la position couchée, ne présentait absolument rien d'anormal et qui, dès qu'il se levait, voire même lorsqu'il se mettait sur son séant, était pris immédiatement de suffusions sanguines.

M. Achard observe que cette notion de l'influence de la position sur le purpura est d'autant plus intéressante à signaler, qu'on n'en fait pas mention dans les livres classiques.

Insuffisance aortique avec troubles pupillaires. Tabes fruste et incipiens contrôlé par l'examen de la moelle

M. Henri Dufour. — Les rapports existant entre les lésions de l'aorte et le tabes, ont fait l'objet de nombreux travaux depuis ceux de Vulpian et Charcot jusqu'à ceux, tout récents (1903), de M. Jean Heitz. Mais en 1901, M. Babinski et après lui, en 1902, M. Vaquez, ont rajeuni la question en nous démontrant cliniquement la nécessité de rapporter à un tabes fruste des signes oculaires, attribués trop souvent aux lésions aortiques. Je suis en mesure de donner la preuve anatomo-pathologique du bien-fondé de cette opinion.

Une femme atteinte d'insuffisance aortique et de sclérose rénale, présente de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson unilatéral et la perte des réflexes rotuliens. Elle n'a jamais eu de douleurs fulgurantes. C'est bien d'un tabes qu'il s'agit, puisqu'au moment de sa mort survenue peu de temps après son entrée à l'hôpital, cette malade n'a eu aucune conscience de son affection médullaire. Les coupes de la moelle m'ont montré, du haut en bas, les lésions typiques du tabes incipiens, telles qu'elles ont été décrites par Pierret, Westphal, Raymond et, tout dernièrement, par Nageotte. Actuellement, avec un minimum de signes cliniques, nous pouvons donc dépister le tabes ; ici, deux réflexes disparus ont suffi. L'augmentation du nombre de faits semblables nous a permis dans ces derniers temps de réformer complètement notre opinion sur le pronostic du tabes, et de le considérer le plus souvent comme une maladie bénigne.

Hypertension

M. Vaquez. — Potain nous a le premier appris à connaître l'hypertension, qui ne peut nous être révélée que par les mesures sphygmomanométriques, les autres procédés d'exploration étant, à notre avis, et aussi comme le dit Basch, illusoires et trompeurs. Mais, jusqu'à présent, d'après les données de notre maître, l'hypertension était considérée comme un symptôme confirmatif ou révélateur de la néphrite chronique.

La valeur pronostique de l'hypertension a été reconnue depuis que Ziemssen, dans ses recherches sur l'urémie, et nous-même, avec Nobécourt, dans nos études sur l'éclampsie, avons montré qu'elle précédait les accès convulsifs et en annonçait l'apparition. Un grand nombre de faits observés nous permettent aujourd'hui de dire que beaucoup d'accidents qui surviennent au cours d'affections de nature très différente, mais qui, toutes, présentent ce symptôme commun de l'hypertension, reconnaissent comme cause ce symptôme lui-même et non la maladie qu'il accompagne. Ces trois affections sont l'intoxication saturnine aiguë, l'éclampsie et l'urémie.

L'élévation considérable de la pression artérielle pouvant atteindre de 25 à 30 centimètres de mercure est bien connue au cours de l'urémie et de l'éclampsie. Nos recherches, en ce qui concerne l'éclampsie, ont été confirmées à l'étranger par Schrœder, Krönig, etc. Tout récemment, Pal a montré que l'intoxication saturnine aiguë, la colique de plomb, peuvent s'accompagner d'une hypertension considérable, puisqu'elle atteint jusqu'à 180 millim. au tonomètre de Gaertner.

Or, dans chacune de ces trois affections, les complications dont nous allons parler coïncident justement avec l'élévation transitoire ou permanente de la tension artérielle, elles se manifestent avec des symptômes identiques et sont soumises à une évolution semblable.

L'*amaurose* qui survient d'emblée, sans autre signe prémonitoire qu'une céphalée violente, apparaît aussi bien au cours de l'urémie (Pal) qu'au cours de l'éclampsie (Schauta) ou de la colique de plomb (Weber, Jaccoud, Pal). Elle est indépendante de la rétinite qui évolue lentement et s'accompagne de lésions du fond de l'œil faciles à reconnaître. Elle rétrocède souvent très vite. Dans la colique de plomb, comme l'a montré Pal, elle apparaît à l'acmé de l'hypertension.

L'hémianopsie reconnaît souvent une cause identique ; nous l'avons notée dans un cas de mal de Bright où la pression était à 29 cent. Uthoff la signale dans l'intoxication saturnine, Knapp en rapporte trois observations relatives à des éclamptiques.

L'aphasie transitoire est également un

symptôme commun de ces trois affections. Gaucher la signale dans le saturnisme aigu, Theuveny dans l'éclampsie, nous l'avons constatée au cours de la néphrite avec hypertension à 30 cent. Elle dura trois heures, et quelques jours après la pression était retombée à 23.

Dans un autre cas, avec une élévation rapide de la pression qui, de 24 cent. était montée à 29 cent., nous avons vu apparaître un délire maniaque qui dura trois jours chez un malade atteint de néphrite chronique. Pareil fait a été constaté dans le saturnisme (Racine), dans l'eclampsie (Stewart) bien que la tension n'ait pas été prise, mais dans des conditions où nous savons qu'elle est habituellement élevée.

Les *crises convulsives* de l'encéphalopathie saturnine, au cours de la colique, celles de l'urémie, de l'éclampsie, sont précédées habituellement et accompagnées d'élévation excessive de la tension. Menetrier a constaté une pression de 27 cent. dans un cas de convulsions liées au saturnisme. Ziemwen, dans l'urémie, nous-même dans l'éclampsie avons noté antérieurement des rapports analogues entre l'hypertension et l'apparition des crises convulsives.

Enfin, la mort subite, foudroyante, peut être la terminaison de l'hypertension quelle qu'en soit la cause. On l'a signalée et quatre de nos malades ont succombé de cette façon. Tout sujet chez lequel la tension se maintient habituellement au-dessus de 25 cent est exposé à mourir subitement. Aussi cette terminaison est-elle exceptionnelle dans l'intoxication saturnine aiguë, où l'hypertension est de courte durée, moins rare dans l'éclampsie, fréquente dans l'urémie. Elle s'explique alors par des hémorragies cérébrales étendues.

En résumé il est un certain nombre d'accidents survenant au cours de maladies à hypertension qui reconnaissent ce symptôme comme cause; c'est l'amaurose, l'hémianopsie, l'aphasie transitoire, certain délire maniaque, les convulsions et la mort subite. Leur étude ne peut être poursuivie que le sphygmomanomètre à la main.

Relativement à la pathogénie de l'éclampsie au sujet de laquelle nos recherches ne sont pas terminées, nous dirons seulement que les théories actuellement ou provisoirement acceptées sont insuffisantes. La lésion rénale qu'on en rendait responsable peut manquer aussi bien dans l'éclampsie puerpérale que dans le saturnisme aigu (Menétrier).

Les recherches de Livon, Martinotti, Bernard et Bégart, etc., nous incitent à rechercher, dans tous les cas où les accidents précédemment signalés se sont produits, l'état exact des glandes hypertensives, notamment des capsules surrénales, seules capables de provoquer les phénomènes de vaso-constriction qui accompagnent et expliquent ces accidents.

A l'autopsie d'un de nos malades mort après avoir présenté pendant longtemps de l'hypertension, nous avons trouvé un adénome de la capsule surrénale.

Sur la prétendue contracture syphilitique secondaire du biceps

M. Thibierge présente une femme de dix-huit ans, atteinte de syphilides folliculaires généralisées et de l'affection dite « contracture syphilitique du biceps brachial ». Il montre que, malgré le nom donné à cette affection, il ne s'agit pas de contracture à proprement parler, le muscle biceps ne présentant, ni au repos, ni dans les efforts, la consistance d'un muscle contracturé; que les troubles ne portent pas seulement sur le biceps, mais aussi sur le triceps, la flexion complète de l'avant-bras étant aussi impossible à obtenir que son extension complète.

La malade présente quelques petits signes d'hystérie, entre autres une résistance considérable au passage du courant électrique, surtout du côté gauche où siègent les troubles de la contraction musculaire. Elle éprouve des douleurs spontanées et surtout à l'occasion des mouvements communiqués et forcés, au niveau de la partie postérieure de l'olécrâne et du pli du coude.

En rapprochant ce cas de ceux de MM. Audry et Bodin, dans lesquels les troubles musculaires ont guéri brusquement à la suite d'injections d'eau distillée ou de sérum artificiel dans le corps du biceps, on doit admettre que la prétendue contracture *dite syphilitique* du biceps est une manifestation d'hystérie; sa localisation sur le biceps et sur le triceps du bras est provoquée par les douleurs symptomatiques des lésions des tissus fibreux ostéo-articulaires d'origine syphilitique; mais elle peut persister après la disparition de ces douleurs.

Cette affection, très rare, n'est donc ni une contracture, ni une manifestation syphilitique proprement dite, ni un trouble localisé au muscle biceps : il vaudrait mieux la désigner sous le nom de myopathie ou de pseudo-contracture réflexe des syphilitiques secondaires.

J. J.

DÉPARTEMENTS

Lésions du cervelet dans quelques formes d'aliénation mentale

M. le médecin aide-major **Bridier** a communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon ses recherches sur le cervelet dans quelques formes d'aliénation mentale.

Il a constaté, dans deux cas de démence sénile, des proliférations névrogliques abondantes autour des cellules de Purkinje; dans une démence rapide chez une syphilitique, des lésions cellulaires et l'existence d'éléments analogues aux cellules de Purkinje, mais plus petits et doublant en dessous la couche normale de ces cellules; enfin, dans une démence à longue évolution, des altérations morphologiques notables, allant jusqu'à la destruction cellulaire.

L'auteur pense que ces faits, malgré leur petit nombre, semblent de nature à légitimer la nécessité d'un examen minutieux du cervelet des aliénés, et que cette étude permettra peut-être d'atteindre l'interprétation de phénomènes cliniques obscurs.

Le durillon des marbriers

M. Ancian, interne des hôpitaux, a signalé, dans les *Archives médicales de Toulouse* (1er février 1901), un signe non encore décrit, paraît-il, et qui serait de nature à permettre d'établir en médecine légale l'identité des marbriers et tailleurs de pierre.

A la suite d'une enquête faite sur une trentaine de personnes appartenant à ces professions M. Ancian a constaté que tailleurs de pierre et marbriers ont à la base du petit doigt gauche une saillie plus ou moins volumineuse, plus ou moins cornée.

Elle siège au niveau de la première phalange, occupant en partie la face postérieure, en partie la face interne, par rapport au plan médian de la main. De volume assez variable, elle se présente tantôt comme une petite masse très dure de 1 centimètre à 1 centim. 1/4 sur une épaisseur de 3 à 5 millimètres, tantôt, au contraire, assez volumineuse pour donner à la phalange un aspect de spina ventosa avec gonflement prédominant naturellement et toujours à la partie interne et postérieure. Atteignant dans ce cas près de 2 cent. de diamètre, elle n'est pas très dure; la peau a bien subi un travail d'hyperkératinisation, mais on ne trouve pas, comme dans le cas précédent, une partie aussi indurée, ni aussi nettement délimitée; elle se fond progressivement avec les parties voisines.

Quant à la couleur, elle est toujours plus ou moins jaunâtre. Dans les cas où l'on sent un véritable durillon, il présente en général une sorte de gouttière transversale par rapport à la direction du doigt.

Cette induration marquée se retrouve surtout chez les ouvriers âgés, mais M. Ancian en a rencontré deux cas chez des jeunes gens de vingt-deux à vingt-cinq ans; chez ces derniers, on trouve plutôt les grosses saillies molles.

Ces durillons ne sont d'ailleurs ni douloureux, ni gênants.

Il ne semble pas, du moins pour les ouvriers interrogés, que cette région soit sujette aux poussées inflammatoires; aucun ne se souvient d'avoir vu sur lui ou sur ses camarades d'abcès développé à ce niveau. C'est tout au plus si, quelquefois, pendant l'hiver, il s'y produit quelques crevasses, sans conséquences d'ailleurs.

Quant à la cause de cette hyperkératose, elle existe tout simplement dans ce fait, que tailleurs de pierre et marbriers, pour mieux fixer leur ciseau ou par rou-

tine, le tiennent en le faisant passer entre l'annulaire et le petit doigt.

On conçoit dès lors aussi l'existence de la gouttière transversale qui n'est autre que l'empreinte de l'outil.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Régression de sarcomes sous l'influence des rayons X

C'est surtout dans les cancers, et notamment dans ceux de la peau, que le succès de la radiothérapie rœntgénienne ont été enregistrés jusqu'ici. Beaucoup moins connue est l'action des rayons X sur les tumeurs sarcomateuses. Cela étant, il y a lieu de signaler deux faits de régression, sous l'influence de ces rayons, de sarcomes de la cavité nasale, relatés, l'un par **M. R. Kienbœck**, l'autre par **M. Grosmann**, dans la séance du 22 janvier de la Société império-royale de médecine de Vienne.

Dans la première de ces observations, il s'agissait d'une femme atteinte d'un sarcome de la cavité nasale. Cette tumeur, après avoir été opérée, en plusieurs séances, par le prof. Gersuny, récidiva et devint inopérable. Le sarcome remplissait les cavités nasale et pharyngienne; le dos du nez était transformé en une tumeur dure ulcérée; les globes oculaires se trouvaient déjetés de côté, la malade étant devenu complètement aveugle d'un œil, l'autre œil n'ayant conservé qu'une vision minime. Il y avait atrophie des deux nerfs optiques, douleurs violentes de la face dues à l'accroissement rapide de la tumeur et affaiblissement de l'ouïe.

Dans cet état, la malade fut soumise à l'action des rayons de Rœntgen, les séances étant répétées une fois par semaine. Quelques jours après la première séance les douleurs disparurent; ensuite commença une diminution progressive et continue, d'abord de la tumeur nasale, puis des masses sarcomateuses intra-nasales et intra-pharyngiennes. La vue et l'ouïe se rétablirent, les globes oculaires reprirent leur position normale. Actuellement, la malade n'est pas encore guérie, mais elle est heureuse de ne plus souffrir, et le sarcome continue à diminuer.

La seconde observation, celle de M. Grossmann, concerne un polype du nez chez une femme également, qui ne cessait de récidiver après chaque ablation. L'examen microscopique ayant montré que ce polype n'était autre chose qu'un sarcome à cellules fusiformes, M. Grossmann, après en avoir pratiqué encore une fois l'ablation, soumit à l'action des rayons de Röntgen les points où ne tardèrent pas à se montrer de nouvelles excroissances sarcomateuses, qu'il parvint de la sorte à enrayer complètement. La guérison, à l'heure qu'il est, paraît complète. Reste à savoir si elle se maintiendra

Mélanodermie transitoire après emploi d'extrait surrénal comme hémostatique

Au cours de deux opérations gynécologiques pendant lesquelles, à l'effet d'assurer l'hémostase, 1,5 à 1,75 cc de solution d'extrait surrénal à 1 °/₀ furent injectés dans l'épaisseur des tissus, **M. A. Schnecking** (*Münch. med. Woch.*, 2 février 1904) a vu survenir, chez ses opérées, une coloration noirâtre des téguments, assez semblable à celle qu'on observe dans la maladie d'Addison.

Cette mélanodermie était moins nette et plus fugace chez la première malade. Comme, d'autre part, elle s'était montrée ici durant la narcose chloroformique, l'auteur crut avoir affaire à une simple cyanose.

Dans la seconde observation, ce phénomène survint sept minutes environ après l'injection d'extrait surrénal dans l'épaisseur du col utérin et de la paroi postérieure du vagin. Les téguments de la malade prirent alors une coloration noire-bleuâtre. Cependant le pouls était bon, mais la femme paraissait respirer superficiellement, ce qui détermina l'auteur à pratiquer la respiration artificielle. Les mouvements respiratoires spontanés ne tardèrent pas à devenir amples et réguliers, mais la mélanodermie persista comme devant. On réveilla alors la malade qui fut prise aussitôt de vomissements. La coloration noirâtre de la peau ne disparut qu'une demi-heure plus tard.

Ces deux observations laisseraient supposer, d'après l'auteur, que la mélanodermie des addisoniens est due à une hypersécrétion interne de suc surrénal.

V. DE H.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Enseignement médical dans les hôpitaux (année 1904).

Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

HOTEL-DIEU

M. *Brissaud.* — Maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/2, salon de la salle Sainte-Madeleine.

M. *Faisans.* — Maladies des voies respiratoires, tous les jours, 9 h. 1/4, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique.

M. *Ballet.* — Maladies du système nerveux, samedi, 9 h. 1/2, salon de la salle Sainte-Anne (leçon le dimanche, à 10 h., amphithéâtre Trousseau, à partir du 1er dimanche de février).

M. *A. Petit.* — Conférences sur les maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 h., salle Sainte-Martine.

M. *Championnière.* — Clinique chirurgicale, jeudi, 10 h., amphithéâtre Desault. Opérations abdominales, mardi, 9 h., salle de gynécologie.

M. *Enriquez.* — Examen des malades, clinique médicale, tous les jours (excepté le jeudi), 9 h. 1/2, consultation.

M. *Marion.* — Exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h., consultation.

PITIÉ

M. *Babinski.* — Maladies du système nerveux, samedi, 10 h. 1/4, amphithéâtre des cours.

M. *Darier.* — Leçons sur les maladies de la peau, samedi, 9 h. 1/4, amphithéâtre des cours. Opérations dermatologiques, mardi, 9 h. 1/2, salle Serres.

M. *Dalché.* — Gynécologie médicale, jeudi 9 h. 3/4, amphithéâtre des cours; mercredi, 9 h. 1/2, salle des consultations spéciales.

M. *Lion.* — Leçons sur les maladies de l'estomac, vendredi, 10 h. 1/4, salle Grisolle.

M. *L. Renon.* — Maladies du cœur et du poumon, vendredi, 9 h. 1/2, amphithéâtre des cours.

M. *Claisse.* — Maladies des voies respiratoires et maladies infectieuses, jeudi, 10 h. 1/2, amphithéâtre des cours.

M. *Walther.* — Visite des malades, tous les jours, 9 h., salles Broca et Gerdy. Opérations et conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 h., pavillon Gerdy.

M. *Lepage.* — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, service d'accouchement.

CHARITÉ

M. *Moutard-Martin.* — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h., au lit des malades.

M. *Oulmont.* — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h., au lit des malades; vendredi, 10 h., amphithéâtre Potain.

M. *Roger.* — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h., au lit des malades; mardi, 10 h., amphithéâtre Potain.

M. *Campenon.* — Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades; samedi, 10 h. 1/2, amphithéâtre Potain. Opérations, mardi, samedi.

M. *Maygrier.* — Clinique obstétricale, jeudi, 10 h., amphithéâtre Potain.

SAINT-ANTOINE

M. *A. Siredey.* — Conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h., salles Bichat et Chomel. Conférences de gynécologie médicale, jeudi, 10 h., à l'annexe de la salle Chomel.

M. *Béclère.* — Maladies des organes thoraciques : examen clinique des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Grisolle et Magendie; examen radioscopique des malades, samedi, 10 h., laboratoire Grisolle; conférences de radiologie médicale. (Pour les conférences et les exercices pratiques de radiographie dans le laboratoire du Dr Béclère; voir affiche spéciale).

M. *Thoinot.* — Examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Marjolin, Roux et Corvisart.

M. *Vaquez.* — Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, mardi, jeudi, 10 h., pavillon Lorain.

M. *Jacquet.* — Maladies de la peau et syphilis, mardi, samedi, 10 h. 1/2, salle Aran.

M. *Le Noir.* — Maladies du tube digestif et de la nutrition. Conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, 10 h. 1/2, salle Axenfeld.

M. *Mosny.* — Maladies du poumon et de la plèvre, mardi, 9 h. 1/2, salle Nélaton.

M. *Lermoyez.* — Maladies du nez, du larynx et des oreilles : conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi, 9 h. 1/2; opérations, lundi, vendredi, 9 h. 1/2, service des maladies du nez, du larynx et des oreilles.

M. *Bar.* — Examen des malades, tous les

jours, 9 h. 1/2, Maternité. Leçon, jeudi, 10 h., Maternité.

M. *Macaigne.* — Examen des malades, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, salle de la consultation.

NECKER

M. *Huchard.* — Leçons de clinique thérapeutique, vendredi, 10 heures; amphithéâtre Laënnec.

M. *Cuffer.* — Conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 h., pavillon Péter. Leçons de pathologie clinique mercredi, 10 h. 1/2, pavillon Péter. Leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Barth.* — Leçons cliniques, tous les jours 10 h., au lit des malades.

M. *Hirtz.* — Leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Traitement des maladies de l'appareil pulmonaire, jeudi, 10 h., amphithéâtre Laënnec.

M. *Routier.* — Clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h., au lit des malades.

COCHIN

M. *Chauffard.* — Conférences de clinique médicale, samedi, 10 h., amphithéâtre du service.

M. *Widal.* — Médecine générale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; lundi, 10 h. 1/2, amphithéâtre du service.

M. *Schwartz.* — Chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Quénu.* — Pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

COCHIN (ANNEXE)

M. *A. Renault.* — Affections vénériennes et cutanées, mercredi, samedi, 10 h. 1/2, salle de la 3e division.

M. *Queyrat.* — Maladies de la peau (policlinique), vendredi, 9 heures, salle des cours. Maladies des voies urinaires. Traitement des syphilitiques (policlinique), mardi, 8 heures 1/2, salle d'opérations. Maladies vénériennes : conférences cliniques, lundi, 10 h., salle des cours; examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi, dimanche, 9 h., salle d'opérations.

M. *Humbert.* — Examen des malades et opérations, mardi, vendredi, 10 h. 1/2.

BEAUJON

M. *Troisier.* — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h., au lit des malades; jeudi, leçons à l'amphithéâtre

M. *Lacombe.* — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h., au lit des malades.

M. *A. Robin.* — Clinique. Thérapeutique, mercredi. 9 h. 1/2, sacristie.

M. *P. Berger.* — Chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h., au lit des malades. Chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi, 9 h., au lit des malades

M. *Bazy.* — Conférences sur les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Chirurgie générale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Opérations de gynécologie, mardi, vendredi, 9 h. 1/2, pavillon Dolbeau.

M. *Tuffier.* — Opérations, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Clinique et opérations, mardi, jeudi samedi, 9 h. 1/2. Clinique, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers d'académie

M. Ramleaud, à Paris,

MM. Renoux, à Agen; Blandin, à Mortagne-sur-Gironde; Baillot, à Tours; Brindel, à Bordeaux.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 2 février

12 Mocquot — 10 Doury, Feuillié, Vouters, Carlotti — 9 Huré — 8 Raymond — 6 Gravelotte — 5 Roboul.

Pathologie

2 février

14 Ferrand — 13 Poisot — 10 Berthaux — 9 Burnier — 8 Vincent — 6 Séris, Trocmé, Monier — 5 Duplay — 3 Jousset.

4 février

11 H. Rendu — 8 A. Patry, Benoît — 7 Bazalguette, Gomand — 6 Tixier, Savouré, Robert — 5 F. Patry — 3 Hernette — 2 Bergeaux.

ISOLEMENT DES TUBERCULEUX DANS LES HOPITAUX

Grâce à l'obligeance de son auteur nous avons pu donner *in extenso*, dans notre numéro du 27 janvier dernier (p. 79), le rapport fait par M. le Dr **Armaingaud**, à la « Commission permanente de préservation contre la tuberculose » au nom de la septième sous-commission.

Ce document portait sur la question de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux et concluait (se reporter au numéro ci-dessus indiqué) à la nécessité de réaliser cet isolement. Les conclusions de M. Armaingaud furent adoptées après quelques modifications tout à fait insignifiantes de rédaction.

Nous avons cru pouvoir prédire, lors de la constitution de cette commission permanente, qu'elle jouerait un rôle capital dans la lutte contre la tuberculose et nous savions de bonne source qu'elle était bien résolue à l'action.

C'est ce que prouve la rapidité avec laquelle le vote des conclusions du rapport de M. Armaingaud a été suivi d'une décision administrative qui, croyons-nous, ne restera pas lettre morte.

M. le Ministre de l'Intérieur vient, en effet, de prescrire aux préfets « de tenir la main à ce qu'on se conforme, dans le plus bref délai possible » aux conclusions adoptées par la Commission permanente. « Il importe d'aboutir, dit en terminant le ministre. La question devra être étudiée immédiatement par les commissions hospitalières en s'aidant des lumières du corps médical et solutionnée par elles sans retard ».

Il est bien évident que l'application de cette mesure modifiera profondément les habitudes, les traditions et l'enseignement des médecins des hôpitaux. Comme l'a fait pressentir M. Mesureur, c'est, en effet, le quart au moins des services de médecine qui devra être affecté aux seuls tuberculeux. D'où il suit qu'une proportion à peu près équivalente des chefs de service de médecine devra se cantonner dans la tuberculose. La Société des Hôpitaux avait, tout récemment, émis l'avis qu'il suffirait, pour réaliser un isolement convenable, de diviser les salles de médecine générale par des cloisons vitrées et de réserver certains compartiments aux tuberculeux. Mais la circulaire ministérielle dit expressément que cette sorte d'isolement « n'est qu'un procédé imparfait qui doit être tout exceptionnel et n'avoir qu'un caractère provisoire. »

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique, saisi de la question par M. Mesureur, a décidé de l'étudier rapidement et il a désigné comme rapporteur M. André Lefèvre, ancien conseiller municipal de Paris.

Le Conseil municipal vient d'être saisi par MM. Henri Turot et Quentin-Bauchart d'un projet de délibération ainsi conçu :

M. le Préfet de police est invité à prendre un arrêté interdisant les affiches des guérisseurs des maladies vénériennes apposées dans les urinoirs, vespasiennes, chalets de nécessité et autres lieux publics, et contenant soit des promesses de guérison rapide avec ou sans emploi de mercure, affiches qui constituent un danger pour la santé publique.

Ce projet a été renvoyé par le Conseil à sa deuxième commission pour examen

Nos lecteurs se souviennent sans doute que M. le prof. Folet (de Lille) a soutenu récemment cette idée dans ce journal (*Bulletin médical*, 1903, no 94).

STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS

Le service de la statistique municipale pendant la quatrième semaine de 1904 a compté 1055 décès, au lieu de 957 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 964.

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire sont en partie cause de cette augmentation. Elles ont fourni 207 décès, au lieu de 189 la semaine précédente. En outre, la grippe a causé 7 décès.

Les maladies contagieuses continuent à être assez rares : typhoïde, 9 décès, *variole*, 3 (*chiffre identique à la moyenne*) ; scarlatine, 1; coqueluche, 3; diphtérie, 8. Seule la rougeole est en augmentation. Elle a causé 18 décès au lieu de 15 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 9. Le nombre des cas nouveaux 184 est stationnaire.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Emploi de gants en caoutchouc pour le décollement manuel du placenta

S'il est une intervention chirurgicale dans laquelle l'infection par les mains de l'opérateur est presque impossible à éviter, c'est bien le décollement manuel du placenta adhérent. En effet, les extrémités digitales de l'accoucheur, toujours plus ou moins chargées de germes pathogènes, malgré une désinfection préalable, se trouvent ici en un contact non seulement intime, mais pour ainsi dire violent avec les vaisseaux béants des parois utérines. Aussi la mortalité et la morbidité sont elles grandes après cette intervention et cela en dépit de l'observation rigoureuse des règles usuelles de l'asepsie. Pour ne citer à ce sujet que des statistiques récentes, disons que dans un relevé de Rosenthal, portant sur 12000 accouchements à la clinique obstétricale de Munich, de 1890 à 1900, la mortalité du décollement manuel du placenta est de 13 %, tandis que celle de l'opération césarienne ne dépasse pas 8,6 %. En ce qui concerne la morbidité à la suite du décollement manuel du placenta, elle atteint 50 % (dont 30 % d'affections fébriles graves) dans la statistique publiée par Seyffarth, qui concerne 9500 accouchements effectués de 1893 à 1901 à la clinique du prof. Olshausen.

En présence de ces chiffres si significatifs, M. Dœderlin, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Tuebingue, a, depuis quelque temps, adopté comme règle de se servir, pour le décollement manuel du placenta, de gants en caoutchouc dûment stérilisés qui, seuls, peuvent assurer l'asepsie opératoire. En procédant de la sorte, il est parvenu, comme nous l'apprend son assistant, M. K. Baisch (*Deutsche med. Wochenschr.*, 4 février 1904), à abaisser à zéro la mortalité et à 28 % la morbidité de l'intervention dont il s'agit.

L'hydroquinone comme antinévralgique

L'hydroquinone, bien connue des photographes, ne paraît pas avoir été employée, jusqu'ici, en qualité de médicament. Or, d'après les essais thérapeutiques entrepris par M. E. Mayer (*Berlin. klin. Woch.*, 8 février 1904) sur des malades du prof. L. Brieger, directeur de l'Institut hydrothérapique de la Faculté de médecine de Berlin, elle serait un analgésique d'une réelle valeur, susceptible de rendre des services dans le traitement des névralgies et des myalgies rebelles. En effet, grâce à l'emploi de cette substance, M. Mayer a pu obtenir la guérison d'une série d'affections névralgiques (y compris la sciatique) et de douleurs musculaires contre lesquelles tous les moyens imaginables, employés antérieurement, s'étaient montrés impuissants. On commence par faire prendre 1 gr. d'hydroquinone par jour, puis on porte progressivement à 4 gr. la dose quotidienne de ce médicament. Dans quelques cas particulièrement tenaces, l'auteur a dû employer une quantité totale de 40 gr. d'hydroquinone pour atteindre l'effet thérapeutique désiré. Le mieux serait de prescrire l'hydroquinone en solution. Le malade n'en prend que le soir après s'être couché, absorbant par cuillerées successives la dose qui lui est destinée pour les vingt-quatre heures (?). Il faut avoir soin de se servir toujours d'une solution fraîche et de la tenir à l'abri de la lumière, pour qu'elle ne se décompose pas. Après ingestion d'hydroquinone, on voit survenir fréquemment une transpiration abondante, surtout au niveau du membre qui est le siège de la névralgie. L'hydroquinone serait généralement bien supportée. Parfois seulement elle provoque un peu de nausée, de l'accélération du pouls et du vertige, phénomènes qui, d'ailleurs, ne tarderaient par à se dissiper dès qu'on suspend la médication.

Comme tous les autres médicaments l'hydroquinone n'est pas un moyen infaillible. Il est, en effet, des cas qui résistent à son action. Enfin, il convient de signaler encore ce fait que sur le rhumatisme articulaire l'hydroquinone ne paraît exercer aucune influence favorable.

Formulaire

Mélange contre les fièvres palustres rebelles à la quinine employée à elle seule (M. Harris, *Therap. med. Gaz.*, janvier 1904).

Sulfate (ou chlorhydrate) de quinine...........	2 gr. 50 à 4 gr.
Salol....................	2 gr. 50 à 4 gr.
Sulfate de codéine	0 gr.18
Phénacétine......	2 gr. à 2 gr.50

En douze cachets. — A prendre: un cachet toutes les trois ou quatre heures.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl.

Pour prendre rang du 1er février et maintenus à leurs postes actuels.

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

MM. Louis, hôp. mil. du Val-de-Grâce à Paris.
Izaac, 1er cuirassiers.
Metzger, 102e d'inf.
Rouyer, 12e dragons.
Baur, 46e d'inf.
Baurrier, 10e cuirassiers.
Van Morris, 11e cuirassiers.
Conet, 9e hussards.
Poutet, 16e d'art.
Colineau, 65e d'inf.
Rit, 6e chass. à pied.
Barthélemy, 43e d'inf.
Beau, 13e cuirassiers.
Vallat, 7e génie.
Jouve, 13e chass. à cheval.
Maisonneuve, 45e d'inf.
Capdevielle, 58e d'inf.
Epaulard, 2e hussards.
Jousselin, 7e hussards.
Bordereau, 15e d'inf.
Couturier, hôp. mil. de la div. d'Oran.
Schwaebel, hôp. mil. d'Amélie-les-Bains.
Grenier, 78e d'inf.
Garcin, 3e d'art.

MM. Delmas, 53e d'inf.
Godeau, au 108e d'inf.
Potet, hôp. mil de la div. de Constantine.
Béraud, 97e d'inf.
Bauthéville, 1er d'art.
Roualet, 5e d'inf. légère d'Afrique.
Bumat, 20e d'inf.
Henriot, 24e d'inf.
Lecomte, 87e d'inf.
Deleuze, 134e d'inf.
Pourpre, 56e d'inf.
Ebstein, 67e d'inf.
Long, 95e d'inf.
Raoul, 26e d'inf.
Stitelet, 4e d'inf.
Limasset, 2e d'inf.
Julien-Laferrière, 127e d'inf.
Haméon, 62e d'inf.
Chardonneau, 124e d'inf.
Cristiani, 80e d'inf.
Perrin, 12e hussards.
Azemar, 79e d'inf.
Baraillhe, 93e d'inf.
Bridier, 1er chass. à cheval.
Chrétien, 109e d'inf.
Castéret, 9e chass. à cheval.
Orticoni, 112e d'inf.
Alaux, 10e d'inf.
Guénot, hôp. mil. de la div. d'Oran.
Jude, 116e d'inf.
Mandoul, 18e chass. à cheval.
Macaire, 1er étranger.
Flach, 9e dragons.
Delestan, 146e d'inf.
Brun, 50e d'inf.
Queyrot, 7e chass. à cheval.
De Kermabon, 2e chass. à cheval.
Duvau, hôp. mil. de la div. d'Oran.
Rehm, 6e chass. d'Afrique.
Rebierre, 3e d'inf. légère d'Afrique.
Noirot, 20e chass. à pied.
De Saint-Vincent de Parois, 11e chass. à cheval.

TABLEAU D'AVANCEMENT
Année 1904.

Pour le grade de méd. princ. de 1re cl.

Les méd. princ. de 2e cl. :

1 Choux, méd.-chef à l'éc. sup. de guerre.
2 Dubujadoux, méd.-chef de l'hosp. de Nîmes.
3 Villiès, méd.-chef de l'hosp. de Limoges.
4 Reverchon, méd.-chef de l'hosp. de Dijon.
5 Pouchet, méd.-chef de l'hosp. de Tours.
6 Bruant, méd.-chef de l'hop. Chambéry.
7 Quivogne, hôp. mil. Bégin à Saint-Mandé.

Pour le grade de méd. princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

2 (1) Vuillemin, m.-chef de l'hosp. d'Epinal.
3 Debrie, méd.-chef à l'éc. d'appl. de l'art. et du génie.
4 Collin, méd.-chef de l'hosp. de Vannes.
5 Vignol, méd.-chef de l'hôp. mil. de la Rochelle.
6 Descour, ministère de la guerre (7e dir.).
7 Wissemans, section techn. du s. de s.
8 Salle, hôp. mil. Bégin à Saint-Mandé.
9 Achintre, hosp. d'Angoulême.
10 Gazin, méd.-chef de l'hôp. mil. de Cambrai.
11 Sudour, méd.-chef de l'hosp. de Castres.
12 Jarry, hôp. mil. de la div. de Constantine.
13 Villedary, hosp. du Mans.
14 Berthier, hôp. mil. d'Amélie-les-Bains.
15 Lacronique, min. de la guerre (7e dir.).

(1) *L'Officiel* ne porte pas de n° 1.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude de la laparotomie pour lésions traumatiques de l'intestin

Par MM. G. Gayet, chef de laboratoire de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

ET

H. Molin, préparateur de médecine opératoire à l'Université de Lyon.

La question du traitement des lésions traumatiques de l'intestin paraît aujourd'hui définitivement résolue en faveur de l'intervention hâtive et, probablement, en raison de l'accord à peu près unanime des chirurgiens, le silence se fait dans les Sociétés savantes sur ce point qui a soulevé tant de controverses passionnées. Mais si l'on s'entend sur la nécessité de laparotomiser les blessés chez qui l'on soupçonne une perforation, il s'en faut qu'on ait établi jusqu'à présent les bases irréfutables d'un pareil diagnostic, et, d'autre part, bien des détails de la technique sont encore insuffisamment précisés et restent variables avec chaque opérateur.

Ayant eu l'occasion, en qualité de chirurgiens de garde, d'observer et de traiter plusieurs cas de traumatismes de l'abdomen dans les hôpitaux de Lyon, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile de faire connaître ces cas, ne fût-ce que pour faciliter la besogne des statisticiens futurs, et aussi pour chercher à en déduire quelques conclusions au point de vue surtout des manœuvres à recommander dans le cours de ces interventions souvent longues et toujours difficiles.

Les bases du diagnostic précis de perforation sont encore peu solides, disions-nous; et, en effet, tout reste vrai de ce que disait le prof. Demons dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1897, et après lui le prof. Le Dentu, Michaux et plusieurs autres orateurs qui prirent part à cette importante discussion : il y a des cas où la perforation reste absolument silencieuse tout au moins pendant les premières heures, c'est-à-dire au moment le plus favorable pour intervenir; bien plus, il y a des faits paradoxaux de blessures viscérales graves sans aucun signe, à côté de cas légers laissant l'intestin indemne et provoquant néanmoins un tableau symptomatique des plus bruyants.

Cependant, les efforts faits par les cliniciens pour perfectionner leur diagnostic n'ont pas été perdus, et certains signes, dont les laparotomies devenues plus fréquentes ont permis d'apprécier la haute valeur, ont pris une importance capitale dont le chirurgien saura tirer parti au lit du blessé. Dernièrement, M. Cahier (1) a consacré un mémoire à cette question et a tenté, après Wasdin, d'ajouter, à nos méthodes d'investigation, la ressource de l'examen hématologique. Malgré notre envie d'accueillir favorablement tout ce qui peut contribuer à nous éclairer dans ces cas obscurs, nous ne croyons pas cette méthode appelée à un grand avenir, parce qu'elle demande du temps, un outillage de laboratoire, toutes choses qui font souvent défaut dans cette chirurgie d'urgence.

Nous croyons que l'analyse minutieuse des signes suffit, dans la majorité des cas, au diagnostic de lésions viscérales graves, à condition qu'on suive le conseil de M. Le Dentu : « S'attacher à tirer de chaque symptôme analysé avec rigueur, isolément ou dans ses groupements syndromiques, le maximum de signification diagnostique et d'indication opératoire qu'il comporte » (2).

Les commémoratifs ne sont pas d'un très grand secours; ils pourraient, au contraire, faire errer le diagnostic si l'on attribuait une trop grande importance à la force et au poids de l'agent vulnérant. A cet égard notre observation I est intéressante en ce qu'elle montre la possibilité d'une perforation de l'intestin par le choc d'un corps léger et mince paraissant au premier abord incapable d'une action aussi profonde.

Observation I

X..., entre à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'appendicite porté en ville. M. Molin, chirurgien de garde, le voit le soir même et l'histoire qu'il lui raconte du traumatisme dont il avait été atteint la veille, fait écarter immédiatement cette hypothèse d'une affection de l'appendice.

Ouvrier scieur de bois à la mécanique, il avait reçu à pleine volée une *planchette de bois très légère*, un éclat envoyé par une scie circulaire dans la région iliaque droite. La *douleur*, sur le coup, avait été très vive; il quitta de bonne heure l'atelier, en proie à de violentes coliques.

Le lendemain, toujours souffrant, ayant cependant bien dormi, non agité, il fit appeler un médecin qui posa le diagnostic d'appendicite et conseilla le transfert à l'hôpital.

A son entrée, il présentait un état plutôt satisfaisant. Les douleurs spontanées avaient disparu, il n'avait jamais vomi. La veille, après son accident, il avait eu une selle abondante. Le facies était rouge et animé. Le *pouls* oscillait entre 101 et 110 à la minute. La *température* marquait 38°5.

A l'examen de l'abdomen, pas de ballonnement du ventre, respiration diaphragmatique intacte, pas de trace d'ecchymose, au niveau de la région iliaque droite, siège du traumatisme.

Par contre, à la pression, à la palpation, induration *par contracture* des muscles de la sangle abdominale généralisée à toute la moitié droite. Rarement nous avons observé aussi nettement le signe dit « du ventre en bois » classique dans les contusions de l'abdomen avec perforation intestinale.

Les présomptions en faveur d'une contusion de l'abdomen avec perforation de l'intestin ne pouvaient s'étayer que sur l'histoire de ce traumatisme relativement léger, l'accélération du pouls, l'élévation modérée de la température et la contracture, par contre, typique des muscles droits. Elles furent cependant suffisantes pour faire poser l'indication d'une intervention urgente; le malade, après quelques hésitations bien naturelles, donna son consentement et bien lui en prit.

Une laparotomie sous-ombilicale médiane laissa échapper un flot de pus stercoral dont le point de départ semblait correspondre au lieu exact du traumatisme.

Craignant de rompre, par des manœuvres d'extraction de l'intestin lésé, les adhérences déjà formées, on pratique une incision nouvelle sur la région du flanc droit. Immédiatement après l'ouverture du péritoine, une anse intestinale grêle, perforée d'un trou de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, se présente.

Après avoir dévidé l'intestin en deçà et au delà de la plaie, sur une longueur suffisante pour s'assurer qu'il n'existait pas d'autres perforations, la plaie de l'intestin est suturée par un double plan au catgut.

Après toilette du péritoine, on laisse, en raison de l'infection de la cavité abdominale, un pansement à la Mikulicz dans les deux plaies opératoires.

Les suites furent relativement simples. Durant la première journée, le malade eut, à quatre reprises différentes, les premiers vomissements bilieux depuis le traumatisme. La température oscilla, les huit premiers jours, entre 38°5 et 39° pour baisser progressivement ensuite.

Les Mikulicz, abondamment souillés dans les trois ou quatre premiers jours, furent enlevés le douzième jour.

Depuis, la cicatrisation de la plaie s'est effectuée progressivement, laissant malheureusement à sa place une double éventration dont l'indication de la cure radicale, après port plus ou moins prolongé d'un bandage, pourra se discuter un jour.

Dans un autre cas, au contraire, le traumatisme avait été réellement formidable (obs. III, passage d'une voiture pesant 2000 kilos) et cependant la déchirure de l'intestin est restée douteuse, en tout cas très limitée.

Le signe qui nous a paru le plus

(1) Cahier. — *Revue de chir.*, juillet 1902. V. aussi les expériences de Cazin (Congrès français de chir., 1903).

(2) Le Dentu.— Congr. de chir., 1897.

constant, ainsi qu'à la majorité des auteurs, c'est la contracture des muscles de la paroi. On connait aujourd'hui la valeur de ce symptôme du « ventre de bois » toutes les fois que le péritoine est menacé par une perforation viscérale. Il semble que cette contracture soit même, dans son intensité, en rapport avec la largeur de la déchirure et l'abondance du liquide épanché, du moins dans les premières heures. Nous ne l'avons jamais vue aussi accentuée que chez un homme de cinquante ans, en traitement pour un cancer de la petite courbure de l'estomac, dans un service de médecine et qui fut victime d'une brusque perforation. Appelé quelques instants après, nous trouvions un malade souffrant horriblement et dont l'abdomen était rétracté au delà de toute expression contre la colonne vertébrale: au palper, la dureté de cette paroi était vraiment extraordinaire. La laparotomie, pratiquée immédiatement, montra un orifice admettant le doigt au niveau de la petite courbure, et à chaque inspiration, au cours de l'opération, le liquide stomacal s'épanchait abondamment. L'intervention ne put sauver le malade.

L'observation suivante, de contusion de l'abdomen, montre, elle aussi, ce symptôme très développé :

Observation II

X..., infirmier, quarante ans, rentrant chez lui à 10 heures 1/2 du soir, le 31 octobre 1903, est attaqué par des rôdeurs; il reçoit des coups de poing à la figure et tandis qu'un des assaillants le tient par derrière, le genou sur les reins, un autre lui détache à toute volée, dans le ventre, un violent coup de pied.

Le blessé peut, après le départ de ses agresseurs, se traîner jusque chez lui; il n'avait pas perdu connaissance ni vomi; il avait laissé échapper des matières dans son pantalon. Il se couche, souffre toute la nuit et le lendemain se fait porter à l'hôpital. Par suite de diverses circonstances malheureuses, ce n'est qu'à 5 heures de l'après-midi que l'on fait prévenir le chirurgien de garde (M. Gayet).

Nous trouvons un malade couché en chien de fusil, agité dans son lit, le facies un peu grippé, la voix nette cependant; il nous raconte lui-même son accident. Le ventre est rétracté en bateau; cette contracture est surtout manifeste au niveau de de la région ombilicale où se creuse un profond pli transversal; il y a au contraire, un peu de distension vers les fausses côtes.

A la palpation, douleurs vives, contracture musculaire intense, signe du ventre en bois très manifeste. La percussion révéla un peu de matité dans les flancs, et de la sonorité dans la région sus-hépatique.

Pouls à 130; T. 38°. Respiration un peu précipitée. Le malade n'a émis ni gaz ni matières, il ne vomit pas mais accuse un état nauséeux.

Le diagnostic de perforation de l'intestin est posé ferme en raison de tous ces signes. On a quelque peine à décider le blessé à se laisser opérer immédiatement; dès qu'on l'y a résolu, laparotomie sous anesthésie à l'éther.

Incision sous-ombilicale médiane; le péritoine apparait noirâtre, distendu par le sang; dès qu'il est ouvert, jet de sang noir pris d'abord pour celui d'une grosse veine. L'incision est agrandie en haut jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Issue abondante de sang noir et de caillots (un litre environ).

La lésion est certaine, mais où? On pratique d'un seul coup l'éviscération totale dans une serviette imbibée d'eau bouillie chaude. Puis on réintègre progressivement les anses intestinales en les examinant soigneusement à mesure. On rencontre sur l'intestin grêle, à un mètre environ du cæcum, des taches ecchymotiques, puis une large déchirure du mésentère qui donne un assez fort jet de sang veineux; le repli du méso, situé immédiatement au-dessous, présente des lésions identiques. Suture de ces deux déchirures par un surjet de catgut. On continue la réintégration et on tombe encore sur une perforation intestinale arrondie, du volume d'une pièce de cinquante centimes ou un peu moins, à muqueuse éversée, à péritoine dilacéré. L'anse qui porte cette lésion présente une contracture remarquable, elle est réduite à la dimension d'un intestin de poulet; l'orifice est sec, l'anse absolument vide, il n'y a pas de matières dans le voisinage ni sur les anses proches. On pratique l'occlusion de la perforation par une suture en bourse au catgut faisant l'enfouissement, puis quelques points séparés la renforcent. Toilette du péritoine.

On termine en plaçant un Mickulicz dans le Douglas et une mèche simple dans la direction de l'anse lésée. Pansement, injection de sérum. Durée de l'opération, deux heures environ.

2 novembre. — T. matin 38°2, soir 38°8; état nauséeux, pouls à 120, assez fort. Ni gaz ni matières Le cathétérisme est nécessaire et ramène une urine assez abondante.

3 novembre. — La température reste au voisinage de 39°; quelques vomissements de bile; pouls à 130, plus faible que la veille; hoquet fréquent. Toujours pas d'émission de gaz ou de matières. On donne un lavement huileux avec une longue sonde. Les injections de sérum sont répétées tous les jours (7 à 800 gr.).

4 novembre. — Matin, amélioration; mais le soir, après long interrogatoire du juge d'instruction et confrontation avec ses agresseurs, le malade est plus mal; vomissements, hoquet continuel. Sérum.

5 novembre. — Amélioration; le malade a évacué gaz et matières spontanément; le pouls est toujours à 120. T. 38°2.

6 novembre. — L'amélioration s'accentue; plus de vomissements ni de hoquets, le malade commence à s'alimenter; il a eu des évacuations spontanées abondantes.

Dès ce moment, les suites furent très simples. Le Mickulicz est enlevé le dixième jour, abondamment traversé. La plaie se cicatrise assez rapidement et le malade peut être considéré comme guéri à la fin de décembre.

La douleur locale et la contracture de la paroi, le ventre en bois, méritent donc absolument la confiance qu'on leur accorde; nous savons cependant que ces signes peuvent manquer avec des lésions graves; dans notre observation III, on ne les trouva pas à un premier examen, mais quelques heures après ils se montraient nettement. Il en est peut-être souvent ainsi et ceci prouve l'importance d'un examen souvent répété, d'une surveillance attentive.

La température de nos blessés a toujours été anormale : 38° à 38°5; cela à un moment où le shock avait cessé et où la réaction commençait; mais ce symptôme a peu de valeur, un hématome musculaire, une fracture pouvant donner la même hyperthermie.

Par contre, l'accélération du pouls dans une proportion anormale par rapport à la température a été frappante chez tous nos malades : de 100 à 110 pulsations (obs. I et III), à 120 dans l'observation IV (plaie par balle de revolver chez une jeune fille), à 130 dans l'observation II. Chez ce dernier l'hémorragie était très abondante, c'est ce qui explique probablement ce nombre de pulsations très élevé.

Nous n'insistons pas sur les autres signes essentiellement variables avec les lésions existantes, les viscères intéressés, la période de l'observation, etc.

Au point de vue des lésions, nous voulons noter l'état très particulier de l'intestin au voisinage de la blessure. Cet intestin subit une contracture extraordinaire, fait observé par Adam et Février dans leurs expériences (1), mais déclaré par eux inconstant; Gueytat (2), qui a étudié cette question, ne trouvait le fait signalé que dans trois observations, mais il pense qu'il a dû souvent échapper (l'anesthésie, la laparotomie et le contact de l'air concourant à le faire disparaître). Au reste il est connu depuis fort longtemps, et Jobert de Lamballe (3) écrivait déjà : « Il y a, lorsque l'intestin est coupé, et constamment dans la première demi-heure, un resserrement très fort produit par les fibres circulaires. »

(1) Adam et Février. — *Arch. prov. de chir.*, 1895.

(2) Gueytat. — Du spasme intestinal dans les contusions de l'abdomen (Thèse de Lyon, 1899).

(3) Jobert de Lamballe. — Traité des affections chir. du canal intestinal, 1829.

Chez un de nos blessés (obs. II) cet état de l'intestin était des plus marqués. L'anse blessée était contractée, très diminuée de volume; de plus, elle était absolument sèche; la muqueuse éversée, et celle de la cavité intérieure, qu'on distinguait à travers l'orifice, présentait un aspect aride, terne. Une sonde cannelée introduite en ressortit sans ramener la moindre mucosité, la moindre parcelle de matières. Il semble donc qu'il y ait à la fois excitation réflexe des nerfs constricteurs et inhibition des glandes. Le tout concourt évidemment, avec le spasme des muscles abdominaux, à la protection, au moins temporaire, de la cavité péritonéale en prévenant l'inondation septique par le contenu stomacal. Nous ferons remarquer encore que cet état peut persister assez longtemps, puisque le blessé que nous opérions avait été frappé près de vingt heures auparavant; cependant, nous n'avons trouvé aucune trace de matières dans le péritoine.

Un autre mode de protection, sur lequel Reclus avait beaucoup insisté(1), c'est le bouchon muqueux obturant la plaie intestinale. Dans notre cas de plaies par balle de revolver (obs. IV), nous l'avons trouvé accompagnant le spasme des fibres circulaires et jouant assez bien son rôle d'obturateur pour qu'il n'y ait aucune matière dans le péritoine; il est vrai que l'opération avait lieu sept heures seulement après l'accident.

Ces efforts de la nature contre l'invasion septique de la séreuse sont des plus intéressants; non pas que nous voulions en tirer, comme le faisaient les abstentionnistes, les conclusions qu'ils suffisent à la lutte et que la laparotomie ne peut que les entraver. Bien au contraire, ils nous prouvent que, pendant les premières heures qui s'écoulent après le traumatisme, le péritoine peut rester indemne d'infection, que, par conséquent, l'opération précoce a de grandes chances de succès. Il faut voler au secours de l'organisme avant qu'il soit vaincu, avant que le relâchement musculaire, succédant à la contracture, ait permis l'issue des matières et la souillure irréparable de la séreuse.

Signalons encore la multiplicité ordinaire des perforations sur lesquelles nous aurons à revenir en discutant la technique opératoire.

Mais il est des cas plus obscurs où les lésions ne sont pas aussi nettes, où les signes de perforation existant, la péritonite même commençant à s'installer, on ne trouve cependant pas de déchirures de l'intestin. A cet égard, l'observation suivante est intéressante :

(1) Reclus et Noguès.— *Revue de chir.*, 1890.

Observation III

A... Jules, trente et un ans, voiturier, conduisait, le 13 août 1903, une voiture lourdement chargée (2000 kilogr.), lorsque, voulant y monter, il culbuta arrivé en haut et retomba à terre de l'autre côté. Il allait se relever quand la roue de derrière le prit en écharpe, passant de droite à gauche et de haut en bas sur l'abdomen. La contusion a été surtout violente au niveau de la fosse iliaque droite où les traces de la roue demeurèrent longtemps visibles (ecchymoses).

Il se releva cependant, put marcher quelques mètres, puis tomba et perdit connaissance.

Un bicycliste, qui le trouva étendu par le travers de la route, le fit transporter à Chazay; là, un médecin l'examina et l'adressa à l'Hôtel-Dieu où il est apporté seulement le 14 août, à 5 heures du soir, près de vingt heures après l'accident.

A l'examen, il ne présente à son arrivée aucun symptôme abdominal. La miction a toujours été facile et spontanée; par contre, la constipation est absolue depuis l'accident. On ne découvre aucun signe de fracture du bassin. Malgré la gravité du traumatisme raconté par le malade lui-même, en l'absence de tout signe de perforation, le cœur et la respiration ne présentant aucun trouble, le chirurgien de garde (M. Molin) ne juge pas l'intervention opportune. Il recommande toutefois à l'interne de garde de surveiller le malade attentivement et de prévenir le chirurgien au moindre symptôme révélateur d'une lésion viscérale.

C'est dans ces conditions que le malade est revu au milieu de la nuit. La scène s'est singulièrement aggravée ou plutôt a complètement changé : léger ballonnement du ventre, matité hépatique diminuée, légère contracture des muscles droits; un vomissement alimentaire et quelques nausées. Le pouls bat entre 100 et 110, on note 22 respirations à la minute. Le diaphragme ne joue pas avec son amplitude normale. T. 38°. Le faciès paraît altéré, les yeux se sont excavés.

Cet ensemble symptomatique, si différent de ce que nous avions observé quelques heures auparavant, joint à la notion étiologique, nous semble tellement significatif que, malgré la bénignité de chacun des signes pris isolément, nous proposons à ce malade une intervention aussitôt acceptée.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. Le péritoine incisé, il s'échappe une *légère fusée gazeuse*; en même temps apparaissent des anses intestinales distendues, congestionnées, à parois épaissies, visqueuses, témoignant d'un épanchement abdominal déjà abondant. Alors commença la recherche laborieuse de la perforation qui nous paraissait certaine : dévidement complet de l'intestin grêle, exploration et palpation du gros intestin dans son entier, inspection de l'appareil biliaire et de l'appareil urinaire. Ne trouvant rien, nous éviscérons complètement l'intestin grêle. Cette deuxième manœuvre n'a pas plus de succès; entre temps, un épanchement séro-sanguinolent remplissant le Douglas est épongé à coups de gros tampons.

Nos recherches furent particulièrement minutieuses du côté droit vers l'appareil cæcal; une incision transversale, pratiquée de ce côté pour avoir du jour, n'a pas plus de succès.

Le pouls, de plus en plus filant et dépressible, un ou deux vomissements porracés nous décidèrent à contre-cœur à terminer là cette intervention incomplète; nous laissons l'abdomen largement ouvert avec un Mickulicz plongeant jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

Dans notre esprit, une issue fatale était aussi certaine que l'introuvable perforation du tube digestif. Dès le lendemain, le pansement est inondé de sérosité d'odeur fécaloïde. La température monte et se maintient autour de 39°5-40°, et alors, pendant huit jours, se déroule au complet (sauf la rétention d'urine) le tableau classique d'une péritonite aiguë auquel ne manqua, à la grande surprise de tous ceux qui observèrent ce malade, que le dénouement final et non moins classique.

Le malade vomissait, en effet, à pleine cuvette, sans effort, un liquide fécaloïde; le pouls, quelquefois incomptable, ne descendait pas au-dessous de 140; le nez froid, les yeux bistrés et excavés, les lèvres fuligineuses complétaient cet aspet de mourant qu'il garda près d'une semaine.

Le pansement, changé de jour en jour, imposait l'idée d'une fistule stercorale.

Puis, tous ces symptômes s'amendèrent et, deux semaines après le début de l'accident, on pouvait porter un pronostic favorable. Le 26 octobre, deux mois et demi après son accident, le malade quittait l'hôpital, sa plaie cicatrisée, ne gardant qu'une éventration peu considérable (1).

Dans ce cas, extraordinaire à plus d'un titre, avons-nous eu réellement affaire à une perforation intestinale, ou bien à une de ces péritonites traumatiques sans plaie viscérale dont on connaît aujourd'hui un certain nombre d'observations (2). L'autopsie seule, et très minutieusement faite, eût pu trancher la question. Les probabilités sont en faveur de la perforation, en raison surtout de la présence de gaz perçue dès le début de l'opération. On pourra objecter que les gaz peuvent résulter d'une simple fermentation d'origine microbienne; mais il nous paraît douteux qu'une péritonite tout à fait au début ait pu déjà s'accompagner d'un épanchement gazeux aussi notable. Il paraît plus simple d'admettre que la perforation siégeait dans un point difficilement accessible, soit à la face postérieure du cœcum, soit au

(1) Le malade a été présenté guéri à la Société des sciences médicales de Lyon (1903).

(2) V. notamment Delore (*Gazette hebdom.*, 1897) et thèse de Heusch, Lyon 1897.

niveau de l'angle du côlon ascendant ou encore sur la portion terminale de l'anse pelvienne sur le flanc du sacrum.

On remarquera la discordance des symptômes observés à peu de temps d'intervalle; c'est un exemple saisissant de l'attention vigilante dont on doit entourer cette catégorie de blessés. La réaction péritonéale longtemps latente peut se dévoiler cliniquement d'une façon très brusque; peut-être faut-il incriminer ici la perforation secondaire d'une plaque de sphacèle.

Ce malade a-t-il eu une péritonite généralisée ou une péritonite circonscrite? Répondre à la première question d'une façon affirmative serait remettre en cause la curabilité si douteuse des péritonites généralisées. Ce que nous avons vu pendant l'opération : réaction péritonéale, épanchemet de sérosité, absence totale de limitation du processus inflammatoire — les circonstances du dévidement et de l'éviscération qui ont pu diffuser l'infection (c'est là le principal reproche qu'on fait à ces manœuvres) — ce que nous avons vu après l'intervention, tout cela peut sans doute nous incliner à penser qu'il s'agit bien là d'un de ces cas rarissimes de péritonite généralisée guérie.

***

Nous avons quelques mots à ajouter à propos de la technique de ces interventions souvent longues et laborieuses. Ces longueurs, ces difficultés servent d'arguments aux abstentionnistes, et il est bien certain qu'il faut être dans de bonnes conditions d'installation, bien outillé, bien aidé pour entreprendre l'opération; nous comprenons fort bien qu'en chirurgie de guerre, par exemple, l'abstention dans les cas de traumatismes de l'abdomen donne des résultats peut-être supérieurs à ceux de l'intervention (1).

Mais, dans la pratique hospitalière actuelle, nous sommes suffisamment armés pour qu'il nous soit permis d'agir à condition que notre action soit précoce, rapide et sans timidité.

L'anesthésie de choix est évidemment l'éther, dont l'influence excitante est ici précieux, comparée aux propriétés dépressives du chloroforme. Tout le monde est à peu près d'accord sur ce point.

L'incision, sauf pour les cas très nettement localisés dans les parties latérales devra être médiane et suffisamment longue pour donner beaucoup de jour.

(1) V. notamment, pour la guerre du Transvaal, la disc. au Cong. allemand de chirurgie, 2 avril 1902, communic. d'Hildebrandt.

Enfin, nous croyons qu'il y a avantage, dès que le diagnostic de perforation est confirmé par l'aspect de la cavité péritonéale, à éviscérer d'emblée et complètement, *pourvu que le temps écoulé depuis l'accident ne dépasse pas trente-six heures.* Cette question de l'éviscération a été soigneusement étudiée dans l'excellente thèse de notre ami le professeur agrégé Tixier (1), et nous nous rallions tout à fait à ses conclusions.

Nous avons pour cela un excellent motif, c'est que nous avons eu personnellement à déplorer une mort due uniquement à ce que nous n'avions pas fait l'éviscération absolument totale. Cette pratique est défendue par la plupart de nos auteurs classiques : Poncet (2), Chaput (3), Guinard (4), Lejars (5), etc., spécialement dans les cas de coups de feu de l'abdomen. Cependant, quand on lit les observations, on s'aperçoit qu'elle est souvent négligée, ou que l'éviscération reste partielle. Dans le cas du président Mac Kinley, aucune éviscération ne fut faite par Mann.

L'observation qui suit, et que nous nous faisons un devoir de publier, remettra en lumière les dangers auxquels on s'expose en agissant ainsi.

Observation IV

Le 27 juin 1903, une jeune fille de quinze ans est apportée à l'Hôtel-Dieu à 11 heures du soir. Elle a été victime de l'accident suivant, survenu à 4 heures de l'après-midi.

Servante dans un petit magasin de mercerie, elle s'amusait avec un revolver trouvé dans un tiroir de son patron. Elle tenait le canon dirigé vers son abdomen lorsque le coup partit. Le Dr Carrier, appelé aussitôt, lui fait un pansement sommaire et l'envoie immédiatement à l'hôpital où on appelle le chirurgien de garde (M. Gayet).

A l'entrée, on ne constate pas de shock. Le visage est coloré, la malade agitée, gémissante, se plaint de vives douleurs abdominales. Le pouls est plein, mais rapide (120 pulsations). Le ventre est tendu, dur comme du bois; il y a un petit orifice noirâtre (la balle est du calibre de 7mm) au niveau du bord externe du muscle grand droit du côté gauche, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Pas de sonorité sus-hépatique, matité dans l'hypogastre et le flanc gauche. Il n'y a pas eu d'émission d'urine, de gaz, ni de matières depuis l'accident qui remonte à quatre heures avant l'examen.

(1) Tixier. — Pratique de l'éviscération en chir. abdominale (Th. Lyon, 1897).

(2) Poncet. — In Th. de Duroselle, Lyon 1891.

(3) Chaput. — Soc. de chir., 1895.

(4) A. Guinard. — Traité de chir. Duplay et Reclus.

(5) Lejars. — Traité de chirurgie d'urgence.

Deux vomissements ne contenant pas de sang.

Le cathétérisme ramène du sang pur; on injecte prudemment, avec une seringue, un peu d'eau bouillie qui ne ressort pas par la sonde. La plaie de la vessie paraît certaine. L'intervention s'impose dès lors et est pratiquée de suite, sous anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, il s'échappe un flot de liquide sanguinolent. L'épiploon, puis des anses se présentent couverts de caillots et, de suite, on constate que sur ces anses considérablement rétractées, en intestin de poulet, siègent de multiples perforations. Tout ce paquet d'intestin est éviscéré. On constate alors les lésions suivantes :

Blessure de l'épiploon; un gros vaisseau saigne vers l'extrémité de ce repli.

Blessure circulaire du mésentère vers l'insertion de l'intestin; à ce niveau, une artère donne aussi un fort jet de sang.

Deux anses intestinales perforées de part en part, une autre perforée à sa convexité; en tout cinq perforations intestinales. On dévide alors environ un mètre du tube digestif au-dessus de la région ainsi maltraitée et un mètre au-dessous sans trouver aucune autre lésion. Tout cet intestin est fortement rétracté; le spasme des fibres circulaires le divise en segments et arrête le cours des matières. Au niveau des plaies, la muqueuse s'étale en champignon faisant bouchon, et de fait, il n'y a pas trace de matières sur le péritoine.

On cherche à voir la cause de l'hémorragie vésicale. La vessie, très haut située comme chez l'enfant, est explorée, mais on ne peut trouver la perforation à cause du sang qui remplit les parties déclives. On place alors un gros tampon derrière la vessie et on répare l'intestin.

Suture au surjet à la soie de la déchirure mésentérique. Suture de chaque perforation par un double surjet séro-musculeux à l'aller, séro-séreux au retour. Ligature et excision de l'extrémité épiploïque qui saigne. Tout cela fait, on retire le tampon, on éponge soigneusement le péritoine, on enlève les caillots et alors seulement on s'aperçoit que la face postérieure de la vessie est presque entièrement colorée par une ecchymose livide de ses parois; en faisant bien écarter la paroi abdominale et les intestins, on arrive à découvrir, tout à fait en bas, vers le cul-de-sac vesico-utérin, un peu à droite de la ligne médiane, un orifice circulaire par où s'écoule de l'urine sanguinolente. Suture à triple plan : 1° points perforants au catgut; 2° plan séro-musculeux au catgut; 3° plan séro-séreux à la soie.

On éponge soigneusement et on constate que rien ne s'écoule plus; alors on place un gros drain jusque dans le Douglas, ressortant à la partie inférieure de la plaie abdominale. Celle-ci est refermée par un triple surjet; en bas trois points séparés au catgut.

L'opération a duré exactement une

heure. Pendant les sutures on a injecté 800 gr. de sérum artificiel.

La malade est reportée dans son lit; elle a peu de shock, plutôt de l'agitation. Piqûre de morphine.

28 juin. — La malade a eu une nuit tranquille. Elle a vomi une fois. Pouls à 150. T. 38°5 (axillaire). Elle a eu quelques gaz. Facies bon. On la sonde et on retire environ 200 gr. d'urine sanguinolente. On évacue quelques caillots en lavant la vessie. Une sonde de Pezzer est laissée à demeure.

29 juin. — Les vomissements ne se sont pas reproduits. T. 39°5. Pouls à 128. Facies bon. Urines 800 gr. Injection de morphine et de sérum (1 litre).

30 juin. — T. toujours élevée. Pouls à 128. Urines 1100 gr. Le pansement, abondamment souillé de sérosité sanguinolente, est changé.

1er juillet. — Le tableau a changé; souffrances vives; une double parotidite débute, T. 40°, pouls 132. Pansement. On évacue à l'aide du Potain et d'un tube de verre introduit dans le drain quelques grammes de sérosité (examen bactériologique : b. coli). Injection de térébenthine pour faire un abcès de fixation.

Le soir, vomissements fécaloïdes, pouls rapide, agitation.

Mort le 2 juillet, à 4 heures du matin, dans un accès de délire septicémique furieux.

Autopsie le 3 juillet, à 10 heures du matin.

Aspect du cadavre : violacé, décomposition rapide, taches livides à la base du cou, au niveau des parotides. Ventre ballonné. L'orifice d'entrée de la balle est situé sur le bord externe du grand droit gauche, à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; après ouverture du ventre, on trouve l'orifice profond sur le péritoine, plus petit; une sonde cannelée introduite dans le trajet montre une direction oblique en bas, en dedans et en arrière, la ligne prolongée va vers le trou obturateur du côté droit.

Examen de la cavité abdominale : épiploon sain. Intestin dilaté. Sérosité purulente épaisse dans le péritoine, abondante surtout en deux points, sous le côlon transverse et dans le Douglas. En suivant l'intestin depuis l'angle duodéno-jéjunal, on trouve sur une anse cachée sous le méso-côlon, très haut dans le ventre, à 50 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, un foyer du volume d'un œuf de poule, incomplètement clos par des anses agglutinées et des dépôts fibrineux; ce foyer renferme du liquide intestinal et du pus et répond à trois perforations, deux de part en part, et une autre isolée, qui avaient échappé au cours de l'opération.

On dévide ensuite environ 1 m.50 d'intestin avant de rencontrer les perforations traitées; elles sont toutes étanches et en bon état.

Sur la face postérieure de la vessie on trouve aussi la perforation parfaitement suturée et étanche. Dans la paroi de la vessie, en face du trou obturateur droit, hématome et au milieu des caillots on trouve la balle.

La mort est évidemment due à une péritonite généralisée ayant eu son point de départ au niveau des trois perforations qui avaient échappé.

Dans ce cas malheureux nous avons fait une importante éviscération; si nous nous sommes arrêtés dans l'extraction de l'intestin, c'est parce que les anses blessés s'étaient, dès l'abord, présentées en bouquet, nous mettant de nombreuses lésions sous les yeux; puis un dévidement d'environ un mètre ne nous montrait plus rien et nous menait sous le côlon transverse, c'est-à-dire très loin du trajet nettement indiqué par l'orifice de la balle d'une part, et la blessure de la vessie de l'autre. Nous nous étions crus autorisés à ne pas pousser plus loin nos investigations et à nous occuper sans tarder des nombreuses lésions qui siégeaient dans les parties inférieures de la cavité abdominale. Or, ce raisonnement était mauvais, ainsi que la suite l'a prouvé, et nos regrets ont été profonds de ne pas avoir mis d'emblée tout l'intestin dehors.

Les cas analogues au nôtre ne sont pas rares; en 1888, Coley en réunissait déjà neuf observations sur 165 laparotomies. Depuis, Adler, Duroselle en ont ajouté d'autres dues à des chirurgiens comme Michaux, comme Poncet, et combien n'ont peut-être pas été publiées!

La question nous paraît donc tranchée pour les plaies par coup de feu de l'abdomen, en se rappelant que l'éviscération, ainsi que Tixier et Guinard l'ont montré, n'est dangereuse par elle-même qu'au moment où la péritonite s'est déjà installée, ou lorsqu'elle se prolonge au delà de dix à quinze minutes.

Notre opinion est la même pour les cas de contusions de l'abdomen, car il existe un certain nombre d'observations où la mort fut le résultat de perforations oubliées (v. in thèse Tixier). Nous préférons l'éviscération totale d'emblée, les intestins étant immédiatement recueillis dans une serviette ou une flanelle imbibée d'eau bouillie chaude, puis réintégrés progressivement après examen détaillé, à l'autre méthode d'investigation qui consiste à dévider d'un bout à l'autre le tube digestif en n'en mettant dehors qu'une minime partie à la fois. Avec Tixier, nous reprochons à ce procédé d'être long, d'exposer tout le circuit intestinal à des manipulations dangereuses, d'exprimer par les perforations existantes le contenu des anses, enfin de ne pas permettre l'examen facile des autres viscères (rate, vessie, etc.) Aussi voyons-nous le chirurgien, dans certains cas — et nous en rapportons un exemple dans l'obs. III — obligé, après avoir dévidé consciencieusement, d'éviscérer complètement afin d'y voir clair. Cette double manœuvre aggrave considérablement les dangers de shock.

Dans notre obs. II, nous pouvons apprécier la valeur et l'innocuité de la mise au dehors, d'un coup, de tout le paquet intestinal. Grâce à ce procédé, nous avons très rapidement découvert deux déchirures du mésentère et une de l'intestin; or, la cavité abdominale était pleine de sang, les anses couvertes de caillots adhérents, et il fallut regarder très attentivement pour découvrir les lésions. Cependant, en quelques minutes, tout fut examiné et l'intestin réintégré sans aucun phénomène de shock.

Après ces interventions compliquées et dont l'asepsie parfaite est difficile, on établit d'habitude un drainage. Cette pratique est recommandée par la plupart des auteurs classiques. Les tendances actuelles de la chirurgie abdominale sont cependant d'échapper à cette obligation toutes les fois que cela est possible sans faire courir trop de dangers au malade, afin de lui assurer l'intégrité de sa paroi musculaire.

Par conséquent, dans les cas d'opération précoce, lorsque les manœuvres ont pu être rapidement exécutées, lorsqu'on a trouvé seulement des lésions hémorragiques de l'épiploon, du mésentère, sans que le tube digestif ait été en communication avec la séreuse, on pourra refermer complètement le ventre. Une des observations de M. Lejars (1) est le type de cette catégorie de cas : chûte sur le ventre, laparotomie une heure et demie après, hémorragie intra-péritonéale, double rupture du mésentère. M. Lejars, après nettoyage et hémostase, suture complètement la paroi; le malade guérit.

Mais il est rare que les conditions soient aussi favorables, et alors un drainage est nécessaire. Comment doit-il être établi? Un simple drain, entouré ou non de gaze, placé dans la direction des perforations suturées, paraît devoir suffire dans les cas traités de bonne heure, avant toute péritonite. C'est la conduite que nous avons suivi dans notre observ. IV, et tout nous porte à croire qu'elle eût réussi sans la complication des perforations oubliées.

Mais quand on intervient tard, alors que la séreuse commence à réagir, qu'il existe dans sa cavité un épanchement sanguin qui a dû très probablement s'infecter au voisinage d'une perforation, soit par l'issue des matières, soit par le simple contact de la muqueuse éversée, il est douteux qu'un simple drain soit suffisant. Le net-

(1) Thèse de Gachon, Paris 1895.

toyage du péritoine, utile sans doute, nous paraît illusoire si l'on espère ainsi évacuer toutes les souillures, tous les caillots disséminés et déjà adhérents. Dans ces cas, nous reconnaissons une grande valeur au drainage par le sac de gaze de Mickulicz. Aussi c'est à lui que nous avons eu recours dans nos trois cas qui ont, du reste, tous guéri. Et, notamment, dans l'obs. III, où il y avait déjà péritonite diffuse, nous ne doutons pas que l'action enkystante et absorbante de la gaze n'ait fourni un appoint des plus utiles à l'organisme dans sa lutte contre l'infection.

Le gros reproche qu'on fait à cette méthode, c'est d'être la source d'une éventration presque inévitable; et nous reconnaissons volontiers que ce reproche est justifié par les faits. Mais quand on est en présence de ces blessés aussi gravement menacés, on pense à leur préserver la vie avant de penser à leur paroi, et comme le disait spirituellement Diday à propos d'une autre opération : « On sacrifie volontiers la fonction pour sauver le fonctionnaire. » C'est ce que l'on a exprimé sous une autre forme en disant : « Mieux vaut dire femmes éventrées qu'une femme morte » (1).

Il ne faut pourtant pas accepter à la légère cette éventualité. Car l'éventration, surtout chez l'homme astreint à travailler, est une grave infirmité. Elle expose à des accidents ultérieurs, à une tendance à s'accroître indéfiniment et pour être traitée nécessite des opérations toujours sérieuses.

Il faut donc chercher à en pallier le plus possible les inconvénients : ablation précoce, suture d'attente que l'on resserre après qu'on a enlevé la gaze, tels sont les moyens qui ont été proposés. Chez la femme on pourra chercher à utiliser la voie vaginale; chez l'homme la voie rectale préconisée par notre maître le professeur Jaboulay, par Bérard et Patel, dans certaines infections péritonéales.

Mais dans les traumatismes graves de l'abdomen, avec péritonite menaçante ou déjà commençante, il faut rejeter toute demi-mesure; ici, le pronostic vital prime tout, il faut faire les grandes incisions, les larges éviscérations et les drainages complets. Ce n'est qu'à ce prix que nous obtiendrons ces véritables victoires chirurgicales, ces résurrections de blessés irrémédiablement perdus sans notre secours.

Nous résumerons les réflexions qui précèdent sous la forme des conclusions suivantes qui nous paraissent découler de l'étude de nos observations :

Pour le diagnostic des lésions viscérales dans les traumatismes de l'abdomen, la contracture de la paroi est un des signes les plus précieux.

Cette contracture est, avec le spasme des fibres circulaires de l'intestin et le bouchon formé par la muqueuse dans quelques cas (coup de feu), un moyen évident qu'emploie l'organisme pour s'opposer à l'infection du péritoine.

Loin de pouvoir servir d'argument en faveur de l'abstention, ces moyens de défense doivent nous inciter à intervenir le plus tôt possible, puisqu'ils nous donnent le temps d'arriver avant que la situation soit irrémédiablement compromise.

Lorsqu'on opère d'une façon précoce, l'éviscération totale d'emblée est indispensable pour nous donner la certitude de découvrir complètement et rapidement toutes les lésions à traiter.

Dans les toutes premières heures on pourra se contenter d'un minimum de drainage; mais, après vingt-quatre heures, et en cas d'épanchement abondant sanguin ou séro-sanguin, de causes avérées d'infection, à plus forte raison de péritonite commençante, on sera obligé de recourir au drainage à la Mickulicz. La crainte de l'éventration, conséquence presque fatale de ce procédé, ne doit pas faire oublier la valeur incontestable de ce drainage qu'aucun autre ne saurait jusqu'ici remplacer dans les cas graves.

(1) Millot. — Contribution à l'étude de l'éventration consécutive à l'emploi du drainage à la Mickulicz (Th. Lyon, 1902).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

La lice et sa compagne

L'« Association générale des médecins de France » a été créée dans un sentiment de *bienfaisance professionnelle*, qu'elle a gardé — et c'est son honneur — malgré l'étiquette de « Société de secours mutuels » qu'on lui appliqua en 1900. Mais elle a subi, en 1901, une modification qui, moins importante en apparence que celle de 1900, l'est beaucoup plus en réalité, et semble devoir peser d'un grand poids dans les destinées futures de l'A. G. Nous voulons parler du rattachement à cette Société de l'« Amicale pour indemnité-maladie » et de la « Caisse de retraites du corps médical français. »

Depuis nombre d'années le recrutement de l'A. G. était devenu difficile. C'est que la médecine nourrissant de moins en moins celui qui l'exerce, les jeunes médecins, aux prises avec des difficultés d'existence de plus en plus grandes, loin de pouvoir venir en aide aux confrères malheureux, n'avaient pas trop de toutes leurs ressources pour tenter de se garantir contre la maladie et de s'assurer une retraite pour la fin de la carrière. Ils se portaient donc vers « les Sociétés de prévoyance » — ce qui était bien naturel — et délaissaient l'A. G.

A cette situation il n'y avait que deux solutions : ou faire de l'A. G. non plus une Société de bienfaisance, mais une Société de prévoyance, ou bien rattacher à l'A. G. des Sociétés de prévoyance.

Le premier remède eût été pire que le mal, car c'était l'abandon radical des traditions, de l'esprit, du but de l'A. G., tout en créant une concurrence grave aux œuvres médicales de prévoyance déjà existantes. L'autre solution avait l'avantage de laisser continuer à l'A. G. son rôle d'assistance vis-à-vis de ses membres infortunés, tout en facilitant aux autres membres le moyen de réaliser des mesures de prévoyance. Cette combinaison s'imposait donc, puisque seule elle pouvait permettre — en raison de son double but — un recrutement large de l'A. G.

C'est pour ce motif que le rattachement à l'A. G. de « l'Amicale indemnité-maladie » et de la « Caisse des retraites du corps médical français » fut voté en 1901, mais, de part et d'autre, sans enthousiasme. Ce fut un mariage de raison. Des membres de l'A. G., les uns craignaient que l'arrivée en masse des membres des deux autres Sociétés, dont le recrutement n'était pas soumis aux mêmes formalités, changeât l'esprit de l'A. G., les autres redoutaient que les ressources de l'Association ne fussent absorbées par les filles d'adoption. Certains enfin ne voulaient pas d'une Caisse de retraites à capital aliéné, d'autant qu'elle s'était vu retirer une première fois l'autorisation de fonctionner.

A « l'Amicale » nombre de membres ne se souciaient pas de verser la cotisation supplémentaire de 12 francs, exigée des membres de l'A. G. et ne tenaient pas à l'entente. Seule, la « Caisse des retraites du corps médical français » semble ne pas avoir rencontré d'opposition dans son sein — ce qui se conçoit, étant donné les avantages qu'elle trouvait dans la combinaison.

Si les troupes donnaient mollement, il n'en était pas de même des états-majors, et c'est grâce aux efforts personnels des chefs, à leur conviction entraînante, que le *rattachement* fut voté.

Comme, à l'heure actuelle, certains esprits semblent croire qu'il s'agit, entre l'A. G. et les deux autres Sociétés, d'une union plus intime, on nous permettra — pour bien fixer la situation réciproque — de citer les passages suivants du compte rendu officiel de l'assemblée générale du 15 avril 1901 :

M. Gairal. — On parle de fusion, mais ce n'est pas une fusion. L'Association reste ce qu'elle est, elle ne crée rien. Elle prend à côté

d'elle, avec l'appui moral qu'elle peut lui donner, une caisse qui existe depuis dix-sept ans..

M. Lannelongue. — Ce n'est pas une union que l'on vous propose, c'est un simple rattachement.

Le rattachement est voté.

La conséquence naturelle de ce rattachement était que l'A. G. devait s'engager, vis-à-vis des deux sociétés filiales, à leur payer les cotisations des membres qui ne pourraient effectuer leurs versements. En agissant ainsi, l'A. G. non seulement demeurait dans ses traditions d'assistance à l'égard des confrères malheureux, mais elle faisait une bonne opération puisque, moyennant ces versements momentanés, elle évitait que ces membres ne fussent totalement à sa charge. Les Sociétés filiales ne demandaient pas davantage, et c'est dans ces conditions que le pacte fut conclu.

Depuis, on a marché.

A l'assemblée générale de 1902, M. Lereboullet, secrétaire général de l'A. G., traitant des rapports à établir entre cette Société et ses filiales, ne désigne plus ces dernières comme *rattachées*, mais comme *annexées*.

Vous savez, dit-il, que l'*annexion* des deux caisses, celle des pensions de retraite et celle de l'indemnité-maladie, a été votée. Cette question n'est donc plus à discuter. Mais ce qui reste à préciser, c'est la question des *subventions qu'on se propose d'accorder à ces caisses*, ou mieux, à ceux de nos sociétaires qui en font partie et qui se trouveraient dans l'impossibilité de payer leurs cotisations.

La proposition d'une « subvention » — contraire à tout ce qui avait été dit l'année précédente — suscita une vive émotion. M. Dumur prononça le mot d'illégalité, et MM. Gairal et Lande durent faire les déclarations suivantes :

M. Gairal. — Les caisses ne sont pas subventionnées.

M. Lande. — Le mot de subvention est, en effet, inexact. Les caisses annexes ne sont pas subventionnées et M. Maurat me disait récemment qu'il refuserait toute subvention pour l'Amicale.

Ces explications, très franches, mirent fin à l'incident. Mais voici que la question des subventions aux Sociétés de prévoyance revient de rechef sur l'eau.

M. le Dr Lepage qui appartient, croyons-nous, à l'état-major des sociétés annexées, et à celui de l'A. G., a soumis au conseil général de cette dernière un projet se terminant par les résolutions suivantes :

1° Chaque année, le Conseil général votera une somme destinée à payer en totalité ou en partie les cotisations des membres adhérents ayant été malades pendant plus de deux mois dans l'année. Cette somme sera répartie entre les intéressés par le Conseil général, sur les indications qui lui seront fournies par le Bureau de l'Association amicale; les allocations seront votées sous forme de subventions aux Sociétés locales qui les remettront directement aux intéressés.

2° Lorsqu'une caisse de remboursement du capital versé en cas de décès sera établie par la Caisse des retraites du Corps médical français, le Conseil général votera chaque année une somme destinée à payer une partie des surprimes nécessaires pour la contre assurance. Cette somme sera votée dans les mêmes conditions que celles attribuées aux membres de l'Association Amicale.

Il nous semble que ces propositions sont une adaptation contemporaine de la fable classique « la Lice et sa compagne ». Mais, dans le cas particulier, et contrairement à la fable, la lice est abandonnée par ses petits, car M. Lande, président de la Caisse de retraites du corps médical français et vice-président du Conseil général de l'A.G., a protesté dans ces termes empruntés au procès-verbal :

M. Lande objecte à M. Lepage que l'adoption de son projet paraîtra à beaucoup constituer une subvention globale aux deux sociétés annexées, alors qu'on s'est toujours engagé, à l'Association, à ne secourir que les sociétaires individuellement. Il n'accepte donc que le secours individuel et ne croit pas à l'utilité d'une subvention équivalente à la surprime nécessitée par la contre-assurance.

M. Lepage, loin de se rendre devant ce refus catégorique du président de la Caisse des retraites, a maintenu sa proposition de subvention à cette caisse et a accentué encore plus son désir d'orienter l'A. G. dans la voie, non plus de l'assistance, mais du *secours de droit*.

J'ai été un peu surpris, dit-il, de voir se reproduire l'objection qui consiste à dire que l'Association générale est, avant tout, destinée à donner les secours aux membres nécessiteux, et qu'il ne faut rien distraire des sommes qui leur sont destinées. C'est ce raisonnement qui, à mon avis, a, depuis plusieurs années, ralenti le recrutement de l'Association. Il semblait qu'on s'était enfin rendu compte que les besoins du corps médical n'étaient plus les mêmes qu'il y a trente ans.

Le Conseil général a décidé de soumettre le projet de M. Lepage à l'examen des sociétés locales. C'est bien.

Il n'est pas probable que les présents de M. Lepage, dont les Sociétés filiales ne veulent pas, leur soient offerts quand même par l'A. G., à en juger par la réponse suivante, si pleine de bon sens, de la Société du Loiret :

Les décisions suivantes sont votées à l'unanimité :

I. En ce qui concerne la première proposition G. Lepage, relative à la caisse indemnité-maladie :

La Commission administrative de la Société du Loiret n'adopte pas cette proposition en tant qu'elle constituerait un droit pour tous les adhérents de la dite Association amicale, indistinctement ; mais elle est d'avis que « la cotisation annuelle des membres ayant été malades pendant plus de deux mois dans l'année sera remboursée individuellement, en totalité ou en partie, aux seuls membres dont la situation gênée aura été appréciée par la Commission administrative des Sociétés locales dont ils font partie. »

II. En ce qui concerne la seconde proposition du Dr G. Lepage, relative à la Caisse des pensions de retraite du corps médical français ;

La Commission administrative de la Société du Loiret n'adopte pas cette proposition ; mais elle est d'avis que « des subventions représentant tout ou partie de la cotisation annuelle, y compris la surprime pour la contre-assurance, soient allouées individuellement à ceux des membres dont la situation gênée aura été appréciée par la Commission administrative des Sociétés locales dont ils font partie.

Ces décisions seront transmises au secrétaire général de l'Association générale.

On ne saurait, à notre avis, mieux indiquer la voie dans laquelle l'A. G. doit marcher pour encourager les œuvres de prévoyance, tout en restant fidèle à son but : assistance des confrères malheureux.

GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 janvier

Sur les effets du chlorure de sodium dans les gastropathies

M. G. Hayem. — A propos des communications intéressantes de MM. Vincent, Linossier et Laufer, je désire énoncer en quelques mots les résultats de mon expérience personnelle sur une question dont je m'occupe depuis plusieurs années et sur laquelle l'attention a été attirée par toute une série de recherches récentes.

Le chlorure de sodium est un des principaux agents de la médication que je désigne sous le nom de *dialytique*, et que je considère comme la plus recommandable de toutes celles qui sont capables d'exercer une action sur les fonctions sécrétoire et motrice de l'estomac.

J'emploie l'expression de dialytique parce qu'il s'agit de solutions salines paraissant produire des effets en rapport avec leurs qualités physiques (1).

Le chlorure de sodium tient une place à part parmi les agents de cette médication en raison du rôle prépondérant que jouent les éléments chlorés dans la constitution du suc gastrique.

Théoriquement, toutes choses égales d'ailleurs, la pauvreté de l'organisme en chlorure de sodium doit entraîner un affaiblissement de la sécrétion stomacale en chlore et, au contraire, une forte chloruration doit exciter la formation des éléments chlorés du suc gastrique.

Les faits d'observation sont d'accord avec la théorie.

Lorsqu'on fournit à l'organisme un excès de chlore, le suc stomacal devient riche en produits chlorés, à moins que

(1) Leçons sur le traitement de la gastrite parenchymateuse hyperpeptique (*Bulletin médical*, 1894).

les glandes de la muqueuse stomacale ne soient dans un état d'atrophie très avancée ou de dégénérescence. Les solutions chlorurées sodiques faites à un taux qui en permet la facile absorption sont, par suite, favorables dans tous les états anatomiques qui déterminent un appauvrissement plus ou moins considérable du suc gastrique en éléments chlorés.

Inversement, quand les altérations anatomiques des glandes gastriques provoquent la sécrétion d'un suc d'une richesse exagérée en produits chlorés, tout excès de chlore introduit dans l'organisme tend à accroître la déviation chimique de la sécrétion stomacale.

Les solutions chlorurées sodiques facilement absorbables ne peuvent, en pareils cas, qu'aggraver l'affection gastrique; l'emploi en est nettement contre-indiqué.

Il est, au contraire, logique de chercher à modérer l'excessive teneur du suc stomacal en produits chlorés, à l'aide d'une hypochloruration de l'organisme.

On le fait depuis longtemps déjà, en prescrivant le régime lacté absolu. Cruveilhier et Karell l'avaient vanté à une époque où l'on ne pouvait émettre aucune théorie touchant les effets qu'on en obtenait. Actuellement, nous savons que le lait est un sédatif stomacal pour deux raisons : la digestibilité en est grande; la teneur en chlorure en est assez faible pour qu'il puisse produire un amoindrissement des éliminations chlorées. Ainsi que je l'ai montré dans mes leçons de thérapeutique (1), ce second effet n'est obtenu qu'à la longue.

Lorsqu'il existe une gastrite mixte (ce qui est fréquent chez les malades qui emploient des médicaments irritants, à action topique), l'usage exclusif du lait, toute médication étant laissée de côté, peut faire disparaître l'infiltration interstitielle et certaines dégénérescences cellulaires. Il peut être alors suivi d'une augmentation notable, parfois considérable, des produits chlorés. En continuant l'usage du lait, l'effet déprimant se montre au bout de quelques mois.

Dans les irritations parenchymateuses pures ou à peu près, le régime lacté tend d'emblée à modérer la production chlorée; mais il faut, comme dans les cas précédents, que l'emploi en soit prolongé pendant au moins trois mois pour que les résultats analytiques soient nettement prononcés.

On peut obtenir des effets plus rapides et plus intenses en se servant du régime hypochlorurique proposé par M. Widal, pour faciliter la disparition des œdèmes chez les albuminuriques infiltrés. C'est du moins, ce que j'ai vu chez le seul malade qui ait bien voulu le suivre dans toute sa rigueur parce qu'il avait une certaine quantité d'albumine dans l'urine.

La suppression du sel (y compris l'usage de pain sans sel) a transformé chez lui, en un mois, un type franchement hyperpeptique en une hypopepsie intense, du deuxième degré. Elle a déterminé en même temps de l'affaiblissement et de la diarrhée.

Jusqu'à présent je me suis contenté de recommander aux hyperpeptiques de prendre une nourriture aussi peu salée que possible. Les recherches poursuivies, en ce moment, par M. Vincent et par M. Laufer, sur les effets gastriques de la suppression presque absolue du sel dans l'alimentation, conduiront peut-être à des résultats utiles et pratiques. Qu'il me soit permis, toutefois, de faire observer que l'emploi du bismuth à haute dose fait parfaitement disparaître les douleurs dites des hyperpeptiques, sans modifier le type chimique du suc stomacal, et que la cure saline par l'eau de Carlsbad, naturelle ou artificielle, est d'une remarquable et prompte efficacité dans les nombreux cas de prolongation des digestions par hyperpepsie, bien que cette cure n'amène pas de modifications notables dans la richesse du suc stomacal en éléments chlorés.

(1) *Les médications*, 4e série, 1893.

Sur le tremblement physiologique

MM. A.-M. Bloch et H. Busquet. — *Conclusions* :

1° Le tremblement physiologique est un phénomène commun à tous les individus. Il se produit dans deux circonstances : dans l'effort musculaire extrême, et dans la recherche d'une position d'équilibre.

2° Il présente, à côté d'une énorme irrégularité d'amplitude, une uniformité de vitesse à peu près absolue.

3° Celle-ci, constante pour une même région et pour un même individu, varie avec les divers sujets et les différents segments du corps humain.

4° Le tremblement présente pendant quelque temps une invariabilité presque absolue avec de charges progressivement croissantes; puis vient un moment où l'amplitude se met à augmenter de plus en plus, sans que la vitesse soit sensiblement modifiée.

Mécanisme des troubles respiratoires dus à la perte de tonicité des parois abdominales et à la ptose viscérale dans l'attitude verticale

Comme suite à ses expériences (1902) de chronophotographie simultanée du cœur et des courbes cardiographiques, **M. François-Franck** a fait, ces derniers temps, à la Société de biologie, sur la « mécanique extérieure de la respiration », des communications fort intéressantes mais d'un caractère un peu trop technique pour les lecteurs d'un journal de médecine générale. Il n'en va pas de même du sujet dont il s'agit ici, tout ce qui concerne les causes et les conséquences des ptoses viscérales étant d'un intérêt général incontestable.

M. François Franck a été amené à envisager cette question à l'occasion d'expériences sur le fonctionnement du diaphragme chez le chien chloralé (par injections intra-veineuses après morphinisation préalable), mais respirant régulièrement, et maintenu en position verticale dans des conditions telles que le poids du corps est supprimé et qu'aucune traction n'est exercée sur le tronc.

Dans ces conditions, on constate que le diaphragme ne fonctionne plus et que l'animal respire uniquement par la partie supérieure du thorax. Ici nous laissons parler M. François-Franck.

La condition de l'expérience est aussi défavorable que possible pour l'étude des mouvements du diaphragme, mais elle comporte des enseignements importants sur une question qui n'était pas en cause et qu'on doit examiner avec soin, puisque l'occasion s'en présente.

Je veux parler de l'entraînement mécanique, de haut en bas, que subit le diaphragme du fait de la ptose des viscères abdominaux que rend facile la diminution de résistance de la paroi abdominale : l'animal est debout, ses muscles sont relâchés, leur tonicité est très amoindrie par l'anesthésique ; la paroi de l'abdomen ne sangle plus les organes contenus dans la cavité et ceux-ci tombent, par la pesanteur, dans la mesure que leur permet la résistance du diaphragme. Ils lui sont, en effet, intimement unis par contiguïté, à la façon de la lame de cuir sur la pierre dans l'expérience du tire-pavé : il n'y a pas d'espace libre entre la convexité du foie, de l'estomac et la concavité du diaphragme ; de plus, foie et estomac sont liés anatomiquement au diaphragme, l'un par la veine cave inférieure, l'autre par l'œsophage.

De toute nécessité, le diaphragme est entraîné vers le bas et descend avec les viscères abdominaux jusqu'à la limite de la résistance antagoniste que lui oppose l'aspiration thoracique. Le diaphragme ne peut plus, dès lors, exécuter un mouvement d'abaissement complémentaire, puisqu'il a atteint le maximum de descente possible. Aussi la respiration devient-elle costale et costale supérieure, les quatre ou cinq dernières côtes étant entraînées et immobilisées par le déplacement diaphragmatique.

S'il se produit des contractions du diaphragme dans cette position anormale, elles ne peuvent plus porter sur les côtes que pour y déterminer, comme quand l'abdomen est ouvert et le point d'appui diaphragmatique supprimé (Magendie-Duchenne, etc.), un retrait vers le centre phrénique, autrement dit un acte expiratoire.

Cependant la fonction diaphragmatique n'est pas complètement supprimée ; la partie postérieure descendante, qui s'étend du centre phrénique à la colonne vertébrale par les piliers, peut encore agir, et son raccourcissement reste capable d'agrandir le diamètre vertical du thorax si la limite d'expansion pulmonaire n'est pas atteinte. En effet, cet abaissement maximum du diaphragme n'a pas manqué de produire d'une façon permanente, et à un degré qui ne s'atteint guère dans la respiration normale, une ampliation du poumon que limite seule l'extensibilité de l'organe. De là, en même temps

qu'un obstacle important à l'évacution de l'air emmagasiné dans le poumon qui ne peut plus se rétracter élastiquement, l'impossibilité d'une expansion supplémentaire notable, même si la portion postérieure du diaphragme continue à se contracter rythmiquement à chaque effort inspiratoire.

Toutes ces conséquences de l'attitude verticale chez le sujet dont l'abdomen ne résiste plus à l'effet de la pesanteur apparaissent clairement liées à la cause qu'on leur attribue, quand on examine l'abdomen lui-même. Celui-ci se présente sous la forme d'un globe volumineux, faisant saillie à la partie inférieure, et qui est constitué par les viscères abdominaux mobiles descendus autant que le leur permet la résistance élastique du diaphragme aspiré dans leur mouvement de haut en bas.

Sans tarder, nous entrevoyons ici l'explication des accidents de la ptose abdominale chez l'homme dont la paroi est devenue flasque et, en quelque sorte, trop grande pour son contenu : cette intеprétation des faits cliniques reçoit sa confirmation des faits expérimentaux.

Ce n'est pas celle qu'a adoptée Frantz Glénard, si compétent dans la question : pour lui, la ptose résulte essentiellement de la perte de tonicité des parois gastro-intestinales. Toutefois, Glénard, qui a assisté à mes démonstrations, admet volontiers, aujourd'hui, la part importante qui revient à la perte de tonicité de la paroi abdominale.

L'explication des troubles respiratoires de l'attitude verticale dans les conditions ci-dessus énoncées se vérifie par une simple expérience de contrôle qui consiste à supprimer, au moins en partie, la laxité de la paroi abdominale et ses conséquences, par une compression large soutenant l'abdomen et refoulant les viscères en état de ptose : c'est le rôle que remplit, chez l'homme, la large ceinture abdominale et que pense réaliser également le corset nouveau modèle qui a fait tant de bruit ces temps derniers.

Dans notre expérience, en effet, dès que la compression péri-abdominale est pratiquée, les viscères étant remontés et soutenus, le diaphragme reprend en grande partie sa liberté d'action et la respiration redevient costo-abdominale, de costale supérieure qu'elle était.

Mais, en outre, la circulation, alanguie par l'emmagasinage d'une grande masse de sang dans la cavité abdominale, se relève, la pression artérielle remonte, le cœur, moins précipité et moins faible, se remplit à nouveau du sang veineux qui lui faisait défaut, et, par suite, la circulation pulmonaire se rétablit. Nous trouvons ici la contre-épreuve de l'interprétation mécanique des accidents respiratoires qu'entraîne l'attitude verticale quand la paroi abdominale a perdu sa résistance normale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février.

Difficultés du diagnostic de l'actinomycose

M. Le Dentu a communiqué une observation de tumeur maxillaire qui présentait tous les signes de l'actinomycose, sauf l'apparition des actinomyces. Différents élèves du prof. Poncet avaient confirmé ce diagnostic. Une intervention chirurgicale étant devenue nécessaire, on constata qu'il s'agissait d'un épithélioma. M. Le Dentu conclut en engageant à réserver le diagnostic d'actinomycose tant qu'on n'a pas sous les yeux les corps caractéristiques.

La pathogénie des luxations congénitales de la hanche

M. Le Damany (Rennes). — Cette luxation, indépendante de tout accident, de toute maladie articulaire, musculaire ou nerveuse, indépendante aussi des arrêts de développement, nous l'avons appelée *luxation anthropologique*. Elle mérite ce nom. Apanage de l'homme, plus fréquente à mesure que la race s'élève, elle a son maximum aux deux sommets de l'échelle anthropologique, dans le sexe féminin et dans la race blanche.

Dans la cavité utérine maternelle, le fœtus humain est obligé de se pelotonner à l'excès. Sa cuisse butte contre son bassin dans l'extrême et pourtant insuffisante flexion à laquelle elle est astreinte. Il en résulte une torsion du fémur qui dirige le col et la tête en avant, en même temps qu'en dedans. Pour la même raison, le cotyle se comble partiellement pendant le dernier tiers de la vie fœtale. Après la naissance, ces deux défauts, fémoral et cotyloïdien, se corrigent, mais à la condition de ne jamais dépasser un certain degré.

La cavité cotyloïde de l'homme a gardé — caractère ancestral constant chez les vertébrés supérieurs — une obliquité assez forte vers le plan ventral. Cette obliquité et la torsion du fémur associées produisent une mauvaise orientation réciproque pour les deux surfaces articulaires de la hanche. L'axe épiphysaire fémoral devrait, sur une coupe horizontale de l'articulation en position de station debout, faire, avec le plan d'ouverture cotyloïdien, deux angles égaux. Or, l'angle postérieur est toujours aigu, l'antérieur toujours obtus. Si ce défaut dépasse notablement 60°, soit par excès d'obliquité en avant de la cavité cotyloïde, soit par excès de torsion fémorale, la défectuosité ne pourra se corriger. La conséquence sera une forme particulière de luxation.

Dans la flexion de la cuisse, le fémur très tordu dirige son col en haut, en dedans et en arrière. La cavité cotyloïde regarde en bas, en dehors et en avant. L'orientation réciproque est optima et la luxation impossible. Telle est l'attitude dans l'utérus maternel.

Mais, si le fémur se porte en extension forcée, comme il doit le faire pour le décubitus dorsal et pour la station debout, le col devient oblique en avant et en dedans. Il est alors parallèle à l'ouverture du cotyle. Dans ce mouvement, et avant qu'il soit complet, le col vient heurter, par sa face postéro-interne, la partie postérieure, oblique en haut et en dehors, du sourcil cotyloïdien. Toute l'épiphyse, progressant sur cette rampe inclinée, subit, dans l'extension normale, une latéropulsion de dedans en dehors. La tête tend à s'écarter du fond du cotyle; de positive, la pression articulaire devient nulle ou négative.

Le vide est comblé par une hypertrophie *a vacuo* du ligament rond et par un soulèvement du fond de la cavité. En même temps le sourcil s'affaisse et le cotyle, devenu insuffisant, fixe imparfaitement la tête. Soit par la simple action tonique des muscles longitudinalement étendus du bassin au fémur, soit par l'action adjuvante du poids du corps, la tête quittera cette cavité atrophiée et encombrée par le ligament rond. Ainsi la luxation sera accomplie lentement, progressivement, sans aucune douleur, sous les yeux des parents ou même du médecin, mais sans qu'ils puissent se douter de cet insidieux travail pathologique. Le retard de la marche et, plus tard, la claudication, en seront les premiers symptômes importants.

G.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour l'admissibilité aux concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris.

Ce concours sera ouvert le mardi 15 mars 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire incrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 11 février 1904 et sera clos définitivement le samedi 27 du même mois, à 3 heures.

Le nombre des places d'admissible mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue des concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du 11 au 27 février, de midi à 3 heures.

Les épreuves du concours d'admissibilité sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve éliminatoire comportant deux compositions écrites, l'une sur une question d'anatomie pathologique, de physiologie

pathologique ou de bactériologie, et l'autre sur une question de symptomatologie, de diagnostic ou de thérapeutique. Les candidats auront trois heures pour rédiger ces deux compositions, qui porteront sur des sujets différents.

2° La deuxième épreuve est jugée par le jury réuni en entier; elle consiste en une épreuve clinique sur un malade. Le candidat aura quinze minutes pour l'examen du malade et un temps égal pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la composition écrite (épreuve d'anatomie pathologique, 10 p.; épreuve de symptomatologie, 10 points)........................ 20 points
Pour l'épreuve clinique.......... 20 —

Les épreuves des concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux sont réglées comme il suit :

1° Une consultation écrite sur un malade pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après quinze minutes d'examen; cette consultation sera lue immédiatement.

2° Une leçon clinique sur un malade Il sera accordé au candidat 20 minutes pour la démonstration devant le jury après un temps égal dont il pourra disposer à son gré pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces deux épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour l'épreuve de consultation écrite. 20 points
Pour la leçon clinique............ 20 —

Avis important. — Conformément aux dispositions qui précèdent, un premier concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à se présenter à concourir, les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 15 mars.

Un second concours pour trois autres places sera ouvert quinze jours après la clôture des opérations du premier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 17 février. — *M. Velut* : La périarthrite scapulo-humérale traumatique et les fractures des tubérosités humérales.— *M. Vulpesco* : Du traitement des fractures de l'olécrâne. — *M. Vincent* : Des luxations congénitales de la rotule en dehors. — *M. Garrigues* : Les hernies de la trompe utérine. — *M. Pelloux* : Etude sur la diazo-réaction d'Erlich dans ses rapports avec la tuberculose et en particulier avec la tuberculose pulmonaire.— *M. Meyer* : Rapports étiologiques de la syphilis héréditaire avec les encéphalopathies chroniques de l'enfance.

Jeudi 18 février. — *M. Baumann* : La toux émétisante, son traitement.— *M. Boubred* : De la respiration striduleuse chez les nourrissons. — *M. Leri* : Cécité et tabes (étude clinique). — *M. Desanti* : Du collargol dans les maladies infectieuses. — *M. Fauvel* : Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otitique. — *M. Crapez* : Valeur de l'ablation des ganglions dans l'hystérectomie pour cancer. — *M. Bender* : Contribution à l'étude des kystes racineux de l'ovaire.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 5 février

11 Deniker — 9 Chastagnol, Friedel — 8 Lebras, Hérisson — 7 Lerembourre, Strœlin, Delapchier, Labouuette — 3 Chaluet.

6 février

12 Dupouy — 10 Trolard — 9 Baldenveck, Caron — 8 Lévy-Valensi — 7 Hautefort — 5 Giret.

Pathologie

5 février

12 Krantz — 11 Filhouland, Chochon-Latouche — 9 Brûlé — 8 Guyader, Braun — 7 Chenot — 6 Chauvois, Willette — 5 Lucas-Championnière.

6 février

11 Boudet — 9 L. Durand — 8 L. Lemaire — 7 Dalimier, Pelletier — 6 Lemeland, Lyon-Caen — 5 Cordier — 4 Lacheny — 3 Legrain — 2 Nepper.

8 février

13 J. Lemaire — 10 Evrard, de Gandt — 9 Molinard — 8 Grimbellot — 7 Lévy-Frenkel, Fernet, Barbier — 5 Faix — 4 Vivien, Boulouneix.

LE NOUVEL INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES SANITAIRES ET LES MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES

Le premier acte de M. le prof. Chantemesse comme inspecteur général des services sanitaire a été de présenter au choix du ministre un médecin sanitaire maritime, M. le Dr Borel, pour le poste de directeur de la santé à Saint Nazaire.

Par cette présentation, suivie d'une nomination, M. le prof. Chantemesse a indiqué très nettement la nouvelle orientation qu'il entendait donner aux services dont il a la responsabilité.

Nous ne pouvons que l'en féliciter et nous en féliciter, puisque depuis longtemps nous cherchons à démontrer, dans ce journal, que le corps des médecins sanitaires maritimes ne peut fonctionner utilement qu'à la condition d'être fondu avec celui des directeurs et des médecins de la Santé.

Ajoutons que M. le Dr Borel, en dehors de ses excellents travaux scientifiques, se recommandait par ses connaissances pratiques acquises soit en navigant, soit au service de l'administration sanitaire ottomane.

INSPECTION PERMANENTE DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Directeur de l'Assistance publique vient d'ordonner une enquête minutieuse de tous les services des hôpitaux. Elle est confiée à neuf inspecteurs dont chacun passera dix jours dans un hôpital déterminé.

M. Mesureur a déclaré qu'il attachait la plus grande importance à cette inspection.

« Il ne faut pas, écrit-il, que nous ayons ajouté une circulaire à tant d'autres, mais bien que nous accomplissions un acte qui portera ses fruits ».

1er CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE

Comme nous l'avons déjà annoncé, ce Congrès se tiendra à Nice, du 4 au 9 avril (vacances de Pâques), sous la présidence de M. le professeur Chantemesse (de Paris), membre de l'Académie de Médecine.

Les congressistes bénéficieront de réductions (50 % et plus), la plupart valables du 1er au 20 avril 1904 ; sur les grandes Compagnies de chemins de fer français ; sur ceux du Sud de la France, de la Corse; sur certaines Compagnies anglaises (Londres-Paris); sur les services de bateaux entre Nice, Marseille, la Corse, Gênes; sur les chemins de fer italiens ; sur les Wagons-lits en France et à l'étranger. Des prix réduits sont déjà consentis dans les principaux hôtels de Nice, Beaulieu, Cannes, Menton, Monaco, etc., dont la liste sera fournie sur demande par M. le Dr Camous (2, rue de l'Opéra, Nice), spécialement chargé de ce soin.

En dehors de Nice, les congressistes visiteront officiellement Monaco, Menton, Cannes et Grasse, où des fêtes, promenades, etc., seront organisées en leur honneur. S. A. S. le prince de Monaco donnera une réception au Palais et une représentation de gala sera offerte au Casino. A Nice, en dehors des réceptions par les autorités, il y aura des représentations de gala (opéra, etc.). Le nombre des places, forcément limitées dans les théâtres, seront réservées aux premiers inscrits. Après la clôture du Congrès, des excursions seront organisées.

Les étudiants en médecine, la famille des congressistes accompagnant ceux-ci et adhérant au Congrès (carte spéciale de 10 francs) bénéficieront des mêmes avantages.

Pour faire partie du Congrès il suffit d'envoyer au Dr Bonnal, trésorier (19, boulevard Victor Hugo, Nice), le montant de la cotisation (20 francs) en même temps que les noms, qualités, titres, adresse exacte, très lisiblement écrits, et accompagnés de la carte de visite de l'adhérent. Les confrères, désirant faire des communications, sont priés de bien vouloir en adresser le titre et le résumé (30 lignes, in-8 raisin) au secrétaire général, avant le 15 février, afin qu'ils puissent être publiés et distribués avant le Congrès.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Dr Bérard de Bessé, secrétaire général, à Beaulieu-sur-Mer (Alpes-Maritimes).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Le chauffage et l'éclairage des trains à la compagnie de l'Ouest

La compagnie de l'Ouest a fait monter, pendant l'été dernier, sur une partie de son matériel à voyageurs, des appareils de chauffage au moyen de la vapeur de la locomotive. Tous les trains de la ligne d'Auteuil et la moitié environ des trains de la banlieue de l'Ouest sont ainsi chauffés dans des conditions de régularité et d'adaptation aux variations de la température extérieure.

La compagnie compte étendre progressivement ce système à tous les trains de voyageurs.

MALADIES NERVEUSES

De la nécessité de traiter et de traiter d'une façon active et précoce les hystériques dans les services hospitaliers

Par M. Gilbert Ballet

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Proclamer qu'il est utile de traiter les hystériques dans les services hospitaliers pourra paraître un truisme et à quelques égards, un truisme impertinent ; proclamer qu'il faut les traiter d'une façon active et précoce, cela semblera être l'affirmation naïve d'une de ces vérités banales, qu'on serait mieux avisé de ne pas émettre. Et cependant, si l'on veut bien y réfléchir, on se convaincra aisément qu'en général nous traitons si mal les hystériques dans nos services, que notre thérapeutique équivaut à l'absence de traitement, quand elle ne constitue pas une méthode de choix pour développer et aggraver les accidents contre lesquels nous la dirigeons. Si l'on était tenté de prendre notre assertion pour une critique, nous ferions taire les susceptibilités en déclarant que c'est l'insuffisance avérée de notre propre pratique pendant longtemps qui nous a porté à dire ici en quoi et pourquoi nous jugions utile de la réformer.

Nous ne visons pas tous les cas d'hystérie sans distinction. Il en est en présence desquels la thérapeutique la plus sagace semble incapable de donner, sinon des résultats, au moins des résultats complets et durables. Nous faisons allusion à ceux où la maladie s'est établie de bonne heure et constitue, par sa précocité, par la variété de ses manifestations, et par sa persistance, sous des aspects divers, une véritable névrose constitutionnelle. C'est alors, surtout, d'hystérie féminine qu'il s'agit ; et l'on sait trop que beaucoup de cas de cette espèce font, non sans raison, le désespoir et des maris et des médecins. Il y aurait pourtant lieu de se demander si la ténacité et la complexité symptomatique de ces cas aussi, ne tient pas à ce qu'on a omis à l'origine des premiers accidents d'instituer une bonne orthopédie morale, qui eut été de nature à empêcher l'hystérie de s'affirmer et de s'aggraver. La constitution n'est pas toujours la seule coupable dans le développement des névroses dites constitutionnelles : les parents et les médecins ne sont pas toujours sans reproches.

Mais faisons, si l'on veut, le sacrifice de ces cas, pour appeler l'attention sur ceux où la maladie peut être dite accidentelle, qu'elle soit la conséquence d'un violent chagrin, d'une intoxication aiguë, comme l'ivresse, chez des individus, d'ailleurs, plus ou moins chroniquement intoxiqués d'alcool, ou d'un de ces traumatismes, plus moraux que physiques, qui résultent des accidents individuels ou collectifs. Il s'agit ici, souvent, fort souvent, le plus souvent, si nous envisageons surtout la population hospitalière, d'hystérie masculine. Que l'action de la cause occasionnelle ait été favorisée par une certaine prédisposition individuelle, par un état antérieur, qu'avec tout le monde nous avons plus ou moins heureusement appelé naguère la dégénérescence, nous serions mal venu à le nier, ayant contribué, parmi les premiers, à établir la fréquence de la dégénérescence en question chez les hommes hystériques. Mais, dans ces cas, l'hystérie n'en est pas moins une affection de hasard, qui a nécessité, pour se développer, une occasion, laquelle, du reste, suffit parfaitement, à elle seule, dans un grand nombre de cas.

Donc, voici un hystérique — prenons le cas le plus banal — affecté d'hémi-anesthésie avec hémi-parésie, qui fait son apparition dans un service hospitalier. Quelque temps auparavant, au lendemain d'une ribote où d'une chute de sa charrette malencontreusement heurtée par un omnibus, il lui a semblé que la jambe le supportait moins bien, que le bras droit était moins actif : il a dû suspendre son travail et il vient demander secours et assistance.

L'externe (je suppose un externe faisant bien son service, et l'on sait que c'est la règle), l'externe l'examine tout d'abord ; il constate l'hémiplégie, qui saute aux yeux, et dont se plaint, d'ailleurs, le malade, et quand il en a éclairé la nature, il scrute avec attention l'état de la sensibilité. Son observation, méticuleuse comme il convient, l'amène à faire remarquer au patient, qui jusque-là avait pu ne pas s'en douter, qu'il perçoit mal les contacts, et, à tout le moins, la douleur et la chaleur. Ce premier acte, indispensable pourtant, concourt à fixer l'attention du malade sur les troubles qu'il présente, et constitue une première suggestion, non curative celle-là, mais plutôt pathogène, que les examens ultérieurs, celui de l'interne, puis celui du chef de service, accompagné d'ordinaire d'une démonstration publique aux élèves, vont avoir pour résultat de renforcer. Quand chacun aura ainsi fait consciencieusement son devoir, il ne sera pas exceptionnel de constater que l'anesthésie est devenue plus complète, plus caractéristique par son degré et sa limitation, que les troubles moteurs eux-mêmes sont plus accusés.

Jusqu'à présent, l'intervention médicale a été plus nuisible qu'utile : mettons, si l'on veut, ce qui est vrai dans quelques cas, qu'elle a été simplement inoffensive. Il s'agit, maintenant, d'instituer une thérapeutique. On peut, à cet égard, diviser — un peu arbitrairement, je le reconnais — les services en trois groupes : il y a ceux où l'on ne traite pas le malade ; on l'y tient pour un intrus encombrant, qui accapare un lit qu'on préférerait occupé par un typhique ou un pneumonique ; on le nourrit quelques jours, puis on le prie d'aller ailleurs faire procéder à un nouvel examen de sa motilité défaillante et de sa sensibilité engourdie. Ici l'abstention est nette et franche, et elle a tout au moins ce mérite. Dans d'autres services, on fait une thérapeutique simple, mais consciencieuse, dont quelque potion tonique, parfois un peu de bromure (on ne sait trop pourquoi), et enfin la douche, la classique douche, font les frais. Chaque matin, de très bonne heure, le malade va se livrer à un garçon de bain, doucheur d'occasion, qui lui applique avec conscience un jet vigoureux et bien senti, au moins sur une moitié du corps. Le patient s'habitue ainsi, sans trop de peine, à traîner dans les sous-sols de l'hôpital son côté hémiplégié, et si sa conviction n'était pas suffisamment faite de l'impuissance dont il est atteint, elle se parachève dans ce petit exercice quotidien.

Il y a enfin les services où l'on traite les hystériques par des procédés moins banals : par l'aimant ou par l'électricité, sous la forme de vagues courants continus, de décharges faradiques hâtivement appliquées par un externe pressé ou un infirmier que la chose ennuie, ou sous la forme, plus raffinée, de bains statiques avec ou sans étincelles. Comme la douche, ce traitement n'a, en général, guère d'autre résultat, en fixant l'attention du malade sur les symptômes qu'il présente, que de transformer une idée subconsciente, souvent aisément modifiable, en une habitude morbide invétérée.

Il ne suffit pas, pour traiter utilement un hystérique, d'avoir à sa disposition des appareils compliqués et coûteux et de s'en servir ; il faut bien s'en servir. A ce propos, je tiens à déclarer que je ne m'associe guère à l'enthousiasme admiratif que provoquent

les installations électriques dispendieuses qu'on rencontre, aujourd'hui, dans la plupart des établissements hydro et électrothérapiques. Le cabinet médical y a fait place à des sortes d'usines où les moteurs à plusieurs cylindres actionnent bruyamment des machines à aspect terrifiant : on a peine à y circuler, au milieu des appareils encombrants de haute fréquence, des résonnateurs variés, des machines dynamiques ou statiques, grandes et petites. Je me garderai bien de médire des perfectionnements de l'outillage électrothérapique moderne; il faut user de toutes les ressources que les progrès de la physique ont mises à notre disposition. Mais ce qui me frappe, c'est qu'on a, dans le traitement de l'hystérie, tendance à substituer la thérapeutique automatique des appareils, plus facile et moins fatigante, je le reconnais, à la thérapeutique directe et personnelle du médecin, plus laborieuse et plus pénible, qui demande plus d'attention, d'intelligence et de temps, mais qui, j'espère le montrer, est autrement efficace.

Parmi les hystériques il en est qui ont bon caractère et qui se décident, tôt ou tard, tôt le plus souvent, à guérir quoi qu'on leur ait fait. Je crois que notre thérapeutique habituelle, celle dont je viens de parler, est pour peu de chose dans le résultat; à dire vrai, je la crois plus souvent nuisible qu'utile. On parle fréquemment des effets de la suggestion et on estime d'habitude qu'il peut suffire, pour obtenir la guérison, d'insinuer au malade que le traitement plus ou moins troublant qu'on lui prescrit va lui ramener la santé. Cette suggestion, qu'on pourrait appeler globale, n'a d'effet qu'autant que le malade en réalise luimême la dissociation et sait l'adapter à tel ou tel des symptômes qu'il ressent, par un travail mental inconscient qui n'est pas à la portée de tous. Dans la règle, elle est remarquablement inefficace quand elle n'est pas nocive. Nous sommes, en général, dans nos services, des faiseurs d'hystéries chroniques : mettons, si vous le voulez, pour ne désobliger personne, que notre rôle consiste simplement, sinon à aider, du moins à laisser les hystéries devenir chroniques. Quoi qu'il en soit, l'avenir des malheureux qui passent entre nos mains est le plus souvent lamentable. Ils deviennent les hôtes habituels et intermittents des services hospitaliers où on veut bien les accueillir, recourant entre temps aux diverses formes de la charité publique, jusqu'au jour où les plus favorisés obtiennent leur admission dans un hospice ou asile. Ayons le courage d'envisager le mal comme il est et de le signaler sans honte. On le doit d'autant mieux qu'il n'est peut-être pas impossible, sinon d'y remédier tout à fait, au moins de le pallier dans une large mesure.

Point n'est besoin pour cela de salles luxueuses de traitement, d'appareils dispendieux qui, je le reconnais, frappent l'imagination, mais la frappent rarement au bon endroit et de la bonne façon. Ce qu'il suffit de se procurer — c'est moins coûteux, mais pas toujours facile, il faut bien le dire — c'est un opérateur ayant de la bonne volonté, du temps, de la diligence et une connaissance suffisante de la tâche qui lui incombe. Si l'on a cela, une machine électrique de vingt francs constitue un outillage suffisant.

Je suis frappé depuis longtemps de ce fait que les établissements hydrothérapiques, où l'on a le plus complètement et le plus vite raison des accidents hystériques locaux, particulièrement des paralysies ou des contractures, sont ceux où l'on recourt à la mécanothérapie; non pas à la mécanothérapie des appareils, que je crois, dans les cas en question, tout à fait insuffisante, mais à la mécanothérapie qu'on appellerait plus exactement la thérapie à l'aide des mouvements passifs provoqués par l'opérateur. L'action directe, immédiate, modifiable extemporanément suivant les indications que fournissent au médecin exercé les réactions du malade, me paraît être l'élément qui assure le succès à cette forme de mécanothérapie.

Le traitement électrothérapique, tel que je le crois utile, emprunte aux mêmes conditions et à quelques autres les éléments de sa réussite. Ce sont ces dernières que je voudrais indiquer brièvement.

D'abord, l'application du traitement doit être aussi précoce que possible. Telle hémiplégie hystérique qui cède vite et définitivement si on s'occupe de la soigner quand elle ne date encore que de quelques jours, sera déjà plus résistante si elle remonte à plusieurs semaines, étrangement tenace si elle dure depuis des mois, souvent indélébile et incurable si elle remonte à des années. On en devine la raison : une habitude, quelle qu'elle soit, résiste d'autant plus aux efforts qu'on fait pour la détruire qu'elle est plus ancienne : ce n'est pas sans motif qu'on dit d'elle qu'elle est invétérée, ce qui veut dire à la fois ancienne et résistante. On ne guérit ni un alcoolique, ni un morphinomane quand ils le sont depuis longtemps : on ne guérit pas davantage un très vieux hystérique. En effet, que l'habitude soit consciente ou subconsciente, il importe peu : c'est toujours une habitude, et, comme telle, résistante et immodifiable.

Les exceptions ne sauraient infirmer la règle. Donc, il faut le proclamer bien haut, on commet une faute, et qui peut avoir les fâcheuses conséquences que l'on sait, quand on néglige l'hémiplégie hystérique, quand on ne la traite pas d'une façon aussi précoce qu'on le peut.

Cela dit, et nous osons ajouter cela établi, il faut faire choix d'un procédé de traitement et d'une technique. Le procédé que nous croyons le meilleur, parce qu'il est le plus facilement applicable, le plus à la portée de tous les médecins, parce qu'il est aisé à graduer et à doser, parce qu'il nous semble donner les résultats les plus rapides, du moins en cas de paralysie, sinon en cas de contracture, c'est l'électricité sous la forme d'électricité faradique. Il y a beau temps qu'on l'emploie, mais rien ne sert d'en user si on l'emploie inopportunément ou mal. La première condition pour que le traitement réussisse, est qu'il soit directement appliqué par le médecin lui-même ou par un aide, interne ou externe, rompu à l'application de la méthode. Cette nécessité n'avait pas échappé à Vulpian. « Je dirai, écrivait-il, qu'il est important que la faradisation soit faite par le médecin lui-même et non par le malade ou par quelque personne étrangère à la profession. Le succès de la médication est souvent à ce prix. J'ai vu, en effet, plus d'une fois, en électrisant l'avant-bras d'un malade atteint d'hémianesthésie, se produire des résultats qui n'avaient pas été obtenus lorsque la faradisation était provoquée par un des élèves du service. Il y a là des questions d'intensité de courant à employer, de durée de la faradisation où le médecin traitant peut être seul juge. » Si l'on ne s'astreint à cette règle, il n'y aura rien de fait.

Les succès que j'ai obtenus dans mon service, depuis que je me suis attaché à y régler le traitement de l'hémiplégie hystérique conformément aux préceptes dont je voudrais démontrer ici l'utilité, n'ont pu être obtenus que parce que j'ai été secondé par des aides dévoués, par le Dr Courtade, et tout particulièrement, dans le cas spécial, par mon interne, M. Delherm, qui a mis sans compter, au service des malades, son activité, son temps et sa

connaissance approfondie de la technique électrothérapique.

Cette technique, en ce qui concerne le traitement des paralysies hystériques, n'est pas susceptible de règles précises, uniformes et constantes. Toutefois on peut, à cet égard, et plutôt à titre d'exemples, indiquer quelques données générales.

Envisageons, d'abord, le cas le plus banal : l'hémiplégie hystérique avec ou sans hémianesthésie. Quel que soit l'opinion qu'on se fasse de la pathogénie de cette hémiplégie, elle équivaut, en pratique, à l'oubli, de la part du malade, des mouvements devenus difficiles ou impossibles. Le traitement doit viser à produire une véritable rééducation motrice. On y procède de la façon suivante.

On place les deux réophores sur les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, par exemple; sous l'action du courant, les muscles entrent en action, les doigts se fléchissent sur la main; on attire alors l'attention du malade sur le mouvement qui se produit, en l'invitant à constater par lui-même que les muscles se contractent parfaitement. Puis on l'invite à faire l'effort mental nécessaire pour reproduire ce mouvement.

Il est bien rare, qu'à son grand étonnement, le patient ne s'aperçoive pas que le mouvement en question qui, tout à l'heure, était impossible, est maintenant réalisable en totalité ou en partie. Chez certains malades, ce résultat s'obtient vite, chez d'autres plus lentement, mais, en insistant, même sur le ton impératif, on doit toujours y parvenir.

Quand on a agi de la sorte sur un groupe de muscles, on passe à un autre groupe : aux extenseurs des doigts, aux fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, aux élévateurs de l'épaule. Comme précédemment, on provoque d'abord le mouvement avec le courant faradique, puis on le fait ensuite exécuter spontanément, et il n'est pas rare, à la fin d'une séance d'une vingtaine de minutes, de voir le malade qui, au début ne pouvait exécuter aucune contraction musculaire, porter la main à sa bouche ou la mettre sur la tête.

Contre la paralysie des membres inférieurs, on procède de la même façon : le malade étant couché, on faradise le quadriceps crural, par exemple, puis on fait exécuter spontanément le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin ; on passe ensuite à un autre groupe de muscles ; ainsi, peu à peu, on rééduque les mouvements simples, ensuite les mouvements combinés, dont l'exécution correcte permet la marche normale. Les malades, dans la marche, ont toujours tendance à ne pas fléchir suffisamment le genou et à traîner le pied ; on peut alors, au temps qui correspond à cette flexion, appliquer le courant sur le quadriceps, qui, alors, se contracte, d'où soulèvement meilleur de la cuisse ; la rééducation fonctionnelle s'exécute en général très vite par cette sorte de persuasion.

La manière de procéder que nous venons d'indiquer peut, du reste, se modifier ; dans les cas faciles il n'est pas besoin d'agir avec autant de méthode ; il suffit de promener les électrodes sur le membre, en faisant contracter les muscles ; le plus souvent, dès que le malade voit se produire un changement quelque peu appréciable dans son état, il devient facile d'achever sa rééducation très rapidement, et pour le membre supérieur et pour le membre inférieur. Ainsi, en deux ou trois séances, on arrive à faire marcher des hémiplégiques très correctement, et à rendre aux membres l'activité désirable.

Il en est ainsi, du moins dans les hémiplégies récentes, car, nous ne saurions trop le répéter, les choses se passent autrement dans celles qui sont anciennes, et surtout très anciennes.

Mais quand les accidents datent de peu de temps, il n'est pas que ceux à type hémiplégique qui soient susceptibles d'être modifiés. L'astasie-abasie, par exemple, si on la traite à temps, peut être guérie par les mêmes procédés.

Il en est de même des troubles de la sensibilité. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on s'attache à les dissiper au moyen d'un pinceau de Duchenne : on s'y attachait déjà au temps de Briquet. La raison des insuccès, qui sont nombreux, dépend souvent de l'ancienneté des stigmates. Quand ils sont récents, on en triomphe, au contraire, fréquemment, avec une facilité relative. Il suffit, parfois, de deux ou trois séances de faradisation superficielle pour dissiper une anesthésie qui, si on la néglige, tendra, au contraire, à s'établir en permanence. Quand les troubles de sensibilité sont plus accusés et plus résistants, on doit les attaquer par des procédés plus compliqués : on commence par créer une zone de sensibilité, ce qui s'obtient d'ordinaire en laissant le pinceau en place sur le même point jusqu'à ce que le malade déclare sentir le courant. Puis on agrandit la zone en promenant le réophore autour de ses limites. Il arrive alors assez communément que le malade, bien qu'il perçoive l'excitation électrique, ne sente ni la piqûre, ni la chaleur, ni le contact, mais on arrive, par une rééducation progressive, à lui restituer les divers modes de sa sensibilité.

La même méthode de rééducation est, d'ailleurs, applicable à bien d'autres accidents hystériques, à l'aphonie, par exemple. On faradise, dans ce cas, la paroi cervicale antérieure ou le voile du palais ; on provoque ainsi des contractions qui amènent le malade à pouvoir proférer un cri, ou même articuler un mot. En sollicitant patiemment ses efforts, on ramène assez vite, chez lui, la vocalisation, puis la parole.

M. Delherm est encore arrivé à arrêter, de la sorte, des vomissements incoercibles.

Pour ce faire, on place deux tampons reliés à une batterie galvanique, de chaque côté de la trachée, à la base du cou ; on fait manger le malade en surveillant l'apparition de la nausée. Dès que l'ébauche du vomissement se produit, on met brusquement dans le circuit 8 à 10 éléments ; il en résulte une contraction brusque des muscles du cou et aussi, peut-être, du pharynx, qui arrête net le vomissement. Dès que la nausée est passée, on ne laisse plus qu'un ou deux éléments dans le circuit et, si elle se reproduit, on répète la manœuvre précédente.

Petit à petit, non toujours très vite, le malade se réhabitue à avaler et à garder les aliments.

Mais je passe sur ces derniers faits. Mon but est moins de montrer, dans cette communication, tout le parti qu'on peut tirer de l'électricité dans le traitement des accidents hystériques de divers ordres, que de faire ressortir les ressources que cette dernière nous fournit, quand elle est bien maniée, pour dissiper à leur origine les symptômes habituels de l'hystérie accidentelle, et les empêcher de devenir chroniques.

Je pourrais citer de nombreuses observations. Cela allongerait sans profit cette note. Qu'il me suffise de dire que bien peu des cas d'hystérie récente, que nous nous sommes donné la peine de soigner, ont résisté au traitement.

Certes, tous les cas d'hystérie, même accidentelle, ne sont pas identiques les uns aux autres. Il en est où les troubles trouvent un élément d'entretien dans les préoccupations qui dérivent, par exemple, d'une procédure en cours. Le retard, quelquefois voulu et prémédité, que les tribunaux mettent souvent à résoudre les procès pendants

que font naître les accidents du travail, est encore un des éléments qui contribuent à favoriser le passage à l'état chronique de troubles hystériques qu'une solution judiciaire plus rapide eut permis de traiter avec succès.

J'estime, en effet, que le plus grand nombre des hystéries chroniques masculines qui encombrent nos services, sont pour une bonne part le fait des magistrats et des médecins. Ceux d'entre nous qui sont consultés à titre d'experts, peuvent, dans une faible mais pourtant réelle mesure, contribuer à ce que les décisions de la justice, en ce qui concerne les hystériques victimes d'accidents, soient plus promptement définitives. Ils auront de ce chef déjà rendu possibles des guérisons qu'une procédure traînante remet aux calendes. Quant aux malades rendus hystériques par une circonstance fortuite, il dépend de nous, le plus souvent, qu'ils ne deviennent pas des nonvaleurs. Je voudrais vous avoir convaincus qu'il suffit pour cela, le plus souvent, de traiter l'hystérique autrement et plus tôt qu'on n'a d'ordinaire l'habitude de le faire.

A la vérité, une part de la responsabilité revient aussi à l'administration de l'Assistance publique dans la production de ces hystéries chroniques dont le grand nombre contribue à alourdir son budget. On ne peut demander au personnel médical, même le plus zélé, plus qu'il n'est capable de faire, et ce n'est pas au moment où des nécessités, qui paraissent à la vérité inéluctables, vont nous priver d'un certain nombre de nos externes, qu'il faut espérer qu'on pourra, dans nos services encombrés, consacrer le temps nécessaire, qui est long, au traitement laborieux et patient dont je me suis efforcé de faire ressortir l'utilité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février.

De l'appendicalgie

M. Lejars. — La communication de notre collègue M. Guinard peut se résumer en ces trois propositions : 1° fréquence des appendicites méconnues; 2° fréquence des appendicites coexistant avec d'autres affections et se traduisant par de la douleur; 3° nécessité de faire l'examen de l'appendice dans toute laparotomie.

Pour cette dernière conclusion, je suis du même avis que M. Guinard. Il y a longtemps que je ne manque pas de faire cet examen et plus d'une fois j'ai trouvé cet organe malade, alors qu'aucune manifestation antérieure ne l'avait révélé. Toutes les fois que l'appendice est suspect je l'enlève et, depuis quelque temps, j'en fais autant, même s'il paraît sain; voici pour quelle raison : l'année dernière j'opérais une femme d'un gros fibrome, la malade guérit; mais six mois après, on l'apportait à l'hôpital en pleine péritonite diffuse appendiculaire. Une intervention ne l'a pas sauvée; aussi ai-je regretté de ne pas avoir fait l'ablation de l'appendice lors de la première laparotomie.

Je n'insisterai pas sur la première conclusion de notre collègue. Comme lui nous avons tous vu de nombreux cas où l'appendicite a été méconnue. Dans la sphère génitale, en particulier, une salpingite par exemple peut être prise pour une appendicite et réciproquement.

Quant à la douleur dans la fosse iliaque, symptôme d'une appendicite, en même temps qu'il existe une autre affection, le cas est assurément très fréquent. Je l'ai constaté plus d'une fois, en particulier chez des jeunes filles atteintes de dysménorrée, et cette dernière a disparu quand l'appendice a été enlevé. De même dans un cas de rétroflexion douloureuse, pour laquelle j'ai fait, cependant, le raccourcissement des ligaments ronds, ce qui était peut-être inutile.

Toutefois, je me sépare de M. Guinard quand il considère l'appendicalgie comme un signe capital d'appendicite. D'ailleurs, le mot algie ne désigne ordinairement qu'une affection sans substratum anatomique connu, et dans les observations de notre collègue on trouve mentionnées des lésions.

Je considère comme un danger de mettre cette expression en vedette pour traduire une douleur propre à l'appendicite. Il ne faut pas oublier, du reste, qu'on en ignore la véritable cause et que son sens n'est pas aussi déterminé qu'il en a l'air.

Je remarquerai encore que cette douleur, siégeant dans la fosse iliaque, n'est pas toujours due à l'inflammation de l'appendice. Je l'ai trouvée très nette dans des cas de simple typhlite, dans des lésions ovariennes et même au début de la fièvre typhoïde chez un sujet que j'ai laparotomisé. L'appendice était sain et la fièvre typhoïde a continué son évolution sans incidents. Bien plus, tout dernièrement, j'ai été appelé auprès d'un malade qui présentait cette douleur ; or, j'ai découvert, en l'auscultant, qu'il était atteint d'une pneumonie du lobe inférieur. En résumé, j'estime qu'on aurait tort de poser un diagnostic sur ce seul signe, la douleur, et que le terme d'appendicalgie n'est pas absolument nécessaire dans notre langage médical.

Un cas de craquements sous-scapulaires pathologiques

M. Rochard. — L'observation de ce fait nous a été présentée par M. Mauclaire sous la forme d'une jeune fille de dix-sept ans. Issue d'un père mort tuberculeux, cette malade avait eu antérieurement des douleurs dites rhumatismales, sur divers points du corps, et dans les derniers mois il était survenu des craquements sous-scapulaires, qu'aucun traitement médical n'avait modifiés.

C'est alors que, pour remédier aux douleurs qui les accompagnaient et à la gêne fonctionnelle du bras, M. Mauclaire a fait une incision parallèlement au bord spinal de l'omoplate et a exploré la région sous-scapulaire. Le résultat de cet examen a été négatif. Notre confrère a pensé qu'une interposition musculaire empêcherait ces craquements, et il s'est servi d'un lambeau du trapèze qu'il a fixé au grand dentelé. L'opération a été suivie de guérison.

M. Nélaton. — Je crois que M. Duplay a signalé le premier ces craquements et les a traités par le massage.

M. Rochard. — M. Duplay a décrit la péri-arthrite de l'épaule, mais non ces craquements.

M. Nélaton. — Quoi qu'il en soit, j'ai observé plusieurs fois ces craquements et j'ai fait pratiquer le massage forcé. Chez une malade entre autres, le résultat a été bon, mais, une année plus tard, elle a présenté un abcès tuberculeux, ce qui m'a fait penser qu'une lésion tuberculeuse était la cause de ces craquements.

M. Kirmisson. — Le malade que M. Terrillon avait présenté ici avec des craquements, a eu également un abcès tuberculeux.

M. Nélaton. — Je me rappelle encore un autre fait qui s'est terminé de la même façon par un abcès sous-claviculaire.

M. Walther. — Je crois cette question assez complexe est susceptible de plusieurs interprétations pathogéniques. J'ai vu plusieurs malades chez lesquels la tuberculose a été évidente, mais, sur une malade de Trélat, c'était une production syphilitique qui était la cause de ces craquements. Le traitement spécifique a amené la guérison.

Un cas de jéjunostomie en Y

M. Schwartz. — Depuis la première observation de jéjunostomie, faite par M. Terrier en 1898, pour un cancer de l'estomac inopérable, cette intervention n'a été pratiquée que comme opération palliative et elle a toujours présenté une mortalité de 50 % environ.

M. Riche nous en a communiqué dernièrement un nouveau cas. C'est la troisième jéjunostomie qu'il a eu l'occasion de faire ou de tenter. Déjà, en 1900, il en avait fait le premier temps sur un malade qui succombait le lendemain. En 1902, il réussissait sur un autre malade, mais des accidents pulmonaires déterminaient la mort le dixième jour. Sa troisième observation concerne un homme de quarante-quatre ans, dont la plus grande partie de l'estomac était envahie par un cancer.

Toute autre opération étant impossible, notre confrère a fait une jéjunostomie en Y, suivant le procédé de Mayld. Après avoir sectionné le jéjunum à 15 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, il a abouché le bout jéjunal supérieur à un segment du jéjunum, à 10 centimètres au-dessous du point de section, puis le bout jéjunal inférieur à la peau. La fistule cutanéo-jéjunale a servi à l'introduction des aliments et le malade a eu une survie de trois mois.

D'après notre confrère, la jéjunostomie ne doit pas être considérée comme une opération d'exception ; elle mérite d'être mise en parallèle avec la gastro entérostomie, qu'elle remplacera un jour. Peut être est-il prématuré de souscrire actuellement à ce jugement.

Présentations

M. Routier. — Homme: *Extraction d'une balle de revolver située sur la face antérieure de la dernière côte.*

M. Schwartz. — Homme: *Lipome périarticulaire du genou.*

M. Arron. — *Enorme anévrysme du creux poplité.*

PRIX DÉCERNÉS EN 1901

Prix Marjolin : M. Katz (*De l'extrophie de la vessie*).

Prix Demarquay: MM. Vanverts et Denicourt (*Pleurésies purulentes enkystées*).

Prix Gerdy : M. Guibal (*Chirurgie du cœur*).

Prix Laborie : Mention à M. Glover (*Application thérapeutique de l'air chaud*).

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 10 février.

Quand peut-on cesser le régime lacté chez les scarlatineux?

M. P. Gallois. — La complication la plus caractéristique de la scarlatine est la néphrite. Quand un enfant présente une albuminurie dont on ne peut retrouver la cause, on suppose généralement qu'il a eu une scarlatine méconnue. S'il a eu une angine, on qualifie rétrospectivement cette angine de scarlatineuse. Cela n'est pas toujours exact. Une néphrite cryptogénique est généralement la conséquence d'une rhino-pharyngite méconnue, soit aiguë, soit chronique. Dans la scarlatine, la néphrite est également sous la dépendance de la rhino-pharyngite. Par suite, elle est à craindre tant qu'il y a de l'infection du cavum; elle n'est plus à redouter dès que la rhino-pharyngite est guérie. A partir de ce moment, on peut cesser le régime lacté. C'est là une indication précise permettant de n'imposer au malade que les précautions juste suffisantes.

J'ai appliqué cette règle récemment chez une malade du service de M. le prof. Chantemesse, que j'avais l'honneur de remplacer. Cette femme avait été envoyée au bastion 29 par erreur. Sa gorge présentait de telles fausses membranes que l'on avait cru à une diphtérie. L'interne de service, M. Rathery, fit, par prudence, une injection de sérum de Roux, mais s'assura qu'il n'y avait pas de bacilles de Löffler. Il existait un peu d'albuminurie. Au bout de quinze jours, la gorge ayant été nettoyée, la fièvre tomba et l'albuminurie disparut. Au dix-huitième jour, on commença à donner à la malade des pommes de terre et, quelques jours après, de la viande. Au vingt-huitième jour, la malade nous causa une certaine émotion. Elle avait les yeux bouffis et se plaignait de douleurs de tête; cependant, l'albuminurie ne s'était pas reproduite. On la remit au lait et, le lendemain, le gonflement des paupières avait disparu. La malade nous donna alors l'explication des accidents qu'elle avait éprouvés; la veille de leur production, elle avait passé presque toute la journée à la fenêtre, la tête exposée au vent et à la pluie. Il s'agissait, par suite, vraisemblablement, du type morbide décrit par Galliard, Trousseau, sous le nom d'œdème aigu des paupières, et dont j'ai moi même rapporté des exemples (*Bulletin médical*, 26 janvier 1901). Deux jours après on remettait la malade à l'alimentation ordinaire et la guérison se fit sans nouvel incident.

Cette observation vient à l'appui des thèses suivantes : 1° La néphrite dans la scarlatine est fonction de rhino-pharyngite 2° Pour éviter la néphrite il faut pratiquer la désinfection des voies aériennes supérieures. 3° Dès que la rhino-pharyngite est guérie, le danger de néphrite n'existant plus, on peut supprimer le régime lacté. Cette dernière règle est sans doute un peu téméraire. On ne se risquera à l'appliquer que si l'on sait bien faire le diagnostic de la rhino-pharyngite et que si l'on s'est assuré qu'il n'en existe plus trace chez le malade.

Deux faits d'action favorable du sérum antituberculeux de Marmoreck

M. Bardet communique, au nom de **MM. La Néelle et de Cornière** (de Lisieux), l'observation d'une malade, âgée de trente-trois ans, atteinte de phtisie aiguë des deux poumons, traitée quatre semaines après le début, par le sérum antituberculeux de Marmoreck, avec un succès complet. La malade a reçu en tout, en 47 injections, 720 gr. de sérum. Tous les symptômes cliniques — matité dans les deux poumons, râles, fièvre, dyspnée, toux, expectoration abondante — ont disparu graduellement. Les crachats, qui contenaient un nombre très considérable de bacilles de Koch, n'en présentent plus, et il est impossible de trouver des traces de l'affection tuberculeuse. De l'avis des médecins qui ont suivi la malade pendant quatre mois, il y a une complète restitution *ad integrum*. Il résulte de l'observation que la malade a supporté très bien, sans accident, cette quantité considérable de sérum.

M. Klein. — Je communique à la Société un deuxième cas de tuberculose pulmonaire traité également avec succès par le sérum antituberculeux de Marmoreck. Ce cas, observé par M. Jacobsohn (de Paris) et moi, concerne un homme, âgé de trente et un ans, qui fut pris d'une hémoptysie dans le commencement du mois d'août. Il présentait des craquements dans le tiers supérieur du poumon gauche et des signes d'infiltration du poumon droit, de la toux, une expectoration abondante (présence de bacilles de Koch dans les crachats) et très mauvais état général. Actuellement, le malade se trouve, après l'absorption de 155 cc. du sérum antituberculeux, amélioré au point que lui-même se considère comme guéri. Comme signe objectif, quelques craquements disséminés au sommet gauche. État général excellent.

M. Mathieu. — Un point qu'il convient de faire ressortir dans ces deux observations c'est que, conformément au précepte *primum non nocere*, l'usage du sérum antituberculeux de Marmoreck n'a été accompagné ici d'aucun effet nuisible.

(A suivre.) V. DE H.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5-12 février

Hyperchloruration et épilepsie

MM. Enriquez et H. Grenet. — Nous avons étudié, chez trois épileptiques, l'action de la chloruration sur les crises. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, l'hyperchloruration intense a, dans un cas que nous avons pu suivre pendant plus de quatre mois, très nettement diminué le nombre et l'intensité des crises; chez les deux autres malades, elle n'a pas amené d'amélioration aussi manifeste, mais n'a, à aucun moment, aggravé l'état des malades.

Ces faits semblent difficiles à concilier avec les observations de M. Toulouse; pourtant la contradiction est peut-être plus apparente que réelle : nous avons soumis nos malades à une chloruration intensive *sans bromure* tandis que MM. Richet et Toulouse ne diminuent les chlorures que pour les remplacer par le bromure.

Il importe aujourd'hui, lorsqu'on étudie l'hypo ou l'hyperchloruration dans une maladie, de suivre la courbe d'élimination des chlorures. Or, de la lecture de nos courbes, on doit tirer une double remarque. D'une part, il semble bien que les crises se produisent lorsque l'élimination chlorurée diminue, soit immédiatement avant cette période de rétention relative, soit lorsque l'élimination est minima. D'autre part, les chlorures éliminés ont atteint un chiffre élevé chez nos trois malades, et surtout chez celui

qui a été nettement amélioré. On est peut-être en droit de penser que l'amélioration observée chez ce malade tient à ce fait que l'introduction d'une certaine quantité de chlorures (20 gr.), en plus de la quantité contenue dans l'alimentation, a provoqué des décharges chloruriques énormes.

M. Sicard dit que, dans un autre ordre d'idées, il a tenté, dans le service de M. Raymond, la médication hyperchlorurante seule, sans adjonction de bromure de potassium, chez trois épileptiques à grandes crises.

Les résultats thérapeutiques, favorables au début de la médication, ne se sont pas maintenus. La vieille médication classique bromurée, à doses progressivement croissantes et décroissantes, reste donc le traitement de choix pour les épileptiques essentiels, et si l'on veut faire jouer un rôle au chlorure de sodium chez de tels malades, c'est en privant de ce sel leur organisme, déjà imprégné de bromure, que l'on interviendra utilement (méthode *bromo-hypochlorurante* de MM. Richet et Toulouse).

MM. P. Merklen et J. Heitz ont constaté, chez un épileptique, que la dose nécessaire pour juguler les accès (11 grammes pour 24 heures) déterminait, au bout de quelques jours, des troubles toxiques intenses. Ils ont alors essayé de réduire les doses au moyen de l'hypochloruration. Dans ces conditions, les accès ont été supprimés à la dose de 5 grammes, ce qui correspond à une exaltation manifeste du pouvoir thérapeutique (Richet et Toulouse); mais, en même temps, les accidents d'intoxication commençaient à se manifester à la dose de 3 grammes, et, à 5 grammes, s'exagéraient au point d'obliger à l'arrêt de la médication. Pendant les deux périodes, toutes précautions avaient été prises pour faciliter l'élimination.

Cette exagération du pouvoir toxique du bromure semble rendre inutile l'emploi de la méthode de la déchloruration chez les sujets qui ne supportent pas les hautes doses de bromure nécessaires pour arrêter leurs accès.

Discussion sur la communication de M. Vaquez sur l'hypertension

M. P. Merklen. — L'intéressante communication de M. Vaquez soulève des questions complexes et multiples. Parmi elles, il en est une, la pathogénie de l'hypertension artérielle, qui me semble discutable. Je ne crois pas, en ce qui me concerne, qu'il y ait lieu d'abandonner la théorie qui paraît actuellement le plus généralement adoptée, celle de l'hypertension par trop-plein artériel et obstacle périphérique, qu'il s'agisse d'artério-sclérose ou d'angiospasme. Dans la néphrite interstitielle et dans l'artério-sclérose du rein, l'élévation permanente de la tension artérielle s'explique facilement par le barrage circulatoire du rein, qu'il s'agisse de sclérose diffuse de cet organe ou d'endartérite sténosante de ses petites artères. Il en résulte un état habituel de stase artérielle qui s'exagère quand le cœur faiblit; d'où le fait clinique bien connu et en apparence paradoxal de l'hypertension augmentant avec l'apparition de l'asystolie secondaire, diminuant avec sa disparition.

Dans la colique de plomb, il est d'autant plus légitime d'invoquer comme cause de l'hypertension, un spasme artériel périphérique, que Potain avait constaté, bien avant les recherches sur la tension artérielle, la diminution de volume du foie par contraction spasmodique de ses vaisseaux.

L'hypertension artérielle de l'éclampsie puerpérale paraît être, pour une part, liée au trop-plein des artères, mais la cause en est spéciale. C'est, sans doute, la pléthore gravidique. Il est digne de remarque que l'éclampsie puerpérale ne s'observe guère que chez les primipares, et qu'elle se produit souvent chez plusieurs personnes d'une même famille. Ne pourrait-on invoquer, pour expliquer cette particularité, une conformation de l'appareil cardio vasculaire, un état d'aplasie artérielle qui ne se prête pas, dès une première grossesse, à la distension nécessitée par l'augmentation de la masse du sang en circulation, tandis qu'elle y est préparée par une grossesse antérieure? Il y aurait, du fait de cette étroitesse des cavités vasculaires et cardiaques, un état progressif d'engouement sanguin, d'où l'hypertension. Sans doute, celle-ci augmente, sous l'influence de la toxémie due aux lésions secondaires du foie et des reins. Mais il ne me semble pas que l'intoxication puisse tout expliquer.

Quant au rôle possible d'une lésion des capsules surrénales, il serait prématuré de le généraliser. Et même, s'il s'agissait d'intoxication par hyperfonctionnement de ces organes, on n'en comprendrait pas autrement les conséquences qu'en invoquant la théorie du spasme des petites artères, puisque leurs produits, l'adrénaline en particulier, jouissent avant tout de propriétés vaso-constrictives.

M. H. Lamy. — Il faut avouer que le mécanisme pathogénique de l'hypertension permanente chez l'homme est encore entouré d'obscurités. La pathologie expérimentale ne nous a pas, jusqu'ici, renseignés sur ce point. Fr. Franck a montré qu'il était à peu près impossible d'obtenir, chez l'animal, une hypertension prolongée par obstacle mécanique. Que l'on provoque chez le chien un spasme de tout le réseau vasculaire abdominal par excitation prolongée du grand splanchnique; bien mieux, que l'on comprime d'une façon soutenue l'aorte abdominale au-dessous du diaphragme, on verra, sans doute, la pression carotidienne s'élever très haut pendant les premiers instants. Mais cette hypertension, par action mécanique, n'est pas durable: et, bientôt, la pression retombe graduellement à son degré antérieur, avant que le spasme vasculaire ou la compression aortique aient pris fin. Il y a un mécanisme régulateur de la pression artérielle, dont nous constatons ainsi l'existence à l'état physiologique, et qui semble avoir pour but de défendre l'organisme contre les effets nuisibles de l'hypertension prolongée. Aussi les théories purement mécaniques, invoquées pour expliquer l'hypertension permanente chez l'homme, ne semblent-elles pas satisfaisantes: telles le spasme vasculaire abdominal dans la colique saturnine, la sténose des artères du rein dans la néphrite interstitielle.

Quant à l'action hypertensive de l'extrait de capsules surrénales en injections intra-vasculaires chez les animaux, nous savons qu'il s'agit là aussi d'un effet passager, qui ne se prolonge pas au delà de quelques minutes. Cet effet n'en est pas moins très curieux, et l'application de cette découverte expérimentale à la pathologie humaine ouvre une voie nouvelle de recherches; mais celles-ci n'ont pas encore abouti à des résultats qui nous permettent d'en faire état dans la question.

Les faits, très intéressants, que vient de nous exposer M. Vaquez, sont reliés par un caractère commun. Il s'agit, dans tous les cas, de sujets *intoxiqués*; et, bien que ce ne soit encore là qu'une hypothèse, il me paraît que c'est à l'intoxication chronique, endogène ou exogène, qu'on peut rattacher, avec le plus de vraisemblance, l'hypertension permanente observée chez les saturnins, les urémiques et les éclamptiques. On peut admettre que l'intoxication entretient d'une façon permanente, chez ces sujets, une excitation de l'appareil circulatoire, portant peut-être à la fois sur le cœur et la périphérie, et ayant pour résultat d'élever la pression dans les artères.

Dans ces conditions, il est permis de se demander si les troubles morbides présentés par les individus en état d'hypertension artérielle ne doivent point, pour certain d'entre eux au moins, être imputés à la même cause que celle ci, c'est-à-dire à l'intoxication, au lieu d'être considérés comme la conséquence de l'excès de tension sanguine.

M. Josué. — Si l'exagération des fonctions sécrétoires des capsules surrénales peut être invoquée, dans certains cas, pour expliquer l'hypertension artérielle, on ne peut pas admettre que cette dernière soit due aux centres nerveux. J'ai démontré expérimentalement, en effet, que la vaso-constriction périphérique, facteur de l'ypertension en pareil cas, ne dépend pas des centres sympathiques.

Aussi bien, c'est de l'hypothèse de l'origine surrénale de l'hypertension artérielle que je suis parti pour rechercher si l'athérome artériel n'aurait pas, au moins dans certains cas, une origine semblable. J'ai pensé que, dans certains cas au moins, l'hypertension artérielle que l'on observe chez l'homme est due à la suractivité des capsules surrénales. D'autre part, sachant la fréquence de l'athérome artériel chez les hypertendus, j'ai cherché à déterminer expérimenta-

lement l'athérome par injections répétées d'adrénaline dans les veines du lapin. Les résultats ont été conformes à mon attente, venant donner un fort appoint à mon hypothèse, qui est invoquée également aujourd'hui par M. Vaquez.

M. H. Claude. — M. Vaquez invoque, comme cause de l'hypertension dans certaines intoxications, un trouble fonctionnel des capsules surrénales qui produiraient une plus grande quantité de substance active. On se représente mal comment des agents toxiques qui, généralement, déterminent la dégénérescence ou la disparition des éléments nobles des glandes, produiraient sur les surrénales un processus inverse, l'hypergenèse et la suractivité fonctionnelle consécutive.

M. Vaquez — Les objections qui viennent de m'être faites ont trait surtout à la pathogénie de l'hypertension pour laquelle j'ai proposé une explication nouvelle, encore hypothétique, bien qu'une observation anatomique ait semblé la confirmer et que l'expérimentation tende à la justifier. Si les surrénales sont en cause, c'est bien, évidemment, comme le dit M. Merklen, par leurs propriétés vaso-constrictives, puisque j'estime que les accidents sont dus à l'hypertension, fonction de la vaso-constriction exagérée.

Il suffit d'avoir soulevé cette question de pathogénie pour voir que les avis les plus divers sont de suite émis. La théorie du spasme vasculaire abdominal pour expliquer l'hypertension dans la colique de plomb est théoriquement insuffisante, comme l'a dit M. Lamy.

En fait, cette hypertension, dans les cas de cet ordre, devrait être constante. Or, je l'ai vue manquer au cours d'une colique de plomb des plus pénibles.

M. Gouget. — Peut-être pourrait-on, dans une certaine mesure, invoquer à l'appui de la théorie *mécanique* — et non plus *directement toxique* — par laquelle M. Vaquez explique certains accidents de l'urémie et de l'éclampsie, l'action parfois si rapidement efficace de la saignée contre ces mêmes accidents. Cette action *immédiate* — la seule à envisager ici — me paraît être, en effet, essentiellement et avant tout, une action brusquement déplétive, c'est-à-dire d'ordre mécanique. Et c'est aussi contre un autre accident de certaines maladies à hypertension artérielle, accident facile à reproduire avec l'adrénaline, l'œdème aigu du poumon, que la saignée se montre d'une efficacité si remarquable et si prompte, bien que trop souvent passagère.

M. H Dufour. — A la suite de la communication de M. Vaquez, je désire apporter dans la discussion un fait récemment observé.

Un homme, atteint de sclérose rénale et de bruit de galop, présente de l'hémianopsie transitoire que j'ai tendance à rattacher à de l'urémie, à cause de son caractère passager. A l'autopsie, les lésions sont celles du cœur rénal et de la néphrite interstitielle.

Les capsules surrénales, une entre autres, sont volumineuses et bosselées sans tuberculose. Le cerveau présente, au niveau du lobe occipital gauche, des lésions qui expliquent l'hémianopsie.

Je pense que, bien souvent, dans les encéphalopathies partielles ou généralisées, dites urémiques, il faut compter avec un état antérieur organique sans lequel nous ne pourrions expliquer des localisations morbides cérébrales survenant sous l'influence d'une cause aussi générale que l'intoxication par des poisons divers ou l'hypertension.

Pour ce qui a trait aux déterminations cérébrales générales, comme l'épilepsie convulsive, je rappellerai un travail antérieur où j'ai établi qu'à l'occasion d'une intoxication (saturnisme), d'une auto-intoxication (urémie, accouchement), on voyait chez des gens âgés, parfois de cinquante-deux et soixante-deux ans, réapparaître l'aptitude convulsive qui s'était manifestée à la naissance sous forme de convulsions. Je crois donc que l'état d'hypertension ne sert qu'à mettre en valeur un état organique antérieur, mais nous explique la soudaineté quelquefois singulière des déterminations cérébrales.

L'hypertrophie des surrénales, chez mon malade, dans le cours de la néphrite interstitielle, vient s'ajouter au cas rapporté par M. Vaquez.

(La discussion continuera à la prochaine séance.)

A propos des injections mercurielles intra-veineuses

MM. J. Renault et P. Pagniez montrent que les injections intra-veineuses de cyanure de mercure n'exercent aucune action nocive sur la composition du sang.

Le cyanure de mercure est une substance hémolysante, ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant agir, sur une quantité déterminée de globules sanguins, des solutions plus ou moins étendues de cyanure de mercure dans de l'eau salée isotonique. L'hémolyse, nette avec les solutions à 1 ‰, lente avec les solutions à 1 pour 10000, est nulle avec les solutions à 1 pour 100000; on peut, théoriquement, conclure que l'injection de 2 et 3 centigrammes de cyanure de mercure, injectés dans le torrent circulatoire, ne doivent avoir aucune action nocive sur les hématies.

L'examen du sang des malades syphilitiques traités, montre pratiquement que le nombre des hématies et le chiffre de l'hémoglobine restent les mêmes; que, par conséquent, vingt injections intra-veineuses d'un centigramme de cyanure de mercure, faites tous les deux jours, n'entraînent pas le moindre degré d'anémie.

M. Caussade présente, chez un tuberculeux âgé, avancé et, en outre, un peu tabétique, une ulcération mal determinée de la langue.

M. Danlos penche pour la nature tuberculeuse.

M. Gilbert-Ballet fait à la Société la communication que nous publions *in extenso* en tête du journal et qu'on aura lue avec autant de plaisir que de profit.

J. J.

MÉDECINE MILITAIRE

Du recrutement des officiers d'administration du service de santé

L'état-major, l'artillerie, le génie, la justice militaire, l'intendance, le service de santé ont, comme on sait, en dehors de l'élément technique, un personnel d'administration. Toutes ces armes recrutent et instruisent directement leurs officiers d'administration, sauf le service de santé qui reçoit de la main de l'Intendance ses agents administratifs.

Cette situation exceptionnelle est un dernier vestige du vasselage du service de santé vis-à-vis de l'Intendance. Elle est tellement anormale, tellement contraire au bon fonctionnement du service que — nous pouvons l'affirmer sans crainte d'être démenti — toutes les directions d'armes précitées se sont prononcées contre le projet d'une école unique d'administration. Voici, en effet, les inconvénients de ce *modus agendi*.

A l'Ecole de Vincennes, les professeurs appartenant, sauf un, à l'Intendance, exaltent ce service au détriment de celui de santé, qui ne récolte, en général, chaque année, que les derniers de promotion, ceux qui ont raté l'Intendance!

En outre, l'administration est enseignée, à Vincennes, d'après les traditions bien connues de l'Intendance, alors que l'autonomie du service de santé n'a été faite que pour permettre à celui-ci de s'engager dans une voie autrement profitable aux malades. Pour l'élément médical ou de direction, le malade est tout; pour l'agent d'administration, c'est-à-dire d'exécution, la paperasserie domine tout. Les uns et les autres parlent une langue différente, d'où désaccord constant, au grand détriment des malades.

Enfin, lorsque les élèves sortent de Vincennes et sont nommés officiers d'administration, ils peuvent être très forts dans la confection des états, mais ils ne connaissent que théoriquement les hôpitaux et leur service! De telle sorte que c'est lorsqu'ils sont chefs qu'ils commencent leur apprentissage, tout en commandant à un personnel qui, pratiquement, en sait plus qu'eux.

Le service de santé fournit donc ce spectacle bizarre : d'une part, les docteurs sortant de l'Ecole de Lyon, qui ont droit, de par leur diplôme, d'exercer la médecine dans tout le territoire national, sont tenus à faire un stage d'un an avant d'être mis en possession d'un emploi dans l'armée; d'autre part, les comptables venus de Vincennes, qui ignorent tout du service hospitalier, y sont cependant versés, et comme officiers, sans avoir fait le moindre stage!

En somme, les rôles sont renversés et depuis trop longtemps. Il serait grand temps de remettre les choses en place.

La réalisation du recrutement et de l'instruction des élèves-officiers d'administration, par les soins du service de santé, est la chose du monde la plus simple, étant donné que le Val-de-Grâce comporte tout le personnel et tout le matériel nécessaires. En outre, que les élèves d'administration soient groupés à Vincennes ou à Paris, les dépenses que nécessite leur entretien seront les mêmes. La question d'argent ne se pose donc pas; elle se réduit à un virement de crédits d'un chapitre du budget à un autre! En définitive, il suffit de vouloir.

Il est bien probable que l'Intendance ne laissera pas entamer son fief sans lutter. Certes, son habileté est légendaire, mais la nécessité d'avoir des officiers d'administration entendus, animés de l'esprit médical, connaissant l'hygiène et le service des hôpitaux s'impose — et les malades y ont droit — surtout au moment où on laïcise les hôpitaux militaires.

Dr NOEL.

PHARMACOTHÉRAPIE PRATIQUE

Un nouvel analgésique. La subcutine

On sait que l'*acide para-amidobenzoïque* et ses dérivés jouissent de propriétés anesthésiques qui sont utilisées en thérapeutique.

On employait déjà, depuis quatre ans, comme anesthésique local, l'éther éthylique de l'acide para-amidobenzoïque ou *anesthésine* obtenue, pour la première fois, par le Dr Ritsert(1). Mais l'anesthésine se dissout mal dans l'eau froide (0 gr. 20 °/o environ) et se prête mal à certaines applications pratiques, en raison de ce faible degré de solubilité.

Parmi tous les dérivés de l'anesthésine, Ritsert choisit le plus soluble et le moins toxique, l'éther éthylique paraphénolsulfo de l'acide para-amidobenzoïque ou l'acide paraphénylsulfure de l'éther éthylique de l'acide para-amidobenzoïque, auquel il donna le nom de *subcutine* tiré de ses principales applications thérapeutiques.

Propriétés physiques et chimiques. — Corps cristallisé en fines aiguilles blanches, fusibles à 195°6, soluble dans l'eau froide (1 °/o), plus soluble à 30° (2,5 °/o). Ces solutions sont presque inaltérables et supportent bien la stérilisation par la chaleur, avantage appréciable sur la cocaïne, dont la solution est altérable par la chaleur et dont l'altération amène la déperdition d'une partie des propriétés analgésiques de cet alcaloïde (2).

Action physiologique. Toxicité. — On lui reconnaît deux actions principales :

1° *Action antiseptique.*

2° *Action anesthésique*, beaucoup plus intéressante, constatée par l'instillation dans l'œil d'un animal d'une solution à 0 gr. 50 par exemple, ou par une injection hypodermique d'un centimètre cube d'une solution à 1 °/o. La région est complètement insensibilisée et le sujet subcutinisé ne ressent qu'une vague sensation de contact si l'on porte le bistouri sur la région ainsi analgésiée.

M. G. Fontan, qui a étudié les effets anesthésiques de la subcutine et a fait de cette étude le sujet de sa thèse inaugurale (3), a observé que la subcutine provoque une dilatation pupillaire bien moindre que celle qui suit une instillation d'une dose égale de cocaïne, et que les effets anesthésiques de ces deux substances sont à peu près les mêmes.

La toxicité de la subcutine, comme celle de l'anesthésine, est très faible. Ainsi, d'après les expériences de Becker et Carl von Noorden, les premiers phénomènes d'intoxication se montrent lorsqu'on a atteint 1 gr. 6 de subcutine pour un kilogramme d'animal; on observe une certaine agitation suivie de mouvements convulsifs dans le train postérieur. Mais ces phénomènes sont passagers et, au bout d'une heure ou d'une heure et demie, ces convulsions disparaissent et l'animal redevient gai et alerte comme avant l'expérience. Il n'y a pas non plus de phénomènes d'accumulation. Comparée sous ce rapport à la cocaïne, la subcutine a l'avantage énorme sur la cocaïne d'être cent fois moins toxique, tout en ayant un pouvoir analgésique égal.

M. G. Fontan a fixé à 0 gr. 15 la limite moyenne de la dose maniable de subcutine chez un homme de poids moyen. On ne pourrait atteindre de pareilles doses avec la cocaïne, sans s'exposer à des accidents parfois très inquiétants.

Applications thérapeutiques. — 1° Comme *anesthésique* en *injections hypodermiques*. La technique ne diffère en rien de celle usitée pour les injections de cocaïne. On se sert d'une solution en milieu isotonique à 1/100 (v. formule plus loin). L'anesthésie survient après quatre ou cinq minutes. M. G. Fontan n'a jamais observé de complications locales ou générales : nausées, vomissements ou céphalée.

2° Comme *analgésique* dans les *maladies de la peau* (prurit vulvaire, prurit eczémateux, intertrigo, etc.), dans les *brûlures* au second degré, dans certaines *affections du tube digestif* (pour calmer les symptômes douloureux de l'hyperesthésie stomacale, de la dyspepsie nerveuse, de l'ulcère rond), en *ophtalmologie* en *laryngologie* et en *rhinologie*, dans l'*art dentaire*, en *urologie*, et comme sédatif dans certaines affections locales, telles que : hémorroïdes, fissures de l'anus, etc.

Modes d'administration. Posologie. — On peut prescrire la subcutine sous forme de poudre (insufflation, application locale), de cachets, de pastilles, de solution alcoolique, de solution aqueuse, de solution glycérinée, de solution huileuse, de pommades, de crayons, de suppositoires.

Pour l'*usage interne*, on peut donner la subcutine à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 deux ou trois fois par jour. Mais, à notre avis, il serait prudent de débuter par des doses plus faibles et de tâter la susceptibilité individuelle.

Pour l'*usage externe*, on fait des pommades avec de la vaseline ou de la lanoline à 5 ou 10 °/o, des suppositoires à 0 gr. 01 à 0 gr. 02, 0 gr. 03 ou 0 gr. 05, etc..

Pour les injections hypodermiques, on emploie la solution suivante :

Subcutine	1 gr. ou 0 gr. 70
Chlorure de sodium.	0 gr. 70
Eau distillée......	100 gr.

ED. DESESQUELLE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(1) Carl von Noorden. — *Berlin. klin. Woch.*, 1902, n° 17, p. 373, et *Pacific med Journal*.

Spiess. — *Munch. med. Woch.*, 1902, p. 611.

(2) Becker. — *Id*, 1903, n° 20.

(3) G. Fontan. — Les dangers de l'injection sous-cutanée de cocaïne et l'innocuité d'un analgésique nouveau : la *subcutine* (Thèse, Lyon, janvier 1904).

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Valeur thérapeutique de la balnéation chaude dans la méningite cérébro-spinale épidémique

Ayant eu l'occasion d'employer les bains chauds dans cinquante et un cas de méningite cérébro spinale, **M. V. Rojansky** (*Méd. Obozréniyé*, 1904, 1), médecin de l'hôpital du zémstvo à Samara, fut à même de pouvoir préciser la valeur thérapeutique de ce traitement que le professeur Aufrecht paraît avoir été le premier à recommander, en 1894.

L'effet favorable de la balnéation chaude a été des plus nets dans les observations de notre confrère russe. On peut s'en rendre compte d'abord par l'influence que ce procédé thérapeutique a exercé sur la mortalité par méningite cérébrospinale épidémique. Cette mortalité, qui, pendant les années précédentes, avait été de 80 °/o au même hôpital, est tombée à 33,5 °/o dans les observations de M. Rojansky. Encore faut-il dire que la plupart des décès se sont produits chez des sujets qui furent soumis tardivement à la balnéation chaude, tandis que sur dix cas de méningite cérébro-spinale épidémique, où ce traitement a été institué dès les quatre premiers jours de la maladie, un seul seulement se termina par la mort.

En ce qui concerne l'effet symptomatique des bains chauds, il se manifestait par le rétablissement rapide de la conscience, la suppression du délire, l'atténuation considérable de la céphalalgie, si atroce, des méningitiques, et par une diminution appréciable, bien que moins accusée, de la rachialgie et des douleurs dans les membres.

Le procédé balnéaire employé par l'auteur consistait à administrer, chaque jour, un ou deux bains à 40°, de quinze à vingt minutes de durée. Pendant le bain,

les malades conservaient la vessie de glace qu'on leur tenait appliquée en permanence sur la tête, tant que persistaient le délire et la céphalalgie. Le traitement médicamenteux était purement symptomatique : toniques du cœur, purgatifs légers, cathétérisme en cas de rétention d'urine. On s'abstenait de l'usage des narcotiques pour mieux juger de la valeur de la balnéation chaude.

Lésions du pneumogastrique trouvées à l'autopsie d'un cas de tachycardie paroxystique

C'est à une lésion ou à une affection du nerf vague qu'il est de règle d'attribuer les accès de tachycardie paroxystique, mais il semble que — sauf un cas de M. Apert — les occasions ne se soient pas encore presentées pour vérifier pareille hypothèse sur la table de dissection. Or, M. le professeur **H Schlesinger** a eu précisément la chance de pouvoir procéder à cette vérification, ainsi qu'il résulte d'une communication qu'il a faite dans une des dernières seances de la Société de médecine interne de Vienne.

Il s'agit d'un homme, âgé de cinquante-sept ans, qui avait souffert pendant une dizaine d'années d'accès bien caractérisés de tachycardie paroxystique. Ce malade présentait, en plus, de l'insuffisance aortique et mitrale. Les crises tachycardiques étaient de durée variable; tantôt elles ne se prolongeaient pas au delà de quelques minutes, tantôt elles persistaient pendant des heures, parfois même pendant plusieurs jours. Elles survenaient sous l'influence des moindres causes occasionnelles telles que la toux, l'effort, l'action de fumer, etc. Pendant l'accès, la fréquence du pouls montait rapidement, de 69 ou 80, à 160, voire même à 250. La crise une fois terminée, le nombre de pulsations retombait brusquement à la normale, le malade éprouvant, à ce moment précis, une sensation spéciale, comme si quelque chose se déplaçait dans son corps. La mort survint au cours d'une de ces crises tachycardiques.

A l'autopsie, la portion intra-thoracique du pneumogastrique droit fut trouvée comprimée par des ganglions lymphatiques en dégénérescence fibreuse. A ce niveau, on constatait l'atrophie et la disparition d'un grand nombre de fibres nerveuses, notamment de fibres à myéline, avec prolifération de tissu interstitiel Au-dessus et au-dessous de la portion comprimée du pneumogastrique, la surface de section de ce nerf ne présentait rien d'anormal.

Les accès de tachycardie paroxystique étaient donc dus, dans ce cas, à des paralysies transitoires du pneumogastrique droit, liés à la compression de ce nerf par des glandes lymphatiques intra thoraciques en voie de dégénérescence fibreuse.

M. Schlesinger a aussi attiré l'attention sur ce fait que, d'après ses observations, la tachycardie paroxystique peut être liée, plus souvent qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, à des affections des centres nerveux. L'auteur a observé, en effet, au cours des dernières années, quatre cas de cette forme morbide se trouvant en un rapport évident avec des troubles nerveux graves. Dans une de ces observations, la tachycardie paroxystique fut un symptôme prémonitoire d'un tabes ayant évolué très rapidement et qui envahit les membres supérieurs à une période très précoce. Chez les trois autres malades en question, il y avait coexistence de crises tachycardiques et d'attaques de mal comitial. Dans un de ces derniers cas, chaque accès convulsif était suivi d'un accès tachycardique. L'épilepsie était ici de beaucoup antérieure à la tachycardie paroxystique. Ces observations viennent confirmer, dit l'auteur, une opinion, émise depuis longtemps déjà, par Nothnagel et souvent contestée, à savoir que l'épilepsie et la tachycardie paroxystique offrent certains traits communs.

La laryngite aphteuse

Le fait que dans la stomatite aphteuse, chez les enfants, les aphtes peuvent parfois se développer sur la muqueuse du larynx et provoquer alors des symptômes de sténose laryngienne. C'est là un fait qui, sans être nouveau, est cependant peu connu des praticiens, nombre des traités classiques n'en faisant pas mention. **M. K. Zuppinger** (*Wiener klin. Wochenschr.*, 4 février 1904) a eu, pour sa part, l'occasion d'observer six fois cette complication toujours, quelque peu troublante, de la stomatite aphteuse.

Dans ces cas, l'envahissement du larynx s'est manifesté par une toux de tonalité particulière, rappelant celle du pseudo-croup, et par une dyspnée d'intensité variable, parfois intense L'examen laryngoscopique, si difficile chez les enfants en bas âge, n'a pu être pratiqué d'une façon convenable. Cependant, rien qu'à la simple inspection de la gorge, la bouche étant maintenue largement ouverte, on pouvait voir que les bords de l'épiglotte et les replis ary-epiglottiques étaient très rouges, tuméfiés et qu'ils présentaient quelques aphtes disséminées. Il est donc vraisemblable qu'une éruption aphteuse s'était produite ici, dans la cavité laryngienne également.

Dans le traitement de ces cas, l'auteur, tout en se tenant prêt à pratiquer, au besoin, l'intubation du larynx, a pu se borner à l'emploi des inhalations de vapeurs chaudes et aux applications, sur le cou, de compresses également chaudes. En même temps, pour combattre la stomatite aphteuse, la cavité buccale et la gorge étaient lavées fréquemment avec une solution de permanganate de potasse.

Tous ses six petits malades guérirent. Le pronostic de la laryngite aphteuse est donc, en général, favorable. Cependant l'auteur rappelle que Flegl a vu mourir de suffocation un enfant atteint de laryngite aphteuse, ses parents s'étant opposés a la trachéotomie.

Spondylite syphilitique

Les lésions syphilitiques des vertèbres étant, en général, rares, le cas de cette affection, que vient de publier **M. Neumann** *Wien. med. Presse*, 3 janvier 1904), mérite d'être signalé, d'autant que l'autopsie en a pu être pratiquée.

Chez un ancien ~~syphilitique~~, âgé de trente-sept ans, ayant présenté plusieurs ulcérations tertiaires dont une amena la destruction du voile du palais, on vit se développer, à la paroi postérieure du pharynx, une ulcération grande comme une pièce de cinq francs et à la partie supérieure de laquelle la sonde rencontrait la surface rugueuse d'un os.

Deux années plus tard, le malade commença à ressentir des douleurs au niveau des apophyses épineuses de la troisième et de la quatrième vertèbres cervicales, douleurs qui gênaient considérablement les mouvements du cou. A ce moment, la plaie pharyngienne avait augmenté d'étendue; à sa partie supérieure on apercevait directement une surface osseuse dénudée. Le malade se plaignait de douleurs persistantes à la nuque et à l'occiput. Les pupilles et les réflexes rotuliens ne présentaient rien d'anormal. On notait de la fièvre vespérale, de la matité au sommet gauche et des râles secs, disséminés dans les deux poumons. On fit porter une minerve au malade dont l'état ne faisait cependant que s'aggraver. Bientôt la déglutition devint si difficile qu'il fallut l'alimenter par la voie rectale. Le malade finit par succomber après avoir présenté une augmentation rapide des lésions pulmonaires.

L'autopsie décéla une inflammation phlegmonneuse qui s'était propagée de l'ulcère pharyngien à la surface antérieure de la troisième vertèbre cervicale et avait amené, par suite de la destruction du disque intervertébral, un déplacement en avant de la quatrième vertèbre sur la troisième vertèbre. Les corps vertébraux étaient cariés. Entre les muscles cervicaux des deux côtés, le pus avait fusé en avant le long des côtes; à droite, il avait fait irruption dans la cavité pleurale et provoqué la formation d'un empyème enkysté au niveau des extrémités postérieures de la quatrième et de la cinquième côtes. Il existait une bronchite purulente, des foyers de broncho-pneumonie et une dégénérescence amyloïde de la rate. Les lésions microscopiques étaient celles d'un processus inflammatoire; elles n'offraient rien de caractéristique pour la syphilis. La moelle cervicale était intacte, malgré la présence d'une pachyméningite purulente. Ainsi donc, la lésion gommeuse du pharynx n'avait produit ici que des lésions exclusivement vertébrales, tandis que le processus ultime de suppuration — qui s'était manifesté par une fièvre à type vespérale — doit être mis sur le compte d'une infection mixte par des microbes pyogènes vulgaires.

A l'occasion de cette observation, M. Neumann s'est livré à une recherche de

faits analogues consignés dans la science. Le total de ces cas de lésions syphilitiques des vertèbres, y compris l'observation qui vient d'être relatée, serait de 36. Sur ce nombre, on compte 21 guérisons et 15 morts. C'est la troisième vertèbre cervicale, puis l'apophyse odontoïde qui sont le siège de prédilection de ces lésions, généralement consécutives à une ulcération gommeuse de la paroi postérieure du pharynx, comme chez le malade de M. Neumann. Presque toujours il existait des douleurs cervicales à la nuque et de l'empâtement au niveau des apophyses épineuses des vertèbres atteintes. Parfois des séquestres osseux furent éliminés par la bouche. Un malade a pu même s'extraire la presque totalité de la quatrième vertèbre cervicale avec le disque intervertébral. La lésion de l'apophyse odontoïde était suivie, comme il fallait s'y attendre, par une dislocation ou fracture avec symptômes de compression de la moelle et mort subite. Rarement, le processus syphilitique a débuté dans les apophyses épineuses ou transverses. Enfin, l'auteur cite quelques observations de Juergens, relatives à des enfants, où, à l'encontre de ce qui s'observe d'habitude, les lésions vertébrales furent consécutives à une affection syphilitique de la moelle.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Traité d'hématologie, par Fernand Bezançon et Marcel Labbé. (Un vol. grand in-8° de 960 pages.)

L'étude du sang a pris une importance de premier ordre grâce aux découvertes modernes; aussi le besoin se faisait sentir d'un livre réunissant toutes les recherches éparses dans les diverses publications médicales relatives à la technique hématologique et à la signification diagnostique, pronostique et nosologique des diverses modifications du sang. MM. Bezançon et Labbé étaient tout spécialement désignés par leurs travaux antérieurs pour l'écrire, et leur collaboration a été des plus heureuses en la circonstance.

Dans ce livre, ils étudient successivement la densité du sang, son alcalinité, sa cristallisation, sa coagulation, sa composition chimique, ses parasites, puis ses éléments figurés, à l'état normal et dans les différents états pathologiques. L'étude du globule rouge, celle des globules blancs, de leurs diverses variétés et de leurs proportions relatives occupent naturellement une large place. Le sérum est ensuite étudié, avec ses propriétés toxiques, antitoxiques, préventives, bactéricides, bactériologiques, cytolytiques, agglutinantes et précipitantes. Enfin, l'ouvrage se termine par une étude des organes hématopoïétiques et du cytodiagnostic des épanchements.

On voit l'étendue énorme du sujet embrassé par les auteurs. Ils n'ont pas craint d'accumuler les documents de diverses origines, au risque de développer considérablement leur ouvrage. Il était difficile de faire autrement; la plupart des questions hématologiques successivement envisagées sont d'étude trop récente, et trop sujettes encore à la discussion, pour qu'il soit possible d'en donner un résumé clair et précis, et le mieux est, alors, d'énumérer les documents en laissant à l'avenir le soin d'en tirer des conclusions fermes. Du moins, il est un certain nombre de données hématologiques qu'on peut considérer comme définitivement acquises, si, exception faite pour la leucémie, on ne peut, comme on l'avait espéré tout d'abord, déduire le diagnostic des maladies de leur seule formule sanguine, du moins peut-on tirer de cette étude un appoint considérable au diagnostic. La connaissance précise des propriétés du sérum du sang donne, d'autre part, les renseignements les plus précieux. Enfin, si certaines recherches hématologiques nous semblent, à l'heure présente, dénuées de tout intérêt pratique, il ne faut pas, cependant, en abandonner la poursuite. En matière scientifique, les plus grandes découvertes découlent souvent de recherches théoriques; la sérothérapie est née des discussions, en apparence purement spéculatives, soulevées par le problème de l'immunité.

En somme, on trouvera dans ce gros livre la mise au point de questions à l'étude encore, passionnantes et pleines d'espérances, qu'un avenir prochain réalisera peut-être.

E. Apert.

Vient de paraître:

Diagnostic de l'appendicite, par le Dr Maurice Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné: 1 fr. 50 (*Actualités médicales*). (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Tableaux synoptiques de physiologie, par le Dr Blaincourt (collection des tableaux synoptiques Villeroy à 5 fr. le volume. (Librairie Baillière.)

La grande faucheuse, par le Dr Fernand Barbary. 1 vol. in-8° carré de 220 pages avec 21 figures. Broché, prix: 6 francs. (C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques, arriérés et aliénés de Bicêtre, pendant l'année 1902, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Ambard, Berthoud, Blumenfeld, Boyer (J.), Crouzon, Lemaire, Morel (L.), Oberthur, Paul-Boncour, Philippe et Poulard. Vol. in-8 de CXX-304 p., avec 38 fig. et 10 planches. (Librairie du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, et Félix Alcan) 7 fr.

Leçons de biologie élémentaire, avec 27 illustrations, par M. T. Jeffery Parker, D. Sc. F. R. S., traduites de la dernière edition anglaise par M. A. Marie (Naud, édit., 3, rue Racine).

Introduction à l'étude de la médecine, 2e édit., par M. H. Roger. 1 vol. in-8° de 741 pages (Naud, édit., 3, rue Racine).

Nouvelle bibliothèque médicale. Directeur, M. le prof. Hutinel; secrétaire général, le Dr P. Merklen.

II. *L'obésité et son traitement*, par le Dr G. Leven. 1 vol. in-8° de 142 pages.

III. *La démence précoce*, par le Dr R. Masselon. 1 vol. in-8 de 202 pages. (Chez A. Joanin et Cie, 21, rue de Condé, Paris.)

La gastro-entérostomie, par le Dr A. Montprofit. 1 vol. in-8°. Institut international de bibliographie, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.)

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales:

A l'emploi de méd. aide-major de 1re cl. stagiaire

MM. Javelly, Bellonne, Passa, Moitron, Gauthier.

Ces officiers du corps de santé ont été désignés pour servir, savoir:

M. Javelly, au 22e d'inf. à Hyères.
M. Bellonne, au 8e d'inf. à Toulon.
M. Passa, au 2e d'art. à Cherbourg.
M. Moitron, au 1er d'inf. à Cherbourg.
M. Gauthier, au 1er d'art. à Rochefort.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Enseignement médical dans les hôpitaux (année 1904).

Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

(Suite et fin)

LARIBOISIÈRE

M. *Landrieux.* — Clinique médicale (gynécologie), jeudi, 9 h. 1/2, salle de gynécologie.

M. *Tapret.* — Conférences de pathologie clinique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Brault.* — Clinique médicale, tous les jours, 9 h., au lit des malades.

M. *Galliard.* — Clinique médicale, tous les jours, 9 h., salles Barth, Rabelais, Aran.

M. *Le Gendre.* — Clinique médicale et thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Conférences de pratique médicale, samedi, 10 h., amphithéâtre.

M. *Peyrot.* — Clinique chirurgicale, mardi, vendredi, 9 h., au lit des malades. Opérations, lundi, mercredi, jeudi, samedi.

M. *P. Reynier.* — Clinique chirurgicale, samedi, 10 h., amphithéâtre Gosselin; tous les jours, 9 h., au lit des malades.

M. *Michaux.* — Visite et opérations, tous les jours, 9 h., au lit des malades.

M. *Hartmann.* — Opérations, lundi, mercredi, vendredi, 9 h., amphithéâtre du service Civiale. Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, salle Civiale et Lailler (policlinique externe).

M. *P. Sebileau.* — Laryngologie, rhinologie, otologie, lundi, mardi, samedi, 9 heures, salle de la consultation et salles Woillez et Davaine. Stomatologie (leçon clinique), vendredi, 9 h., au grand amphithéâtre. Opérations, mercredi et jeudi, 9 h., pavillon Davaine.

M. *Morax.* — Maladies des yeux, tous les jours, 9 h.; opérations, mercredi, samedi, 10 h., salle de la consultation d'ophtalmologie.

M. *Bonnaire.* — Clinique obstétricale: leçon clinique, mardi, 10 h., grand amphithéâtre; conférences théoriques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, 9 h., dans le service.

TENON

M. *Menetrier.* — Clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Launois*. — Clinique médicale, tous les jours y compris le dimanche, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Klippel*. — Clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Florand*. — Clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Jeanselme*. — Clinique dermatologique, mercredi, samedi, 10 h. 1/2, à la consultation.

M. *Parmentier*. — Clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Poirier*. — Clinique chirurgicale, mardi jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Lejars*. — Clinique chirurgicale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Leçons de chirurgie abdominale, lundi, 10 heures 1/2, amphithéâtre.

M. *Rochard*. — Gynécologie, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, à la consultation.

M. *Boissard*. — Clinique obstétricale, tous les jours, excepté le dimanche, 10 h., au lit des malades.

LAENNEC

M. *Merklen*. — Visite et conférences de séméiologie, tous les jours, 9 heures 1/2, au lit des malades. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, dimanche, 10 heures, amphithéâtre.

M. *Barié*. — Conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Leçons de séméiologie et de clinique sur les maladies du cœur, mercredi, 10 h., amphithéâtre.

M. *Bourcy*. — Conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Conférences de clinique, samedi, 10 h., amphithéâtre.

M. *Reclus*. — Examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 h., au lit des malades. Thérapeutique chirurgicale, samedi, 10 h., amphithéâtre.

M. *Aviragnet*. — Conférences de clinique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Legry*. — Conférences de clinique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

BICHAT

M. *Talamon*. — Visite des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Louis et Bazin.

M. *H. Martin*. — Visite des malades, tous les jours, 9 h., salles Andral et Récamier.

M. *Picque*. — Examen clinique des malades, lundi, vendredi, 9 h., salles Chassaignac et Jarjavay. Conférences cliniques, mercredi, 10 h., laboratoire. Opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 h., salles Chassaignac et Jarjavay.

M. *Soupault*. — Conférences cliniques sur les maladies du tube digestif, vendredi, 9 h. 1/2, salle de la consultation.

M. *Chevalier*. — Exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, salle de la consultation. Voies urinaires, mercredi, 9 h.

ANDRAL

M. *Mathieu*. — Maladies des voies digestives, jeudi, 10 h. (à partir du 1er mars), salle de la consultation spéciale.

BROUSSAIS

M. *Gilbert*. — Conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 10 h., au lit des malades.

M. *Ettinger*. — Conférences de clinique et de séméiotique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

BOUCICAUT

M. *Letulle*. — Conférences de clinique et d'anatomie pathologique, tous les jours, 9 h. 1/2.

M. *Chaput*. — Opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h. Visite des malades et leçons clinique, lundi, mercredi, vendredi, 10 h.

M. *Doléris*. — Visite des malades, jeudi, samedi, 9 heures. Grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi, 10 h., Maternité. Leçons sur les maladies des femmes, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Maternité. Exercices pratiques d'obstétrique et de gynécologie, vendredi, 10 h., Maternité.

M. *F. Bezançon*. — Maladies de l'appareil respiratoire, jeudi 10 h. 1/2, salle de la consultation de médecine.

M. *Michon*. — Examen des malades et petite chirurgie, tous les jours, 9 heures, salle de la consultation de chirurgie.

SAINT-LOUIS

M. *Hallopeau*. — Dermatologie et syphiligraphie (présentation de malades et conférence clinique), jeudi, 2 h. 3/4, salle des conférences (toute l'année sauf pendant les vacances).

M. *Du Castel*. — Conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 1 h. 1/2, salle des conférences (à partir du mois de décembre). Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, laboratoire Cazenave. Examen et discussion des nouveaux malades. Policlinique, jeudi, 9 h., salle Cazenave.

M. *Danlos*. — Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h.; examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), mercredi, samedi, 9 h., salles Bichat et Biett.

M. *Balzer*. — Conférences cliniques, vendredi, 9 h. 1/2, salle Alibert.

M. *De Beurmann*. — Examen des nouveaux malades, vendredi, 9 h., salles Hillairet et Lorry. Opérations dermatologiques, mardi, 9 h., laboratoire Lorry.

M. *Guinard*. — Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2. Opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2.

M. *Nélaton*. — Clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h.

M. *Ricard*. — Conférences et opérations, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades.

M. *Guillemain*. — Conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 h., salle de la consultation.

BROCA

M. *Brocq*. — Conférences sur le traitement des maladies de la peau, vendredi, 8 h. 1/4, salle de la consultation (entrée 76, rue Pascal). Leçons sur les maladies de la peau et la syphilis, samedi, 10 h., salle de la consultation.

M. *Thibierge*. — Leçon sur la syphilis, dimanche, 10 h.; Conférences pratiques sur la syphilis, mardi, samedi, 10 h., salle de la consultation.

ENFANTS-MALADES

M. *Moizard*. — Leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades.

M. *Comby*. — Leçons de thérapeutique clinique, mardi, 9 h., salle de consultation. Leçons cliniques, mercredi, 9 h., salle de Chaumont.

M. *Variot*. — Leçons cliniques, mardi, 10 h. 1/2, salle Gillette; jeudi, consultation.

M. *Richardière*. — Maladies infantiles : examen des nouveaux malades, jeudi, 9 h.; leçons cliniques, samedi, 9 h.; thérapeutique clinique, mercredi, 9 h., au lit des malades.

M. *Marfan*. — Leçons cliniques sur la diphtérie, tous les jours, 10 h., dans le service (s'inscrire à la Faculté de médecine).

M. *Broca*. — Leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/4, salle Archambault. Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 10 h., salle de consultation.

BRETONNEAU

M. *Sevestre*. — Examen des malades. Clinique médicale infantile, mardi, jeudi, samedi, 9 h., pavillon Archambault.

M. *Josias*. — Clinique médicale infantile, tous les jours, 9 h., salles Barthez et Labric.

M. *Félizet*. — Clinique chirurgicale infantile, tous les jours, 9 h., pavillons Flaubert et Marjolin.

TROUSSEAU

M. *Netter*. — Clinique infantile, mardi, jeudi, samedi, 9 h., salle Bergeron.

M. *Guinon*. — Clinique infantile, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, salle Archambault.

HÉROLD

M. *H. Barbier*. — Leçons de pathologie infantile, vendredi, 10 h. 1/2, pavillon Pasteur.

M. *Lesage*. — Leçons sur les maladies des nourrissons, mercredi, 10 h.

SALPÊTRIÈRE

M. *Déjerine*. — Maladies du système nerveux : mercredi, 9 h. 1/4, jeudi, 5 h., salle de la consultation externe (le cours du jeudi commencera en mai).

M. *P. Segond*. — Clinique gynécologique, lundi, 10 h. 1/2. Opérations, samedi, 10 h. 1/2.

M. *J. Voisin*. — Maladies mentales, jeudi, samedi, 10 h., section Esquirol (de fin décembre à avril).

M. *Charpentier*. — Maladies mentales (leçon clinique pendant la visite), tous les jours, 10 h., section Pinel.

M. *Deny* — Maladies mentales, jeudi, 10 h., section Rambuteau (de mai à août).

NOUVELLES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION

Chirurgie et accouchements

Le jury de ce concours, qui doit s'ouvrir le 11 mars prochain, est ainsi composé :

MM. Guyon, président; Budin, Kirmisson, de Lapersonne, Le Dentu (de Paris), Tédenat (Montpellier), Hergott (Nancy), Carlier (Lille), Jaboulay (Lyon).

Liste des candidats :

Chirurgie

Paris. — MM. Baudet, Dujarrier, A.-P. Duval, Guilbé, Herbet, Lapointe, Morestin, Mouchet, Ombrédanne, Proust, Savariaud et Terrien.

Montpellier. — MM. Delage, Desforges-Mériel, Soubeiran et E. Vidal.

Nancy. — MM. Chamayou et G. F. Gross.

Bordeaux. — MM. Dambrin, Guyot, J.-G. Renon, Rocher et Venot.

Lille. — MM. Lefort, Potel et Vanverts.

Lyon. — MM. Delore, Gauthier, M.-G. Gayet, Laroyenne, Mailland Gonod, Molin, Ch.-M. Patel, Thévenot et Vignard.

Accouchements

Paris. — MM. Bouchacourt Brindeau, Chéron, Couvelaire, Delestre, H.-L. Dubrisay, Funck, Jeannin, Marc, Rudaux et Schwaab.

Montpellier. — M. M.-Ch. Guérin

Nancy. — M. Fruhinsholz.

Lille. — MM. Bué et Thoyer.

Lyon. — MM. Commandeur, Plauchu et Voron.

Toulouse.— M. Gilles.

Quelques candidats sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est réuni avant-hier.

Il a procédé, tout d'abord, à l'installation de ses nouveaux membres : MM. Léon Bourgeois, député; Ranson, Henri Rousselle, Chérot, conseillers municipaux de Paris; Walther, chirurgien des hôpitaux; Rodanet, ancien membre de la Chambre de commerce. Il a ensuite statué sur la question de l'isolement des tuberculeux dans un ou plusieurs hôpitaux de Paris.

A la suite d'un discours de M. Léon Bourgeois, le Conseil a décidé d'approuver les propositions de M. Mesureur qui, conformément à la circulaire ministérielle dont nous avons récemment parlé (numéro du 6 février, p. 116), concluaient à l'adoption de la mesure ci-dessus.

La présence de M. Léon Bourgeois dans le Conseil de surveillance nous est un sûr garant qu'on s'y occupera très activement de préservation de la tuberculose. L'ancien président de la Chambre s'est engagé dans la lutte antituberculeuse dans des conditions et pour des raisons qui font à son caractère le plus grand honneur. Son énergie et son dévouement à l'œuvre entreprise, aboutiront, croyons-nous, à de pratiques résultats.

C'est demain, dimanche, à 10 heures du matin, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de Monsieur le Ministre de l'Instruction publique, qu'aura lieu la remise de la médaille offerte à M. le prof. Bouchard.

UNE NOUVELLE BIBLIOTHÈQUE POUR « LES MÉDECINS PRATICIENS »

On nous prie d'annoncer — et nous le faisons avec grand plaisir — l'apparition d'une nouvelle « bibliothèque » la *Médecine pratique*, dont le professeur Hutinel est le directeur, et le Dr Prosper Merklen le secrétaire général.

Comme l'indique son titre, cette nouvelle bibliothèque se propose surtout d'intéresser le médecin praticien, « sans cependant oublier la part du savant. » Ce membre de phrase indique, évidemment, que le nouveau périodique ne veut pas démarquer purement et simplement, en remplaçant *audace*, par *pratique*, le mot fameux de Danton. « L'excès en tout est un défaut », a dit le fabuliste.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Institut de médecine légale et psychiatrie.

Le Dr E. Dupré, agrégé, a commencé le mardi 2 février et continue les jeudis et mardis suivants, à 10 h. 1/4, un cours de psychiatrie médico-légale à l'amphithéâtre de la clinique du prof. Joffroy, à Sainte-Anne.

Le cours est public.

NÉCROLOGIE

M. Liétard (de Plombières), correspondant de l'Académie de médecine, membre du Conseil de l'A. G.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

(Institut de Médecine légale et de Psychiatrie).

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE

PAR

M. le Dr Ernest Dupré, agrégé

Définition médico-légale de l'aliéné

Messieurs,

La Psychiatrie médico légale, que la Faculté m'a chargé d'exposer, cette année, aux élèves de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, consiste dans l'étude de l'application des connaissances psychiatriques à la solution des problèmes judiciaires et administratifs que soulève la pratique des aliénés.

Une telle étude ne peut être abordée que par des médecins, c'est-à-dire par ceux des hommes qui sont le mieux placés pour observer et connaître l'humanité ; par des médecins auxquels leurs études et les débuts de la profession ont déjà conféré une certaine maturité d'esprit, et ces qualités d'expérience et de jugement indispensables à qui veut aborder avec compétence et méditer avec profit ces grands problèmes de médecine légale et de sociologie. Il est également nécessaire, pour étudier les applications de la psychiatrie aux questions juridiques, de s'être au moins initié à la connaissance théorique et pratique des aliénés ; et cette initiation psychiatrique, prévue et assurée par nos maîtres, les prof. Brouardel et Joffroy, dans l'enseignement de l'Institut médico-légal, vous l'avez reçue à cette école de clinique et de propédeutique mentale que, avec le concours de ses chefs de clinique, MM. les Drs Roy et Parant, le prof. Joffroy a voulu organiser pour vous à Sainte-Anne. Ainsi, lorsque, par la suite naturelle de votre scolarité médico-légale, vous seront ouvertes les portes de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, vous serez complètement préparés à l'enseignement médico-légal pratique, que vous recevrez du Dr Paul Garnier, dans cette merveilleuse polyclinique mentale où se succèdent sans relâche les types les plus curieux et les plus intéressants de l'aliénation mentale.

Messieurs, le domaine de la Médecine légale psychiatrique est très étendu ; et, si j'essayais de vous donner un aperçu, même général et sommaire, de la multiplicité et de la complexité des questions qu'il embrasse, je vous exposerais sans doute un programme d'études, où l'élévation philosophique des problèmes à méditer le dispute à l'intérêt pratique des questions à résoudre. Mais nous ne pouvons pas avoir, ici, de prétentions si hautes: notre temps est mesuré ; nous sommes, d'ailleurs, vous et moi, des hommes de pratique, et notre tâche, purement professionnelle et utilitaire, doit consister uniquement à étudier les cas dans lesquels l'aliéné, ou l'individu supposé tel, au cours de sa vie sociale et principalement à l'occasion de ses rapports avec les autorités administrative et judiciaire, relève de votre examen de médecin, de votre compétence de spécialiste et de votre jugement d'expert. Ces cas sont d'observation quotidienne: ils constituent, dans leur variété et leur fréquence, la source clinique inépuisable de nos études ; car c'est, non pas un type théorique de malade, plus ou moins conforme aux descriptions des traités, mais bien l'aliéné, vivant et agissant au sein de la société, l'aliéné aux prises avec son entourage familial et professionnel, qui sera l'unique objet de nos observations cliniques et de nos déductions médico-légales.

Messieurs au début même des études que nous devons poursuivre ensemble cette année, se pose naturellement la question du plan de ces études. Dans quel ordre allons-nous passer en revue, dans la série de ces leçons, les questions si nombreuses et si différentes qui s'imposent à notre attention et à notre examen? Ces questions peuvent se grouper en trois grandes catégories, que résume le tableau suivant:

Psychiatrie médico-légale	*Administrative* (Asiles)		Formalités de l'*internement*. Séjour à l'asile. Sortie de l'asile (Loi du 30 juin 1838).
	Judiciaire (Tribunaux)	Criminelle	*Responsabilité pénale* (art. 64 et 66 et suivants du Code pénal).
		Civile	*Capacité civile.* Interdiction et conseil judiciaire (art. 489 à 512 du Code civil).
			Validité des actes. Donations et testaments (art. 901 du Code civil); Accidents du travail (loi du 9 avril 1898).

Je n'entre pas, maintenant, dans le commentaire explicatif de chacune de ces grandes divisions administrative, criminelle et civile de la psychiatrie médico-légale, qui ont d'ailleurs entre elles d'intimes et fréquents rapports. La connexité des faits médico-juridiques est, en effet, telle, que ces trois parties de notre programme constituent une sorte de *trilogie médico-légale* administrative, civile et criminelle, dont l'étude d'ensemble s'impose à l'aliéniste et à l'expert, sous le titre de psychiatrie médico-légale. Notre programme étant maintenant exposé, dans quel ordre en aborderons-nous l'étude?

Pour procéder du simple au composé, des questions faciles aux problèmes difficiles, nous commencerons notre programme par l'exposé des grandes lignes, indispensables à connaître pour vous, de la médecine légale administrative, c'est-à-dire de cette partie de la médecine légale qui, traitant des rapports de l'aliéné avec les autorités administratives, étudie les applications de la loi de 1838 et le régime des aliénés dans les asiles où ils sont soignés. Nous sommes d'ailleurs, ici, à Sainte-Anne, dans le plus vaste des asiles parisiens, et il est logique de commencer nos études de médecine légale pratique par l'examen sommaire de l'organisation des asiles, du mécanisme de l'entrée, du séjour et de la sortie des malades, de manière à nous rendre compte du pourquoi et du comment nos malades entrent et vivent ici, dans l'Asile d'aliénés.

Après ce bref exposé de médecine légale administrative, j'aborderai l'étude, autrement difficile et intéressante de la médecine légale criminelle, qui comprend les faits où l'intervention de l'aliéniste-expert est le plus souvent sollicitée.

Je passerai ensuite à l'étude de la médecine légale judiciaire civile où, en raison de la multiplicité, de l'importance souvent, des intérêts en jeu et de la difficulté de l'appréciation scientifique des faits, le problème médico-légal atteint son plus haut degré de délicatesse et de complexité.

Messieurs, nous allons immédiatement entrer en matière; et, pour commencer par le commencement, c'est-à-dire par l'exposé sommaire de la médecine légale administrative, je vous ai dit, il y a un instant, que notre premier devoir était d'apprendre *pourquoi et comment les malades des asiles entrent et sont retenus dans les asiles.*

Comment ils y entrent? Je vous le

dirai dans notre seconde leçon, qui sera consacrée à l'étude des *formalités de l'internement* dans les asiles privés ou publics.

Mais pourquoi y entrent-ils? Pour deux grandes raisons : 1° pour être traités, par l'*isolement*, de l'affection mentale qu'ils présentent; 2° pour être protégés, par l'*internement*, contre les conséquences sociales fâcheuses qui peuvent résulter, pour eux et pour autrui, de leur affection mentale. La première raison, d'ordre *médical*, répond aux *indications thérapeutiques* fondamentales de l'*isolement*, qui protège l'individu; la deuxième raison, d'ordre *juridique*, répond aux *nécessités administratives* impérieuses de l'*internement*, qui garantit la société. De ces deux mesures, l'isolement et l'internement, la première peut être prise par l'initiative privée et réalisée soit à domicile, soit dans un établissement hydrothérapique particulier; la seconde, celle de l'internement, nécessite l'intervention de l'Etat et ne peut être remplie que par la mise du malade sous le régime de la loi de 1838, dans une maison de santé, privée ou publique, spécialement consacrée aux aliénés, et placée sous la direction ou la surveillance de l'autorité gouvernementale.

Si l'isolement est une mesure purement médicale, s'adressant à de nombreux psychopathes, l'internement est une mesure à la fois médicale et administrative, qui ne s'adresse qu'aux aliénés.

Messieurs, en formulant devant vous ces propositions d'apparence si simple et si claire, j'ai l'air d'avoir répondu à la question formulée tout à l'heure en ces termes : pourquoi entre-t-on dans un asile d'aliénés? En réalité, je n'ai fait que poser un problème, et un des plus graves dont puisse se préoccuper l'esprit humain: *Qu'est-ce qu'un aliéné?*

S'il est une question préalable à toute étude médico-légale psychiatrique, c'est assurément celle dont je vous propose l'étude comme une introduction naturelle à ce cours, sous ce titre : *Définition de l'aliéné.*

Messieurs, chaque fois qu'on désire approfondir ou préciser le sens d'un mot, il est indispensable de remonter à l'origine linguistique de ce mot, et d'interroger l'étymologie. La curiosité des étymologies n'est pas, je le sais, très répandue dans les générations médicales présentes : mais j'estime que c'est dommage, car nous nous privons ainsi d'une source précieuse de renseignements. L'enquête étymologique, principalement lorsqu'on l'applique aux termes médicaux, nous révèle souvent, dans le vieux langage de la médecine primitive, des merveilles de précision et de pittoresque. Rien n'est plus intéressant que l'étude des expressions spontanées, et, pour ainsi dire, instinctives, par lesquelles l'homme a traduit ses souffrances, ses malaises et ses inquiétudes, et qui semblent, parfois, avoir directement jailli du plus profond de notre sensibilité physique et morale. Les impressions primitives de nos ancêtres ont ainsi été déposées au cœur des vieux vocables, et ceux-ci, loin de mériter notre indifférence ou notre dédain, sont, au contraire, dignes de toute notre curiosité. J'aurai peut-être, au cours de ces leçons, plus d'une fois l'occasion de vous montrer qu'en s'attachant à l'histoire des mots, on approche souvent de plus près la vérité des choses.

Le mot *aliéné* vient de *alienus, étranger*. Etranger à quoi? Etranger aux lois habituelles de la pensée, aux règles ordinaires de la conduite, étranger à la mentalité commune, source de nos actes en société. Alienus, étranger, vient de *alius, autre*, et cette étymologie montre la signification primitive et foncière du mot « aliéné ». L'aliéné est celui qui, par sa pensée, ses actes, sa conduite, se montre *autre* que ceux qui l'entourent.

Presque tout le monde est capable de constater et de juger le caractère exceptionnel et étrange de la conduite des sujets ainsi qualifiés d'aliénés : c'est pourquoi on peut dire que ce terme a un sens immédiat assez clair, qu'il vise une notion d'ordre pratique, et qu'il reconnaît une origine plus populaire que savante.

Dans l'aliéné, la société antique voyait une victime, parfois un élu des dieux, et la société du moyen-âge un possédé du diable. La société moderne, beaucoup moins dégagée qu'on ne le suppose de ces superstitions, éprouve vis-à-vis de l'aliéné un sentiment mixte de pitié et de terreur, de commisération et d'effroi, qui est comme le legs héréditaire, et, en tous cas, l'équivalent des émotions de l'humanité primitive en face de ce mal étrange de la folie, de ce mal si différent des autres, qui transforme la personnalité, et qui, comme pour confirmer le vieux dualisme des philosophies spiritualistes, épargne le corps et trouble l'âme; de ce mal qui, s'imposant à l'homme sans se faire connaître de lui, s'empare de ses sens, de sa volonté et de sa raison, et lui laisse d'autant plus l'illusion de la liberté et de la puissance, qu'il l'asservit et l'affaiblit davantage.

L'humanité a donc, au fond, toujours éprouvé, vis-à-vis de l'aliénation mentale, le sentiment d'un mal singulier, d'une gravité mystérieuse et d'une nature fatale. Ce sentiment, né des croyances religieuses et des tendances métaphysiques de la foule, a aussi sa source dans l'émotion primordiale de la peur. Il représente la réaction naturelle de la société contre un danger social. En face d'un aliéné, le sujet sain d'esprit éprouve instinctivement le sentiment d'insécurité et la réaction de défense qu'éveille l'apparition d'un étranger, d'un ennemi, qui aurait dénoncé tous les traités.

La société peut, de ce point de vue, être assimilée à un *organisme polypsychique*, dont la mentalité globale représente la synthèse des psychismes des individus qui la composent. L'organisme social polypsychique, lorsqu'une de ses unités composantes, frappée de maladie, menace de détruire ou seulement de compromettre l'équilibre de la santé générale, se sent, comme tout autre organisme, ému dans son instinct de conservation; il se produit alors en son sein une réaction automatique de défense, qui aboutit à l'isolement et à l'élimination de l'élément pathologique perturbateur. Cette réaction spontanée qui, en pathologie générale, se traduit par les processus d'enkystement ou d'élimination, aboutit en sociopathologie, à l'isolement et à l'internement de l'individu malade, ainsi soustrait, temporairement ou définitivement, à l'organisme social.

L'aliénation mentale apparaît ainsi, en même temps qu'une affection de l'individu, une maladie de la société. C'est pourquoi elle nécessite, outre une *thérapeutique individuelle*, une *thérapeutique sociale*.

De plus, il est apparu au bon sens public que l'aliéné se distingue des autres hommes, non seulement parce qu'il peut nuire aux autres, mais encore parce qu'il peut se nuire à lui-même. On a compris aussi que l'aliéné pouvait, du fait de la faiblesse de sa raison et des erreurs de son jugement, devenir maintes fois, par l'exploitation de sa personne ou de ses biens, par la méconnaissance de ses droits, la victime désarmée de la malignité, de l'injustice et de la cupidité de son entourage. On en a conclu que, si la société avait le droit de se protéger contre l'aliéné, elle avait, par contre, le devoir de défendre l'aliéné, d'abord contre lui-même et ensuite contre autrui.

Ce triple rôle de défense de la société contre l'aliéné, de l'aliéné contre lui-même et de l'aliéné contre autrui, c'est là, Messieurs, tout le programme de la médecine légale des aliénés.

L'aliéné a donc été reconnu, dès l'origine des sociétés, comme un individu dont les actes diffèrent de ceux des autres hommes par leur caractère étrange, insolite, non motivé, et par le danger qu'il présente de ce fait pour autrui et pour lui-même.

Remarquez, Messieurs, que toutes ces notions sur l'aliéné ont précédé, dans la conscience publique, la connaissance scientifique de l'aliénation mentale. La pratique a devancé ici, comme toujours en médecine, la théorie; et les mesures de préservation sociale ont été prises par les juristes bien avant que les études cliniques positives sur les aliénés eussent été abordées par les médecins. Cette notion, d'ordre historique, a son intérêt pour nos études. Elle nous explique, d'abord, que le concept et le vocable d'« aliéné », très antérieurs à toute médecine mentale, relèvent bien plus de l'opinion populaire et de l'esprit juridique que de l'opinion savante et de l'esprit médical; elle nous aide à comprendre ensuite pourquoi il a fallu et il faudra encore tant de temps et de peine à la médecine, pour prendre, vis-à-vis de l'opinion publique et dans la loi, la place qui lui revient dans le jugement et le traitement des aliénés.

Je n'ai pas le loisir, Messieurs, de vous retracer ici comment, par suite des progrès lents, mais continus, de l'esprit philosophique et des connaissances biologiques, le problème de la nature et des causes de la folie, passa peu à peu du domaine religieux et métaphysique dans le domaine scientifique et médical. Il a fallu bien des siècles pour la conquête, sur les préjugés et les erreurs, des vérités qui nous paraissent aujourd'hui les plus banales; et il n'y a pas longtemps que les médecins, reprenant, d'ailleurs, la doctrine hippocratique qui avait déjà proclamé le siège cérébral du délire, ont renoncé à invoquer l'intervention maligne des dieux ou du démon, et ont rapporté à des troubles encéphaliques les différentes manifestations de la folie.

La question est maintenant jugée et les maladies de l'esprit nous appartiennent, aujourd'hui, comme celles du corps; puisque, aussi bien, les unes et les autres ne sont que les expressions diverses des altérations de l'organisme. Cette vérité, qui paraît si évidente, date pourtant d'hier; rappelons-nous, en effet, qu'au commencement du dernier siècle, l'illustre Kant, qui, pourtant, était médecin, déniait aux Facultés de médecine la compétence psychiatrique et renvoyait l'examen et le jugement des aliénés aux Facultés de philosophie; rappelons-nous que, un peu plus tard, les aliénistes de l'Ecole psychologique allemande renvoyaient les mêmes malades à l'Eglise et aux Facultés de théologie; et que, enfin, en 1840, Marc écrivait, comme introduction à son *Traité de la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, un lumineux chapitre intitulé : « De la compétence médicale », qui n'est qu'un plaidoyer en faveur d'une cause que nous considérons, aujourd'hui, comme bien gagnée et que pourraient résumer ces quatre mots : *les aliénés aux aliénistes*.

Est-ce à dire, Messieurs, que l'aliéné ne relève ou ne doit relever maintenant que du médecin? Ce serait une grosse erreur que de le croire. Car si l'aliéné, comme malade, relève du médecin; il relève, comme tout autre citoyen, des lois de son pays, et, à ce titre, des magistrats chargés d'appliquer ces lois. Or, la situation mentale de l'aliéné lui crée, vis-à-vis de ces magistrats, une situation légale toute spéciale. L'aliéné, lorsqu'il est déclaré tel par le médecin, bénéficie, en effet, comme un *mineur* d'espèce particulière, de dispositions légales introduites dans les Codes pour le défendre et le protéger. L'intervention du médecin, le plus souvent décisive, il est vrai, n'a, cependant, qu'une vertu purement consultative; elle est dépourvue de toute valeur exécutive; cette dernière n'est conférée par la loi qu'au magistrat administratif ou judiciaire.

Cette *séparation des compétences et des pouvoirs* entre médecins et magistrats est essentielle à connaître, comme le corollaire d'un des principes fondamentaux de notre Droit public et, dans l'espèce, comme une garantie de la liberté individuelle. Le médecin propose et le magistrat dispose; le représentant de la science éclaire le problème et le représentant de la loi le résout. C'est pourquoi le médecin d'asile public ou privé est placé sous le contrôle de l'autorité, et pourquoi le médecin-expert est qualifié d'*auxiliaire de la justice*. Tel est, Messieurs, en deux mots, l'esprit du rôle médico-légal que joue, vis-à-vis des magistrats administratifs et judiciaires, l'aliéniste, à la fois comme médecin d'asile et comme médecin-expert.

La critique étymologique, historique et sociale du concept général de l'aliéné nous permet, maintenant, d'en donner la définition suivante :

L'aliéné est un sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes étranges, non motivés pour ceux qui l'observent, dangereux pour lui-même et pour les autres et qui, de ce fait, est justiciable des mesures de protection que lui assurent les lois, vis-à-vis de lui-même et de la société.

Si, le plus souvent, l'évidence de la nature morbide des actes de l'aliéné s'impose, même au vulgaire, il arrive cependant que de nombreux cas d'aliénation mentale échappent, dans leur nature pathologique, à l'appréciation du public, même le plus éclairé.

Dans ces cas, l'aliéniste est seul capable, en rattachant à une affection psychique les mobiles des actes, de reconnaître, chez un sujet, le caractère morbide de la conduite. N'en est-il pas de même, d'ailleurs, dans les autres branches de la médecine, où les problèmes les plus délicats du diagnostic ne peuvent guère être résolus que par les spécialistes compétents?

Or, en médecine légale, l'intervention de l'aliéniste expert ne se produit qu'à la requête de la défense d'un prévenu, ou sur la demande des parties, au civil, et sur la décision des magistrats: on peut donc dire que, en matière d'expertise psychiatrique, l'initiative de la décision appartient toujours au profane, et qu'elle implique, chez une personne foncièrement incompétente, la compétence suffisante pour soupçonner, au moins, l'existence d'une maladie mentale. Cette anomalie, inhérente à la législation de l'expertise, est un reste de l'ancienne conception de l'aliénation mentale, et ne disparaîtra que le jour où l'expertise sera rendue obligatoire dans la juridiction criminelle, ou bien lorsque les magistrats, principalement les magistrats instructeurs, auront reçu une éducation psychiatrique, au moins suffisante pour les mettre à l'abri de trop grosses erreurs. D'ici là, le nombre des aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux continuera à démontrer le vice des dispositions législatives relatives à l'expertise psychiatrique en droit criminel.

Il nous reste, après avoir établi le *concept social et juridique de l'aliéné*, à en préciser maintenant le *concept scientifique et médical*.

L'aliéné ne se sépare ainsi, du commun des hommes, dans sa conduite, qu'en vertu d'une anomalie, congénitale ou acquise, définitive ou temporaire, anatomiquement saisissable ou insaisissable, de son organisation psy-

chique. Or, un grand nombre de malades, étudiés par le psychiatre, n'ayant jamais commis un seul acte étrange, dangereux ou répréhensible; n'ayant jamais nécessité l'intervention des autorités administratives ou judiciaires, ne sont pas, par définition, des aliénés. N'ayant jamais relevé du magistrat, ne relevant que du médecin, ces malades ne diffèrent des aliénés que par les conséquences de leur affection mentale. Vous voyez, Messieurs, que la critique médicale aboutit aux mêmes conclusions que la critique historique et juridique : le concept d'aliéné est un concept, non pas, à proprement parler, psychopathologique, mais un *concept médico-légal*.

Tous les malades que l'aliéniste étudie, ici et au dehors, sont des *psychopathes*. Parmi ces psychopathes, il y a des *malades aliénés* et des *malades non aliénés*. Parmi les aliénés, il y a des malades fort différents les uns des autres, et c'est à l'étude analytique et détaillée des nombreuses variétés d'aliénation mentale, que sera précisément consacrée la série de ces leçons. La fréquence, la diversité, le caractère bizarre, imprévu, étonnant, des manifestations psychopathiques, expliquent la richesse et la variété des termes, presque tous d'origine populaire, par lesquels le langage courant a toujours désigné les malades de l'esprit. Il n'entre pas dans notre programme d'aborder l'intéressante étude critique de cette terminologie savante ou populaire. Permettez-moi, seulement, une remarque incidente sur deux de ces termes, les plus fréquemment employés, les termes de *fou* et de *dément*. Les exigences du langage psychiatrique et médico-légal commandent de proscrire le premier et de préciser le second.

Le terme de *fou*, d'après son acception familière et son étymologie, (fou, fol, follet, etc., de *follis*; gonflé de vent, léger et mobile comme l'air), s'applique aux psychopathes excités, égarés, qui prouvent, par l'absurdité de leurs propros et l'incohérence de leurs actes, qu'ils ont perdu la notion de la réalité, le sens des convenances et la direction de leur personne : le langage populaire distingue, parmi les fous, plusieurs degrés et variétés : on est complètement fou, à moitié fou, etc.; il est des folies douces, des folies furieuses, des folies dangereuses; on connaît la folie des grandeurs, la folie de la persécution, etc. Le terme de folie étant donc synonyme; tantôt de délire, tantôt d'agitation, tantôt de confusion, tantôt de démence, etc., ne comporte en lui-même aucun sens précis, et il faut le rejeter absolument de la langue psychiatrique scientifique.

Le terme de *dément* possède, au contraire, une signification psychiatrique spéciale et précise : il désigne le malade déchu qui présente de l'affaiblissement psychique plus ou moins prononcé, plus ou moins généralisé, plus ou moins progressif. En médecine légale, il a un sens bien plus général et devient synonyme d'aliéné. Nous aurons souvent l'occasion de revenir sur la distinction, que vous connaissez déjà, entre les acceptions médicale et juridique du terme de démence.

Messieurs, les *psychopathes* de la *Médecine mentale*, parmi lesquels se recrutent les *aliénés* de la *Médecine légale*, composent un monde tellement étendu, tellement complexe et tellement varié, qu'il est impossible de s'aventurer sans un plan général, sans un itinéraire méthodique, à travers des régions aussi accidentées et aussi mal connues. Ce plan général, c'est une classification. Si mauvaise et si fausse qu'elle soit, une classification a toujours atteint son but, si elle rend les services qu'on attend d'elle, c'est-à-dire si elle facilite le travail des chercheurs, ou si, dans une sphère plus modeste, elle éclaire quelque peu, pour les élèves, la pensée plus ou moins obscure du professeur.

Pour la commodité de l'exposition des faits, pour nous permettre de nous orienter plus facilement à travers les variétés innombrables des états psychopatiques, je vous propose donc de classer ceux-ci en quatre grandes familles, que nous étudierons successivement, pour retrouver et fixer au passage, dans chacune d'elles, les types d'aliénés qui intéressent le médecin légiste.

Le tableau suivant résume cette classification :

1° Les *agénésies* comprennent, dans la variété de leurs degrés et de leurs formes, les insuffisances, congénitales ou précoces, du développement psychique : idiotie, imbécillité, débilité mentale.

2° Les *démences* comprennent toute la série des affaiblissements acquis, précoces ou tardifs, de l'intelligence, consécutifs aux psychoses et aux encéphalopathies organiques.

3° Les *déséquilibres* comprennent les innombrables modalités intellectuelles, affectives, morales et volontaires, de la dégénérescence mentale, avec leurs syndromes impulsifs, si variés et si riches en conséquences médico-légales. Dans cette classe peu-

I. **Agénésies** (Encéphalopathies congénitales ou précoces)........	*Idiotie.* *Imbécilité.* *Débilité mentale.*		
II. **Démences** (Encéphalopathies acquises)...	*Infectieuses et toxiques*...		Syphilis, pyrexies, etc. Alcool, CO, CS^2, Pb, etc. Morphine, cocaïne, etc. Auto-intoxications, etc.
	Organiques............		Méningo-encéphalopathies diffuses ou en foyers. Sénilité.
	Psycho-névrosiques......		Epilepsie. Chorée chronique.
	Psychosiques............		Psychoses dégénératives. — périodiques. — systématiques. Manie et mélancolie chroniques.
III. **Déséquilibres** (Etats dégénératifs permanents)...............	*Accès maniaques ou mélancoliques* simples des prédisposés.		
	Syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale (obsessions, impulsions, phobies, perversions, etc.)		
	Folies du caractère...........................		Manie raisonnante. Folie morale. Persécutés-persécuteurs.
	Misère psychologique (psychopathes vicieux, délinquants, récidivistes, buveurs; vagabonds, mendiants, etc., etc.).		
IV. **Délires** (Troubles hallucinatoires et paranoïaques)...........	*Délires aigus* (syndrome maniaque et hallucinatoire (délires d'hôpital et d'asile))...........	Névroses.........	Epilepsie. Hystérie. Chorée.
		Intoxications.....	Alcool, etc. Fièvres. Encéphalopathies diverses.
	Délires subaigus (confusion, onirisme, agitation, etc. (délires d'hôpital))..............		Infections. Intoxications. Affections viscérales.
	Délires chroniques (paranoïas (délires d'asile)).	Psychoses systématiques	Primitives ou secondaires.

vent rentrer les accès, isolés et non délirants, de manie et de mélancolie chez les simples prédisposés.

Les *délires* comprennent les formes psychopathiques de toute nature, que caractérisent les troubles hallucinatoires de l'activité psycho-sensorielle, et les troubles primitifs de l'activité intellectuelle, c'est-à-dire les déviations foncières du jugement et de la logique, désignées sous le nom de paranoïa ou de délire systématisé.

Quelle que soit la pathogénie, organique, toxique, infectieuse, névrosique, constitutionnelle, etc., de ces délires, ils doivent être étudiés par le médecin légiste à l'état de syndromes, dominés, dans leurs conséquences, par la nature des *idées délirantes* ; celles-ci sont des idées : de persécution, de grandeur, de ruine, de négation, d'hypochondrie, de possession, d'auto-accusation, de mysticisme, d'érotisme, etc. Parmi toutes ces idées délirantes, les idées de persécution méritent, par leur fréquence et la gravité de leurs conséquences médico-légales, de retenir particulièrement l'attention du médecin expert.

De ces quatre classes de psychopathies, les deux premières (agénésies et démences) présentent ce grand caractère commun de l'insuffisance, congénitale ou acquise, du niveau psychique, de la diminution quantitative des facultés. Les deux dernières classes (déséquilibres et délires) ont ce trait commun qu'elles se spécifient plutôt par la déviation que par la diminution fonctionnelle ; par l'absence de pondération et d'harmonie, dans les différentes facultés, plutôt que par l'insuffisance de leur développement général : l'altération psychique est ici plus *qualitative* que *quantitative*.

Au point de vue évolutif, les deux premières classes (agénésies et démences) comprennent des états psychopathiques incurables, indéfiniment stationnaires, ou fatalement progressifs ; les deux dernières classes (déséquilibres et délires) comprennent des processus psychopathiques extrêmement variés : les uns épisodiques, alternants, récidivants, polymorphes, curables, etc. ; les autres, au contraire, constitutionnels, indéfiniment stationnaires ou très lentement progressifs, et foncièrement incurables.

Les transitions les plus insensibles, les affinités les plus étroites relient entre elles ces différentes classes psychopathiques : c'est ainsi que, d'un moment à l'autre, les membres des deux premières classes, les agénésiques et les déments, peuvent rentrer dans l'une des deux dernières : les débiles présentent souvent du déséquilibre psychique, des syndromes de dégénérescence mentale et des idées délirantes : les déments sont essentiellement aptes à l'éclosion de troubles hallucinatoires et délirants. Réciproquement, les malades de la première et des deux dernières classes, les agénésiques, les déséquilibrés et les délirants, versent souvent dans la seconde classe, en évoluant vers la démence. Je ne saurais donc vous mettre trop en garde contre le caractère artificiel et factice de ce groupement des états mentaux, que je ne vous propose ici que comme un guide provisoire, à travers le dédale des formes psychopathiques innombrables qui se présentent à l'étude du médecin légiste.

Si, pour préciser la caractéristique médicale de l'aliéné, nous cherchons, dans ce tableau général des états psychopathiques, quels sont, parmi tous ces malades, ceux qui répondent, pour le médecin, à la conception juridique et à la définition médico-légale de l'aliéné, nous trouverons, dans ces quatre classes de psychopathies, des malades essentiellement différents les uns des autres, mais tous justiciables de la qualification d'aliénés.

En effet, un grand nombre d'agénésiques sont des sujets manifestement incapables de vivre dans la société sans l'assistance continue et la protection attentive de leur entourage : tels les *idiots* ; d'autres sont des sujets, non seulement incapables de vivre par eux-mêmes sans aide et assistance, mais susceptibles, si on cesse de les surveiller, d'actes répréhensibles et dangereux : tels les *imbéciles* et un grand nombre de *débiles*.

Parmi les déments existent beaucoup de malades que leur affaiblissement intellectuel condamne à une tutelle et à une surveillance continuelles, parce qu'ils sont devenus incapables de participer à la vie ordinaire. On doit les protéger contre eux-mêmes et contre autrui ; on doit aussi protéger la société contre leurs actes, souvent dangereux. Tels sont les *paralytiques généraux*, les *cérébraux organiques intellectuellement affaiblis*, les *déments séniles*, les *psychopathes* devenus *déments*.

La classe des déséquilibrés comprend, à côté d'une foule de sujets capables de vivre au dehors et de remplir, dans la société, souvent avec éclat, un rôle utile, un grand nombre de malades qui deviennent momentanément aliénés, des sujets que des occasions étiologiques très variées précipitent dans un état d'aliénation temporaire, et qu'on doit alors soustraire à leur milieu et mettre sous la protection légale du régime de l'internement. Tels sont les prédisposés, subitement pris, pour une raison ou pour une autre, d'un *accès maniaque* ou *mélancolique*, tels sont certains *grands obsédés*, certains *pervertis sexuels* ; tels sont surtout les *impulsifs*, parmi lesquels les kleptomanes, les pyromanes, les homicides, les suicides, les dipsomanes, etc., représentent des malades essentiellement dangereux pour la société et pour eux-mêmes. Tels sont les dégénérés, parmi lesquels les *maniaques raisonnants*, les *fous moraux*, les *persécutés-persécuteurs* ; les *grands excentriques instables et agités*, aux actes désordonnés et incohérents ; les *psychopathes vicieux et criminels*, délinquants récidivistes, déséquilibrés plus ou moins débiles qui louvoient sur les *frontières du crime et de la folie* ; les *psychopathes alcoolisés* ; enfin, tous ces cerveaux invalides, incomplètement et irrégulièrement développés, qui forment, avec les derniers malades énumérés, le contingent innombrable de ces *déshérités*, qui végètent tour à tour dans les asiles, dans les prisons, dans les refuges, les dépôts, les maisons d'assistance ou de répression, et cette immense population flottante, qu'une irrémédiable *misère psychologique* voue au *vagabondage*, à la *mendicité*, au *vice*, à l'*alcoolisme* et à toutes les *déchéances physiques et morales*.

La classe des délirants est celle qui compte le plus grand nombre de malades que leur état d'aliénation amène devant le médecin-légiste. Tous les *délirants chroniques* sont, au sens médico-légal du terme, des aliénés. Les *hallucinés* et les *paranoïaques* sont, par la nature même de leur affection, exposés à des réactions défensives ou agressives des plus dangereuses pour autrui et pour eux-mêmes ; ils réclament, par conséquent, des mesures précoces et prolongées de sauvegarde et de protection qu'on ne peut appliquer qu'avec le régime de l'internement.

Les *délirants aigus*, avec agitation, inconscience, hallucinations multiples, impulsions violentes, que l'état d'aliénation relève d'une névrose comme l'épilepsie, ou d'une intoxication comme l'alcoolisme, doivent également être surveillés de si près, que le plus souvent leur place est à l'asile. Les *délirants subaigus* (délires toxiques ou infectieux, états de confusion mentale, etc.), souffrent bien d'un état d'*aliénation temporaire*, mais issu d'une affection, viscérale ou générale,

qu'on peut soigner à l'hôpital ou à domicile : dans ces conditions, lorsque la crise psychopathique n'est ni trop violente, ni trop prolongée, et qu'il est possible de traiter le malade chez lui, ou dans une maison de santé hydrothérapique, ou à l'hôpital, les délirants subaigus ne doivent pas être internés,et il est du devoir du médecin d'épargner au malade le transfert à l'asile, avec les regrettables conséquences qu'entraîne, dans l'état actuel des mœurs et des préjugés, l'internement pour le malade qui, une fois guéri, sort de l'asile.

On a très justement opposé ces délires accidentels, temporaires et curables, d'origine infectieuse ou toxique, le plus souvent, sous le nom de *délire d'hôpital*,aux délires constitutionnels, prolongés, souvent incurables, qui constituent les *délires d'asile*. Régis, qui s'est particulièrement attaché à l'étude clinique et thérapeutique de ces délires d'hôpital, a judicieusement indiqué les mesures pratiques qui permettraient de recueillir et de soigner, dans les hôpitaux, ces délirants, aigus ou subaigus: des locaux spéciaux d'isolement, institués dans chaque hôpital à cet effet, suffiraient à épargner ainsi à beaucoup de ces aliénés temporaires l'entrée à l'asile, et démontreraient cette proposition médicolégale et thérapeutique qu'*un bon isolement permet souvent d'éviter un inutile et regrettable internement.* Je reviendrai plus tard, d'ailleurs, sur cette question, avec les développements qu'elle comporte; et, par des exemples, recueillis dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe, je vous démontrerai que je suis arrivé, grâce à la collaboration intelligente et dévouée de mes élèves et du personnel, à soigner à l'hôpital bien des psychopathes que leur état de confusion, de délire, d'agitation ou de démence aurait semblé condamner à l'internement.

Messieurs, si nous récapitulons les éléments essentiels de cette revue générale des cas d'aliénation mentale, vous voyez que je vous ai montré,pris à titre d'exemples dans les différentes catégories psychiatriques,des malades, agénésiques, déments,déséquilibrés ou délirants, capables de commettre des actes marqués, suivant les cas, au coin: soit de la *débilité mentale*, soit de la *perversité instinctive*, soit de l'*aboulie* ou de l'*impulsivité*, soit de l'*inconscience* ou du *délire*; des malades susceptibles de tomber dans des *états d'inertie stupide* ou d'*agitation désordonnée*; enfin, des malades exposés, par les *défectuosités congénitales de leur constitution mentale*, à entrer à *conflit* plus ou moins grave avec la Société.

Tous ces malades sont, parmi les psychopathes, des *aliénés*. Ils sont aliénés, parce que leur *état psychopathique* aboutit, *dans le domaine de l'action*, à des manifestations étrangères à la mentalité du groupe social, et *nuisibles à l'ordre public ou à la sûreté des personnes*.

En effet,si du domaine *médical* nous passons au domaine *juridique*, nous constatons que les aliénés, sous la poussée des influences pathologiques qui les dominent, peuvent parcourir *toute la série des infractions aux lois morales et pénales*, depuis la simple contravention aux règlements de police jusqu'aux plus monstrueux des crimes. Les attentats à la pudeur, à l'honneur, à la propriété et à la vie d'autrui sont chaque jour commis par des aliénés laissés en liberté; on comprend donc que la société ait le droit et le devoir de prendre, vis-à-vis de malades aussi dangereux, des mesures de protection et de défense.

De plus, un grand nombre de ces aliénés sont capables, vis-à-vis d'eux-mêmes,d'actes éminemment nuisibles: susceptibles de se mutiler,de se laisser mourir ou de se tuer, de livrer sans défense à leur entourage leur honneur, leurs intérêts, leur santé ou leur vie, ils méritent d'être défendus par la loi contre eux-mêmes.

De ce point de vue, les malades de nos deux premières classes, les agénésiques et les déments, peuvent être opposés, d'une manière générale, aux malades des deux dernières classes, les déséquilibrés et les délirants. Les premiers, caractérisés principalement par leur faiblesse mentale, leur insuffisance psychique, congénitale ou acquise,ont surtout besoin d'*assistance* et de *protection vis-à-vis d'eux-mêmes*: ces malades sont,avant tout,des *incapables*, destinés à vivre en marge et aux dépens de la société: ce sont moralement des *mineurs* et,pratiquement, des *extra-sociaux*. Les seconds, au contraire, les déséquilibrés et les délirants, vis-à-vis desquels s'imposent,le plus souvent, des *mesures défensives*, représentent des malades plus *dangereux* qu'incapables,et qui,moralement, sont des *nuisibles irresponsables*, et, pratiquement, des *anti-sociaux*.

La société remplit, précisément,dans l'internement des aliénés de toutes catégories,ces deux indications majeures: protection de la société contre un malade dangereux, protection du malade contre lui-même.

Messieurs, dans cette étude de la conception médico-légale de l'aliéné et des indications générales de l'internement, examinées dans leur fondement juridique bien plutôt que dans leurs indications médicales; dans cette étude d'où j'ai volontairement banni toute érudition, toute bibliographie, toute citation de textes ou d'auteurs, j'ai simplement voulu vous présenter un exposé, schématique et sommaire, des grandes divisions de la Psychiatrie médico-légale, et inaugurer ces leçons par la définition générale de l'aliéné, de cet être à plusieurs faces, qu'étudient avec des méthodes et dans un esprit différents : législateurs, magistrats et médecins. Si j'ai réussi à vous donner, de l'entité administrative, judiciaire et médicale qu'incarne, sous des aspects si divers, l'aliéné, une idée suffisamment claire, j'aurai atteint mon but. Sinon, je m'excuserai auprès de vous, en vous rappelant ce mot si juste de je ne sais plus quel vieux commentateur du moyen-âge : *obscuritate rerum sæpe verba obscurantur*: l'obscurité des choses obscurcit maintes fois le discours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance de février

Trois cas de stomatite aphteuse

M. Chompret. — Voici trois enfants, trois frères, qui viennent de présenter successivement les symptômes d'une stomatite caractérisée par un début brusque, avec fièvre et céphalée, et une éruption de vésico-pustules douloureuses se produisant par groupes. L'affection a duré une quinzaine de jours en moyenne. On a cherché si l'origine de cette maladie ne devait pas être attribuée au lait de vaches malades; mais l'un des enfants ne boit jamais de lait. L'examen bactériologique a montré que les pustules contenaient le staphylocoque doré en culture pure. Les autres enfants fréquentant la même école sont presque tous atteints de lésions analogues, soit sur la muqueuse buccale et labiale, soit à la face.

M. Darier. — Le nom de stomatite aphteuse ne me paraît pas convenir à ces cas; ce que nous appelons aphtes, sans en connaître d'ailleurs la nature, est une affection exclusivement muqueuse, douloureuse, et n'atteignant jamais la peau. L'herpès est caractérisé par le groupement et la confluence des vésicules; ce n'est pas non plus d'herpès qu'il s'agit

ici; au contraire, l'aspect des lésions muqueuses, la coexistence des pustules sur la face externe des joues, la contagiosité des lésions permettent de conclure à la nature impétigineuse de l'affection.

Mycosis fongoïde considérablement amélioré par les rayons X

MM. Brocq, Bissérié, Belot. — Il s'agit d'une femme malade depuis douze ans, à laquelle on avait déjà enlevé plusieurs tumeurs de la face et fait divers traitements sans succès. Cette femme se décida alors à quitter Montréal pour venir se faire soigner à Paris. Nous avons appliqué d'abord des pommades pyrogalliques qui ont amélioré le prurit, auparavant très pénible; puis nous avons essayé le traitement par les rayons X. Environ 100 séances ont été faites sur tous les points du corps; nous avons observé la disparition très rapide du prurit sur les points traités et sur ceux-là seulement; puis les tumeurs se sont aplanies de telle sorte que cette femme est méconnaissable, comme on peut en juger par deux photographies prises, l'une avant, l'autre après le traitement. Le résultat est tel qu'on peut parler d'une guérison au moins apparente. Sans doute, dans cette maladie, il peut se produire des rémissions spontanées, mais jamais on ne voit, à une période aussi avancée, les tumeurs s'affaisser et disparaître sur tous les points du corps à la fois sans qu'il s'en forme aucune nouvelle. L'amélioration est donc bien due au traitement radiothérapique; elle est telle que la malade, se considérant comme guérie, va quitter Paris pour retourner à Montréal. Ce résultat peut être rapproché de ceux que nous obtenons dans le traitement des sarcomes : il semble que les rayons X modifient ce genre de tumeurs d'une façon très heureuse et très rapide. Dans les épithéliomas, les bons résultats que nous avons déjà publiés se maintiennent et se confirment; nous avons plusieurs malades absolument guéris.

M. Leredde. — Ce cas est très remarquable; il met bien en lumière l'action analgésiante très persistante des rayons X, action qu'on observe même dans les cancers viscéraux, et qui paraît s'exercer d'une façon élective sur les filets nerveux comme sur les téguments, c'est-à-dire sur les tissus d'origine ectodermique.

M. Bissérié. — Cette action analgésiante s'observe, en effet, souvent, d'une façon très frappante; dans sept ou huit cas j'ai vu, après un petit nombre de séances, disparaître des douleurs très vives, liées à des névrites ou à des plaques hyperesthésiques.

Chancre mou de la lèvre inférieure

MM. Darier et Roussy. — Voici une jeune femme qui présente, sur la lèvre inférieure, une ulcération suppurante profonde, de la dimension d'une pièce de 1 franc. La forme ronde de l'ulcère, son fond jaunâtre et vermoulu, sa base sans induration, faisaient songer à un chancre simple; il n'existait qu'un ganglion sus-tyroïdien. Dans le pus nous avons trouvé des organismes semblables à celui de Ducray-Unna. Quoique des auto-inoculations, faites sur le bras, aient avorté, nous nous croyons néanmoins autorisés à affirmer le diagnostic de chancre mou.

M. Lenglet. — Les échecs des tentatives d'auto-inoculation ou de culture ne suffisent pas pour faire éliminer le diagnostic de chancre mou. Ces insuccès tiennent à des causes multiples que nous ne connaissons encore que très imparfaitement.

M. Fournier. — Je veux bien admettre que nous sommes ici en présence d'un chancre mou; je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que ce diagnostic se heurte à une très grosse objection : le chancre mou est une lésion essentiellement inoculable, et elle reste telle jusqu'aux périodes ultimes de son évolution, au moment même où il va s'éteindre définitivement. Ce chancre *expirant*, comme disait Ricord, s'inocule encore; ici nous avons affaire à un chancre en pleine activité et cependant on n'a pas réussi à le réinoculer; ceci m'étonne et me laisse un peu hésitant.

Sarcoïdes sous-cutanées

MM. Darier et Roussy. — Il s'agit d'une femme qui présente, sur l'épaule droite et le flanc gauche, un certain nombre de tumeurs sous-cutanées très dures, lobulées, indolentes, adhérentes à la peau qui, à leur niveau, prend une teinte ardoisée. La malade n'est pas syphilitique, elle est de bonne santé et n'a subi aucun traumatisme. Une biopsie a montré que les tumeurs se composent de cellules épithélioïdes, de cellules lymphoïdes et de nombreuses cellules géantes. Souvent on observe un groupement folliculaire qui rappelle le follicule tuberculeux. En somme, ces tumeurs sous-cutanées ont exactement la structure des sarcoïdes cutanées de Bœck. Ce sont, vraisemblablement, des lésions de tuberculose atténuée.

Nous avons déjà observé plusieurs faits analogues, et dans l'un d'eux les tumeurs ont été très notablement améliorées par les injections de calomel.

M. Moty. — J'ai vu assez fréquemment et même opéré des faits du même genre; les tumeurs sont rouges, très faciles à énucléer, et elles guérissent après énucléation.

Traitement radiothérapique de la teigne

M. Sabouraud montre dix enfants pris au hasard parmi ceux qu'il a traités et guéris de la teigne par la radiothérapie; le traitement consiste en une seule séance de quarante minutes; vingt jours après les cheveux tombent tous, et, au bout de huit semaines, ils repoussent sains; l'épilation ayant été complète, tous les follicules sont débarrassés de leurs parasites.

Dent incluse prise pour une tumeur syphilitique

M. Chompret. — Il s'agit d'une femme ayant eu la syphilis; récemment, à la suite d'un traitement mercuriel, elle a eu une inflammation avec tuméfaction au niveau de la fosse canine; la sonde, introduite dans un pertuis, conduisait sur une surface dure qu'on avait considérée comme un séquestre. La radiothérapie a montré qu'il s'agissait d'une dent incluse.

Ulcérations de la langue

M. Danlos. — Voici deux malades atteints d'ulcérations de la langue; chez l'un, l'aspect est typique; il s'agit de tuberculose, et je ne l'ai amené que comme point de comparaison. Chez l'autre, la langue est très volumineuse, mais sans sclérose ni tumeurs; sur sa face inférieure, elle présente de multiples petites ulcérations arrondies, sans grains jaunes, et dont le diagnostic est discutable; s'agit-il de tuberculose, de syphilis ou d'épithélioma?

M. Du Castel. — Je crois que ces petites ulcérations miliaires et cette macroglossie sont le fait de la syphilis; j'ai vu des lésions analogues chez une femme qui a complètement guéri par le traitement mercuriel.

M. Fournier. — Ce n'est pas tout à fait mon avis, et je crois que, chez le second malade comme chez le premier, il s'agit de tuberculose; on hésite souvent à faire ce diagnostic quand les malades ne souffrent pas, parce qu'il est classique que les ulcérations tuberculeuses sont douloureuses; mais il y a des exceptions à cette règle; la langue ici est grosse, mais elle n'est pas dure comme dans la syphilis ou le cancer; elle est tout à fait souple, et je crois, pour ma part, que cette grosse langue ulcérée, quoique indolente, est une langue tuberculeuse. Néanmoins, j'estime que, par prudence, il sera bon d'essayer, tout d'abord, le traitement mercuriel.

Psorospermose folliculaire végétante

M. Danlos. — Voici un jeune garçon qui présente sur la face, sur le cou, sur les flancs et sur les membres, de petites saillies sèches, cornées, grisâtres, dont l'arrachement laisse voir une surface d'aspect normal. C'est un type de psorospermose de Darier.

M. Darier. — Les lésions des paumes des mains suffiraient à elles seules pour affirmer le diagnostic; il manque, cependant, chez ce malade, la papillomatose qu'on observe si fréquemment; de plus, la langue est saine.

M. Leredde. — J'ai soigné, avec M. Brocq, un malade présentant des lésions très intenses de psorospermose; avec un traitement exfoliant énergique, ce malade a été à peu près complètement guéri.

M. Brocq. — Il reste chez le malade dont parle M. Leredde, quelques lésions sur les paumes des mains; mais, dans l'en-

semble, il est tellement amélioré que, pratiquement, on peut le considérer comme guéri, et qu'il a pu reprendre toutes ses occupations et sa vie mondaine. Les lésions des paumes sont très remarquables dans la maladie de Darier, pourtant j'en ai vu de tout à fait semblables dans quelques cas de lichen-plan et même chez des syphilitiques, de sorte que je ne les considère pas comme absolument pathognomoniques.

M. Darier. — L'aspect n'est pas exactement le même; ici tous les grains sont parfaitement égaux, tandis que dans le lichen ils sont de dimensions variées et moins diffus.

Kératodermie palmaire dans la maladie de Duhring

M. Danlos présente un malade qui, sans avoir pris d'arsenic, présente ce symptôme; c'est le quatrième cas qu'il observe depuis quelques mois.

Erythrodermie exfoliante hydrargyrique

MM. Balzer et Fouquet. — Cette dermatose est apparue après l'ingestion de 60 à 80 pilules environ; elle a été d'une extrême intensité; avons recueilli 60 grammes de squames, dans lesquelles l'analyse chimique a démontré la présence du mercure.

M. Fournier. — Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que l'intolérance s'est produite seulement au bout d'un mois de traitement; en général, elle est immédiate.

M. Galippe. — Les lésions cutanées, en pareil cas, ne sont pas dues directement au médicament; elles ont une origine toxique et sont consécutives à des fermentations digestives provoquées par le mercure; on pourrait contrôler le fait en instituant l'antisepsie intestinale, tout en continuant l'administration du mercure.

M. Hallopeau. — Je crois, pour ma part, que la dermatose est bien due directement au mercure; et la preuve c'est qu'on peut l'observer à la suite de frictions mercurielles; il suffit donc qu'il y ait absorption de mercure, peu importe que ce soit par le tube digestif ou par la peau.

M. Beaudouin. — On n'a jamais pu déceler, dans l'intestin, ces toxines dont on parle si souvent; ce n'est là qu'une hypothèse qui perd de plus en plus de vraisemblance.

M. Spillmann. — J'ai observé un malade qui a été atteint d'érythrodermie, une première fois, après une seule friction, et deux ans plus tard après l'ingestion de deux pilules seulement.

Syphilis héréditaire de deuxième génération

M. Edm. Fournier. — Voici un malade, âgé de vingt-trois ans, qui, depuis l'âge de sept ans, portait à la cuisse une plaie considérée comme tuberculeuse. Mais, en l'examinant avec attention, on découvrait chez lui toute une série de stigmates oculaires, dentaires, auriculaires, qui permettent d'affirmer absolument l'hérédo-syphilis; il est, d'ailleurs, l'aîné de six enfants dont deux sont morts en bas âge et un troisième est atteint d'une arthrite chronique qu'on a jusqu'ici appelée tumeur blanche. Voulant compléter mon enquête et remonter à la source de cette syphilis héréditaire, j'ai interrogé et examiné le père de ce jeune homme, qui a nié de la façon la plus formelle avoir contracté la syphilis; mais j'ai été frappé de son aspect chétif, rabougri; c'est un type de distrophie, il présente des exostoses, il est sourd d'une oreille et atteint d'ichtyose, malformation qui ne se retrouve chez aucun de ses ascendants. Au contraire, on ne constate chez lui aucune trace de syphilis acquise; il est donc infiniment probable que, chez lui aussi, l'infection était héréditaire. Or, la mère de cet homme, la grand'mère, par conséquent, du jeune homme que je vous présente, avait été contaminée par son mari; elle a eu plusieurs accidents spécifiques, et elle a fini par mourir hémiplégique. Voilà donc une observation qui permet de constater directement la filiation de la syphilis à travers trois générations successives, et qui nous fournit en même temps un exemple incontestable de syphilis héréditaire de deuxième génération.

M. Hallopeau. — Ce cas est extrêmement démonstratif, et il serait à désirer qu'on put en étudier un grand nombre aussi complètement. Je suis convaincu qu'en analysant minutieusement les faits, on verra que la syphilis héréditaire de deuxième génération a des caractères propres, différents de l'hérédo-syphilis habituelle et qui permettront d'en faire le diagnostic même en l'absence de renseignements aussi complets que ceux dont M. Fournier vient de nous faire l'intéressant exposé.

Symptômes cutanés de l'appendicite

M. Moty. — L'examen d'un grand nombre de malades m'a démontré qu'il existe dans l'appendicite certaines manifestations cutanées qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic dans quelques cas d'appendicite latente : ce sont particulièrement la rougeur de la joue droite, l'herpès de la lèvre supérieure droite et de l'hémisudation du côté droit de la face. Ces troubles accompagnent l'appendicite pendant son évolution et disparaissent avec elle; dans un cas je les ai vu durer dix ans, puis guérirent lentement après suppression de l'organe malade par l'intervention chirurgicale.

M. Lenglet. — Les troubles trophiques et vaso-moteurs peuvent s'observer sous l'influence des affections viscérales les plus diverses, notamment des affections pulmonaires, comme l'a bien montré M. Jacquet. Ils sont donc l'indice d'une lésion profonde, mais ils ne peuvent, en aucun cas, préciser ni la nature, ni le siège de cette lésion.

Sur une poussée aiguë de lèpre dans les gaines tendineuses de l'avant-bras

MM. Hallopeau et Vielliard. — Il s'agit d'un malade qui a eu déjà, à plusieurs reprises, des poussées fébriles dans le cours de traitements intensifs avec l'huile de Chaulmoogra; d'habitude, ces poussées se font du côté de la peau, elles ont également affecté la forme lymphangitique; c'est la première fois que les manifestations ont lieu du côté des gaines tendineuses et cette localisation n'avait pas encore été signalée.

M. Danlos. — Ces poussées aiguës au cours du traitement par l'huile de Chaulmoogra ne sont pas absolument exceptionnelles; j'en ai vu un cas très démonstratif chez un malade qui, pendant un traitement intensif, a présenté une poussée violente sous forme d'érythème noueux avec une température atteignant 40 degrés.

MM. Hallopeau F. Dainville. — Sur un cas de lichen plan buccal.

Dr P. Dehu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février.

Sécrétine : médication acide duodénale, stimulation des fonctions sécrétiniques chez l'homme

M. Enriquez. — Les recherches physiologiques recentes ont démontré d'une façon précise le rôle capital dévolu au duodenum dans l'acte de la digestion. La muqueuse de cet organe contient une substance appelé *sécrétine* qui, au contact d'un acide quel qu'il soit, introduit dans sa cavité, passe dans la circulation générale (Enriquez et Hallion) pour renforcer la sécrétion biliaire et provoquer la sécrétion pancréatique.

Tout récemment, MM. Delezenne et Frouin viennent de nous apprendre que cette même substance excite également la sécrétion du suc intestinal. Enfin, avec M. Hallion, nous avons pu constater qu'en dehors de ses propriétés excito-sécrétoires, la sécrétine possédait également une propriété excito-motrice spéciale vis-à-vis de la motilité de l'intestin.

Appliquant ces acquisitions récentes à la clinique, nous avons pensé que toute condition pathologique capable de modifier, chez l'homme, le déterminisme de cette fonction sécrétinique, aura pour conséquence un trouble des différentes sécrétions : biliaire, pancréatique et intestinale, et réalisera, par cela même, le syndrome clinique de la dyspepsie intestinale. Si on veut se rappeler, également, l'influence toute spéciale que possède la sécrétine sur la motilité de l'intestin, on admettra sans peine qu'un des premiers signes, et des plus constants, de cette insuffisance sécrétinique, est représenté par la constipation.

Dans ces conditions, nous avons pensé

que le problème thérapeutique consistait à stimuler les différentes fonctions sécrétiniques en imitant le mécanisme physiologique normal, c'est-à-dire en faisant arriver un acide au contact de la muqueuse duodénale elle-même. La médication acide par la voie gastrique est une méthode infidèle sur laquelle on ne peut compter, étant données les modifications de réaction en plus ou en moins que la sécrétion chlorhydrique elle-même peut imprimer à la solution acide ingérée. Aussi avons-nous eu recours à un procédé qui a déjà fait ses preuves, à l'enrobement de l'acide dans une enveloppe épaisse de gluten, substance réfractaire à la digestion gastrique en milieu acide, mais qui, par contre, est facilement attaquée en milieu alcalin.

De la sorte, ces capsules de gluten contenant l'acide à introduire (en l'espèce, nous nous sommes adressé à l'acide tartrique) subissent la digestion gastrique sans verser leur contenu dans l'estomac, tandis qu'aussitôt arrivées dans le duodénum elles sont digérées par le suc pancréatique, et mettent en contact l'acide tartrique qu'elles contiennent avec la muqueuse duodéno-jéjunale, réalisant ainsi en clinique l'expérience princeps de Pawlow.

Tel est le procédé auquel nous avons eu recours pour arriver à instituer la médication acide duodénale. Voici les résultats cliniques que nous avons obtenus :

Nos recherches ont porté sur seize malades dyspeptiques, observés pour la plupart à l'Hôtel-Dieu, dans les services de MM. Brissaud et Ballet. Tous, d'une façon générale, présentaient une constipation habituelle plus ou moins accusée. Mais dans sept cas, où ce symptôme était le symptôme dominant, autant par sa persistance que par sa ténacité, la médication acide duodénale est parvenue à régulariser les selles en stimulant les fonctions sécrétoire et motrice de l'intestin.

Dans cinq de nos observations, à la constipation se joignaient des signes de colite muco-membraneuse qui furent également rapidement améliorés en même temps que la constipation.

Enfin, dans trois cas de dyspepsie nervo-motrice, la médication acide duodénale eut une influence favorable des plus rapides sur les symptômes subjectifs : pesanteur, somnolence, gonflements, etc.

La constance et la répétition des résultats obtenus nous autorisent donc à conclure à l'action stimulante indubitablement, de la médication acide duodénale sur la fonction sécrétinique chez l'homme. On comprend facilement qu'en agissant à la fois sur les sécrétions biliaire, pancréatique et intestinale, et en excitant, d'autre part, la motilité de l'intestin, cette médication acide par la simple exaltation du mécanisme physiologique normal, puisse imprimer une modification favorable aux divers cas de dyspepsie intestinale.

De l'inflammation dans le cancer

M. Cornil. — Il y a lieu de distinguer différentes formes de l'inflammation dans le cancer.

Dans la première, il s'agit de suppurations dues à des micro-organismes. Ces suppurations se rencontrent, en particulier, dans les épithéliomas qui siègent au voisinage de la bouche, où les micro-organismes se rencontrent en si grande quantité. On peut trouver aussi le pus dans les ganglions enflammés, consécutivement à l'apparition de tumeurs peu appréciables du pharynx ou de l'œsophage.

La deuxième forme est constituée par la présence de leucocytes en plus ou moins grande quantité dans les alvéoles du cancer, ou même dans les cellules cancéreuses. Ce sont ces leucocytes qui ont été pris à différentes reprises pour les parasites du cancer.

Enfin on peut rencontrer une inflammation subaiguë caractérisée par des cellules géantes qui mangent les cellules cancéreuses.

En résumé, on peut rencontrer dans le cancer des suppurations visibles à l'œil nu, des abcès microscopiques et enfin l'organisation de tissu conjonctif avec grands microphages.

M. Kermorgant a communiqué le rapport de M. le Dr Lucas, médecin de 1re classe de la marine, sur la croisière du *Saint-François-d'Assises*, de la Société des œuvres de mer, sur les bancs de Terre Neuve, à l'effet de porter aux pêcheurs assistance morale et médicale. Notre confrère demande la limitation des distributions d'alcool et leur remplacement par des boissons chaudes, légèrement alcoolisées, ainsi que le font les Portugais et les Américains.

Action du radium sur certaines maladies nerveuses

D'après **M. Darier**, le radium aurait une action puissante sur le système nerveux, convulsionnante d'abord, puis paralysante à de hautes intensités; cette action, à doses fractionnées, se traduit par de l'analgésie dans un grand nombre de douleurs névralgiques, rhumatoïdes et autres.

Dans les névroses convulsives, le radium aurait un pouvoir d'inhibition.

G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecins de pompiers

Le besoin d'un nouveau règlement concernant les sapeurs-pompiers de France et de Navarre se faisait sentir, paraît-il, et le gouvernement ne pouvait se soustraire à ce devoir.

La gestation fut, dit-on, pénible ; elle se termina, le 10 novembre 1903, par un rapport au Président de la République et un décret en quarante-trois articles. Celui-ci vient d'être présenté au Parlement, où il a fait mauvaise impression ; aussi va-t-il être remis sur le chantier, d'où il nous reviendra d'ici peu. Le moment est donc opportun pour examiner la façon dont le service de santé est réglé dans le décret en question.

La simple lecture permet de constater de suite que le rédacteur de ce document ne s'est pas mis en frais d'imagination pour les choses médicales ; tout tient dans les deux alinéas ci-dessous de l'art. 17.

> Le service de santé est assuré, dans chaque compagnie et dans chaque subdivision, par un médecin qui reçoit le grade d'aide-major, soit de 1re classe, soit de 2e classe.
>
> La promotion à la 1re classe ne peut être prononcée qu'après cinq années passées dans la classe inférieure.

Tout d'abord, nous ferons remarquer que le deuxième alinéa prescrivant que les aides-majors de pompiers doivent avoir cinq ans de grade dans la 2e classe avant d'être nommés à la 1re classe, le premier alinéa constitue une erreur en disant que le médecin reçoit le grade d'aide-major *soit de 1re classe, soit de 2e classe*. C'est d'abord ce dernier grade que l'on reçoit, l'autre ne venant que cinq ans après.

Le deuxième point qui nous semble à signaler, c'est l'absence totale de définition du service de santé des sapeurs-pompiers. Consiste-t-il simplement à les accompagner au feu ? Comprend-il l'assistance aux revues, exercices, les soins pour blessures ou maladies contractées en service, l'établissement des certificats médico-légaux, la visite à domicile des pompiers portés malades ? Dans les communes où il sera créé une caisse de secours et de retraites, organisée sous forme de société de secours mutuel (art. 37), le médecin de pompiers sera-t-il tenu de soigner ces sociétaires ? Question qui a bien son importance, car les fonctions de médecin de sapeurs-pompiers sont gratuites !

De plus, l'art. 36 qui énumère les dépenses, est muet en ce qui concerne le service de santé, de telle sorte que le médecin paraît devoir fournir lui-même instruments, pansements, médicaments !

En échange, qu'offre au médecin le décret ?

1° La nomination, pour cinq ans, par le Président de la République, sur la proposition du préfet (art. 5), au grade d'aide-major de 2e classe — avec possibilité d'être suspendu par le préfet et révoqué par décret !

2° Le droit d'assister aux revues, aux manœuvres, aux exercices (art. 23).

3° L'obligation d'acheter un uniforme de l'un des modèles autorisés par le ministre de l'intérieur (art. 33) et le droit de le porter dans les cas d'incendie, d'escorte et de rassemblements autorisés par le sous-préfet (art. 21).

4° Le droit, quand il est en tenue, d'être salué par les hommes de troupe et gradés, de l'active, de la réserve et de la territoriale, avec obligation de rendre les mêmes honneurs aux militaires, ses su-

périeurs en grade. A égalité de grade il doit saluer le premier (art. 39).

5° Peut-être l'application de l'art. 41 ci-dessous :

Art. 41. — Les anciens officiers de sapeurs-pompiers qui comptent au moins vingt-cinq ans d'activité comme officier, sous-officier, caporal ou sapeur-pompier, et ont fait constamment preuve de zèle et de dévouement, peuvent être nommés, par décret du Président de la République, officiers honoraires, avec leur dernier grade ou le grade immédiatement supérieur.

Aucune condition de temps n'est exigée pour les officiers qui ont dû résigner leurs fonctions à la suite de blessures reçues ou de maladies contractées en service commandé.

L'honorariat confère le droit de porter dans les cérémonies publiques et dans les réunions de corps l'uniforme du grade concédé.

Tel est le bilan de ce qu'on demande aux médecins de pompiers et de ce qu'on leur offre en échange. Evidemment, c'est un marché de dupes. Ce qui n'empêchera pas les concurrents de se présenter en foule.

Et puis, après cela, on criera que le métier ne nourrit plus son homme !

GRANJUX.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Masson

***Syphilis et déontologie*, par le Dr G. Thibierge, médecin de l'hôpital Broca.**

Il est des ouvrages dont la lecture dénote, chez leurs auteurs, une expérience personnelle si complète du sujet, une solution si judicieuse de toutes les difficultés, qu'on est tenté d'y voir la condensation de la pratique de toute une existence, le livre d'une vie professionnelle. C'est cette impression que nous a donnée *Syphilis et déontologie*.

Comment, du reste, ne pas soupçonner son intérêt rien qu'en voyant les titres de ses dix-sept chapitres, qui représentent les problèmes les plus troublants de la syphilis envisagée au point de vue social : Secret médical et syphilis ; Responsabilité civile en matière de transmission de la syphilis ; Enoncé du diagnostic ; Jeunes gens syphilitiques ; Syphilitiques candidats au mariage ; Fiancés syphilitiques ; Syphilis dans le mariage ; Syphilis et divorce ; Nourrissons syphilitiques ; Nourrices syphilitiques ; Domestiques syphilitiques ; Ouvriers et employés syphilitiques ; Syphilitiques dans les hôpitaux ; Syphilis et sociétés de secours mutuels ; Transmission de la syphilis par les instruments ; Médecins syphilitiques ; Sages-femmes et syphilis.

Pour se conduire dans ces circonstances délicates, le médecin a plusieurs guides : sa conscience, la loi, la tradition médicale. « Nous ferons, dit M. Thibierge, connaître les prescriptions de la loi, l'enseignement traditionnel et, toutes les fois où l'un et l'autre n'apporteront pas une solution au cas particulier envisagé, nous rechercherons cette solution dans les inspirations de la conscience. » Nous ajouterons qu'il l'a fait d'une façon si heureuse que, dès l'apparition de son livre, à l'unanimité, la Société de médecine légale lui ouvrait ses portes.

« Syphilis et déontologie » n'est, comme l'a écrit son auteur, à aucun titre, un ouvrage de pathologie et n'a d'autre prétention que de servir de guide dans la pratique. Le jeune médecin n'en aura pas de plus sûr. Qu'il le médite. Qu'il en fasse son livre de chevet. Il n'aura pas à le regretter.

GRANJUX.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de méd. aide-maj. de 2e cl.

Les élèves de l'école du service de santé militaire :

MM. Andrieu, Bailly, Barberousse, Bellot, Bergès, Berton, Billet, Blanchet, Bonnet, Carayon, Carpanetti, Castres, Cellerier, Chaduc, Charpentier, Chaufour, Clarion, Colin, Cot, Couraud, Cremadells, Cuisinier, Dabat, Dargein, Dayman, Demonet, Deniau, Dennery, Dienot, Dornier, Dumoulin, Dupont, Fontan, Fourcade, Fournier, Frizac, de Gaulejac, Giraud, Goursolas, Grenier, Jacquinot, Jeannin, Jeanty, Joseph dit Orne, Kliszowski, Landret, Lévy, Liberge, Loygue, Lutrot, Madranges, Mairesse, Massonnave, Malard, Mallet, Maratuech, Martinet, Mathieu, Michel, Monery, Montet, Morisot, Morisson, Moureaux, Muller, Pechine, Peyre, Pierrot, Pinat, Policard, Rabaioye, Rapp, Raynaud, Revel, Robert, Roue, Schickele, Schneider, Segui, Seigneurin, Sergeant, Tournade, Touzet, Trollat, Valette, Vielle, Vittenet.

Pour prendre rang du 1er février 1904 et provisoirement par ordre alphabétique; ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de 2e cl. élève à l'école d'appl. du service de santé militaire.

TABLEAU D'AVANCEMENT

Année 1904.

Pour le grade de méd.-major de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

1 Spillmann, hôp. mil. de Tunisie.
2 Piquot, 19e esc. du train.
3 Tersen, 84e d'inf.
4 Launois, 114e d'inf.
5 Licht, 16e dragons.
6 Delom-Sorbe, 34e d'inf.
7 Frache, 1er chass. à pied.
8 Papon, 8e esc. du train.
9 Bardot, garde républicaine.
10 Watrin, 76e d'inf.
11 Barthélemy, 24e chass. à pied.
12 Mendès-Bonito, 22e dragons.
13 Sturel, 20e chass. à cheval.
14 Beigneux, hors cadres, Madagascar.
15 Arnould, 11e d'art. à pied.
16 De Viville, école d'appl. de cavalerie.
17 Niclot, répétiteur à l'école de Lyon.
18 Moingeard, 4e hussards.
19 Friant, hôp. mil. de Constantine.
20 Rouget, agrégé au Val-de-Grâce.
21 Bonnet, agrégé au Val-de-Grâce.
22 Georges, répétiteur à l'école de Lyon.

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1904, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains.

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Dubrulle, à l'hôp. mil. de Belfort (méd.-chef).

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Bischoff, à l'hôp. mil. de Nancy.
M. Darde, à l'hosp. de Tours.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Jeandidier, au 69e d'inf.

Hôpital militaire de Vichy.

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Lambert, à l'hôp. mil. de Toulouse (méd. chef).

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Loup, à l'hôp. mil. Saint-Martin, Paris.
M. Bodinier, à l'hosp. d'Angers.
M. Petit, à l'hosp. de Montauban.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Bertelé, au 2e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Raymond, au 29e d'art.
M. Courvoisier, au 52e d'inf.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Sanglé-Ferrière, à l'hosp. d'Orléans (méd.-chef).

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Armeilla, au 2e génie.

Hôpital thermal de Barèges.

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. de Santi, à l'hôp. mil. de Bayonne (méd.-chef).

Les méd.-majors de 1re cl. :

M. Godin, à l'hosp. de Tarbes.
M. Batut, à l'hôp. mil. de Bordeaux.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Humbert, au 18e d'inf.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

M. le méd. princ. Merleau-Ponty est app. à continuer ses services au port de Cherbourg.

M. le méd. de 1re cl. Lecœur est dés., sur la proposition du dir. de santé de Cherbourg, pour rempl. les fonctions de secrétaire arch. du conseil de santé, en rempl. de M. Fossard.

M. le méd. de 2e cl. Cannac est dés. pour rempl. les fonctions d'officier surv. à l'école princ. du serv. de santé de la marine à Bordeaux, en rempl. de M. Merleau-Ponty.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

A l'emploi de méd. aide-major de 1re cl. stagiaire

MM. Gallier, Néel, Le Gorgen, Garrot, Cotard, Perret, Lailheugue.

Ces officiers du corps de santé ont été désignés pour servir, savoir :

M. Gallier, au 1er d'inf. à Cherbourg.
M. Néen, au 2e d'art. à Cherbourg.
M. Le Gorgen, au 2e d'inf. à Brest.
M. Garrot, au 24e d'inf. à Perpignan.
M. Cotard, au 1er d'art. à Lorient.

M. Perret, au 3e d'art. à Toulon.
M. Laiheugue, au 1er d'art. à Rochefort.

MM. les méd.-maj. de 2e cl. Pasquet, du 8e d'inf. col., et Boullet, du 153e d'inf. métrop., ont été autorisés à permuter.

M. Boullet a été classé au 8e d'inf. col. à Toulon.

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A Madagascar

Le méd.-maj. de 1re cl. :
M. Renaud, au 1er d'art.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Boullet, au 8e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
M. Garnier, au 1er d'art. à Rochefort.
M. Bernard, au 3e d'inf.

En Afrique occidentale française.

Le méd.-maj. de 1re cl. :
M. Roques, au 22e d'inf.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Bec, au 3e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
M. Vielle, au 4e d'inf.

Au Dahomey (en activité hors cadres).

Le méd.-maj. de 1re cl. :
M. Texier, au 5e d'inf.

Au Congo (en activité hors cadres).

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
M. Lebœuf, au 7e d'inf.
M. Duvard, au 2e d'art. à Brest.
M. Falconis, au 7e d'inf.
M. Guégan, au 2e d'inf.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Mayer, au 22e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
M. Challier, au 4e d'inf.
M. Poncin, au 22e d'inf.
M. Brimont, au 7e d'inf.

En Nouvelle-Calédonie.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Judet de la Combe, au 3e d'inf.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :
M. Lévrier, au 3e d'inf. à Rochefort.
M. Laborde, au 8e d'inf. à Toulon.
M. Villette, au 1er d'art. à Lorient.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
M. Brouillard, au 7e d'inf. à Rochefort.
M. Delabaude, au 3e d'inf. à Rochefort.
M. Guillemet, au 1er d'inf. à Cherbourg.
M. Aynés, au 2e d'inf. à Brest.
M. Imbert, au 4e d'inf. à Toulon.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:
M. Gravot, au 5e d'inf. à Cherbourg.
M. Sibiril, au 6e d'inf. à Brest.
M. Vergne, au 8e d'inf. à Toulon.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

A Madagascar.

Les méd.-majors de 2e cl. :
Directeur de l'école de méd. et de l'hôp. indigène de Tananarive, M. Jourdran.
Au 3e tirail. malgaches, M. Regnier.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
Au 3e tirail. sénégalais, M. Esserteau.
A l'hôp. de Tamatave, M. Eberlé.

En Afrique occidentale

Le méd.-maj. de 1re cl. :
Méd.-chef de l'hôp. de Dakar, M. Brossier.

NOUVELLES

A la date du 9 janvier 1904, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes, à titre de complément aux récompenses déjà accordées, aux personnes ci-après désignées qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales en 1902 :

Médaille de vermeil. — M. Niepce, médecin consultant à Allevard.

Médaille d'argent. — M. Poulain, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne.

Médaille de bronze.— M. Durand-Fardel, médecin consultant à Vichy.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Gynécologie médicale.

M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes avec présentation de malades, le jeudi 3 mars, à 9 h. 3/4, à l'amphithéâtre des cours, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Maladies des voies respiratoires, maladies infectieuses.

M. Paul Claisse commencera ses leçons cliniques sur les maladies des voies respiratoires et les maladies infectieuses, avec présentation des malades, le jeudi 3 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre des cours, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

CONCOURS

Pour six emplois d'aide-interne titulaire et six emplois d'aide-interne provisoire au service médical de Saint-Lazare.

Ce concours aura lieu le 20 avril 1904; les candidats qui désirent prendre part à ce concours sont priés de se faire inscrire à la préfecture de police, service du personnel. Le registre d'inscription, ouvert le 1er février, sera clos définitivement le 19 mars, à quatre heures.

Tout candidat devra :

1° Justifier de la qualité de Français;
2° Etre âgé de moins de 28 ans;
3° Etre pourvu d'au moins douze inscriptions en médecine prises dans une Faculté de l'Etat;
4° N'être pas reçus docteur en médecine.

Au moment de son inscription, il devra déposer : une demande sur papier timbré; un extrait authentique sur timbre de son acte de naissance; les pièces établissant sa situation au point de vue militaire; l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers; un certificat de scolarité de date récente, et tous autres documents qu'il jugera utile de présenter.

POUR UN TAMPON

Le Sénat italien vient de se réunir en haute Cour de justice — et en frac, avec décorations — pour juger un de ses membres, le professeur sénateur d'Antona, bien connu dans le monde chirurgical.

On aurait tort de croire que notre illustre confrère avait conspiré contre la sûreté de l'Etat. Il n'avait pris par la bride aucun cheval de général — le genre de « brides » qu'il est exposé à rencontrer étant d'un autre ordre — mais dans une laparotomie faite il y a quelques mois à l'hôpital de la Paix, à Naples, il était accusé par la famille d'avoir oublié un tampon de gaze hydrophile, ce qui aurait entraîné la mort du patient.

Le Sénat a acquitté à l'unanimité le professeur d'Antona. Tous les sénateurs entendirent debout le verdict d'acquittement.

Voilà un tampon qui peut se flatter d'avoir fait parler de lui dans le monde.

Il vient de se fonder une nouvelle Société de médecine, la « Société de médecine *tropicale* »

M. le professeur Brouardel en est le président.

LISTE DES MÉDECINS CIVILS

Auxquels le ministre a conféré des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles.

Lettre d'éloges officiels

(Délivrée après dix années au moins de soins gratuits.)

Gouvernement militaire de Paris

M. Ambrosini, de Poissy.
M. Comet, de Garancières.
M. Camus, aux Lilas.
M. Couzette, de Saint-Mandé.
M. Nollet, de Bougival.
M. Plichon, de Créteil.
M. Prost, de Vincennes.
M. Fourrey, de Noisy-le-Sec.
M. Leclerc, de Levallois-Perret.
M. Lefèvre, au Vésinet.
M. Goldemberg, de Bougival.

1re région de corps d'armée

M. Pruvost, de Carnières.
M. Mochez, d'Onnaing.
M. Bouchez, de Busigny.
M. Foutry, de Masnières.
M. Lemoine, de Vitry-en-Artois.
M. Cleuet, de Vimy.
M. Carette, de Saint-Pol.

2e région

M. Boury, de Nesle.
M. André, de Péronne.
M. Manière, d'Estrées-Saint-Denis.
M. Delalande, de Saint-Just-en-Chaussée.
M. Hurtrel, d Hangest en-Santerre.
M. Lowenthal, d'Anizy-le-Château.
M. Letellier, de Ressons-sur-Matz.
M. Sarazin, d'Hallencourt.
M. Grégoire, de Tergnier.
M. Piédecop, d'Auneuil.

3e région

M. Durel, d'Houlleur.
M. Lerat, d'Evreux.
M. Vanduële, de Fécamp.
M. Duches, de Gournay.
M. Gibory, de Villers en-Ouche.

4e région

M. Auclert, de Brezolles.
M. de Vlaceos, de Connerre.
M. Garnier, de Moulins la-Marche.

5e région

M. Gachet, de Claye-Souilly.
M. Mallet, de Tournan.

6e région

M. Chagnolleau, de Vrigne-aux-Bois.

M. Lerond, de Vigneulles.

7e région

M. Goudot, de Fresne-Saint-Mamès.
M. Chatelot, de Villersexel.
M. Chané, de Feugerolles.
M. Courtot, de Vercel.
M. Galmard, de Thaon.
M. Belous, de Miribel

8e région

M. Regnault, de Brinon-sur-Beuvron.
M. Martin, de Moulins Engilbert.
M. Hodeau, d'Aubigny.
M. Gibaud, de Pierre-en-Bresse.
M. Peytavy, de Pouilly-sur-Loire.

9e région

M. de Grailly, de Vouvray.
M. Schtein, de la Chapelle-sur-Loire.
M. Cornet, de Ligueil.

10e région

M. Labbé, d'Antrain.
M. Marguerie, de Portbail.
M. Hamon, de Saint-Hilaire-du-Harcouët.

11e région

M. Dupas, de Nort-sur-Erdre.
M. Leilsen, d'Hennebont.

12e région

M. Giraud, de Châtelus-Malvaleix.
M. Bordenave-Péborde, d'Aubazines.
M. Croizet, de Segonzac.

13e région

M. Minjard, de Panissières.
M. Laborie, de Maurs.
M. Demahis, de Cérilly.
M. Souquières, de Mauriac.
M. Guillemaud, de Feurs.
M. Vibert, au Puy.
M. Rollin, de la Pacaudière.
M. Robert, de Saint-Jean-Soleymieux.
M. Corny, de Lezoux.
M. Malley, de Bourbon-l'Archambault.

14e région

M. Vacher, de Saint-Laurent-de-Mure.
M. Laurent, de Saint-Rambert-d'Albon.
M. Lombard, de Saint-Marcellin.
M. Bineau, de Caluire.
M. Bognon, de Saint-Etienne-de-St-Geoirs.
M. Masson, de Grandis.
M. Hugues, de Loriol.
M. Sacrier de Giverdey, à Tassin la Demi Lune
M. Jacquemard, de Saint-Julien
M. Humbert, de Taninges.

15e région

M. Dumas, de Lédignan.
M. Claron, au Vigan.
M. Romestan, à la Grand'Combe.
M. Chabert, de Roquemaure.
M. Robert, d'Aubenas.
M. Pargoire, au Teil.
M. Paulet, de Sommières.
M. Matteo, de Roquebillière.
M. Costa, de Calenzana.

16e région

M. Séguret, de Laissac.
M. Viguié, de Rieupeyroux.
M. Sollier, de Claret.
M. Joly, de Mende.
M. Borello, de Saint-Paul-de-Fenouillet.
M. Augsénac, de Montredon-Labessonnié.

17e région

M. Dore, de Cadours.
M. Fauqué, de Mauvezin.
M. Julia, d'Auterive.
M. Espéron Lacase de Sardac, de Lectoure.
M. Maur, de Plaisance.
M. Bex, de Saint-Simon.

18e région

M. Carrière, de Gémozac.
M. Compans, de Podensac.
M. Marchand, d'Aulnay.
M. Aubin, de Marans.
M. Cayraret, de Matha.
M. Boisserie, de Sauveterre.
M. Petit, de Lussac.
M. Collignet, de Saint-Porchaire.
M. Berger, de Coutras.

19e région

M. Finelli, de Tiaret.
M. Laffage, de Dra el-Mizan.
M. Canquil, d'Azazga.
M. Peyrot-Dorteil, de Montagnac.
M. Laberre, d'Aïn-Abessa.
M. Dauvin, de Koléa.

Compagnie de la Réunion

M. Auber, de Saint-Denis.

Médaille de bronze

(Conférée après quinze années au moins de services gratuits.)

Gouvernement militaire de Paris

M. Pouillet, de Champigny.
M. Serpaggi, de Pierrefitte.
M. Du Souich, de Villeneuve-St-Georges.
M. Lefèvre, de Livry.
M. Woehling, de Clamart.
M. Camescasse, de Saint-Arnoult
M. Barthès, d'Ivry-sur-Seine.
M. Ladroitte, de Brunoy.
M. Meyer, de Beaumont-sur-Oise.
M. Garès, de Marly-le-Roi.
M. Giraud, de Montlhéry.
M. Para, de la Ferté-Alais.
M. Charvet, de Bois-Colombes.
M. Lallement, de Nogent-sur-Marne.
M. Christine, d'Asnières.
M. Retaière, de Bonnières.
M. Véper, aux Lilas.
M. Rochefort, de Châtou.

1re région

M. Ducrocq, de Wicquinghem.
M. Leroy, de Marquise
M. Govart, d'Auchy-les-Hesdin.

2e région

M. Cartier, de la Capelle.
M. Lemaire, au Nouvion.
M. Jacquot, de Creil.
M. Legry, de Saint Valéry.
M. Mulette, de Pont-Sainte-Maxence
M. Bayard, de Valdampierre.
M. Leclercq, de Rue.

3e région

M. Jean, de Bayeux.
M. Desseaux, de Tôtes.
M. Rachet, d'Honfleur.
M. Asselin, de Ry.
M. Maillier, de Cailly.

4e région

M. Boulay, de Longny.
M. Reger, de Noyen.

5e région

M. Rocher, de Saint-Sauveur.

6e région

M. Blaising, de Ligny.
M. Colson, de Revigny.

7e région

M. Dupont, de Saint-Loup.
M. Delerse, de Rioz.

8e région

M. Caix, de Prémery.
M. Mugnier-Motta, de Léré.
M. Gressin, d'Aubigny.
M. Jobard, d'Is-sur-Tille.
M. Patey, de Saint-Seine.
M. Laffage, d'Arnay-le-Duc.

9e région

M. Foucher, de Chinon.
M. Cotilleau, de Thouars.
M. Mosnay, de Saint-Varent.

10e région

M. Faucon, de Montebourg.
M. Breilhot, de Sourdeval.

11e région

M. Bourigault, de Moisdon-la-Rivière.
M. Poirault, de Mouilleron-en-Pareds.

12e région

M. Mondon, de Chénérailles.
M. Desfosses, de Boussac.
M. Beauchamps, de Pontours.
M. Florentin, de Thenon.
M. Papin, de Segonzac.
M. Conçaix, de Felletin.

13e région

M. Degoul, de Vic-sur-Cère.
M. Garnier, de Dunières.
M. Joanny, de Saint-Martin-Valmeroux.
M. Florand, de Bourg-Lastic.
M. Grasset, de Riom.
M. Joanny, de Pléaux.
M. Girard, d'Aigueperse.

14e région

M. Couturier, de Beaurepaire.
M. Casimir, de Grignan.
M. Chalus, de Bois-d'Oingt.
M. Lamarche, de Buis-les-Baronnies.
M. Bonnet, de Château Gueyras.

15e région

M. Jullian, de Beaucaire.
M. Santelli, de l'Ile-Rousse.

16e région

M. Puéchagut, de Decazeville.
M. Echernier, de Saint-Paul-de-Fenouillet.

17e région

M. Azéma, d'Aurignac.
M. Termes, de Casteljaloux.
M. Dubédat, d'Roueillès.
M. Durantnon, de Lauzun.
M. Margerite, de Castelcutier.
M. Doche, de Tonneins.

18e région

M. Abadie, de Bourg.
M. Dubertrand, de Bègles.
M. Larquier, d'Arcliac.
M. Sentex, de Saint-Sever.
M. Sarie, de Targon.

19e région

M. Laventure, de Mercier-Lacombe.
M. Anselme, d'Hammam-bou-Hadjar.
M. Escudié, d'Aïn el-Hadjar.
M. Sarre-Fillonland, de Thiersville.
M. Bonafé, d'El-Milia.
M. Nourry, de Perrégaux
M. Giudicelli, de Marengo.
M. Claverie, d'El-Kseur.

20e région

M. Curie, de Mareilly-le-Hayer.

(Nous publierons la liste des médailles d'argent et de vermeil dans le prochain numéro.)

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 14 — 10 Centimes le Numéro — SAMEDI 20 FEVRIER 1904

LE BULLETIN MÉDICAL

Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.

S'ADRESSER

Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.

Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. Porte et Thiollier frères, 54, rue Jacob.

Direction scientifique :

MM. les prof. GRANCHER & LANNELONGUE

Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT

Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION

PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.

SOMMAIRE

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

Le méd. de 1re cl. :

M. Courtier est dés. pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé de Lorient, en rempl. de M. Damany.

Les méd. de 2e cl. :

M. Chalibert, du port de Toulon, serv., en sous-ordre, au 5e dépôt des équipages de la flotte, en rempl. de M. Cannac.

M. Bellamy serv. à l'établ. de la marine, à Indret, en rempl. de M. Delaporte.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. : 1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe : 1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Duval, 4 Couteaud.

MM. les médecins principaux : 1 Alix, 2 de Gouyon de Pontouraude, 3 Féraud, 4 Cognes, 5 Thamin, 6 de Bonadona, 7 Julien-Laferrière, 8 Le Méhauté, 9 Gazeau, 10 Rousseau, 11 Mercier, 12 Thémoin, 13 Michel, 14 Laffont, 15 Damany.

MM. les méd. de 1re cl. : 1 Avrilleaud, 2 L'Helgoualch, 3 Pervès, 4 Sisco, 5 Glérant, 6 Fournes, 7 Letrosne, 8 Dubois, 9 Vincent, 10 Defressine, 11 Lallemant, 12 Borius, 13 Audiat, 14 Hernandez, 15 Barrau, 16 Pernet, 17 Lorin, 18 Lucas, 19 Carbonnel, 20 Berriat, 21 Roux-Fressineng, 22 Tricard, 23 Eiti, 24 Viguier, 25 Bourrit, 26 Lefebvre, 27 Guitton, 28 Faucheraud, 29 Durand, 30 Barillet, 31 Le Floch, 32 Aubry, 33 Bartet, 34 Castaing, 35 Valence.

MM. les médecins de 2e cl. : 1 Allain, 2 Primislas-Lallement, 3 Ratelier, 4 Bertaud du Chazaud, 5 Dufour, 6 Coquelin, 7 Lemaître, 8 Parrenin, 9 Duchateau, 10 Cristol, 11 Bourges, 12 Balcam, 13 Olivier.

POSTES MÉDICAUX

Les renseignements relatifs aux postes médicaux, cessions de clientèles, sont donnés à titre de simple indication, sans garantie aucune de l'Administration du journal.

Littoral Bretagne. Ville agréable. Bonne clientèle à céder. Un médecin sachant l'anglais serait assuré de faire 15 à 16000 fr. immédiat. Indemnité insignifiante.

S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

THÉRAPEUTIQUE

Du rôle des Médicaments et en particulier d'un Succedané de la Créosote dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire.

L'expérience des Sanatoria nous prouve que la thérapeutique hygiénique et diététique ne nous suffit pas pour traiter la tuberculose. Nous ne pouvons pas nous passer du traitement médicamenteux, surtout à l'hôpital.

La tuberculose revêt des formes très différentes et a pour conséquences des accidents très variés. Comme on ne peut pas couper le mal à la racine, il faut autant que possible en arrêter l'évolution et apporter un traitement énergique, circonstancié à chacun des accidents consécutifs. Pour ces raisons, l'usage des médicaments est indispensable.

Nous le répétons, il n'existe aucun spécifique de la tuberculose, et le meilleur traitement de cette maladie, est incontestablement la cure d'air et la suralimentation. Mais, pour des raisons économiques ou physiologiques, la cure d'air n'est pas toujours un moyen à la portée des malades.

L'oxygène, nous le savons tous, est l'aliment essentiel de la vie, sa consommation est proportionnelle au travail de l'organisme, et les échanges gazeux (combustions), sont en raison directe du travail fourni ;

1° Par les fonctions de digestion et d'assimilation;

2° Par la résistance qu'offre l'organisme à la maladie;

3° Par l'activité musculaire.

Le travail de digestion et d'assimilation est variable avec l'appétit du malade, la volonté qu'il a de se suralimenter et la tolérance de ses fonctions. La suralimentation est le plus souvent impossible ou exagérée; Lyonnet, dans un remarquable article, en a exposé les dangers (1).

La résistance de l'organisme à la tuberculose nous paraît généralement très faible, parce que dans la plupart des cas le malade se présente à nous longtemps après le début de la maladie (2). A ce moment l'énergie de l'individu est fortement déprimée, l'alimentation n'est plus un besoin; aussi la suralimentation devient-elle difficile, sinon impossible.

Le repos est conseillé par le plus grand nombre des praticiens, il n'est cependant pas indispensable à la guérison, l'activité musculaire est parfois même nécessaire, l'effort seulement doit être évité.

Il est donc très naturel de penser que, même dans un air riche en oxygène, les échanges gazeux, chez le tuberculeux, deviennent finalement nuls; l'exagération des phénomènes respiratoires semble en être la preuve.

∴

Gerhard écrit que le traitement médicamenteux de la tuberculose a fait banqueroute; la créosote seule, d'après lui, peut rendre des services, mais ses propriétés physiques nuisent à ses qualités thérapeutiques ou les contrebalancent même.

Grâce au Thiocol, le traitement créosoté est devenu aujourd'hui partout praticable. (Mendelsohn).

Ce succédané de la créosote, découvert après le Gaïacol et ses éthers (créosotal, phosphotal, duotal, géosote, etc.), est le Sulfo-Gaïacolate de Potassium. Il a pour formule :



Il réalise la solution d'un problème de chimie transcendante :

Etant donné un corps liquide (créosote), de composition variable et complexe, de saveur brûlante, d'odeur pénétrante, insoluble dans l'eau, exerçant une action caustique et toxique, obtenir un corps (Thiocol) cristallisé, blanc, de composition parfaitement définie, stable, inodore, insipide, soluble dans l'eau, n'exerçant aucune action caustique ou toxique.

Les propriétés physiques du Thiocol étant diamétralement opposées à celles de la créosote, on pouvait douter des résultats cliniques.

Tous les praticiens ont constaté avec le Thiocol les effets favorables de la créosote, du gaïacol et de leurs éthers. Ils observent avec le Thiocol, d'une manière beaucoup plus frappante, le relèvement de l'appétit, l'augmentation du poids corporel, la disparition des sueurs nocturnes, la diminution de la toux et de l'expectoration, l'amélioration des lésions, l'abaissement de la fièvre sans besoin d'antipyrétique.

On est tenté d'expliquer cette conformité d'action, dit Ott, par cette hypothèse, que le Gaïacol se produit dans l'organisme par dédoublement du Thiocol. Or, la recherche directe du Gaïacol dans l'urine pendant plusieurs jours d'administration du Thiocol, a toujours été négative.

Rossbach avait déjà observé que le Thiocol est entièrement assimilé à doses massives, aussi ne faut-il pas s'étonner qu'Ott ait obtenu des résultats négatifs dans la recherche du Gaïacol. Bernheim prétend que le Thiocol ingéré est éliminé en même quantité et qualité; aucune réaction, à notre connaissance, ne nous a permis de vérifier cette opinion, mais l'analyse indirecte prouve absolument le contraire. L'auteur reconnait au Thiocol les qualités de la créosote, il faudrait donc lui attribuer une action purement mécanique.

Si le Thiocol ne se dédouble pas en gaïacol, ce fait peut être une précieuse indication pour expliquer l'action toujours obscure du gaïacol. D'après une théorie, autrefois très répandue, la propriété désinfectante, bactéricide du gaïacol, ferait seule le succès de ce médicament.

Il est d'ailleurs incontestable que le gaïacol, dans le verre à réactif, possède une action bactéricide considérable; cependant, nous ne sommes pas autorisés à attribuer les résultats de l'expérience *in vitro* à l'organisme vivant, car il faut tenir compte des circonstances diverses qui exercent une influence sur l'organisme et n'interviennent pas dans les expériences de laboratoire. En outre, le nombre des cas guéris par la créosote devrait être beaucoup plus considérable; l'arrêt subit du processus à la suite de la médication devrait être nettement marqué si, comme Guttmann l'a calculé, il suffisait de laisser circuler dans le corps un gramme de créosote, pour empêcher le développement des bacilles tuberculeux.

Laffont croit, malgré cela, à l'action bactéricide du gaïacol sur l'organisme. Pour lui, cette action subsiste dans le Thiocol, dont le degré de toxidité est moindre. Les expériences de Laffont, relativement au Thiocol, ont été entièrement confirmées par les observations des cliniciens.

∴

D'après Chardin (1), le Thiocol réduit le bacille de Koch à une sorte de vie latente, pendant laquelle sa virulence devient nulle.

Schnirer (2) et Gripon (3) observent dans les crachats des tuberculeux traités au Thiocol une diminution notable du nombre des bacilles. Maramaldi (4) confirme cette observation; dans le cas où l'examen des expectorations révèle la présence d'un grand nombre de bacilles, il observe après quelques semaines de traitement au Thiocol la disparition d'une assez forte proportion. Le rapport de la première clinique médicale à la Faculté de Naples, sur le Thiocol, s'exprime ainsi : « Le Thiocol arrête l'évolution de la tuberculose pulmonaire; l'examen bactériologique indique dans les produits d'expectoration la présence d'un nombre de bacilles beaucoup moins considérable après le traitement au Thiocol. Enfin, Tavel, de Berne, a reconnu que le Thiocol empêche la généralisation de la tuberculose chez les animaux infectés, tandis que les bacilles périssent dans le foyer d'inoculation.

Cette action du Thiocol sur les bacilles a pour conséquence directe la disparition de la toux, la facilité plus grande d'expectorer jusqu'à cessation complète; l'abaissement de la fièvre sans besoin d'antipyrétique et la fin des sueurs nocturnes.

Ott et Mendelsohn (6) ont attiré l'attention des praticiens sur l'action particulièrement apéritive du Thiocol, qui a pour conséquence directe l'augmentation du poids du corps, et la résistance plus grande qu'offre l'organisme à la tuberculose.

Ott attribue les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus avec le Thiocol, à l'action locale qu'il exerce sur la sécrétion stomacale et intestinale.

J'ai pu, dit-il, constater au Sanatorium de Grünewald, après l'emploi du Thiocol, une augmentation de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique. Achard, de Lyon, avait déjà remarqué que le Thiocol favorise l'assimilation. D'après Bernard, il règle les sécrétions intestinales, et Maramaldi lui attribue une action antiseptique sur l'intestin.

En résumé, le Thiocol est la forme idéale de la médication créosotée (Schnirer). Il n'y a pas dans la matière médicale une substance qui lui soit comparable comme perfectibilité de forme (Ricard). Le Thiocol a fait faire un pas considérable à la phtisiothérapie (Noé) (7), parce qu'il s'adapte mieux que tout autre médicament aux formes de cette maladie. Il est antiseptique et antibacillaire; il agit à la fois sur l'appareil pulmonaire et sur le tube digestif.

---

(1) L'Alimentation du tuberculeux. *Journal des Médecins praticiens de Lyon et de la Région*, Octobre 1903.

(2) D'après certains auteurs le fait que des sujets présentent une prédisposition à la tuberculose indique que le début de cette maladie remonte à la naissance. Les enfants qui naissent de parents tuberculeux ne sont pas tuberculeux de nés, mais l'exagération respiratoire, par exemple, qu'ils héritent de leurs ascendants, et les phénomènes particuliers de leur croissance permettent de dire qu'ils avaient en naissant le germe de la maladie.

(1) Dr Chardin. — Action du Thiocol dans le traitement des affections pulmonaires. — C. Naud, éditeur, Paris 1900.

(2) Dr Schnirer. — Traitement médicamenteux de la phtisie pulmonaire. — A. Muller, éditeur, Paris 1903.

(3) Dr Gripon. — Essai sur le Thiocol et ses applications thérapeutiques. — A. Muller, éditeur, Paris, 1903.

(4) Professeur Maramaldi. — De la valeur et de l'efficacité du Thiocol dans le traitement de la tuberculose. — Georges Carré et C. Naud, éditeurs, Paris 1900.

(5) Dr Ott. — Travail de laboratoire de la première clinique médicale de l'Université de Berlin sur l'action du Thiocol. — *Deutsche Aerzte*, Zeit. 1903.

(6) Professeur Mendelsohn, de Berlin. — Contribution au traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire.

(7) Dr Noé. — Etude sur le Thiocol. *Archives Générales de Médecine*, n° 52, 1903.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Procédés de compression externe de l'utérus pour hémorragie post-partum

Les côtés faibles des méthodes usuelles de traitement des grandes pertes sanguines à la suite de l'accouchement sont bien connus. C'est, d'abord — alors qu'il s'agit d'hémorragie par atonie utérine — le danger d'infection résultant du tamponnement de la matrice et du vagin, danger qui est encore doublé d'un inconvénient sérieux, celui du temps relativement considérable que prend l'introduction du tampon, le sang continuant à couler sur ces entrefaites. C'est, en second lieu et en cas d'hémorragie par déchirure du col, l'inefficacité fréquente de la suture appliquée sur la solution de continuité. En effet, cette suture n'est-elle que superficielle, son action hémostatique est insuffisante; la fait-on profonde, on risque de blesser l'urètre. Quant au simple tamponnement, pratiqué dans ces conditions il ne saurait enrayer l'hémorragie provenant d'un vaisseau de quelque importance.

Pour toutes ces raisons, le professeur **Fritsch** (*Deuts. med. Woch.*, 1er janvier 1904) a recours volontiers, contre les hémorragies post-partum, à des procédés de compression simplement externe de l'utérus, procédés qui, sans être absolument nouveaux, ne sont guère d'un usage courant. Ils présentent, cependant, l'avantage, tout en n'impliquant aucun risque d'infection pour la malade, d'être à la portée de chaque praticien, même d'une sage-femme, et cela dans n'importe quel milieu.

Le moyen à employer varie, naturellement, suivant qu'on a affaire à une hémorragie par atonie utérine ou à une hémorragie par déchirure cervicale.

Dans le premier cas, le placenta une fois enlevé, on saisit l'utérus entre les deux mains, à travers les parois abdominales, et, après en avoir exprimé les caillots, on le soulève autant que faire se peut et on l'applique, en l'antefléchissant, sur la symphyse pubienne. Les parois abdominales sont ensuite enfoncées profondément dans la cavité pelvienne, derrière l'utérus maintenu appliqué sur la symphyse. La dépression, creusée de la sorte dans le ventre, est ensuite remplie de compresses, de serviettes ou, à défaut, de pièces de vêtement, de ce qu'on trouve d'approprié sous la main. On fixe le tout par des tours de bande fortement serrés, dont plusieurs recouvrent aussi le fond de la matrice. L'utérus se trouve alors comprimé au point que tout écoulement sanguin cesse. Ce bandage, qui serait généralement bien toléré, est levé au bout de huit à douze heures.

Au cas d'hémorragie par déchirure du col, le placenta ayant été extrait, on presse fortement avec la main droite sur le fond de l'utérus, de façon à l'enfoncer dans la cavité pelvienne. En même temps, de la main gauche, on saisit les grandes lèvres et on pousse la vulve en haut, jusqu'à la rencontre de l'utérus, dont le col se trouve ainsi comprimé d'en haut et d'en bas. Les deux mains de l'accoucheur doivent exercer une pression très énergique et continue jusqu'à arrêt définitif de l'hémorragie. Pour faciliter cette besogne pénible, un aide comprime par dessus la main droite de l'accoucheur, appliquée sur l'abdomen, tandis que l'accoucheur lui-même tient son coude gauche appuyé sur le lit, ce qui lui permet de continuer, sans trop de fatigue, le refoulement en haut de la vulve.

Traitement électrolytique du catarrhe printanier de la conjonctive

Distincte de l'ophtalmie granuleuse, bien que pouvant amener, comme celle-ci, le développement de granulations ou excroissances papillomateuses, la conjonctivite dite printanière (hypertrophique, verruqueuse recurrente, etc.), est parfois rebelle à tous les traitements, y compris l'excision des végétations qui repoussent après leur exérèse.

Cela étant, et tenant, d'autre part, compte des bons effets de l'électrolyse dans le traitement des granulations, M. **Gallemaerts** (*Polyclinique de Bruxelles*, 1er février 1904) a entrepris la destruction électrolytique des papillomes conjonctivaux dans les trois cas de catarrhe printannier qu'il a eu l'occasion de soigner récemment.

Voici comment il a procédé:

Le malade ayant été endormi au chloroforme, on retourne la paupière supérieure au moyen d'une pince de Péan; puis on enlève tous les papillomes à l'aide de ciseaux ou d'un bistouri; ensuite on fait agir l'électrolyse unipolaire cuprique: le pôle est appliqué sur la tempe pendant que le pôle négatif, constitué par une fine aiguille en cuivre, est enfoncé successivement dans chacun des trous du crible résultant de l'excision des excroissances papillomateuses. On fait passer, pendant quelques secondes, un courant de 2 ou 3 milliampères en chaque point. On enfonce également l'aiguille dans les papillomes qu'on n'a pu enlever, parce qu'ils faisaient à peine saillie.

Cette opération demande assez de temps; mais, comme le malade se trouve sous la narcose chloroformique, on peut choisir à l'aise les points les plus atteints. On peut continuer ainsi dans une nouvelle séance; ou bien, après la première intervention, on peut, comme l'auteur l'a fait chez deux de ses trois malades, se contenter de cocaïniser la conjonctive, puis la retourner avec les doigts et électrolyser rien que trois ou quatre points par séance.

Après l'électrolyse, les papillomes ne repousseraient plus et la conjonctive reprendrait son aspect normal.

Dans la première observation de notre confrère, le succès a été très marqué; si toutes les néoformations n'ont pas encore disparues ici, il y a eu cependant durant tout l'été une amélioration telle que le petit malade a pu fréquenter l'école sans éprouver de photophobie ni de chatouillements aux paupières. L'œil droit est pour ainsi dire guéri, et le succès obtenu de ce côté a déterminé l'auteur à entreprendre prochainement le traitement électrolytique de l'œil gauche où il existe encore des excroissances papillomateuses. Pareil résultat fut obtenu chez les deux autres malades également.

V. DE H.

CORRESPONDANCE

L'uniforme

Nous venons de recevoir d'un médecin de réserve une lettre qui exprime, à propos de la tenue des officiers du corps de santé, des réflexions si justes que nous croyons devoir les reproduire sous leur forme imagée.

Mon cher Confrère:

Je viens d'assister à une fête brillante, donnée par la municipalité en l'honneur de l'escadre Russe. Il y avait là de superbes uniformes, des tuniques bleues, rouges, etc., rehaussées d'épaulettes d'or et d'argent resplendissantes, et, au milieu de tout cela, comme faisant un pénible contraste, les dolmans à forme surannée des médecins militaires!! Franchement, j'en ai éprouvé, quoique désintéressé, et peut-être parce que désintéressé, une humiliation véritable.

Nos confrères, avec leurs pauvres galons circulaires (sur une veste avortée de houzard qui ne comporte que le nœud hongrois), avec leurs malheureuses petites pattes d'épaules, mesquinement brodées, leurs tresses plates, etc., etc., m'ont donné l'impression de parents pauvres: j'avais presque envie de leur porter, avec mon habit noir, mes compliments de condoléances...

Ces jours derniers, à propos d'uniforme, j'avais l'occasion de revoir une copie du tableau célèbre de Duplessis-Berteaux représentant Percy conduisant son ambulance sur le champ de bataille. Le grand chirurgien était représenté galopant à la tête de sa formation sanitaire, et l'on voyait, à sa suite, une demi-douzaine de chirurgiens à califourchon sur un fourgon que conduisaient des cavaliers du train. Tous portaient le chapeau avec plumet noir et rouge; les bons « tringlots » conducteurs étaient coiffés simplement, en bons postillons qu'ils étaient, de shakos, en toile cirée, sans aucun panache... Aujourd'hui, nous avons changé tout cela: quand les conducteurs du train ont l'honneur de mener, sur le terrain, des chirurgiens militaires, ce sont eux qui ont les plumets. Quant aux officiers du corps de santé, eussent-ils les galons de colonel, ils doivent se contenter d'un petit macaron, emblème-symbole d'une organisation inférieure.

Que devient dans tout cela cette égalité dont on nous parle tant?

J'ai l'honneur, etc.

Tout commentaire serait déplacé.

Dr N.

CHIRURGIE

Appendicite, psoïte ou annexite?

Par M. le Dr H. Bousquet
(de Clermont-Ferrand)

S'il est simple et facile de reconnaître une appendicite lorsque les symptômes sont nets et que l'on se trouve en présence d'un cas classique, tous ceux qui ont été aux prises avec les difficultés de la pratique courante savent, par expérience, qu'il est souvent permis d'hésiter, et que, malgré l'étude la plus attentive des signes cliniques, le doute et l'hésitation sont parfois permis. La fosse iliaque droite, en effet, contient non seulement l'appendice, sur lequel on s'est peut-être un peu trop hypnotisé au cours de ces dernières années, mais encore, il faut bien se le rappeler, le psoas iliaque, quelques ganglions lymphatiques, et les annexes chez la femme. Tous ces organes sont susceptibles de s'enflammer et de donner le change aux cliniciens, même les plus attentifs et les mieux prévenus.

Les observations de quelques malades auxquels nous avons eu l'occasion de donner des soins sont fort instructives à cet égard et montreront qu'il est souvent nécessaire d'être très circonspect et de ne pas s'abandonner aux idées préconçues, sous peine de s'exposer à des mécomptes.

Observation I. — *Appendicite suppurée. Opération. Guérison*

Au commencement de novembre 1902, j'étais appelé par mes confrères, les docteurs Grasset et Allard, de Riom, pour opérer un enfant de treize ans atteint de phlegmon péri-appendiculaire. Le cas était des plus classiques. Surveillé par nos confrères, il avait évolué normalement, une masse s'était formée et faisait saillie du côté des téguments de la fosse iliaque. La palpation permettait de reconnaître l'existence d'une fluctuation profonde, le reste de l'abdomen, encore très sensible, avait été bien protégé par la formation de fausses membranes consécutives à une poussée du côté du péritoine. Il n'y avait donc qu'à donner issue au pus, ce qui fut fait sans différer. Plus tard, l'enfant fut opéré à nouveau, l'appendice enlevé, et sa paroi abdominale, sur laquelle s'était produit une éventration consécutive à la suppuration, fut restituée *ad integrum*.

En revenant de pratiquer cette opération, ayant encore sous les yeux le tableau clinique de cet abcès péri-appendiculaire, je prenais en toute hâte le train de Tulle pour me rendre à Rochefort-Montagne, où m'appelait pour un cas analogue, mon confrère, M. le Dr Roussel. Pendant que nous parcourions en voiture les kilomètres qui séparent la gare du domicile du patient, mon confrère me mettait au courant de l'histoire de son malade, et terminait son récit en me disant : « il pourrait se faire que nous soyons en présence d'une appendicite, mais cela me surprendrait; du reste, vous en jugerez. » Voici l'observation du malade, dont la première partie a été rédigée, sur ma demande, par le Dr Roussel.

Obs. II. — *Psoïtis suppurée à droite. Opération. Guérison.*

Michel B..., vingt ans, habitant au village des Granges, près Rochefort-Montagne, est un grand gaillard bien bâti, dont le père et la mère sont vivants et en fort bonne santé; lui-même n'a jamais eu une seule indisposition méritant d'être signalée. Le 30 octobre 1902, presque subitement, il a été pris de douleurs abdominales fort aiguës, ces douleurs avaient une courte durée, se répétaient assez fréquemment et avaient été accompagnées d'un violent frisson. Appelé le 31 octobre, le Dr Roussel constate l'existence, dans la fosse iliaque droite, d'un point au niveau duquel la pression réveille une douleur des plus vives, avec une température axillaire de 38°5. Il n'y a pas eu de vomissements, et la palpation de l'abdomen est possible, facile même, car il n'y a aucune défense musculaire et aucune douleur, tant au niveau du point de Mac Burney que sur la ligne qui joint l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Du côté du tube digestif, on note un état saburral de la langue et une tendance à l'anorexie, concordant avec l'élévation de la température et avec une légère constipation. En présence de ces symptômes, un purgatif léger est prescrit; puis, deux jours après, la douleur continuant, on institue un traitement consistant en applications de vessies de glace sur le ventre et lait glacé administré par cuillerées à soupe à intervalles réguliers. Le 6 novembre, le Dr Roussel voit à nouveau le malade et constate, dans la fosse iliaque droite, la présence d'un empâtement assez étendu; cette région est le siège de souffrances vives, que la moindre pression exaspère. Les applications de glace n'ont produit aucun soulagement. Le membre inférieur droit est légèrement fléchi et en rotation externe, les tentatives faites pour l'allonger déterminent une vive douleur.

L'empâtement remonte en haut et en dedans dépassant beaucoup la région de l'appendice. La température reste à 38°5, le pouls à 120; notre confrère pense qu'il s'agit d'un phlegmon de la fosse iliaque droite et peut-être d'un psoïtis. Il fait part de ses craintes à la famille et pousse les parents à accepter une intervention chirurgicale qu'il juge indispensable; c'est dans ces conditions que nous arrivons le 7 novembre au soir au domicile du patient. Notre examen confirme le diagnostic de notre confrère. Le malade est couché un peu en chien de fusil, il se met toutefois très facilement sur le dos; l'empâtement est large, nullement limité à la région cæcale, il n'y a aucune défense musculaire, aucune douleur abdominale. En déprimant profondément dans la fosse iliaque, on sent une fluctuation qui, par instants, paraît assez nette, mais c'est là une sensation très fugace. La flexion et la rotation du membre inférieur existent, mais très faiblement accusées. Je me range à l'avis de mon confrère et le lendemain matin 8 novembre, nous procédons à l'opération. Qu'il s'agisse d'un psoïtis ou d'un abcès de la fosse iliaque, point fort difficile à établir nettement, il est de toute nécessité de pratiquer une incision qui nous permetra d'arriver facilement sur le pus et qui rendra ensuite possible l'écoulement de ce liquide; aussi, au lieu de l'incision de Roux, nous pratiquons une incision semblable à celle qui permet d'aborder la recherche de l'iliaque externe. Les plans superficiels sectionnés, nous décollons le péritoine et, au bout de l'index, nous sentons une collection qui est facilement ouverte d'un coup de sonde cannelée; il sort en abondance un pus bien lié, mais d'odeur infecte. Le doigt, introduit dans la cavité, reconnaît fort bien la gaine du psoas; deux drains accouplés remontent dans cette gaine et assurent l'écoulement du liquide; la plaie est refermée en partie. Grand pansement ouaté. Dès le lendemain, la température est normale, il n'y a plus aucune manifestation fébrile jusqu'à la guérison. bientôt l'opéré retrouve l'appétit et le sommeil; le 16, on enlève les drains, la suppuration ne tarde pas à se tarir et, vers la fin du mois, le jeune homme était complètement rétabli.

Il est bien certain que, sous l'influence des idées que nous avait suggérées l'opération d'appendicite pratiquée le 7 au matin, nous aurions parfaitement pu interpréter faussement les signes cliniques, et opiner en faveur d'une appendicite, lorsque, le soir même, nous avons été appelé à voir ce deuxième malade; une analyse précise des symptômes et aussi l'appui du jugement de notre confrère, dont l'opinion, étayée sur une observation fort judicieuse, pesait d'un si grand poids dans la balance, nous ont seuls permis d'éviter l'erreur.

De cet examen et des recherches auxquelles nous nous sommes livré depuis lors, nous croyons devoir résumer les caractères différentiels de l'appendicite et du psoïtis dans le tableau ci-dessous :

Appendicite	*Psoïtis*
1° Douleur très vive au niveau du point de Mac Burney. Hyperesthésie cutanée.	1° Pas de douleur ou douleur modérée au niveau du point de Mac Burney. Pas d'hyperesthésie cutanée.
2° Défense musculaire très vive, ayant son maximum au niveau du bord externe des grands droits.	2° Pas de défense musculaire, ventre facile à déprimer, sauf au niveau de la fosse iliaque elle-même.

3° Phénomènes très accentués du côté du tube digestif, vomissements, constipation.	3° Pas de phénomènes très marqués du côté du tube digestif. Vomissements se produisant parfois au début avec le frisson, ils sont rares et de peu de durée.
4° Poussées de péritonite fréquentes, gonflement de l'abdomen, tympanisme, météorisme.	4° Pas de retentissement du côté du péritoine.
5° Lorsqu'il existe une tumeur elle se trouve généralement située au-dessous de la ligne de Mac Burney, ou à cheval sur cette ligne et occupe la région cœcale ou péricœcale *Typhlite* ou péri-*typhlite* des anciens.	5° L'empâtement occupe une partie de la fosse iliaque, il est profond, mal limité, et parfois les anses intestinales situées en avant donnent de la sonorité à la percussion.
6° Aucun phénomène du côté du membre inférieur.	6° Douleurs vives, s'irradiant du côté du membre inférieur. La cuisse est parfois légèrement fléchie sur l'abdomen et en rotation externe (Grisolle avait déjà signalé que flexion et rotation étaient moins fréquentes qu'on ne le disait de son temps, et nous ajouterions volontiers qu'on ne l'a écrit depuis). Attribuer une plus grande importance à la souffrance résultant des mouvements provoqués.
7° Lorsqu'il se forme un abcès que la palpation permet de percevoir, il suit le trajet bien connu du colon ascendant. La fluctuation peut être très superficielle et très facile à saisir.	7° Le boudin formé par la collection purulente se dirige en haut et en dedans du côté de la colonne vertébrale. La fluctuation est difficile à percevoir.

Bien autrement épineuse et ardue est la situation du chirurgien qui se trouve en présence d'une jeune femme présentant brusquement des symptômes, du côté de la fosse iliaque droite. La question peut se réduire à deux propositions. « Dans un certain nombre de cas, une appendicite est méconnue et prise pour une annexite ; dans l'erreur inverse, une annexite est prise pour une appendicite. L'une et l'autre de ces erreurs peuvent avoir de graves conséquences ; dans le cas d'appendicite méconnue, la malade est traitée par l'expectation ou par les moyens médicaux ordinaires, sans intervention, et tout d'un coup les symptômes s'aggravent et la patiente succombe sans qu'on ait pu intervenir, ou après une intervention tardive. Au contraire, dans le cas inverse, les phénomènes font croire à une appendicite et, en quelques jours, l'examen devenu plus facile et les accidents plus localisés, permettent de reconnaître une poussée annexielle. L'erreur est d'autant plus facile à commettre et ses conséquences sont d'autant plus graves qu'il s'agit de cas aigus dans lesquels il est indispensable de prendre une décision hâtive et opportune (1). »

L'observation suivante prouve la vérité de cette digression.

Obs. III. — *Ovarite suppurée avec adhérences des annexes au cœcum ; accolement de toute la masse morbide à la paroi abdominale. Opération. Guérison.*

Chad. Fr., vingt-deux ans, de Billom, entre le 24 novembre 1903 à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, salle Fleury, lit n° 3. Clinique chirurgicale.

Antécédents. Père mort tuberculeux. Femme maigre, présentant tous les stigmates de la prédisposée. Reglée à treize ans, mariée à dix-neuf ans, cette malade a eu un premier enfant treize mois après son mariage. Les couches ont été naturelles. Plus tard, une deuxième grossesse est survenue, qui s'est terminée par un accouchement il y a trois mois. Au cours de cette grossesse, et vers la fin, d'après ce que nous a raconté le médecin traitant, Dr Ladevie, il y a eu, à plusieurs reprises, des souffrances vives du côté droit de l'abdomen, douleurs suivies de réaction péritonéale assez accentuée. Quinze jours après cette dernière couche, au moment où la jeune mère commençait à se lever, sont survenues, dans le côté droit du ventre, des douleurs excessivement vives accompagnées de vomissements et de fièvre, suivies très rapidement d'un ballonnement notable de l'abdomen. Notre confrère, le Dr Ladevie, appelé en toute hâte, se mit en demeure de parer aux accidents immédiats en faisant mettre de la glace sur le ventre et en instituant une médication interne appropriée. Les manifestations aiguës s'étant calmées lentement, après six semaines, la malade a pu commencer à se lever, en conservant toujours dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une petite orange, douloureuse au toucher ; c'est à cause de la présence de cette tumeur que nous voyons venir cette personne à l'hôpital.

Examen. Femme maigre, parois abdominales peu épaisses, sujet fort docile, très désireux de guérir, se prêtant volontiers à l'examen. La palpation, pratiquée très doucement, permet de reconnaître, dans la fosse iliaque droite, l'existence d'une masse du volume d'une grosse mandarine, dont la partie supérieure affleure la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro supérieure, sans la dépasser. Cette masse est légèrement mobile, elle se détache nettement dans l'abdomen et, bien que d'une façon générale elle soit peu douloureuse, la pression unidigitale y réveille, en certains points, une souffrance fort vive. Les parois abdominales, nous l'avons dit, sont faciles à déprimer, donc aucune trace de défense musculaire.

Toucher. Le col de l'utérus est très haut situé, on a de la peine à l'atteindre, la matrice est mobile, les culs-de-sac sont libres et souples ; très haut, du côté droit, en combinant la palpation avec le toucher, on sent la masse, que l'on peut prendre entre les deux mains, elle ne présente pas une mobilité bien grande, mais, toutefois, par les mouvements combinés de l'index droit qui agit dans le vagin, et de la main gauche appliquée sur la paroi abdominale, il semble que l'on fait subir à cette tumeur une sorte de déplacement dans le sens transversal.

Que conclure de cet examen ? Sommes nous en présence d'une appendicite, comme nous l'entendons murmurer autour de nous ou, au contraire, s'agit-il d'une annexite ?

Cette dernière opinion nous paraît de beaucoup la plus acceptable. L'affection a débuté brusquement, il est vrai, par des vomissements et une douleur fort vive dans la fosse iliaque droite, mais la jeune femme avait eu déjà, à plusieurs reprises, des douleurs de cette nature sur la fin de sa grossesse ; de plus, elle était encore dans la période puerpérale ; enfin, les accidents aigus ont eu une durée bien plus longue que celles que nous observons d'ordinaire en cas d'appendicite. A ces raisons, qui militent en faveur d'une *annexite*, nous ajouterons que la masse est située au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro supérieure et qu'enfin il existe un semblant de mobilité transversale, ce qui est encore contre l'idée d'appendicite. Pour ces motifs, nous concluons à la présence d'une annexite.

Le 5 décembre nous procédons à l'intervention : l'abdomen est incisé sur la ligne médiane et la malade placée dans la position de Trendelenburg. L'examen de la cavité péritonéale nous montre, dans la région cœcale, l'existence d'une masse dure, adhérente à la paroi abdominale. Après avoir garni et protégé les parties périphériques avec des compresses stérilisées disposées avec grand soin, nous libérons la tumeur de la paroi abdominale en nous aidant d'une spatule mousse et de ciseaux.

Pendant que nous procédons à ce travail assez pénible, une fissure se produit dans les tissus enflammés et laisse échapper un pus fétide. Les adhérences détachées, on reconnaît cœcum et les annexes constituant un bloc unique dans lequel il est facile de retrouver : 1° l'ovaire qui présente le volume d'une mandarine et dont la consistance est dure ; 2° la trompe qui paraît saine. Un clamp est placé sur le pédicule au niveau de la corne utérine et, d'un coup de ciseau, nous séparons la masse de l'utérus. Nous pou-

(1) Bouilly. — *La Semaine gynécologique*, 1897, p. 321.

vons alors étaler sur des compresses le bloc détaché du côté de sa partie interne et garnir complètement le péritoine. Nous procédons ensuite en toute sécurité à la libération du cœcum d'avec les annexes, travail des plus pénibles. L'appendice, pris dans une gangue inflammatoire, est dégagé à son tour, il paraît sain; malgré cela, il est enlevé à la manière ordinaire. Le pédicule du côté de l'utérus et quelques adhérences sont liés. L'ovaire, du côté opposé, est recherché, comme il est sclérokystique, nous le fendons sur la ligne médiane, les divers kystes sont igniponcturés, puis les deux parties de l'organe réunies par un surjet au catgut. Les parties remises en place et le péritoine nettoyé, les parois abdominales sont refermées par trois plans de suture.

La pièce, examinée, laisse voir l'ovaire transformé en une coque fort épaisse dont le centre contient du pus. Çà et là quelques taches jaunes nous laissent une arrière pensée sur l'existence possible d'une tuberculose génitale. Les suites opératoires devaient nous donner raison, car, avant son départ du service, dont elle est sortie le 17 janvier, notre opérée a fait encore plusieurs poussées de péritonite non suspectes.

Insister sur la difficulté du diagnostic, en pareille circonstance, nous paraît superflu : elle est connue de tous. Après nombre d'autres auteurs, notre maître et ami, M. Richelot (Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 avril 1897), établissait péremptoirement le fait avec toute l'autorité qui s'attache à son nom, et insistait sur la confusion possible de l'appendicite avec une lésion des annexes chez la femme. A la même époque, le prof. Treub, d'Amsterdam, publiait dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales* (mars et avril 1897), un intéressant article intitulé : « Appendicite et paramétrite ». Enfin, un des chirurgiens, dont la science française déplorera longtemps encore la mort prématurée, Bouilly, dans un travail publié au cours de la même année, 1897, dans la *Semaine gynécologique*, insistait à son tour sur la possibilité et le danger qu'il pouvait y avoir à confondre ces deux groupes de lésions, l'*appendicite* et l'*annexite*. A cette époque, les symptômes cliniques des deux affections ont été présentés avec tant de netteté par notre savant ami que nous croyons remplir un devoir en remettant, sous les yeux de nos lecteurs, les lignes suivantes dans lesquelles il a résumé le diagnostic différentiel.

« Le diagnostic, en pareil cas, ne peut guère se fonder que sur des nuances, et ne peut trouver d'éléments que dans une appréciation sévère et raisonnée de chacun des symptômes. *Il m'a semblé* que, dans l'appendicite, les phénomènes péritonéaux étaient, dès le début, et d'emblée, portés à un degré de gravité que l'on n'observe pas, en général, dans la pelvi-péritonite d'origine annexielle, même de forme grave. La sensibilité abdominale est plus grande et plus étendue, le ballonnement plus prononcé ; les vomissements bilieux sont plus marqués et plus répétés, la parésie intestinale est plus accentuée ; le facies est plus rapidement altéré, en un mot, les traits du tableau péritonéal sont plus marqués et mieux dessinés, et d'emblée la gravité de l'état apparaît plus sérieuse dans l'appendicite que dans la pelvi-péritonite d'origine annexielle. La température peut également fournir quelques présomptions en faveur du diagnostic ; en général, elle est plus élevée dans la crise intestinale ; elle arrive facilement à 39° et même plus dans la crise appendiculaire, tandis qu'elle atteint rarement cette hauteur dans la poussée pelvi-péritonéale annexielle, et ne s'y maintient que quelques heures.

Je m'empresse d'ajouter que toutes ces considérations n'ont rien d'absolu et que, même en tenant compte de tous les éléments d'appréciation, on peut commettre les erreurs les plus fâcheuses. » (Bouilly, *loc. cit.*)

Rassurez-vous donc, chers confrères, s'il vous arrive en pareille occurrence d'être perplexes et hésitants ; la lecture des lignes précédentes vous montrera combien difficile est l'affirmative, et si vous ne parvenez à éviter l'erreur, avec la conscience du devoir accompli, il vous restera la consolation de vous trouver en nombreuse et honorable compagnie.

TOXICOLOGIE

Accidents utérins au cours de l'intoxication théique (thé jeune du Japon)

PAR

MM. L. Lortat-Jacob

Chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris

ET

G. Sabareanu, Interne des hôpitaux.

Il nous a été donné d'observer, chez des infirmières du service du prof. Landouzy, certains accidents imputables à l'action du thé et qui nous autorisent à mettre en valeur quelques-unes des privautés thérapeutiques de cette plante, remarquables par leur tendance à éveiller la contraction de la fibre musculaire lisse.

***

On sait que la caféine, principe actif du thé, est considérée, par la plupart des physiologistes, comme un excitant général du système nerveux.

Pour les uns, la caféine agit sur les centres psychiques, sur les centres moteurs, aussi bien sur ceux qui président aux contractions du muscle strié que sur ceux qui président à la contraction des fibres lisses.

Le mode d'action de la caféine est ainsi résumée par M. Arnozan qui ajoute : « On croit qu'elle excite directement le muscle » (1).

Pour d'autres, la caféine est un poison du système musculaire; c'est du moins la conclusion que, dès 1868, Méplain formulait en même temps qu'il établissait, par les affinités organiques de la strychnine et de la caféine, une différenciation dans l'opportunité thérapeutique de ces deux substances.

Quelques cliniciens, avec lui, s'accordent à reconnaître que la caféine n'a pas d'influence sur le système nerveux central ou périphérique, mais qu'elle exerce une stimulation directe de la fibre musculaire. Cette action peut aussi bien porter sur le myocarde que sur les muscles striés, et lorsqu'elle s'exerce sur le muscle utérin M. Huchard (2) attire l'attention sur son efficacité dans certaines métrorragies.

Quel que soit le mécanisme par lequel la caféine intervienne, nous retiendrons particulièrement que les auteurs s'accordent pour lui reconnaître une action directe sur la fibre musculaire, mais nous ne saurions mettre sur le même plan son action sur le myocarde et sur le muscle utérin. En effet, il n'est pas à notre connaissance d'observations cliniques où la caféine, administrée sous forme d'infusion de thé, ait provoqué des accidents utérins, et si l'on tient compte de son indication thérapeutique dans certaines formes de métrorragies, on est en droit de se demander si, dans des conditions déterminées, elle ne peut provoquer la contraction utérine, le retour de la menstruation, et si elle ne peut, en médecine légale, prendre sa place dans la catégorie des substances abortives.

C'est la constatation qui nous est imposée par l'observation des faits que nous rapportons.

***

Le dimanche 8 novembre 1903, à 2 heures de l'après-midi, M. X..., garçon de salle à l'hôpital Laënnec, ancien instituteur à Tokio, invite à prendre le thé avec lui, trois infirmières du service.

Ce thé, rapporté directement du Japon, a été recueilli par M. X... qui cultivait lui-même, dans son jardin à Tokio, des arbustes de thé.

Disons de suite que les feuilles ont été examinées par nous et que M. Malmanche, interne en pharmacie, en a fait l'examen

(1) Arnozan. — Précis de thérapeutique, T. II, p. 149.

(2) Huchard. — Les médicaments cardiaques (In Traité de thérapeutique appliquée de Robin, fasc. X, p. 134).

microscopique. Les caractères macroscopiques de la feuille sont identiques à ceux de la feuille de thé et l'examen microscopique a permis d'y retrouver les cellules en palissade et cette autre variété de cellules, irrégulières, à bords déchiquetés, désignées sous le nom de sclérites.

L'examen permet donc d'éliminer l'hypothèse d'une variété de plante exotique et de penser qu'il ne s'agit pas de l'une de ces falsifications répandues sous le nom de thé impérial. Mais, fait sur lequel nous attirons l'attention, ce sont des feuilles jeunes, provenant des petites tiges de l'arbuste.

M. X... faisait à Tokio la cueillette de son thé deux fois par an, et toujours du quinzième au vingtième jour après la pousse; la première récolte ayant lieu à la fin de mai, la seconde dans les derniers jours de juillet.

Cinq grammes de ces jeunes feuilles de thé, provenant de la cueillette de mai, constituèrent, pour cinq verres d'eau bouillante, l'infusion dont les sujets qui nous occupent burent chacun un verre.

Observation I. — La nommée J. L..., âgée de vingt-neuf ans, un peu nerveuse, sujette, au moment de ses règles, à des crises rappelant un peu celles de l'angine de poitrine, est prise, très rapidement après l'ingestion de son thé, de dyspnée et de palpitations douloureuses.

La face, d'abord congestionnée, devient bientôt pâle. Le corps est animé d'un tremblement généralisé. Elle a une sensation de vide dans la tête qui l'oblige à s'asseoir. La marche est rendue impossible à cause de l'intensité des vertiges et parce que la malade craint de tomber en se levant.

En même temps J. L... se plaint de coliques dans le bas-ventre et ces douleurs abdominales sont, en tous points, semblables aux tranchées utérines, dont elle a très nettement gardé le souvenir depuis un accouchement antérieur. Elle éprouve, dit-elle, les mêmes contractions douloureuses qu'au début du travail. Ces coliques utérines durent, par accès, environ une demi-heure.

Les palpitations et la dyspnée ne cessent qu'au bout de trois heures: après ce temps il ne subsiste qu'un léger malaise précordial qui dure jusque dans la soirée.

Rien d'anormal dans la nuit pendant laquelle J. L... a eu un sommeil réparateur.

Obs. II. — La seconde observation a trait à une femme de trente ans, un peu impressionnable, mais sans stigmates d'hystérie.

Les antécédents personnels se bornent aux renseignements suivants. Fièvre typhoïde à quinze ans, après laquelle elle aurait été anémiée Il y a deux ans, la malade garda le lit pendant six mois pour une polynévrite des membres inférieurs. Actuellement, elle a retrouvé l'intégrité fonctionnelle de ses membres inférieurs et, à part quelques crampes musculaires fugaces et légères dans les jambes, elle n'accuse aucun malaise. Rien ne mérite d'être noté dans l'examen physique des organes de M...

Cette femme est habituellement très bien réglée et ses dernières règles sont terminées depuis vingt-quatre heures.

Immédiatement après l'ingestion du thé, la malade perd abondamment; ce sont des pertes de sang rouge, qui s'effectuent pendant une demi-heure sans douleurs abdominales. La nuit est mauvaise, il y a de l'agitation, du tremblement généralisé et des crampes dans les jambes. On ne note ni troubles vésicaux, ni troubles intestinaux. Pas de vomissements ni de céphalée.

M... a repris une infusion du même thé le 15 novembre, a été agitée, mais n'a pas eu de métrorragies nouvelles.

Obs. III. — Notre troisième cas se rapporte à une femme de trente-deux ans, enceinte de cinq mois, qui, avant même d'avoir fini l'ingestion complète de son verre de thé, fût prise brutalement de crampes utérines.

Immédiatement après la contraction utérine, elle se sent mouillée entre les cuisses; elle constate alors qu'elle perd par le vagin une certaine quantité de liquide dont la couleur, l'aspect et la consistance constatés par l'un de nous sont en faveur du liquide amniotique.

La malade, qui a déjà eu un enfant il y a vingt-six mois, compare ses douleurs utérines à celles de l'accouchement.

Les contractions surviennent périodiquement, sont fortes, douloureuses et s'accompagnent d'envie d'aller à la selle et de douleurs lombaires

Pendant trois heures la malade perd un semblable liquide, mais il n'y a pas d'hémorragie.

La nuit est sans sommeil à cause des coliques utérines et des douleurs de reins.

Le lendemain matin cette femme a des vomissements plus copieux et plus répétés que de coutume. Elle n'a ni palpitations ni vertiges.

Les crampes utérines persistent par accès jusqu'au 15 novembre; les douleurs lombaires cessent le 16, mais les mouvements du fœtus ne sont perçus de nouveau que le 17.

La malade étant, depuis le 8 novembre, au repos au lit, tout semblait rentrer dans l'ordre quand, le 20 novembre, nous assistons à une élévation de température à 39°. La malade a des métrorragies, des coliques utérines et des douleurs lombaires; on craint de nouveau la fausse couche.

L'examen des organes décèle une congestion du sommet gauche. Les métrorragies durent vingt-quatre heures et s'accompagnent de fortes tranchées utérines.

Par un traitement approprié et le repos absolu la fausse couche est évitée de nouveau et la congestion pulmonaire cède. Au bout d'une semaine tout est rentré dans l'ordre.

A côté des symptômes : tremblement, insomnie, agitation, vertiges, palpitations douloureuses, qui ont déjà été notés à la suite des intoxications caféiques ou théiques et qui ne nous arrêteront point, il nous est donné de relever, dans ces trois observations, quelques accidents ayant des traits communs et dont le plus frappant est la rareté au cours de semblables intoxications.

Ces symptômes pourraient se ranger sous le vocable d'accidents utérins au cours de l'intoxication théique; mais encore convient-il de faire observer qu'ils se sont montrés à tous les degrés et diversement accusés suivant l'état de l'utérus.

a) Chez J. L... (obs. I) il s'agit de tranchées utérines douloureuses qui durent une demi-heure.

b) Chez M... (obs. II) l'action du thé surprenant une muqueuse utérine et un muscle utérin à la fin de la période menstruelle, provoque le retour des règles et l'hémorragie semble bien sous la dépendance de cette intervention, car son apparition est soudaine, son abondance considérable et sa durée éphémère.

Mais, huit jours après l'époque menstruelle, la même infusion de thé est impuissante à reproduire la même métrorragie.

c) Enfin, l'état gravidique est influencé par ce thé, car notre troisième malade a incontestablement ébauché un avortement, ainsi que le prouvent et les douleurs utérines à tendance expulsive et l'écoulement du liquide.

Quant au mécanisme de l'écoulement du liquide, nous ne saurions affirmer qu'il est dû à la rupture des membranes et peut-être est-on en droit de se demander s'il ne provient pas d'une poche amnio-choriale ou s'il n'est pas le fait d'une transudation à travers les membranes à la manière de l'hydrorrhée déciduale? Nous ne pouvons, sur ce point, faire que des hypothèses, mais ce qui est certain c'est qu'un travail s'est effectué du côté de l'œuf sous l'influence des contractions utérines mises intempestivement en éveil. travail s'étant encore manifesté douze jours après les premiers accidents, lors d'une infection passagère manifestée par une hyperthermie éphémère.

Quant aux métrorragies relevées dans notre deuxième observation, elles s'expliquent par ce fait que l'utérus et les vaisseaux de la muqueuse étaient favorablement préparés au déclin d'une période menstruelle et nous retrouvons là une des tendances vaso-dilatatrices de la caféine. « On sait, dit Berlioz (1), qu'à dose thérapeutique la caféine ralentit le cœur, augmente la force des contractions, élève la pression artérielle. A doses toxiques, le cœur est accéléré, les contractions diminuent et la pression baisse considérablement; c'est à ce moment que l'on observe la dilatation des veines mésentériques et hémorroïdaires. » Il y a, dans ces conditions, une congestion intense des organes pelviens, et c'est ce mécanisme qui nous rend compte du retour des règles dans notre seconde observation.

Il est donc intéressant de rapprocher cette action toxique de la caféine pouvant produire le retour des règles de l'action toute différente et opposée, signalée par M. Huchard qui note l'efficacité de la caféine à dose thérapeutique, dans certaines métrorragies ou l'atonie musculaire semble prédominer.

Enfin, en dernier lieu, nous not[illegible]rons la rapidité d'apparition de ces symp[illegible]mes utérins.

***

Il ressort de ces observations que

(1) Berlioz, p. 109.

des doses habituelles de thé ont provoqué des accidents utérins et que ceux-ci sont sous la dépendance du thé vrai et non d'une falsification commerciale; mais il y a lieu de faire ressortir que les feuilles employées sont des feuilles jeunes et qui ont été recueillies à la première cueillette en mai. Nous avons essayé de nous procurer à Paris un thé récolté dans de semblables conditions et nos recherches, qui ont porté dans différentes maisons, sont restées infructueuses.

A ce propos, nous ajouterons que le thé habituellement consommé en France provient de la deuxième cueillette (fin juillet) et que l'on recueille des feuilles adultes.

Dans les intoxications par le thé il faut donc faire intervenir la notion de l'âge des feuilles et de l'époque de la récolte, la plante pouvant déterminer, à doses thérapeutiques, des symptômes toxiques sur des individus non accoutumés sans qu'il soit besoin de faire entrer en ligne de compte la question de provenance du thé ou de falsification.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février.

De l'appendicalgie

M. Potherat. — La douleur dans la fosse iliaque n'est pas toujours symptomatique d'une appendicite; nous l'avons constaté plus d'une fois dans des cas d'appendicite chronique. Du reste, il est souvent difficile de faire le diagnostic de cette dernière. En voici deux exemples, pris parmi ceux que j'ai observés. L'un des malades était un homme de quarante-trois ans, qui avait un aspect cachectique survenu à la suite de vives douleurs et de vomissements abondants. On ne percevait nulle part de tumeur; cependant, dans la région cæcale, on sentait un peu d'empâtement. J'ai fait la laparotomie latérale et j'ai trouvé, sur la face antéro-latérale du cæcum, un cordon fibreux, qui n'était autre chose que l'appendice. Son ablation a été suivie de guérison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, atteinte de douleurs intenses et de troubles de la digestion. Elle ne présentait qu'un point douloureux à la pression sur le bord du grand droit. L'incision m'a fait découvrir une petite masse qui contenait l'appendice. La malade a été guérie après son ablation.

M. Bazy. — Parmi les affections qui peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic, si l'on ne se base que sur la douleur dans la fosse iliaque, je citerai les faits suivants. Dans un premier cas j'ai vu un point d'hyperesthésie chez une hystérique, pris pour une appendicite; dans un deuxième cas c'était une cicatrice douloureuse après appendicectomie; aussi l'opérateur a-t-il été surpris, le ventre ouvert, de ne pas trouver d'appendice. Deux autres fois il ne s'agissait que de douleurs para-ombilicales symptomatiques de pyélite et de pyelo-néphrite.

A propos de la jéjunostomie

M. Quénu. — Le rapport de M. Schwartz m'a rappelé une opération de jéjunostomie en Y que j'ai pratiquée sur un sujet qui n'était pas cancéreux. C'était en 1897. Ce malade était atteint de sténose pylorique avec dilatation énorme de l'estomac. Je lui ai d'abord fait une gastro-entérostomie, et pendant dix-huit mois le malade s'est assez bien porté, puis, des régurgitations et des vomissements se sont montrés, et ensuite des douleurs avec une tuméfaction à la région stomacale.

J'ai fait une nouvelle laparotomie, et, après résection d'une portion de paroi abdominale ulcérée, j'ai constaté que mon anastomose avait été détruite par la digestion peptique. J'ai alors pratiqué une jéjunostomie en Y. Le bénéfice de l'opération a persisté pendant six mois, mais, au bout de ce temps, les douleurs ont reparu, et j'ai dû refaire une nouvelle jéjunostomie, dont les suites sont et resteront bonnes, jusqu'à ce qu'une nouvelle digestion de la bouche apparaisse.

M. Tuffier. — La jéjunostomie ne doit pas être préférée à la gastro-entérostomie, mais, dans certains cas, elle est la seule opération possible. C'est ce que j'ai dû faire chez une femme de cinquante-six ans, dont la partie inférieure de l'œsophage et les deux faces de l'estomac étaient converties en cancer. Le lendemain de l'opération, cette malade a quitté l'hôpital, une de ses voisines lui ayant annoncé qu'elle succomberait, et elle est rentrée à son domicile, où elle a succombé au bout de vingt jours.

M. Hartmann. — Je ne crois pas, d'après l'analyse des opérations, que le procédé de jéjunostomie en Y soit préférable aux autres procédés. Dans ces interventions, l'important est de créer une petite bouche. Pour mon compte, je lui préférerais la duodénostomie. En tout cas, elle ne peut être qu'une opération d'exception, la gastro-entérostomie restant l'opération de choix.

Corps étranger des bronches

M. Ricard. — On connaît toute la gravité de ces corps étrangers abandonnés dans les bronches; ils donnent une mortalité de 50 %. On a pu en extraire après trachéotomie et l'on a aussi tenté la bronchotomie par la voie postérieure, mais la mortalité est de 100 %. On doit donc s'efforcer de réussir d'une autre façon.

M. Meunier (Pau) nous a adressé l'observation d'un enfant de trois ans et demi qui avait avalé un clou de tapissier à grosse tête. Trois jours après, il fut pris de fièvre et de frissons, et une broncho-pneumonie évolua pendant un mois. Au bout d'un mois, cet enfant fut amené à Pau, où notre confrère le vit et constata un foyer de broncho-pneumonie dans la fosse sous-épineuse. La radioscopie ne donna aucun renseignement, mais la radiographie indiqua la présence du corps étranger dans la bronche droite, la pointe du clou en haut.

M. Meunier essaya de l'extraire avec un électro-aimant, mais ses tentatives furent vaines; il pratiqua la trachéotomie et chercha à le saisir avec des pinces, mais il ne put tout d'abord y réussir, les mors de la pince n'arrivant pas jusqu'à lui. Une nouvelle radiographie lui ayant indiqué que la longueur de la pince était insuffisante, il changea l'instrument et il arriva, dans une nouvelle tentative, à l'extraire. L'enfant guérit rapidement.

Par ce qui précède, on voit que la radiographie peut rendre des services, mais il faudra, sans doute, lui préférer une nouvelle méthode préconisée par Killian et dernièrement expérimentée en France par Lermoyez et Guisez. Je veux parler de la bronchoscopie qu'ils viennent d'employer avec succès dans un cas analogue.

M. Villemin fait une communication sur *un procédé particulier de cure de l'hypospadias.*

Présentations

M. Monod. — 1° Homme : *Tumeur (?) du biceps*; 2° *Fibrome du ligament large.*

M. Schwartz. — *Lipome péri-articulaire.*

M. Championnière. — *Radiographie de fracture de rotule* suturée il y a trois ans et demi.

M. Mignon. — *Radiographie d'éclat métallique dans la jambe.*

ÉLECTION

M. Kirmisson a été élu membre honoraire.

OZENNE.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 8 février

Pyélonéphrite et suites de couches

M. Wallich, étudiant deux observations personnelles et le petit nombre de cas publiés, arrive à conclure que, chez les femmes qui ont eu une pyélonéphrite pendant leur grossesse;

1° Les suites de couches peuvent être apyrétiques, surtout dans les cas où l'accouchement a lieu alors qu'un temps notable s'est écoulé depuis la dernière élévation de température;

2° Les suites de couches peuvent être fébriles, surtout dans les cas où la pyélonéphrite provoque encore des élévations de température à une époque voisine de l'accouchement;

3° Les suites de couches fébriles par pyélonéphrite peuvent se distinguer de ce que l'on observe dans l'infection puerpérale : *a)* par de grandes oscillations de la température pouvant dépasser deux degrés, *b)* par des rémissions matinales jusqu'au-dessous de 37°, *c)* peut-être aussi par l'état du pouls qui, dans le seul cas où il a été régulièrement noté, n'a pas présenté d'accélération en rapport avec la température, *d)* par l'état général satisfaisant;

4° Il peut donc être utile de distinguer dans les suites de couches, la fièvre par pyélonéphrite pour s'abstenir d'une thérapeutique intra utérine devenue inutile, et qui, étant donnée la septicité des urines, pourrait ne pas être inoffensive.

M. Lepage. — Lorsqu'elle se prolonge jusqu'au moment du travail, la fièvre causée par une pyélonéphrite pendant la grossesse peut persister longtemps, parfois jusqu'au vingtième jour après l'accouchement. Cette fièvre s'accompagne de douleurs rénales plus ou moins violentes, signe important qui la distingue, pendant les suites de couches, de la fièvre symptomatique de l'infection puerpérale.

Il faut s'abstenir systématiquement de tout traitement intra utérin, à moins d'indication formelle, quand une femme, accouchée depuis peu, a des accidents fébriles dus à une infection des voies urinaires supérieures. Le cathétérisme, pratiqué méthodiquement dans le but d'éviter le contact de l'urine infectée avec les plaies des voies génitales créées par l'accouchement, semble contre-indiqué par les risques qu'il fait courir d'aggraver l'infection déjà existante.

M. Champetier de Ribes. — La présence de pus dans l'urine, pendant la grossesse, ne se manifeste souvent par aucun autre symptôme que quelques douleurs rénales sans caractères spéciaux. Les cas dans lesquels la pyurie se manifeste clairement par le tableau clinique de la pyélonéphrite sont en minorité.

Si graves qu'ils soient, les accidents dus à la pyélonéphrite pendant la grossesse, peuvent disparaître spontanément à une époque encore éloignée du terme; la grossesse reprend alors son cours normal, l'accouchement se fait dans de bonnes conditions, et les suites de couches sont physiologiques.

Les accidents de pyélonéphrite pendant la grossesse qui persistent jusqu'au moment du travail, ne disparaissent pas toujours après l'accouchement : ils peuvent persister un temps variable pendant les suites de couches.

Ces faits doivent faire considérer comme très exceptionnelle l'indication d'interrompre une grossesse au cours de laquelle se manifestent des accidents, même graves, de pyélonéphrite.

M. Pinard. — Les rapports entre la tête fœtale et le bassin ont la plus grande influence sur l'évolution et le pronostic de la pyélonéphrite pendant la grossesse. Les symptômes s'accusent ou s'atténuent suivant que la tête, qui n'est pas encore engagée, comprime l'uretère contre le pourtour du détroit supérieur ou le laisse libre; la marche des accidents dépend du mouvement de va et vient de la tête fœtale. Lorsque la tête est profondément engagée dans le bassin, la compression des uretères est, au contraire, accentuée et permanente; des accidents très graves peuvent survenir qui mettent en danger la vie de la femme, et obligent à interrompre la grossesse, comme dans un cas observé avec M. Lepage.

Pendant les suites de couches, les accidents se montrent souvent plusieurs jours seulement après l'accouchement. Il est à présumer qu'il s'agit alors d'une compression des uretères par l'utérus encore volumineux qui, d'organe abdominal, redevient organe pelvien. Les bons résultats obtenus, dans deux cas, en faisant mettre la femme dans le décubitus latéral prolongé, rendent cette explication plausible. Si, dans d'autres cas, les accidents persistaient après l'emploi de ce moyen simple, il y aurait donc lieu de chercher à redresser et à soutenir l'utérus à travers la paroi abdominale, par un autre procédé.

Traitement de la métrite du col

M. Richelot revient sur les bons résultats obtenus par l'emploi du caustique de Filhos dans les cas de métrite du col avec ectropion de la muqueuse. Après quelques applications, le col reprend définitivement son aspect et sa consistance physiologiques. L'atrésie de l'orifice cervical, qui a été observée à la suite du traitement, dans un nombre de cas d'ailleurs très restreint, doit être attribuée à la trop longue durée des séances de cautérisation. Cet inconvénient peut être évité en ayant soin de cesser la cautérisation dès que les tissus sur lesquels on porte le caustique prennent une teinte noirâtre. Le temps nécessaire pour obtenir ce résultat est peu considérable, lorsque le caustique dont on se sert est fraîchement préparé; il est beaucoup plus long lorsque le caustique est de préparation déjà ancienne.

M. Siredey confirme la valeur du caustique de Filhos dans le traitement des métrites du col.

M. Doléris. — La diminution de volume du col, observée après l'emploi du caustique de Filhos, est due à la rétraction du tissu conjonctif qui se forme dans toute l'étendue du col, sur laquelle le contact du caustique a déterminé la production d'une eschare. Il y a lieu de redouter que cette rétraction cicatricielle aboutisse dans tous les cas à une atrésie de l'orifice cervical. Il est prudent de limiter l'action du caustique à une certaine distance en dehors de l'orifice externe.

M. Quénu fait remarquer que la rétractilité des cicatrices varie beaucoup suivant le degré de septicité des plaies ou des eschares auxquelles elles succèdent, et que la rétraction du tissu conjonctif, qui se forme dans le col à la suite de l'application d'un caustique, n'aboutit pas fatalement à l'atrésie de l'orifice externe.

MM. Delbet, Hartmann et **Faure**, s'associent à cette remarque.

M. Lepage lit, au nom de **M. Oui**, une observation de polype placentaire pris pour un déciduome et traité par l'hystérectomie.

Dr SAUVAGE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 février.

Les capsules surrénales dans trois cas d'athérome artériel

M. Josué. — On savait, d'une part, que l'extrait de capsules surrénales et l'adrénaline, produit de sécrétion de ces glandes, élèvent la tension artérielle ; les cliniciens avaient noté, d'autre part, la fréquence de l'athérome chez les sujets dont la tension artérielle est au-dessus de la normale. Partant de ces faits, j'ai montré, dans un travail publié le 14 novembre 1903, que l'on peut, par des injections répétées d'adrénaline, déterminer expérimentalement de l'athérome chez le lapin. Il y a donc grand intérêt, comme je le faisais remarquer à cette époque, à étudier soigneusement les capsules surrénales à l'autopsie des athéromateux.

Ces recherches anatomiques sont devenues possibles grâce aux travaux de MM. Léon Bernard et Bigard, qui ont établi, chez le cobaye, les caractères anatomiques de la glande répondant à la suractivité fonctionnelle.

Or, les capsules surrénales de nos trois athéromateux sont manifestement en état de suractivité. Elles sont volumineuses et un peu dures. La réaction de Vulpian (coloration verte par le perchlorure de fer), qui caractérise l'adrénaline, est très nette. La substance médullaire est hypertrophiée. Il y a de petits adénomes indépendants.

L'examen histologique, pratiqué avec l'aide de M. Léon Bernard, montre des modifications analogues dans les trois cas ; ce sont : l'hyperplasie de la couche glomérulaire, l'hyperplasie nodulaire, la transformation spongieuse de presque toutes, dans un cas de toutes, les assises cellulaires de la couche corticale, l'hyperpigmentation de la couche réticulée. Ces caractères anatomiques répondent à la série de ceux qui relèvent de la suractivité de la glande, de l'hyperépinéphrie.

Il est regrettable que nous ne puissions lire les modifications subies par la substance médullaire, siège, peut-être exclusif, de la sécrétion d'adrénaline. Mais son hypertrophie manifeste, jointe aux signes de l'hyperépinéphrie constatés dans la substance corticale, suffisent, sans doute,

à affirmer pour ces cas l'existence de cet état fonctionnel.

Ainsi donc, expérimentation, anatomie pathologique, tout concorde pour démontrer l'origine surrénale de l'athérome artériel. Certes, il serait imprudent de généraliser, d'après ces trois observations; ce qui leur donne cependant une grande valeur, malgré leur petit nombre, c'est qu'elles ne s'appuyent pas uniquement sur des considérations théoriques ou sur un simple examen macroscopique, mais qu'elles ont pour base des faits précis, étudiés à l'aide des techniques histologiques.

Discussion sur l'hypertension artérielle

M. P. Teissier. — Des documents déjà nombreux témoignent en faveur des observations de notre collègue Vaquez sur l'association de l'hypertension artérielle à certains accidents transitoires ou durables (amaurose, aphasie, encéphalopathie convulsive) de l'intoxication saturnine, de l'éclampsie, de l'urémie. Pour ma part, averti par les recherches de mon maître Potain, par les observations de Ziemssen sur l'hypertension dans l'encéphalopathie convulsive des urémiques, celles de MM. Vaquez et Nobécourt sur l'hypertension dans les accidents convulsifs de l'éclampsie, j'ai pu, en 1896, sur un terrain relevant des conditions susdites, démontrer que là où il y avait hypotonie vasculaire et hypotension, les accidents nerveux pouvaient faire défaut et ne présentaient pas le caractère convulsif. En effet, chez les tuberculeux en état habituel d'hypotension artérielle (Marfan, Potain), indemnes de lésions méningées ou cérébrales, atteints de lésions rénales autres que la néphrite atrophique qui peut élever leur pression, l'urémie revêt une allure spéciale; elle n'est pas aiguë, mais le plus souvent chronique; elle est gastro-intestinale ou respiratoire plus que cérébrale; respiratoire, elle ne s'affirme pas par une dyspnée paroxystique convulsive, mais par une dyspnée inconsciente affectant souvent le type de Cheyne-Stockes, indice de la somnolence du bulbe; cérébrale, elle se caractérise non par des accidents convulsifs, mais par un subdélire doux et tranquille, par le coma, et cela même chez les enfants dont le système nerveux, en voie de développement, est cependant si excitable.

J'ai montré alors que, dans un processus aussi complexe que l'urémie des tuberculeux, de nombreux éléments pouvaient troubler la tonicité vasculaire dans le sein de l'hypotonie, troubler aussi le jeu des viscères et diminuer l'excitabilité réflexe du cerveau, et je rappelais la nature des lésions rénales des tuberculeux, l'intoxication tuberculeuse (propriétés ectasiantes de la tuberculose (Ch. Bouchard), hypotensives (S. Arloing, P. Teissier), la déperdition de l'organisme tuberculeux en sels de potasse, dont M. le prof. Bouchard nous avait appris les propriétés convulsivantes. Et il me paraissait que l'hypotension, témoignage intéressant en l'espèce, ne pouvait commander à elle seule la modalité des réactions fonctionnelles.

Pour ce qui est de l'hypertension et des accidents qu'il a étudiés, M. Vaquez ne pense pas de même. L'hypertension est le facteur étiologique et pathogénique commun; les accidents sont fonction de ce symptôme, non de la maladie causale. Et, il exclut les processus toxiques initiaux pour accorder le pouvoir de stimulation vaso-motrice aux seules glandes surrénales en état d'hyperépnéphrie passagère ou durable.

L'idée est séduisante, elle n'est encore qu'une hypothèse; je doute qu'à elle seule elle puisse expliquer toujours, par exemple, l'hypertension artérielle de la néphrite atrophique (constante en l'absence de complication ou de cachexie (Potain). Et, d'ailleurs, cette hyperépinéphrie relèverait elle-même de plusieurs facteurs, notamment d'un processus toxique exogène auquel il conviendrait de revenir en dernière analyse.

Je ne crois pas, en second lieu, que l'hypertension artérielle avec les troubles circulatoires qui peuvent en résulter, soit la cause exclusive des accidents envisagés, notamment de l'encéphalopathie convulsive. La présence du plomb dans l'encéphale (recherches confirmatives de Launois et Meillère), les lésions encéphaliques de l'intoxication saturnine humaine et expérimentale (Quentel), sans parler des notions acquises sur l'urémie et l'éclampsie, l'efficacité même de la saignée en pareil cas, sans action, le plus souvent, sur la pression artérielle (Potain), sont autant de témoignages de la complexité du processus. Il en résulte, pour moi, qu'à côté des troubles de l'hydraulique circulatoire dus aux modifications de la tonicité vasculaire, il faut faire place à l'action toxique, celle-ci susceptible d'adultérer le milieu sanguin, de troubler ou léser les viscères, de troubler ou léser le cerveau, qu'elle peut mettre en état d'opportunité éclamptique (Landois). Et, en définitive, comme M. Lamy, je ne crois pas que l'hypertension artérielle commande à elle seule la modalité des réactions fonctionnelles étudiées par notre collègue Vaquez.

M. Vaquez. — Notre communication a provoqué un certain nombre d'observations auxquelles nous répondrons brièvement.

Les faits cliniques que nous avons rapportés et qui nous paraissent de nature à faire admettre qu'il y a entre certains phénomènes, spasmodiques ou convulsifs (amaurose, hémianopsie, céphalée transitoire, troubles maniaques, convulsions) et l'hypertension, n'ont pas, il nous l'a semblé tout au moins, été contestés.

Dans le cas rapporté par M. Dufour, l'hémianopsie coïncidait avec une lésion cérébrale étendue. Nous n'avons pas manqué de dire que les troubles, habituellement dynamiques, qui accompagnent l'hypertension pouvaient, à l'extrême limite, et suivant l'état de friabilité des vaisseaux, aboutir à des lésions organiques : hémorragies oculaires, hémorragies cérébrales, etc., puisque la mort par hémorragie est un phénomène non exceptionnel.

Cela non plus n'exclue en rien la prédisposition de certains sujets à traduire à leur manière, par des symptômes délirants ou convulsifs, les manifestations vasculaires qui résultent de l'hypertension. Notre opinion est en cela conforme à celle de notre collègue.

Il est, d'autre part, dans notre communication, fait allusion à la possibilité de rattacher aux modifications de la tension certains troubles ou certaine lésion oculaire, comme le glaucome. Nous ignorions que cette question avait justement fait l'objet de travaux importants dus à MM. Terson et Campos et à M. Bajardi, de Turin, travaux qui aboutissent à des conclusions à peu près semblables aux nôtres.

La question de la pathogénie de l'hypertension a été l'objet d'un certain nombre d'observations. Elles ne nous ont pas renseigné d'une façon plus précise sur les conditions qui la détermineraient en dehors de l'explication que nous avons proposée. M. Lamy ne pense pas, et je ne pense pas non plus, que la vaso-constriction périphérique puisse être invoquée. Elle ne pourrait tout au plus expliquer que des hypertensions passagères. Du même l'hypertrophie cardiaque ne peut à elle seule rendre compte de l'hypertension. Au cours des lésions aortiques elle peut, nous le savons, être extrêmement marquée sans élever la tension au delà de 20 ou 22 cent. de mercure. Le plus habituellement l'hypertrophie cardiaque nous paraît être un effet et non une cause de l'hypertension.

Si j'ai relaté un cas anatomique de lésion des surrénales liés à l'hypertension, ce n'est assurément pas pour dire que l'adénome surrénal était une lésion de l'hypertension. L'adénome, dont nous avons constaté l'existence, était pour nous un symptôme révélateur d'une altération morbide des capsules et l'indication qu'il fallait se renseigner d'une façon plus précise sur la fréquence et l'évolution des lésions de ces glandes avant la transformation adénomateuse.

Si l'on veut se faire, à ce sujet, une opinion raisonnée, il ne suffit pas de dire que les surrénales ont ou non paru saines ou de volume normal. Il faut, avec des chiffres et des examens minutieux, affirmer ou non l'état d'intégrité de ces organes. C'est de la sorte qu'ont procédé MM. Dopter et Gouraud dans leur communication toute récente à la Société de biologie (13 février 1902) sur les capsules surrénales dans l'urémie expérimentale, c'est également dans cette idée qu'a été conçu le travail de MM. Aubertin et Ambard.

Si l'on joint à ces études celles dont nous avons déjà parlé, de MM. Bernard et Bigart, sur les lésions de surrénales dans les intoxications expérimentales, et

notamment dans le saturnisme, on arrivera à cette conclusion que, si nos constatations cliniques constituent un faisceau de preuves capable d'amener la conviction sur la réalité de la relation que nous avons signalée entre les troubles urinaires et cérébraux et l'hypertension, l'explication pathogénique que nous avons proposée mérite, de son côté, d'être prise en considération.

MM. Jeanselme et Weill communiquent un cas de *leucémie aiguë* chez l'enfant dont le diagnostic fut difficile, et qui, en plus des lésions habituelles, présenta les deux particularités suivantes : des thrombi généralisés dus au streptocoque et, microscopiquement, une transformation myéloïde des organes hématopoiétiques.

J. J.

REVUE DE THÈSES

I. — *Kystes dermoïdes sous-péritonéaux*, par M. le Dr Robert Chancenotte (Paris, J. Rousset, 1903).

Les kystes dermoïdes sous-péritonéaux constituent, à l'exclusion de ceux de la région génitale, une rareté chirurgicale. M. Chancenotte en a réuni 39 cas, la plupart recueillis à l'étranger. Le diagnostic ne peut être que post-opératoire ou la tumeur reste une trouvaille d'autopsie. Ces tumeurs, suivant M. Chancenotte, auraient la même origine que les kystes dermoïdes ovariens et proviendraient d'une aberration de développement de l'épithélium germinatif.

II. — *Diagnostic de l'érysipèle de la face*, par M. le Dr Door, Paris (Vigot frères) 1903.

M. Door a maintes fois constaté que des malades envoyés à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers pour érysipèle de la face étaient atteints de tout autre chose que d'érysipèle. Dans sa thèse il passe en revue les diverses affections qui ont été confondues, sans doute par suite d'un examen trop précipité, avec l'érysipèle : fluxion dentaire, lésions eczémateuses, zona ophtalmique, péridacryocystite, folliculite nasale, herpès facial, toutes affections faciles à différencier de l'érysipèle, mais qu'il faut avoir présentes à l'esprit lorsqu'un malade se présente avec un érythème plus ou moins diffus de la face.

III. — *Du typhus exanthématique* (notes sur quelques cas observés à Tunis), par le Dr Roberto-Franco, Paris (H. Jouve) 1903.

M. Franco a pu suivre à l'hôpital Sadiki, à Tunis, quelques indigènes atteints de typhus exanthématique pour le diagnostic duquel l'examen hématologique et le séro-diagnostic ont été très utiles. Chez un de ces malades il y a eu une infection pyocyanique associée, ce qui rendait encore le diagnostic plus difficile. En effet, dans les cas de ce genre, les symptômes des deux maladies se superposent, et il n'y a que les signes d'une gastro-entérite intense avec paralysie intestinale, les irrégularités du tracé thermique et les éruptions cutanées hémorragiques, bulbeuses ou autres qui peuvent faire soupçonner cette association microbienne.

Seules les investigations de laboratoire permettent de poser un diagnostic indiscutable.

IV. — *Grossesses et accouchements consécutifs aux ruptures utérines*, par le Dr Jean Livon, à Marseille.

Étude très documentée sur les conséquences, le plus souvent graves, des ruptures utérines sur les grossesses et accouchements ultérieurs et dont voici les conclusions :

1° Sur 31 femmes ayant eu une rupture utérine, il s'est reproduit, lors d'un accouchement ultérieur à terme, 18 fois une nouvelle rupture ayant amené 10 fois la mort de la mère.

2° Sur 5 femmes ayant eu une rupture chez lesquelles on a provoqué l'accouchement prématuré, il y a eu deux fois une nouvelle rupture, on a enregistré une mort.

3° Trois fois, dans cas de rupture ancienne, on a pratiqué l'opération césarienne (une fois avant le travail, deux fois au début du travail). Dans ces trois cas la mère et l'enfant ont survécu.

L'opération césarienne semble donc la meilleure conduite à tenir.

V. — *De la symptomatologie de la grossesse extra utérine, spécialement dans sa première période*, par le Dr Roger Maur, de Nella-Gers. (Paris, H. Jouve, 1903.)

L'auteur attribue, comme l'ont fait les Drs René et Henri Larger (stigmates obstétricaux et dégénérescence, Paris, 1902), la grossesse ectopique à une tare dégénérative du sujet.

Au point de vue clinique, il faut surtout s'attacher à la première période dangereuse, c'est à ce moment là qu'il importe de faire un diagnostic précoce; celui-ci comporte en même temps une indication impérieuse d'agir, il faut se comporter vis-à-vis d'elle comme à l'égard « d'une tumeur maligne » (Pinard).

VI. — *De l'hystérie traumatique et de la simulation*, par le Dr Henri Aucopt, de Doget-Callier. (Paris, Rousset, 1903.)

Ce n'est plus seulement dans l'armée que les médecins se trouvent aux prises avec la simulation, la thèse de M. Aucopt vient donc à son heure comme contribution à la question médico-légale que soulève l'hystérie traumatique.

L'auteur insiste sur la manière de conduire l'expertise :

1° Il faut avant tout, examiner longuement, patiemment, minutieusement, le malade, sans préjugé aucun et sans se laisser influencer par des décisions antérieures ; toutefois, on pourra prendre quelques renseignements d'ordre personnel sur le sujet.

2° L'expert ne devra jamais laisser voir au patient qu'il soupçonne la fraude.

Il devra écouter ses doléances sans jamais emettre le moindre doute sur la légitimité des plaintes.

3° Si le malade insiste trop vivement sur le dommage que l'accident lui cause, on devra, par un mot tranquille, sans aucune vivacité et le plus simplement du monde, mettre un frein à ses dires.

4° Une fois la conviction de la simulation bien acquise, on pourra pratiquer des examens répétés à toutes heures et à l'improviste.

5° On ne devra employer aucune méthode d'investigation inhumaine.

Des piqûres profondes sont cependant permises, surtout dans les cas où le malade assure ne rien sentir. Au surplus, on doit se dispenser de manipulations longues sur les endroits douloureux.

Le médecin trouvera dans son imagination, son expérience, sa connaissance de la psychologie, les règles de conduite à suivre.

Il devra conquérir celui-ci par la douceur, celui-là par la crainte de tomber sérieusement malade, un autre par la surprise.

Quoi qu'il arrive, les conclusions du rapport ne devront jamais être affirmatives sur l'issue de l'affection.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie C. Naud

Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires, par le Dr Paul Briquel.

Les publications anatomiques sur le placenta sont peu nombreuses en France, tandis qu'en certains pays, en Allemagne, par exemple, elles encombrent la littérature obstétricale. Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir lu tous ces travaux et d'y avoir recueilli les choses intéressantes. Du reste, les recherches personnelles antérieures du Dr Briquel le rendait, plus que tout autre, apte à une telle besogne. L'ouvrage se divise en six parties. Dans la première partie, l'auteur étudie l'anatomie fixe du placenta normal ; il insiste tout particulièrement sur le revêtement endothélial des villosités, qui joue un rôle si grand au point de vue physiologique. Cet épithélium semble avoir une action spéciale sur le sang maternel et sur la paroi utérine, puisqu'on retrouve des villosités placentaires ou des fragments épithéliaux dans les sinus utérins et même jusque dans les viscères de la mère. C'est un chapitre neuf et, malgré son aridité, il est très clairement exposé.

La seconde partie est réservée à l'étude des tumeurs dites bénignes du placenta : angiomes, myxomes, adénomes, etc. La môle hydatiforme y est traitée complètement, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

La troisième partie est la plus importante de l'ouvrage ; elle traite des placentomes malins décrits sous des noms différents par les auteurs : déciduome malin, chorio-epithélioma, sarcome décidual, etc. On sait que ces tumeurs malignes évoluent cliniquement comme des cancers utérins et qu'elles s'accompagnent de métastase. Le point le plus discuté de la question est de savoir quelle est l'origine exacte de ces tumeurs. Toutes les théories sont discutées avec soin et l'auteur admet la nature épithéliale de la maladie en en faisant un tératome malin.

Le reste de l'ouvrage est constitué par des observations et une bibliographie très détaillée. On peut se rendre compte de l'importance des travaux publiés dans ces dernières années, sur ce sujet, quand on saura que la bibliographie seule occupe 73 pages. De nombreuses photomicrographies illustrent ce livre, qui devra être consulté par tous ceux qu'intéresse l'anatomie pathologique et l'obstétrique.

A. Brindeau.

Librairie Doin

Précis d'hématologie et de cytologie, par M. H. Georges. (Un volume in-12 de 214 pages.)

Ce petit livre sera très utile aux élèves pour l'étude de l'hématologie. L'auteur a laissé volontairement de côté tout ce qui touche à l'embryologie et à la physiologie des éléments figurés, les nombreuses hy-

pothèses qu'elles ont soulevées n'ayant pas été encore conciliées. Il s'est attaché, au contraire, à développer le côté technique et pratique de la question en le simplifiant et en le facilitant pour la recherche clinique, si bien qu'il est facile de trouver en un instant le renseignement technique dont on a besoin, ou la signification des résultats d'une analyse hématologique. Ajoutons que ce petit livre est illustré de bonnes figures explicatives.

E. Apert.

Vient de paraître :

Quelques points de pratique urinaire, par le Dr Bensa (de Nice). In 8 de 48 pages. 1 franc. (O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.)

Anatomie de la bouche et des dents en vingt-cinq leçons, par le Dr G. Rolland, directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux. 1 vol. in 8 de 350 pages avec 159 figures dans le texte, 6 fr. (O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e).

Septième session de l'Association française d'urologie, Paris, 1903, procès verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction du Dr Desnos, secrétaire general. 1 vol., in 8 de 825 pages avec 55 figures dans le texte, 10 fr. (O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e).

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie (6e session. Grenoble 1902, compte rendu des séances). 1 vol grand in-8, cart. toile de 800 pages avec nombreuses figures, cartes, graphiques en noir et en couleurs, 12 fr. O. Doin, éditeur, place de l'Odéon, Paris, 6e).

Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge, publié sous la direction du Dr H. de Rothschild, médecin en chef de la polyclinique H. de Rothschild, directeur de la Revue d'hygiène et de médecine infantile, tome I, avec préface de M. P. Strauss, sénateur de la Seine. 1 vol. grand in-8 jesus de 10 figures dans le texte et 12 planches hors texte, 15 fr. (O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e).

Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, leçons professées à la Faculté de médecine par le Dr L. Thoinot, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. in 8 de 610 pages avec un tableau hors texte, 10 fr. (O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e).

Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement, par MM. P. Budin, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, et L. Demelin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8 de 1150 pages avec 617 figures, dont 77 en couleurs, dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, broché 20 fr., cartonné, toile pleine à biseaux, tête dorée 22 fr. 50. (O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e).

La peste, par le Dr J.-Th. Dupuy, médecin sanitaire maritime. Un vol. in-18 de 100 pages broché : 2 fr. (F.-R. de Rudeval éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris VIe

La fièvre jaune, par le Dr J.-Th. Dupuy, médecin sanitaire maritime. Un vol. in-18 de 100 pages broché : 2 fr. (F.-R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois.)

Précis de médecine mentale, par le Dr A. Rémond (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Toulouse. Un vol. in-18 de 280 pages, avec 5 fig., carton. : 4 fr. (F.-R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois.)

Précis d'urologie clinique, par Auguste Letienne et Jules Masselin. Un vol. in-8e cavalier de 170 pages, avec 58 figures et une planche hors texte. Prix : 12 francs. (C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris-VI.)

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille de vermeil

M. Baudin, de Besançon.

M. Benoist, de Vannes.

Médaille d'argent

M. Massolis, interne en méd. à l'hôpital de Cette.

Médaille de bronze

M. Gouzy, de la Roche-Guyon.

M. Jouve, interne à l'Institut Pasteur de Paris.

M. Ribier, méd. sanit. mar., att. à la comp. de constr. du chemin de fer du Yunnam.

M. Jacob, de Saint-Affrique.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 16 février

13 Desmoulins — 11 Bory — 10 B. Gougerot, Cléret, Marsan — 9 Bourdier, Dupré, Villebrun — 8 Froget, Mlle Pascal — 7 Boudon.

17 février

12 Merry — 11 Blanluet, Gy, Perrin — 10 Cottard, Dubois — 9 Fay — 8 Reubsaet — 5 Blanche, Baulot, Lapointe.

Pathologie

17 février

9 Gougerot — Bodola — 7 Bondol, Daverrière — 6 Bonta, Déroide — 4 Calvet.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Le vendredi 5 février 1904 a eu lieu, au restaurant Marguery, la réunion statutaire de l'Association de la presse médicale française sous la présidence de MM. Lucas-Championnière, A. Robin et Delefosse, syndics. Vingt-trois membres y assistaient.

Nomination. — A été nommé, à l'unanimité, membre titulaire de l'Association : M. le Dr P. Hamonic (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, 7 bis, rue Clauzel.

Commission d'admission pour 1904. — Ont été nommés membres de la commission d'admission pour 1904 (tirage au sort) : MM. Archambault, Chevallereau et Doléris.

Délégués à l'Association internationale de la presse médicale. — Ont été nommés délégués suppléants de l'Association de la Presse médicale française à l'Association internationale de la Presse médicale : MM. Valude, Janicot et Marcel Baudouin, déjà délégués à la Conférence de Monaco.

Honorariat. — MM. Marais (Caen) et Chervin (Paris) sont nommés membres honoraires de l'Association.

Mutations. — M. le Dr Cézilly fils est remplacé à l'Association par M. le Dr Jeanne, devenu rédacteur en chef du *Concours médical*.

Questions diverses. — M. le Secrétaire général met, en dernier lieu, l'Association au courant d'un certain nombre de démarches qu'il a faites relativement à des questions d'ordre intérieur.

Ordre du jour de la prochaine séance. — 1° Election d'un syndic en remplacement du syndic sortant; 2° honorariat des journaux et des journalistes; 3° candidatures; 4° questions diverses.

UNE BONNE HISTOIRE

Dans un rapport récent de M. le Dr de Grissac, à la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, sur l'hospitalisation des gens aisés, nous cueillons l'histoire suivante, qui ne manque pas de saveur :

« L'année dernière, me trouvant faire une saison à Vichy, je rencontrai à table d'hôte, dans la maison où j'étais descendu, une dame fort élégante, femme d'un négociant en grains de Paris. Un matin, à déjeuner, la dame en question faisait admirer à sa voisine de table un magnifique bracelet.

« C'est un cadeau de votre mari? » lui disait son interlocutrice. « Oui et non, répondit-elle. Voilà. Je devais subir une opération chirurgicale grave; mon mari mit à ma disposition la somme de trois mille francs pour me faire opérer; mais, sur les conseils d'une amie, au lieu d'entrer dans une maison de santé, comme il était convenu avec mon docteur, je m'habillai en pauvresse, donnai une adresse fausse, où moyennant dix francs on a donné des renseignements sur moi. J'ai été opéré par un des plus habiles chirurgiens de Paris, et, avec les trois mille francs donnés par mon mari, j'ai pu me payer le magnifique bijou que vous voyez. »

« Cette histoire, absolument véridique, montre bien l'état d'esprit particulier de ceux qui, non indigents, usent de l'hôpital ; ils sont légion ceux qui pensent de même. »

CONGRÈS BALNÉOLOGIQUE D'AIX-LA-CHAPELLE

On nous prie d'insérer l'avis ci dessous :

En mars prochain aura lieu, à Aix-la Chapelle, sous la présidence du prof. O. Liebreich (de Berlin), le Congrès balnéologique organisé par la Société de Hufeland, et qui siège alternativement dans les principales villes d'Allemagne et d'Autriche.

Le comité français est présidé par M. le Dr Albert Robin.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr G. Séguel, 68, boulevard Malesherbes, Paris.

LISTE DES MÉDECINS CIVILS

Auxquels le ministre a conféré des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles.

Médaille d'argent

(Délivrée après vingt années au moins de soins gratuits.)

Gouvernement militaire de Paris

M. Richard, de Vanves.

M. Michaux, d'Aubervilliers.

M. Boisson, de Sceaux.

M. Gille, de Garches.

1re région de corps d'armée

M. Vermullen, de Bergues.

M. Hernu, d'Auchel.

M. Lenoir, de Ligny-en-Cambrésis.
M. Lourties, de Billy-Montigny.
M. Laurent, d'Etaples.
M. Canda, de Norrent-Fontes.

2e région

M. Mahélin, de Bernaville.

3e région

M. Guestre, de Nonancourt.

4e région

M. Prod'homme, de Putanges.
M. Levassort, de Mortagne.

5e région

M. Lordereau, de Saint-Florentin.
M. Létard, de Chelles.
M. Ferrand, de Courson.

6e région

M. Forfer, de Vitry-le-François.
M. Stahl, de Villers-Marmery.

7e région

M. Daujat, de Voiteur.
M. Françon, de Tenay.

8e région

M. Courtet, de Châtillon-en-Bazois.
M. Pain, de Bourbon-Lancy.
M. Guillot, de Châteaumeillant.
M. Laporte, d'Aignay-le-Duc.
M. Poingt, de Douzy.
M. Dureux, de Bligny-sur-Ouche.

9e région

M. Gaudrez, de Montreuil-Bellay.
M. Rabjeau, d'Ingrandes.

10e région

M. Duval, de Marigny.
M. Artu, de Carentan.
M. Nolais, de la Haye Pesnel.

11e région

M. Dodin, de Challans.

12e région

M. Chadirac, de Saint-Privat.
M. Brand, de Saint-Laurent-sur Gorre.
M. Gachon, de Gouzon.
M. Roche, d'Aradour-sur-Vayres.
M. Lacroisade, d'Aigre.

13e région

M. Teissier, de Chavroche.
M. Béal, de Saignes.
M. Roux, d'Herment.
M. Therre, de Vichy.
M. Sahut, de Gannat.
M. Vidal, de Puy Guillaume.
M. Cassin, d'Andrézieux.
M. Sauvat, d'Issoire.

14e région

M. Evesque, de la Motte-Chalançon.
M. Burgat, de Tassin la Demi Lune.
M. Berthet, de Taninges.
M. Bonnefoy, de Sallanches.

15e région

M. Reynaud-Lacroze, de Saint Saturnin-les Apt.
M. Bidau, de Bourg-Saint-Andéol.
M. Bontemps, de Saint-Raphaël.
M. Cruciani, de Calenzana.

16e région

M. Marmoyet, de Servian.
M. Galangau, de Cerbère.

17e région

M. Berguin, de Castelmoron.

18e région

M. Bourretère, de Dax.
M. Busquet, de Saint-Aigulin.
M. Chevallier, de Saint-Agnant.
M. Gaudin, de Tonnay Charente.
M. Cadilhon, d'Ygos.
M. Teyssandier, de Lugon.
M. Guignard, de Guîtres.
M. Papon, de Langon.

19e région

M. Jaubert, de Bouïra.
M. Giudicelli, de Fleurus.
M. Elias, de Maillot.
M. Noguès, d'Inkermann.

Médaille de vermeil

(Conférée après vingt-cinq années au moins de services gratuits.)

1re région

M. Riche, de Jeumont.
M. Tauchon, de Valenciennes.
M. Gruson, de Marquise.

2e région

M. Flour, de Bray.
M. Tresfort, de Roye.
M. Chaumel du Planchat, de Chantilly.

3e région

M. Hébert, d'Envermeu.
M. Le Gougeux, de Saint-Pierre-sur-Dives.
M. Davy, de Bayeux
M. Ménard, de Bacqueville.
M. Clivet, de Caudebec-en-Caux.
M. Herbline, d'Isigny.
M. Auger, de Boltec.

4e région

M. Giersznski, d'Ouarville.

5e région

M. Steibel, de Tournan.
M. Alleaume, de Coubert.

7e région

M. Lebault, de Saint-Vit.
M. Gromier, de Delle.
M. Bütterlin, de Beaume-les-Dames.
M. Grellot, de Giromagny.
M. Feuvrier, au Russey.

8e région

M. Corté, de la Charité.
M. Guillemaut, de Louhans.

9e région

M. Ponteil, de l'Isle Jourdain.

10e région

M. Rolland, de Ploubalay.

11e région

M. Richard de Riaillé.
M. Dixneuf, au Loroux-Bottereau.

12e région

M. Masbaret du Basty, de Saint-Léonard.
M. Hugonneau, de Saint-Mathieu.
M. Marquet, de Rochechouart.
M. Feuillet, de Villefagnan.

13e région

M. Fénolhac, de Combronde.
M. Bertrand, de Noirétable.
M. Degeorges, d'Aigueperse.
M. Vigle, d'Ebreuil.
M. Thomas, de Randan.
M. Baraduc, de Montaigut.
M. Roche, de Saint Symphorien de-Lay.
M. Bourillet, de Bézenet.
M. Force, de Sauxillanges.

14e région

M. Giraud, de Montségur.

15e région

M. Monnier, d'Aigues-Mortes.
M. Vidal, d'Hyères
M. Orsini, de Luri.

16e région

M. Soulages, de Decazeville.
M. Durand, de Pont-de-Salars.
M. Villebrun, de Capestang.
M. Delmas, de Rieux Minervois.

17e région

M. Dufaur, de Valence.

1re région

M. de Fayolle, de Rauzan.
M. Martinet, de Sainte-Foy-la-Grande.
M. Camino, d'Hendaye.
M. Dufourcq, de Salies.
M. Fichot, de Jonzac.

19e région

M. Agussol, d'Herbillon.

20e région

M. Joyeux, de Mirecourt.
M. Pernet, de Rambervilliers.
M. Jobard, de Wassy.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Guérison clinique, par la thiosinamine en injections sous-cutanées, d'une sténose cicatricielle du pylore

On connaît la curieuse propriété de la thiosinamine (allyl-sulfo-urée) employée en injections hypodermiques, d'assouplir et d'aplatir les cicatrices. Cette action élective du médicament en question, assez comparable à celle de certains sérums organiques (à l'action exercée par la tuberculine de Koch à l'égard des foyers tuberculeux pulmonaires et cutanés) a déjà été utilisée en thérapeutique. Récemment encore, nous avons eu l'occasion de signaler les effets favorables que les injections de thiosinamine ont donnés dans le traitement de la maladie de Dupuytren (voir *Bulletin médical*, 1903, p. 601) et des adhérences pleurales (voir *Bulletin médical*, 1903, p. 853). Mais voici que **M. A. Hartz** (*Deuts. med. Woch.*, 18 février 1904) nous relate un fait plus remarquable encore, celui de guérison apparente, au moyen de la thiosinamine, d'un homme atteint d'un rétrécissement cicatriciel très avancé du pylore.

Ce malade, après avoir présenté les signes absolument caractéristiques d'un ulcère de la région pylorique — diagnostic qui fut établi par le prof. Fleiner — commença à souffrir, quelque temps après, de trouble indiquant nettement l'existence d'un rétrécissement cicatriciel au niveau de l'ancienne lésion ulcéreuse. Vint, enfin, la période où l'intervention opératoire s'imposait, les phénomènes de dilatation stomacale avec stase alimentaire et constipation ayant atteint leur maximum, sans se laisser influencer par le traitement médical. C'est dans ces conditions que M. Hartz se décida à essayer la thiosinamine, tout en étant très sceptique quant à la réussite de cette médication.

Quel ne fut donc pas son étonnement, lorsque, dès les premières injections d'une solution alcoolique de thiosinamine à 15 °/₀₀, pratiquées deux fois par semaine, à la dose de 1 cc., sous la peau de la région dorsale, un mieux indéniable commença à se manifester dans l'état du malade. Cette amélioration ne cessa de progresser par la suite. A l'heure qu'il est, après 11 injections seulement, la perméabilité du pylore semble complètement rétablie : le malade ne souffre plus, il mange même des aliments solides qu'il digère bien; ses selles sont régulières. La même médication sera continuée.

Un point qu'il importe encore de faire ressortir dans cette observation, c'est que, notamment au début du traitement, l'effet immédiat de l'injection thiosinamique se manifestait souvent par une augmentation transitoire des troubles liés à la sténose, mais qui, bientôt après, devenaient moindres qu'avant l'injection. Ces exacerbations étaient dues, évidemment, à une turgescence passagère du tissu cicatriciel au pylore. A ce moment, le malade éprouvait encore une sensation désagréable à la région pylorique, ainsi que des picotements au niveau d'une cicatrice, reliquat d'une blessure accidentelle qu'il portait à la langue.

Aussi, pour ne pas provoquer de réaction trop vive dans la cicatrice pylorique, et, d'autre part, pour laisser à la réaction le temps de se calmer, l'auteur conseille-t-il de ne jamais dépasser la dose de 1 cc de solution alcoolique de thiosinamine à 15 °/₀₀ par injection, et de n'injecter cette dose que deux fois par semaine, tout au plus.

Guérison rapide d'une septicémie puerpérale après administration d'un lavement au formol

Il y a quelque temps, un accoucheur de New-York, M. Ch. Barrows, a publié la relation d'un cas de fièvre puerpérale qu'il a traitée, avec succès, par l'injection sous-cutanée, puis intra-veineuse, de 500 à 750 cc de solution physiologique de chlorure de sodium additionnée de 1 pour 5000 de formol (voir *Bulletin médical*, 7 février 1903). La lecture de ce fait a engagé un confrère russe, exerçant en Livonie, **M. E. Hœrschelmann** (*Saint-Petersb. med. Woch.*, 6 février 1904) à essayer le formol, mais administré en lavement, chez une accouchée septicémique dont l'état paraissait très grave. Le résultat qu'il obtint dépassa toute attente.

C'était une jeune primipare qui, au septième mois de sa grossesse, accoucha d'un fœtus mort. Le liquide amniotique et le placenta dégageaient une forte odeur putride. Cette femme ne tarda pas à présenter le syndrome septicémique au complet : frissons répétés et violents, lochies fétides, vomissements, diarrhée, sensibilité douloureuse du ventre et état délirant avec dicrotisme du pouls, dont la fréquence oscillait entre 120 et 148, la température atteignant 40°2, à la suite d'un frisson. Dans ces conditions, après avoir administré à la malade neuf gouttes de teinture d'opium par la bouche, l'auteur lui fit donner un lavement de 600 cc de solution de chlorure de sodium à 1 °/₀₀, avec adjonction de huit gouttes d'une solution aqueuse d'aldéhyde formique à 4 °/₀. Était-ce bien, comme c'est imprimé dans l'article de M. Hœrschelmann, une solution à 4 °/₀ et ne s'agirait-il pas ici d'une erreur typographique? Cette question se présente naturellement, étant donné que le formol du commerce, celui du moins, qui est employé en France représente une solution à 40 °/₀ d'aldéhyde formique.

Donc, deux heures après ce lavement (dont un quart environ s'échappa avec les matières fécales), la malade éprouva un mieux sensible et accusa une sédation marquée des douleurs abdominales, bien que, à ce moment, sa température fut encore à 41° et que son pouls battit 123 fois par minute. Dans la nuit, elle fut prise d'une transpiration extrêmement abondante, qui l'affaiblit beaucoup; le lendemain matin, la température descendit à 37°1. Les derniers restes de fièvre se dissipèrent en cinq jours, et la guérison survint sans aucun autre traitement que l'unique lavement formaliné dont il a été question plus haut.

Dans les questions de thérapeutique, il faut, comme on sait, se méfier des observations isolées. Pénétré lui-même de ce principe, l'auteur n'en estime pas moins que la rétrocession d'un état septicémique grave, à partir de l'administration d'un lavement formaliné, constitue une coïncidence remarquable, à rapprocher des deux succès analogues de M. Barrows, et de nature à encourager à de nouvelles tentatives de traitement de la fièvre puerpérale par le formol. Toutefois, tenant compte de la réaction assez violente qui s'est produite chez sa malade à la suite de l'introduction, dans le rectum, de moins de huit gouttes de la solution formalinée (puisqu'un quart du liquide injecté peut s'échapper de l'intestin), l'auteur croit prudent de ne pas dépasser la dose de cinq gouttes de cette solution par lavement.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Anatomie

Séance du 17 février

13 Baudoin — 11 Küss — 10 Graux, Combier — 9 Quinsac, Jouvin, Aimaud, Petiteau — 8 Giroux — 7 Lemarquand, Clunet — 6 Trannoy — 5 Stevenin.

Oral

Sont déclarés admissibles les candidats ayant eu un minimum de 17 points à l'épreuve écrite et, parmi ceux ayant obtenu 16 points, MM. Pelletier, Raynaud, Tixier, Lévy-Frankel, Aynaud, Roy, Macé de Lépinay, Petiteau, Martin, Lamy, Lévy, Valensi, Froget, Lamarre, Braun, Fernet, Augé.

LE JUBILÉ DU PROF. BOUCHARD

Dimanche dernier a eu lieu, à la Faculté, sous la présidence du ministre de l'instruction publique, et au milieu d'une affluence considérable, la remise solennelle à M. le prof Bouchard, de la médaille jubilaire que lui offraient ses élèves et ses amis.

Ont pris successivement la parole, dans cette cérémonie, MM les prof. Landouzy et Gaucher, le docteur Le Gendre, le prof Mayet, M. Aly Zaky, au nom de la Faculté du Caire, le docteur Gley, secrétaire général de la Société de biologie, le docteur Troisier, le prof. Debove, doyen de la Faculté de médecine, M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, M. Gaudry, de l'Académie des sciences, et enfin, M. Chaumié, ministre de l'instruction publique.

Le ministre a déclaré qu'il avait tenu à assister à cette fête et à apporter, au nom du gouvernement de la République, au maître éminent, l'hommage dû à son talent, à sa science, à sa vie tout entière, et à le remercier en même temps des services rendus au pays. C'est une des bonnes fortunes de sa charge, a-t-il ajouté, que d'être ainsi appelé à prendre une part personnelle à de pareilles manifestations.

Le prof Bouchard a remercié par quelques paroles émues que des applaudissements unanimes ont accueillies.

NÉCROLOGIE

M. Liébeault (Nancy).

CLINIQUE MÉDICALE

Fièvre typhoïde grave et compliquée traitée par la méthode de Chantemesse; guérison

Par le Dr Maljean

Médecin principal de l'armée

Au Congrès du Caire en 1902, M. le prof. Chantemesse annonçait que, sur 507 cas de fièvre typhoïde traités par sa méthode, la mortalité n'avait pas dépassé 6 %. Mais, avant de prononcer un jugement définitif, l'auteur réclamait des milliers de faits nouveaux et de longues années d'observation. Quelques mois plus tard le Dr Josias, médecin de l'hôpital Bretonneau, communiquait au Congrès de Madrid les résultats du même traitement chez cinquante enfants; la mortalité était descendue à 4 %, alors que, pendant la même époque, elle s'élevait à 14 % dans les autres hôpitaux d'enfants de Paris. Assurément, la statistique doit avoir le dernier mot dans une question de cette nature. Il semble, cependant, que l'étude détaillée des cas graves serait particulièrement instructive et suffirait à établir la valeur de la nouvelle méthode. Les formes légères et moyennes guérissent par tous les traitements; elles encombrent les relevés sans les rendre plus démonstratifs.

L'observation suivante est celle d'un cas réellement grave et compliqué. La guérison a eu lieu, bien que la méthode de Chantemesse (sérum, bains, etc.) n'ait été mise en œuvre qu'à partir du dixième jour, c'est-à-dire après la période la plus favorable. Au lieu des résultats complets qui suivent les injections pratiquées pendant le premier septenaire, on a seulement constaté une atténuation des accidents les plus graves, et la guérison s'est produite malgré une série de complications menaçantes.

OBSERVATION

D..., vingt-trois ans, constitution moyenne, pas de tares héréditaires; comme antécédents, on relève une otite suppurée de l'enfance ayant laissé une cicatrice sur le tympan droit et une pleurésie gauche guérie depuis six mois.

Premier septenaire. — Début du malaise le 10 octobre 1902; céphalalgie rebelle, diarrhée. Le 15, entrée à l'hôpital; teint jaunâtre, air déprimé; température axillaire, 39°7; pouls 90. Langue sèche, saburrale, nausées, douleur épigastrique, gargouillements, diarrhée abondante. Toux légère; à gauche, reliquats de la pleurésie, submatité, obscurité respiratoire, quelques râles secs, disséminés. Du 15 au 17, traitement symptomatique; petites doses de chlorhydrate de quinine et de sous-nitrate de bismuth.

Deuxième septenaire. — Le 18 octobre (huitième jour) accidents nerveux subits: délire nocturne, stupeur le matin, contracture des mâchoires, dysphagie; T. 39°2 et 49°1 le soir; pouls faible, variable; ventre excavé, rétention d'urine; pas de taches rosées; séroréaction positive. Injections de sérum artificiel, bains froids toutes les trois heures. Le 19, aggravation; pupilles dilatées; insensibilité aux piqûres de sérum, ballonnement, selles et urines involontaires; P. 108; T. 39°-38°-7. Le 20, nouvelle aggravation, bien que la température ne dépasse pas 39°2; P. 124; bouche fuligineuse, contractures généralisées; carphologie, état comateux; un peu de rougeur au sacrum. Le professeur Chantemesse, sollicité d'employer son sérum, envoie son interne, M. Courcoux. Avant de pratiquer l'injection (nuit du 20 au 21 octobre), les bains froids sont remplacés par des demi-bains tièdes de cinq minutes, répétés toutes les heures et suivis d'affusions froides sur la tête, le cou et le thorax. Après les quatre premiers bains, légère amélioration; le malade sort de sa torpeur et donne quelques signes d'intelligence; T. 38°7; P. 128. A 8 heures du matin, injection d'un centimètre cube et demi de sérum de Chantemesse; vessies de glace en permanence sur le ventre; injections rectales tièdes deux fois par jour. Le 22 et 23, l'amélioration continue; le malade urine volontairement et demande le bassin; T. 38°3-39°5, P. 128.

Troisième septenaire. — Le 24 et 25 octobre ballonnement énorme, menaçant; 0 gr. 15 d'albumine dans les urines. Sur le sacrum, escarre noirâtre, volumineuse, entourée d'un pointillé rouge. Matelas d'eau; pansement au bismuth. Du 26 au 29, nouvelle amélioration; le ballonnement diminue. Le 30, pneumonie hypostatique du côté gauche, qui fait supprimer les bains.

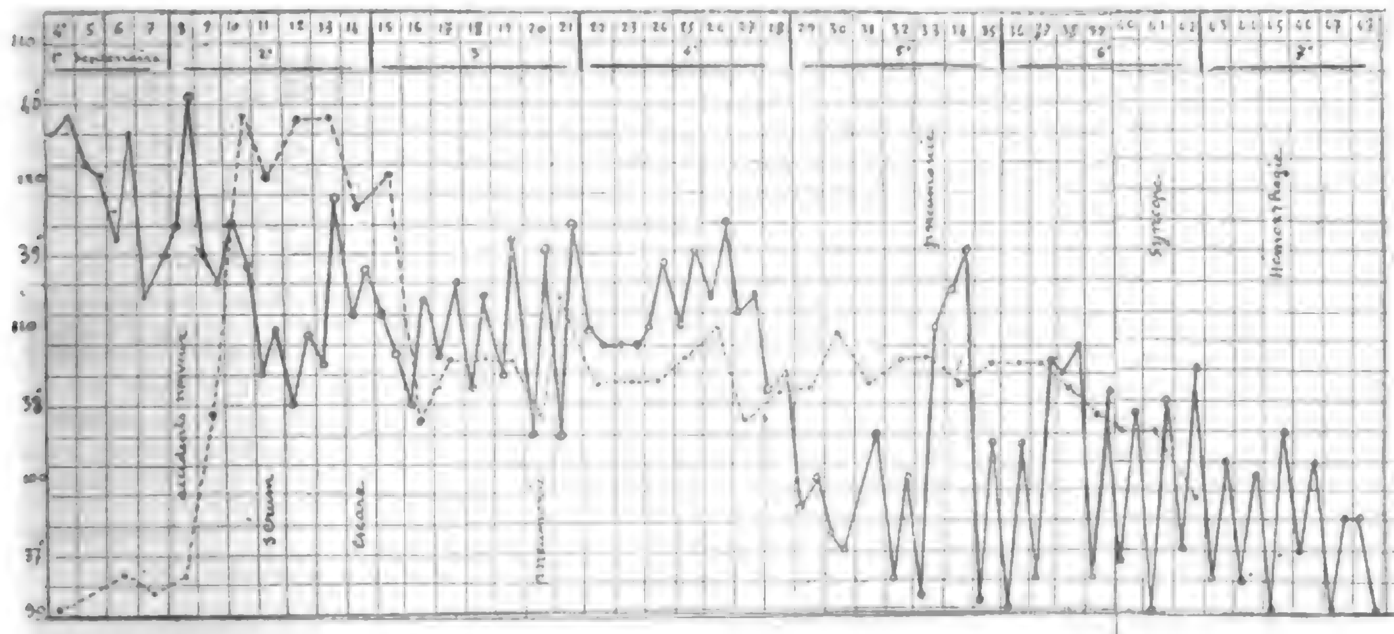
Quatrième septenaire. — L'escarre se détache laissant une vaste plaie et un décollement étendu le long de la crête sacrée; pansement au bicarbonate de soude à 2 %. Le 7 novembre, selles sanglantes contenant des caillots noirs; injection sous-cutanée d'ergotine Yvon.

Cinquième septenaire. — Deuxième poussée de pneumonie hypostatique avec élévation de la température; deuxième escarre au niveau du grand trochanter.

Sixième septenaire. — La température oscille autour de 38°; P. 104-116. Le malade, très affaibli, est dans un état de maigreur squelettique et souffre beaucoup de ses escarres. Le lait est mal supporté; on essaie quelques œufs mous et un peu de jus de viande. Cette tentative ne réussit pas, l'estomac reste ballonné et douloureux; sécrétion pharyngienne persistante et incommode. Le 20 novembre (41e jour), il se produit une syncope pendant une selle; pouls imperceptible; T. 36°. Après cet accident, nouvelles selles sanglantes. Le 21, consultation avec le prof. Chantemesse; on revient au régime lacté pur.

Septième septenaire. — Température au-dessous de 38°; P. 100-108. La pesanteur épigastrique persiste; le 24, hémorragie intestinale assez abondante avec caillots noirs; 2 grammes de chlorure de calcium dans de l'eau sucrée.

Huitième et dernier septenaire. — La température ne tombe définitivement au-dessous de 37° que le cinquantième jour; le pouls ne dépasse plus 100. On ajoute au lait un peu de tapioca et une cuillerée à bouche de jus de viande crue exprimée à la presse. On ne reprend l'alimentation ordinaire que le 10 décembre; la convalescence s'établit franche-



ment ; mais le malade reste longtemps débilité : les pertes de substance du sacrum ne sont cicatrisées que le 10 janvier 1903. Le malade quitte l'hôpital le 22 janvier, après 98 jours de traitement ; il est encore faible et tachycardique. Rétabli au bout de trois mois, il est revu un an après, dans un état de santé parfait et avec plus d'embonpoint qu'avant sa fièvre typhoïde.

Cette observation montre une fièvre typhoïde particulièrement grave, tant par sa durée de cinquante jours sans rechute ni récidive, que par une longue série de complications. Le premier septenaire se fait remarquer par un abattement prématuré et par une dépression de mauvais augure. Dans la deuxième semaine apparaissent des accidents nerveux, rappelant le début d'une méningite. Au troisième septenaire une escarre profonde se développe avec une rapidité anormale ; en même temps survient une pneumonie hypostatique. Le quatrième septenaire ne se signale par aucun incident. Le cinquième débute par une chute de température ; mais une nouvelle poussée de pneumonie ramène la fièvre. Dans le sixième septenaire on observe des selles sanguinolentes et une syncope, suivie de collapsus. Enfin, le septième et dernier septenaire donne encore quelques alertes à la suite d'une hémorragie intestinale assez abondante (15e jour).

Comme cause prédisposante des complications, deux circonstances spéciales existent dans les antécédents du malade. Il venait d'achever deux ans d'école polytechnique, précédés de plusieurs années d'études préparatoires. Quoique bien équilibré, son cerveau se trouvait, par suite du travail, en état de moindre résistance vis-à-vis des troubles nerveux. De là des accidents précoces et d'une haute gravité.

Une seconde complication, moins inquiétante, la pneumonie hypostatique, dépendait aussi d'une tare antérieure. Elle intéressait, en effet, le côté gauche, qui portait les stigmates d'une pleurésie récente.

Les autres accidents accusent plus directement la virulence propre de la maladie. L'escarre du sacrum débute pendant l'état comateux. La nécrose atteint non seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire voisin, et cela en quelques jours, malgré les bains et les soins locaux. La rapidité et la profondeur de cette lésion fait presque penser au decubitus aigu des ictus cérébraux.

Les hémorragies intestinales se sont montrées à une date tardive et un peu anormale (6e et 7e septenaires). A ce moment, l'estomac seul restait distendu. Le ballonnement et la diarrhée étaient remplacés par une tendance à la constipation. Le sang, au lieu d'être liquide, se présentait dans les selles sous la forme de caillots. Ces hémorragies ont été, d'ailleurs, peu abondantes. Leur interprétation paraît assez délicate. A cette période, les ulcérations intestinales devaient être complètement cicatrisées. Il s'agissait probablement d'une congestion locale, due à la constipation ou à une tentative prématurée d'alimentation ?

La dernière complication, syncope au 41e jour, n'a pas été la moins dangereuse. De nombreux exemples montrent que la mort subite n'est pas rare à la suite des défaillances du cœur. Chez notre malade, le myocarde avait certainement subi l'action des toxines typhoïdiques. Les bruits du cœur étaient fréquents et affaiblis, le pouls instable et variable. D'ailleurs, la tachycardie a persisté pendant la convalescence, malgré le retour de l'embonpoint et de la santé générale : il y avait eu, sans doute, une altération matérielle des fibres cardiaques. La syncope a eu lieu dans les conditions suivantes : il existait un ballonnement gastrique rebelle, qui gênait sensiblement la respiration. Dans le décubitus horizontal, la poche stomacale, distendue par les gaz, restait étalée dans l'abdomen. Le malade s'étant redressé brusquement pour aller à la selle, les gaz ont gagné le point le plus élevé de la concavité diaphragmatique et ont exercé sur le cœur affaibli une pression subite, cause probable de l'accident.

Après avoir passé en revue les principaux épisodes de la maladie, il convient de rechercher les effets propres du sérum. Remarquons, d'abord, que l'injection a été pratiquée au onzième jour et qu'elle n'a pas été renouvelée. Or, Chantemesse ne reconnaît, comme entièrement efficaces, que les injections faites avant le huitième jour. Dans ce dernier cas, le pouls se ralentit en quelques heures ; la température s'abaisse définitivement ; la diarrhée disparaît au bout de 1, 2, 3 jours. Une polyurie abondante s'établit et, dès le lendemain, la formule du sang rappelle celle de la convalescence (hyperleucocytose avec retour des éosinophiles) (1).

Au onzième jour, il n'était pas permis d'espérer des résultats aussi satisfaisants. En effet, après la première semaine, la descente de température est moins rapide et la courbe remonte au bout de quelques jours. Il faut une nouvelle injection pour obtenir une chute définitive.

Quoique favorables, les résultats constatés sont nécessairement incomplets : en outre, il ne nous paraît pas possible d'attribuer au sérum une part prépondérante dans l'amélioration obtenue. En effet, depuis trois jours, le malade présentait les troubles nerveux les plus graves. Or, l'instant précis où l'injection a été pratiquée, huit heures du matin, le coma commençait à se dissiper et faisait place à quelques signes de relèvement cérébral. Avant de recevoir le sérum, le malade avait pris, coup sur coup, quatre demi-bains chauds, avec affusions froides prolongées. Ces bains avaient manifestement réveillé l'intelligence et la sensibilité : le mieux ne demandait qu'à s'accentuer. La température qui, la veille, oscillait entre 38°9 et 39°2, était descendue à 38°2 avant l'injection. Après un maximum de 140, le pouls rétrogradait à 120 ; il s'est tenu là pendant cinq jours et n'est tombé au-dessous de 110 que le 26 octobre. Le ballonnement a augmenté et n'a diminué que cinq jours plus tard. La diarrhée n'a pas été modifiée, mais les selles sont devenues volontaires. L'albumine a disparu des urines au bout de quelques jours. Il n'a pas été possible de constater la polyurie et la leucocytose.

En somme, le changement le plus frappant, c'est-à-dire la sédation immédiate des phénomènes nerveux, ne peut pas être mis à l'actif du sérum seul ; les bains en revendiquent une bonne part. Cinq jours après l'injection, le pouls tombe au dessous de 110 ; le tympanisme diminue et l'albumine disparaît. A la rigueur, cette nouvelle amélioration pourrait être considérée comme faisant suite à la première et comme dépendant des mêmes causes. On pourrait même, en tenant compte de la durée exceptionnelle du cycle fébrile et de l'apparition successive des complications, on pourrait, disons-nous, repousser l'idée d'une atténuation quelconque.

Mais il faut juger les choses de plus haut et d'après une vue d'ensemble. Nous ne pouvons pas oublier nos inquiétudes à diverses périodes de la maladie ; nous devons tenir compte de notre fâcheux pronostic, partagé par les collègues qui ont bien voulu nous aider. En bonne justice, le fait même de la guérison, après tant de dangers, ne doit-il pas entrer en ligne de compte ? Un mot extra-médical rend bien notre pensée. Ce mot historique échappa à un conventionnel célèbre que l'on questionnait sur son rôle pendant la Terreur. « J'ai vécu, » disait-il, pour toute réponse. C'était, en effet, un résultat satisfaisant pour l'époque. On peut dire quelque chose d'analogue à propos de notre malade. Car il vécu et il a guéri contre toutes les prévisions. Il serait peu rationnel de refuser au traitement sa part dans le résultat final. En dehors de Chantemesse, d'autres médecins ont constaté les effets salutaires de la méthode et le caractère de bénignité qu'elle imprime aux fièvres typhoïdes les plus menaçantes.

Malheureusement pour la pratique, l'action de ce sérum n'est pas aussi manifeste que celle du sérum de Roux, qui s'impose, en quelque sorte, comme terme de comparaison. Dans la diphtérie traitée de bonne heure, l'injection suffit à tout et remplace les autres traitements. Ses effets s'affirment avec évidence au bout de 24 ou 48 heures ; dans la plupart des cas, la maladie est enrayée définitivement. Cet arrêt, si remarquable, s'explique par le mode d'évolution de la diphtérie. Le foyer bacillaire primitif s'étend, en effet, par inoculation de proche en proche. Cette propagation locale étant arrêtée, la maladie prend fin immédiatement ; il n'y a donc pas de durée fixe pour la diphtérie ; elle guérit aussi-

(1) Soc. méd. des hôp. 8 nov. 1901.

tôt que les fausses membranes cessent de progresser. En outre, l'intoxication peut manquer ou rester faible, puisqu'elle ne dépend que de l'étendue des lésions. Enfin, le diagnostic est relativement facile et précoce.

Les conditions sont bien différentes dans la fièvre typhoïde. Lorsque la maladie est reconnue, ce qui arrive rarement dans les premiers jours, les lésions intestinales paraissent déjà constituées de toutes pièces. Ordinairement l'éruption des plaques de Peyer sort d'un seul coup, comme l'exanthème de fièvres éruptives. Les ulcérations ne procèdent donc pas les unes des autres par inoculation de voisinage. Chacune d'elles, isolée par des surfaces saines, évolue pour son propre compte et vit de sa vie personnelle. La durée de la réparation est nécessairement longue, puisque, dans les cas graves, il s'agit de véritables eschares, et non d'exulcérations superficielles comme dans la diphtérie. D'autre part, le siège interne des foyers rend l'intoxication constante et intense.

En neutralisant les toxines, en excitant la phagocytose, le sérum atténue les accidents et active la réparation des tissus. Mais les lésions n'avortent pas; seulement elles suivent leur cours dans des conditions plus favorables. Si Chantemesse n'a pas observé de perforations intestinales chez les malades traités dans les huit premiers jours, il n'en est pas de même dans les cas injectés plus tardivement. On constate alors que cette complication se montre aussi fréquente qu'avec les autres méthodes.

La sérothérapie ne se présente donc pas dans la fièvre typhoïde comme un traitement héroïque, exclusif, capable de remplir toutes les indications. Aussi, en proscrivant les agents médicamenteux proprements dits, Chantemesse associe au sérum les moyens curatifs les plus énergiques (bains froids dans les cas ordinaires, demi-bains chauds avec affusions froides dans les cas graves). L'hygiène du malade repose sur des pratiques sanctionnées par l'expérience universelle (régime lacté pur, boissons abondantes, injections rectales tièdes, etc.). La diète lactée est maintenue jusqu'à la chute définitive de la température au-dessous de 37°; on commence l'alimentation par du jus de viande crue, obtenu avec la presse. La perforation intestinale, qui reste le point noir du pronostic, doit être prévue, pour ainsi dire, et combattue d'avance. On oppose au ballonnement des vessies de glace en permanence, on évite la constipation avec le plus grand soin; 5 grammes de sulfate de soude dans de l'eau chaude suffisent pour actionner l'intestin si irritable des typhoïdiques. L'excès de diarrhée cède à quelques décigrammes de sous-nitrate de bismuth. Enfin, on se tient prêt à opérer dans les six heures qui suivent la perforation.

Dans les brillants résultats annoncés au Congrès du Caire, il est donc inutile de rechercher la part respective du sérum et des autres agents en traitement. L'auteur ne les sépare pas; il admet que, non contentes de s'entr'aider, les deux méthodes décuplent leurs effets par l'association. Cette dernière notion prime tout; elle est de nature à satisfaire les praticiens qui se méfient, à bon droit, des traitements systématiques.

MALADIES NERVEUSES

Le traitement des hystériques à l'hôpital

Par J. Dejerine

Professeur à la Faculté, médecin de la Salpêtrière

Dans un article paru tout récemment dans le *Bulletin médical* et intitulé : *Sur la nécessité de traiter et de traiter d'une façon active et précoce les hystériques dans les services hospitaliers* (1), M. Gilbert Ballet s'élève contre la manière dont, selon lui, seraient traités ces malades dans les hôpitaux. « En général, » dit-il, « nous traitons si mal les hystériques dans nos services, que notre thérapeutique équivaut à l'absence de traitement, quand elle ne constitue pas une méthode de choix pour développer et aggraver les accidents contre lesquels nous la dirigeons. » Et plus loin, parlant d'hystérie féminine, dont beaucoup de cas « font, non sans raison, le désespoir des maris et des médecins, » M. Gilbert Ballet ajoute : « La constitution n'est pas toujours la seule coupable dans le développement des névroses dites constitutionnelles; les médecins et les parents ne sont pas toujours sans reproches. »

Après des considérations analogues sur l'hystérie masculine et sur son mode de traitement, M. Gilbert Ballet conclue que, « jusqu'à présent, l'intervention médicale a été plus nuisible qu'utile : mettons, si l'on veut, ce qui est vrai dans quelques cas, qu'elle a été simplement inoffensive. »

Parlant ensuite du traitement appliqué à ces malades, il divise les services d'hôpitaux en trois groupes : « Il y a ceux où l'on ne traite pas le malade; on l'y tient pour un intrus encombrant qui accapare un lit qu'on préférerait occupé par un typhique ou un pneumonique », etc.

« Dans d'autres services, on fait une thérapeutique simple, mais consciencieuse », à savoir le bromure, la douche, mais sans plus de résultats que dans le premier groupe. Il y a enfin les services « où l'on traite les hystériques par l'aimant ou par l'électricité. » « Comme la douche, ce traitement n'a, en général, guère d'autres résultats, en fixant l'attention du malade sur les symptômes qu'il présente, que de transformer une idée subconsciente, souvent aisément modifiable, en une habitude morbide invetérée. » Un peu plus loin, M. Gilbert Ballet ajoute : « Nous sommes en général, dans nos services, des faiseurs d'hystéries chroniques : mettons, pour ne désobliger personne, que notre rôle consiste simplement, sinon à aider, du moins à laisser les hystéries devenir chroniques. Quoi qu'il en soit, l'avenir des malheureux qui passent entre nos mains est, le plus souvent, lamentable. »

Telle est la manière dont seraient traités, d'après M. Gilbert Ballet, les hystériques de nos hôpitaux.

Fort heureusement pour ces malades, les choses ne se passent pas partout ainsi, et il y a des services d'hôpital où, depuis longtemps, on a compris « la nécessité de traiter et de traiter d'une façon active et précoce les hystériques » (pour employer les expressions de M. Gilbert Ballet).

J'ai été, en effet, fort étonné, en lisant la communication de cet auteur, de voir qu'après avoir parlé des « trois groupes de services » dans lesquels, selon lui, on traite plus ou moins mal les hystériques, de voir, dis-je, qu'il ne faisait mention nulle part d'un quatrième groupe, dans lequel et depuis plusieurs années, on a paré aux inconvénients dont parle M. Gilbert Ballet.

Depuis tantôt dix ans (1895) j'ai, en effet, installé dans mon service de la Salpêtrière, une méthode de traitement de l'hystérie basée sur l'isolement et la psychothérapie et depuis des années dans mes leçons cliniques, j'en montre les résultats. Cette méthode est indiquée dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Manto (1899) (1), et je l'ai exposée en détail à la Société de neurologie en 1902 (2). Dans cette communication, après avoir montré l'importance de la psychothérapie chez les névropathes, et la nécessité de les isoler dans une maison de santé pour pouvoir mener à bien ce traitement, j'ajoutais :

« Le séjour dans une maison de santé n'étant possible que pour un petit nombre de sujets, les classes pauvres ne pouvant être soumises à ce genre de traitement, j'ai été amené à rechercher si, pour la pratique hospitalière, on ne pourrait pas employer un procédé analogue et à arriver à obtenir, dans un service d'hôpital, les conditions de traitement psychothérapique que l'on trouve dans une maison de santé. Or, ces conditions, j'estime les avoir réalisées dans mon service de la Salpêtrière, et je crois devoir les exposer dans la présente note.

L'hystérie, la neurasthénie, l'hystéro-neurasthénie sont, on le sait, des plus fréquentes dans la population ouvrière de Paris, et le séjour à l'hôpital n'est pas suivi, d'ordinaire, d'une amélioration dans l'état de ces malades, si même, et la chose n'est point rare, il ne l'aggrave pas. Que de fois, en effet, n'a-t-on

(1) *Bulletin médical*, n° 12, 13 février 1904.

(1) G.-S. Manto. — Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement. Thèse de Paris, 1899. Steinheil). Dans ce travail sont rapportées 25 observations de malades.

(2) J. Dejerine. — Le traitement des psycho-névroses à l'hôpital par la méthode de l'isolement (*Soc. de neurologie*, séance du 4 décembre 1902; *Revue neurologique*, page 1145).

pas vu le séjour hospitalier exercer une influence fâcheuse sur l'état d'un hystérique ou d'un neurasthénique, et cela, soit par le fait du mode de traitement employé, soit surtout par le fait de suggestions dues au contact d'autres malades plus ou moins similaires, ou produites, fort inconsciemment du reste, par le personnel du service.

Frappé de tous ces inconvénients, j'ai installé, dans une de mes salles, un système de traitement basé sur l'isolement et la psychothérapie, et qui, depuis 1895, fonctionne de la manière suivante : la malade, si elle est majeure, n'est admise qu'après avoir consenti à être isolée pendant le temps qui sera jugé nécessaire. Une fois entrée dans le service, elle est placée dans un lit dont les rideaux sont constamment tirés et n'est en communication, à la visite du matin et pendant quelques minutes seulement, qu'avec le chef du service et ses élèves. Le soir, elle est visitée par l'interne de la salle. Dans la journée, elle n'est en contact qu'avec la surveillante qui lui apporte elle-même ses aliments. En dehors de ces conditions, personne ne peut approcher d'elle. Beaucoup de ces malades, presque toutes, dirais-je volontiers, arrivant à l'hôpital dans un état de dénutrition plus ou moins marqué, sont mises au régime lacté pendant un certain temps. Le lait leur est donné toutes les heures par la surveillante — soit douze fois par jour — et la dose est progressivement élevée de manière à faire prendre, au bout de huit jours, à la malade, cinq et même six litres de lait par jour.

Dès le jour de l'entrée, le traitement psychothérapique commence. La malade est examinée très en détail, mais je ne fais jamais devant elle ni la symptomatologie, ni le diagnostic de son affection. Je me borne à lui affirmer, devant le personnel, qu'elle n'a pas de lésion du système nerveux, que l'affection dont elle est atteinte n'est pas grave et, qu'avec le temps, je suis sûr de la guérir. J'estime, en effet, que les leçons faites aux élèves sur une névropathe, la malade y assistant, sont d'un résultat déplorable au point de vue thérapeutique, car en agissant ainsi on l'éduque, on la cultive, inconsciemment on crée, chez elle, toute une série de symptômes dont elle ne soupçonnait pas l'existence, et on arrive ainsi à transformer des états pathologiques, sinon toujours légers, mais en tout cas curables, en états persistants, chroniques et souvent peu accessibles à nos procédés thérapeutiques. L'histoire des hystériques et des neurasthéniques d'hôpital n'est que trop riche en faits de ce genre.

La méthode psychothérapique que j'emploie n'a rien de particulier, elle est des plus simples, car elle est basée sur le raisonnement, la persuasion, appuyés par une discipline ferme, mais bienveillante. A la visite du matin, j'interroge chaque malade sur ce qu'elle a éprouvé depuis la veille, je lui explique patiemment que les symptômes dont elle se plaint n'ont pas la signification qu'elle leur attribue, et je ne passe à une autre malade que lorsque je vois, par ses réponses, que la conviction germe dans son esprit. Il est nécessaire, si l'on veut réussir, d'écouter patiemment toutes les doléances des malades, car il faut que ces sujets soient convaincus qu'on les prend au sérieux, qu'on s'intéresse à eux. C'est l'affaire des premiers jours, mais c'est la base du traitement, car, une fois la confiance inspirée à la malade, l'amélioration des symptômes se fait avec une très grande rapidité. Enfin, à la contre-visite du soir, l'interne du service, à son tour, applique la même méthode. Tel est, dans ses lignes générales, le système de traitement que l'on emploie dans mon service. Il peut être plus ou moins modifié dans quelques détails d'applications, et cela surtout en ce qui concerne le caractère du sujet, mais c'est toujours au fond le même procédé. On peut dire que c'est une sorte de suggestion à l'état de veille, mais une suggestion basée sur le raisonnement, qui entraîne la conviction, et non pas la suggestion verbale impérative qui se contente d'affirmer et partant, le plus souvent, sauf chez les très jeunes sujets — enfants ou adolescents — manque son but, car elle ne convainc pas. »

Parlant des résultats obtenus par ma méthode, j'ajoutais ensuite:

« Voici tantôt huit ans que j'applique dans mon service cette méthode de traitement, et les résultats ont, depuis longtemps, dépassé de beaucoup mes espérances. Ils sont aussi favorables et plus rapides que ceux que j'obtiens dans une maison de santé sur les malades de la pratique privée.

Depuis 1895, époque à laquelle j'ai commencé à employer ce mode de traitement dans mon servive de la Salpêtrière, je l'ai appliqué à environ deux cents cas de psychonévroses, hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie, anorexie mentale, vomissements incoercibles, etc. Les observations d'un certain nombre de malades atteintes de diffrentes formes de l'hystérie ont été publiées dans la thèse de mon élève Manto ; d'autres feront l'objet d'un travail plus étendu, qui sera prochainement publié par mes internes MM. Pagniez et Camus. Or, sur ces deux cents cas de psycho-névrose qui ont passé dans mon service depuis sept ans, je n'ai eu à enregistrer que deux insuccès. J'ai eu souvent affaire à des formes très graves d'hystérie, à des anorexies mentales, qui entraient dans le service dans un état de cachexie extrême, à des neurasthéniques ayant perdu le tiers et même la moitié de leur poids et ayant un état hypocondriaque ou mélancolique très accusé, à des gastropathies fonctionnelles traitées sans succès depuis des mois et même des années par des gastro-thérapeutes dont l'action avait, du reste, été des plus nuisibles, car elle avait encore imprimé davantage dans le cerveau des malades — par l'examen du suc gastrique, le lavage de l'estomac, les régimes et les menus — l'idée d'une affection stomacale réelle. Souvent, enfin, des collègues des hôpitaux m'ont envoyé des névropathes fortement atteints, ayant plus ou moins longtemps séjourné dans leur service.

Or, dans tous les cas, aussi bien dans ceux qui étaient graves que dans ceux de moyenne intensité, j'ai toujours obtenu des résultats favorables, et j'entends par là, non pas des améliorations plus ou moins marquées, mais de véritables guérisons.

J'ajouterai enfin, en terminant, que, depuis huit ans que je suis à la Salpêtrière, les symptômes qui caractérisent ce que l'on a appelé la grande hystérie, n'ont jamais duré une semaine dans mon service. »

Les lignes qui précèdent montrent donc que, bien longtemps avant M. Gilbert Ballet, j'avais été frappé des conditions défectueuses de traitement des hystériques dans le milieu hospitalier. Non seulement j'en avais fait la remarque, mais j'avais cherché à porter remède au mal. Or, ce remède, je l'ai trouvé et appliqué depuis 1895. Il consiste à traiter les hystériques des classes pauvres de la même façon que ceux des classes aisées; il faut, eux aussi, les isoler de leur milieu et les traiter moralement, c'est-à-dire rééduquer leur raison et leur volonté (1).

CORRESPONDANCE

L'A. G. et ses filiales

Lettre de M. le Dr Lepage.

En réponse à notre article du 10 février, nous avons reçu de M. le Dr Lepage la lettre suivante que nous nous empressons de publier, la libre discussion étant tout à fait dans les idées et les traditions de ce journal.

M. Lepage développe dans cette lettre le système qu'il a exposé devant l'Assemblée générale de la *Société centrale de l'A. G.* dont nous donnons le compte-rendu plus loin (page 172). On y trouvera précisément, dans la discussion qui a eu lieu, toutes les objections que nous avions à faire à M. Lepage.

G.

Mon cher confrère,

Dans le numéro du 10 février 1901, du *Bulletin médical*, vous avez publié, au sujet d'une proposition faite par moi au conseil général de l'A. G., un article intitulé: « La lice et sa compagne ; » ce sont, je pense, les deux vers suivants de notre bon fabuliste, auxquels vous avez voulu faire allusion:

« Laissez-leur prendre un pied chez vous,
« Ils en auront bientôt pris quatre. »

Je me demande à qui vous voulez appliquer ces deux vers, si souvent cités. Est-ce aux membres des deux Sociétés annexes, « la Caisse des retraites » et « l'Amicale » que vous reprochez d'être envahissants, de vouloir, à peine affiliés à l'A. G., détourner à leur profit une partie des revenus de l'A. G., se faire octroyer des subventions, etc. ?

N'en auraient-ils cependant pas quelque peu le droit si la majorité des membres de l'A. G. en décidait ainsi, puisque ce ne sont pas des intrus, mais qu'ils sont chez eux à l'A. G. comme ceux qui les y ont précédés. Or, vous déclarez vous-même que ni M. Maurat, président de l'Amicale, ni M. Lande, président de la Caisse des retraites, ne veulent des subventions que je demande à l'A. G. pour encourager les médecins prévoyants qui s'assurent contre la maladie ou contre le dénument de la vieillesse. Alors, si les deux Sociétés ne demandent rien et refusent,

(1) Ma méthode de traitement des hystériques à l'hôpital — isolement et psychothérapie — est appliquée à l'étranger, et en particulier à Edimbourg, par les prof. Alexander Bruce et Byrom Bramwell. Les résultats qu'ils en obtiennent sont aussi favorables que les miens.

même par la voix, peut-être imprudente, de leurs présidents, ce qu'on pourrait leur offrir, je ne vois pas bien ce que vient faire ici notre malicieux La Fontaine.

Le reproche d'être envahissant ne pourrait s'appliquer qu'à moi ; or, veuillez remarquer que, comme la plupart des membres de l'Amicale et de la Caisse des retraites, je fais depuis plus longtemps partie de l'A. G. que de l'Amicale. Membre de la Société centrale des médecins de France, depuis plus de dix ans, je n'y suis pas un nouveau venu et, comme tout membre de cette famille médicale, j'ai le droit et même le devoir de dire ce que je juge utile — à tort peut-être — à son développement et à son avenir. De votre article, on pourrait conclure que, si je fais des propositions si favorables aux caisses annexes, c'est que j'appartiens à « leurs état-majors » : précisons. Je fais partie — sans l'avoir aucunement sollicité — du Conseil général de l'A. G., et c'est comme délégué de ce conseil, et non pas comme élu par les adhérents de la Caisse indemnité-maladie, que je figure comme membre de droit au Bureau de l'Amicale; quant à la Caisse des retraites, je n'en suis pas membre (j'y adhérerai sans doute prochainement), je n'appartiens donc pas au comité de cette Association.

La *critique* sommaire que vous avez faite de mon projet sans en rappeler les considérants, m'engage à le *discuter* devant les lecteurs de votre journal et à résumer quelques-unes des raisons qui peuvent être invoquées en sa faveur. Vous ne leur avez dit, en effet, que les motifs qui doivent faire rejeter les propositions que j'ai faites en affirmant que « les Sociétés filiales n'en veulent pas » alors qu'il n'y a encore que quelques-unes qui les aient discutées. Si j'ai fait ces propositions, c'est, au fond, plus dans l'intérêt moral et pécuniaire de l'Association elle-même que dans celui des Caisses *annexes* (quoi que vous en pensiez, je préfère cette dénomination à celle, moins élégante, de caisses *rattachées*). Par une singulière contradiction vous exposez vous-même, en termes excellents, pourquoi « depuis nombre d'années, le recrutement de l'A. G. était devenu difficile », et vous combattez, cependant, mon projet qui, certainement, engagerait les jeunes médecins à devenir membre de cette association! Le médecin d'aujourd'hui — réduit, par des causes multiples à la portion congrue — éprouve le besoin, non pas tant d'obtenir de ses pairs, en cas d'infirmité ou de vieillesse, un secours éventuel, que de *s'assurer* une indemnité en cas de maladie ou une retraite pour la vieillesse. La tendance des jeunes générations est d'adhérer aux associations qui donnent un *droit* plus volontiers qu'à celles qui distribuent des secours. Si donc, l'A. G. veut continuer à prospérer et à obtenir l'adhésion de la presque totalité des médecins français, elle doit, tout en gardant son orientation ancienne, tout en continuant à distribuer des pensions, encourager le plus possible, *par une contribution pécuniaire*, les médecins à adhérer aux Caisses de prévoyance. En agissant ainsi, elle grèvera peut-être les budgets prochains, mais elle allégera, pour l'avenir, les charges de plus en plus lourdes qui lui incomberont (allocations pour les médecins malades ou infirmes avant l'âge, pensions pour les vieillards dénués de toute ressource, etc.)

D'ailleurs l'A. G. ne doit pas veiller seulement aux intérêts matériels, mais aussi aux intérêts moraux de la profession. Or, le médecin moderne sait si bien l'impossibilité dans laquelle il se trouve de gagner assez d'argent pour se constituer quelques rentes sur ses vieux jours, qu'il cherche de tous les côtés à s'assurer une retraite : c'est ce qui explique, comme je l'ai dit dans mon projet, le succès « de certaines caisses de droit qui ne sont alimentées que par des bénéfices — à notre avis illicites — retirés des remises faites par des marchands d'eaux minérales, de spécialités pharmaceutiques, etc. Le succès de ces œuvres, dont le but est excellent, mais dont les procédés sont contraires aux principes de la déontologie et nuisibles à l'avenir même du corps médical, ce succès doit engager l'Association générale à favoriser de tout son pouvoir, *moralement* et *pécuniairement*, la Caisse des retraites qui lui est affiliée. »

L'Association a donc le devoir d'encourager de toutes ses forces les associations qui restent dans la bonne voie, comme l'Amicale et la Caisse des retraites du Corps médical français; en facilitant pécuniairement aux médecins la participation à ces Caisses, elle fera œuvre de prophylaxie, non seulement pour ses propres finances, mais aussi pour la moralité du corps médical.

Vous faites ressortir que, ni le président de l'Amicale, ni le président de la Caisse des retraites ne veulent « des présents » que je voudrais leur offrir aux frais de l'A. G. ; vous avez omis de citer la réponse que j'ai faite à ce que vous appelez la « protestation de M. Lande. » M. Lande ne veut pas d'une subvention aux Sociétés, mais il n'est pas éloigné d'accepter une subvention pour les sociétaires; il la croit cependant inutile, et objecte que les médecins assez riches pour payer leur cotisation à la Caisse des retraites, paieraient sans difficulté une surprime destinée à rendre remboursable, en cas de décès, le capital versé sous forme de primes annuelles. Je lui ai répondu qu'à mon avis le budget du médecin n'était pas aussi élastique qu'il le pensait, et que l'adhérent à la Caisse qui arrive péniblement à payer sa prime, serait encore plus gêné pour payer la surprime, quelque modique qu'elle soit, qu'en d'autres termes le sociétaire qui paie 100 francs, non sans rechigner, trouvera encore plus onéreux de payer 110 fr. Quant à M. Maurat, je ne sais pour quelles raisons il repousserait mon projet : je lui ai maintes fois entendu dire que si l'Amicale ne recrutait pas un nombre plus considérable d'adhérents, c'est que beaucoup de médecins se trouvent dans l'impossibilité de prélever, sur leur maigre budget, les cotisations relativement élevées nécessaires pour s'assurer contre la maladie ou la vieillesse. En admettant même, avec vous, que ces deux honorables Présidents soient hostiles à mon projet, je ne pense pas que, s'il venait à être adopté par l'Assemblée générale, ils protesteraient contre les avantages qui en résulteraient pour les adhérents des Sociétés qu'ils dirigent avec autant de zèle que de succès. Il est, en tout cas, certain que les membres de ces Sociétés ne suivraient pas leurs présidents dans ce dédain inexplicable du vil métal offert par l'A. G.

Malgré les craintes que vous inspirent mes projets, nous ne sommes cependant pas loin de nous entendre, puisque vous admettez que l'A. G. s'est engagée, vis-à-vis des deux Sociétés filiales, « à leur payer les cotisations des membres qui ne pourraient effectuer leurs versements. »

Pensez-vous que l'A. G. serait en mesure de faire face à de tels engagements si un grand nombre des membres de l'Amicale et de la Caisse des retraites se déclaraient dans l'impossibilité de payer partie ou totalité de leurs cotisations? Vous semblez, du reste, avoir compris quels dangers de tels engagements pourraient faire courir aux finances de l'A.G., puisque vous vous ralliez aux décisions prises, non pas comme vous le dites, par la Société, mais par la commission administrative de la Société du Loiret. Cette commission n'a pas rejeté mon projet, elle l'a restreint, elle l'a amendé, elle veut que les subventions ne soient accordées « qu'aux seuls membres dont la situation gênée aura été appréciée par la commission administrative des Sociétés locales dont ils font partie. »

Examinons cet amendement : au point de vue pécuniaire, il est évident qu'en ce qui concerne l'Amicale, il constitue une diminution de charge pour l'A. G., puisque la commission administrative du Loiret limite à certains membres le remboursement total ou partiel de la cotisation, alors que je demande le remboursement à tous les membres ayant été malades pendant plus de deux ou de six mois dans une année. Quant à la Caisse des retraites, la solution adoptée par la commission administrative du Loiret entraînerait pour l'A. G. des charges plus lourdes que la mienne pour la caisse de l'A. G. ; elle prévoit, en effet, non seulement le paiement de « la surprime pour la contre-assurance, » mais des subventions « représentant tout ou partie de la cotisation annuelle. » De tels engagements peuvent entraîner loin, tandis que dans mon projet, en ce qui concerne la Caisse des retraites, je limitais à une certaine somme, fixée pour chaque année, la subvention globale destinée à payer une partie des surprimes et devant être répartie entre tous les adhérents.

En admettant, ce qui n'est pas démontré, que l'amendement présenté par la Commission administrative du Loiret ménage plus que mon projet les finances de l'A. G., son application présentera, dans la pratique, des difficultés sérieuses. Il faudra que le sociétaire intéressé, souvent encore dans la force de l'âge et en pleine activité professionnelle, vienne confier à ses pairs — dont quelques-uns sont ses concurrents directs — qu'il est dans une situation gênée; il faudra qu'il fournisse à ses confrères voisins les détails précis sur sa situation pécuniaire pour leur démontrer qu'il ne peut arriver à faire face à ses affaires! Combien, parmi les médecins, se résoudront à une telle humiliation, plus nuisible à leur situation que ne leur sera utile la faible subvention accordée par l'A. G.! La Commission administrative du Loiret ne sait-elle donc pas combien certains sociétaires âgés, bien qu'ils soient retirés de la lutte médicale, hésitent, par un sentiment de dignité fort respectable, à faire connaître leur dénuement à leurs confrères? Ne sait-elle pas que, souvent, ce sont des confrères amis qui prennent sur eux d'adresser à la Société locale et au Conseil général une demande de pension pour un vieux médecin n'ayant plus aucune ressource pécuniaire? Je crains donc fort que si mon projet était modifié dans le sens qu'indique la Commission administrative du Loiret, il ne donne pas d'effets réellement utiles. Sans doute, comme vous le dites, le but principal de l'A. G. est l'assistance des confrères malheureux; ce n'est pas le seul. Elle doit s'efforcer de les empêcher de devenir malheureux, de tomber dans la misère en encourageant leur prévoyance : tel est le but que vise mon projet et non pas, croyez-le bien, la satisfaction d'intérêts particuliers.

A la prochaine assemblée de l'A. G., ce projet sera soumis à la discussion des délégués des Sociétés locales : malgré les objections qu'il soulève, je ne désespère pas qu'il soit adopté dans ses grandes lignes, avec des modifications plus ou moins importantes. Je vous remercie en tout cas, sincèrement, de m'avoir, par votre article, fourni l'occasion de le défendre devant vos lecteurs, au risque d'abuser de leur patience et de l'hospitalité du *Bulletin médical*.

Veuillez agréer, etc.

G. Lepage.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Assemblée générale de la Société centrale de l'A. G.

Le dimanche 22 février, la Société centrale de l'A. G. a tenu son assemblée générale annuelle dans la « salle des concours de l'Assistance publique » (ancienne Académie de médecine). L'ordre du jour était le suivant :

1° Allocution du Président;

2° Rapport du Secrétaire;

3° Compte-rendu du Trésorier;

4° Ratification des admissions faites dans l'année;

5° Election de onze membres de la Commission administrative en remplacement de dix membres sortants et d'un membre décédé;

6° Examen des vœux renvoyés à l'étude des Sociétés unies.

Les cinq premiers numéros se sont déroulés avec le calme et le peu d'imprévu habituels. Nous ne nous y arrêterons pas. Mais l'examen des vœux renvoyés à l'étude des Sociétés unies a été le point de départ de discussions intéressantes, dans lesquelles ont été abordées des questions de haute importance pour le corps médical; aussi croyons-nous devoir donner à nos lecteurs le compte-rendu de cette séance.

Service militaire des étudiants en médecine.

M. Bucquoy. — Nous sommes appelés à nous prononcer sur le vœu suivant :

Les docteurs en médecine, ou étudiants en médecine munis de douze inscriptions, après avoir été soumis à l'instruction militaire, seront mis à la disposition du service de santé comme médecins auxiliaires.

M. Granjux. — Ce texte n'est, en réalité, que la demande du maintien du *statu quo* quant au mode d'emploi des étudiants en médecine pendant la durée de leur service militaire. Mais il a, à mon sens, le tort d'être incomplet en n'indiquant pas que, dans la loi de deux ans, la suppression de la dispense dont bénéficiaient précédemment les étudiants en médecine devrait entraîner la mise en sursis de ces étudiants jusqu'à la fin de leur scolarité, et cela pour les raisons multiples que voici :

Au point de vue de la valeur des études médicales, il y a tout intérêt à ce qu'elles ne soient pas interrompues pendant deux années.

Mais — et ceci a bien plus d'importance dans l'espèce — il est capital, pour l'armée, que l'on ne continue pas à instruire et employer son futur personnel de santé de réserve, pendant ses deux années de service, comme infirmiers — métier qu'il n'aura pas à exercer à la mobilisation — mais comme rouage médical, puisqu'en cas de guerre c'est comme tel qu'il servira. On satisferait ainsi à cette nécessité primordiale de la défense militaire : « préparer, dès le temps de paix, chaque unité au service qui lui incombe au cas de guerre » — obligation qui n'est pas remplie pour les médecins de réserve.

De plus, l'incorporation des étudiants après leur réception au doctorat, aurait l'avantage de donner à l'armée deux classes de plus de médecins de réserve, alors que le nombre de ces médecins est — la chose est bien connue — inférieur aux besoins du service de santé.

Ce système, qui fonctionne depuis longtemps dans l'armée allemande, a fait ses preuves : au point de vue militaire, aucun ne lui est comparable.

M. Brouardel. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Granjux. Mais M. le médecin-inspecteur Dieu nous a dit que le texte qui vous a été soumis représentait le maximum des concessions que voulait faire le ministre de la guerre. Dans ces conditions, le Parlement n'ira pas plus loin.

M. Granjux. — M. le médecin inspecteur Dieu n'est plus à la tête de la 7e Direction. Il a été remplacé par M. le médecin inspecteur Catteau, qui peut avoir, sur le point en question, des vues différentes.

En outre, nous avons au Parlement des confrères qui s'intéressent à cette question si grave. Il y a, notamment, au Sénat, des médecins autorisés et écoutés, qui ont souvent bataillé pour nous. Si l'A. G. émettait un vœu dans le sens que j'indique, il peut se faire que nos confrères sénateurs le défendent à la Chambre Haute.

En tout cas, il me semble que l'A. G. a intérêt à exprimer ce qu'elle croit être nécessaire au bien public, alors même que son vœu ne devrait pas être adopté.

M. Lereboullet. — Je suis également de l'avis de M. Granjux, mais je dois déclarer qu'à la suite de mes articles dans le journal *Le Temps*, le président de la Commission, qui était M. Dreyfus, m'a écrit que la mise en sursis des étudiants en médecine entraînerait, dans la mobilisation, une perturbation telle qu'on devait écarter cette idée.

M. Granjux. — Ce qui se passe en Allemagne répond, par avance, à ce qu'a dit M. Dreyfus. J'ajouterai que j'ai pris — alors que j'étais sous-directeur au ministère de la guerre — une part des plus actives aux choses de la mobilisation, et que je ne vois pas quel trouble résulterait, pour la mobilisation, de l'ajournement des étudiants en médecine jusqu'à leur réception au doctorat. Il est bien entendu qu'une limite d'âge serait imposée. Je n'ai pas insisté sur ce point, parce que c'est la condition *sine quâ non*.

Il y a, en outre, en faveur de l'adoption du système que je préconise, une raison capitale : je veux parler de l'économie qui en résulterait pour le budget.

A l'heure actuelle, le corps de santé est obligé d'avoir, pour assurer les services en sous-ordre, un nombre considérable d'aides-majors ([illegible]) et de médecins-majors de 2e classe (510). Et, malgré cela, la garde n'est pas assurée dans les hôpitaux militaires. Or, le jour où l'on appellera, non plus les étudiants, mais les docteurs en médecine, on pourra, après un laps de temps employé à leur instruction militaire, leur confier les services en sous-ordre et réduire, par suite, les cadres subalternes du corps de santé, qui seraient ramenés aux chiffres suffisants pour assurer le recrutement des cadres supérieurs. Tout le monde y trouverait son profit : nos confrères de l'armée ne végéteraient plus de longues années dans des grades subalternes; les médecins de réserve apprendraient leur métier; et le budget serait soulagé.

M. Bouloumié. — Ce qui se passe dans les armées allemande et autrichienne confirme tous les avantages du système que défend M. Granjux.

M. Bucquoy. — Il y a là deux questions distinctes : le vœu de la Société de l'Aveyron, dont nous sommes saisis, et la proposition de M. Granjux.

M. Brouardel. — Nous pourrions voter le vœu de l'Aveyron et le faire suivre du texte suivant, proposé par M. Granjux :

Toutefois, la Société Centrale considère que ce vœu est un minimum et demande que, dans la loi de deux ans, soit inscrit le principe d'un sursis permettant aux étudiants en médecine de terminer leur scolarité avant leur appel sous les drapeaux.

En effet, en incorporant, non plus des étudiants, mais des docteurs, les études médicales, n'étant plus interrompues par les deux années de service militaire, gagneraient en valeur.

En outre, en cas de mobilisation, les deux classes de médecins faisant leur temps de service pourraient être utilisées comme « médecins de réserve » — dont le service de santé manque » — tandis qu'avec les errements en vigueur, les deux classes d'étudiants ne fourniraient que des infirmiers et quelques médecins auxiliaires.

Enfin, le service actuel des médecins militaires en sous-ordre pourrait être assuré par les médecins civils incorporés, et les aides-majors et les médecins aides-majors de 2e classe existants pourraient être réduits aux chiffres simplement nécessaires pour alimenter les cadres supérieurs, et cela au grand bénéfice du budget.

L'Assemblée vote cette proposition à l'unanimité.

L'A. G. et ses filiales

M. Smester. — Une grave question a été débattue au Conseil général. Je m'attendais à la voir figurer à l'ordre du jour d'une des séances de la Commission administrative. Comme elle n'y a pas été traitée, je crois que nous ne pouvons clore cette séance d'Assemblée générale de la Société centrale sans en parler.

Au Conseil Général, récemment, le Dr Lepage a soulevé la question des *subventions* à donner aux deux caisses affiliées. Il demandait une subvention pour l'Amicale, et une pour la Caisse de retraites.

Cette demande, bien que partant d'un sentiment de louable générosité, m'oblige à refaire l'historique de ce qui s'est passé à l'avenue Victoria, et, plus tard, à la Faculté de médecine.

Lorsqu'il s'est agi de faire l'affiliation des deux sociétés à l'A. G., un très grand nombre de médecins étaient opposés à cette agrégation. Moi-même j'y étais opposé, bien que partisan résolu des œuvres de prévoyance. Et si j'ai voté le rattachement, c'est pour un certain nombre de raisons, trop longues à vous exposer. Cependant, j'ai cru devoir en causer avec notre Secrétaire Général, et je suis très heureux qu'il soit au milieu de nous au moment où je vais rappeler notre conversation. Je lui ai dit, avant l'entrée en séance — il doit s'en souvenir — : « Dans la séance de l'Amicale qui a eu lieu pour traiter du rattachement à l'A. G., le président a prononcé ces paroles graves : « Outre la suppression d'une concurrence « dangereuse, qui a bien sa valeur, les « *subventions*, qui ne seront pas réduites, « croyez-le bien, au payement de quel- « ques cotisations en retard, pourront, en « *enrichissant* notre caisse... » (1). J'ajoutai : Si cette convention était admise, ce serait la ruine de l'A. G.

Après la réponse que me fit notre sympathique secrétaire général, je ne crus pas devoir prendre la parole sur cette question, d'autant plus que les présidents des deux caisses à rattacher, comprenant que l'union serait impossible s'ils maintenaient cette prétention, vinrent déclarer, l'un et l'autre, que non seulement ils ne demandaient pas de *subventions*, mais que, dès maintenant, ils les refusaient (2).

Jugez donc de ma surprise quand j'ai vu réparaître cette demande de subvention globale au Conseil général.

La question, en assemblée générale, avait été tranchée, et nettement tranchée; il ne fallait pas la faire revivre sous une autre forme, d'autant plus que les deux principaux intéressés avaient refusé ces subventions. Notre ami Lepage ne saurait être plus royaliste que le roi.

D'ailleurs, il avait été admis, et cela est de toute justice, que l'A. G. viendrait en aide individuellement à ceux des membres des deux Caisses qui, empêchés par la maladie ou une gêne momentanée, ne pourraient payer leur cotisation — bien entendu *en tenant compte de l'état des finances de l'A. G.*

Une autre question, à ce propos, a été agitée. Les partisans du rattachement ont avancé qu'en venant en aide aux membres des deux Caisses, l'A. G. allégerait ses charges. Cela voulait dire qu'un médecin, ayant atteint l'âge de la retraite et recevant son annuité de la Caisse de R. du C. M. F., n'aurait pas à faire appel à l'A. G.

Cette théorie a soulevé de justes protestations, et le cumul a été voté *de plano*. Voici ce que ce vote signifiait. Si un médecin, assuré à la Caisse de R. du C.M.F., était malheureux le jour où il aurait droit à sa retraite, il conserverait tous ses titres à l'obtention d'une pension de l'A.G.

Cela est de toute justice et de toute équité. Il serait souverainement inique de priver un confrère âgé et malheureux membre depuis longtemps de l'A G., d'une pension de secours, sous prétexte qu'il a fait acte de prévoyance et qu'il touche une pension de retraite. Agir ainsi serait agir très légèrement, et contre les intérêts mêmes de l'A. G., qui ne recruterait plus de membres, que ceux qui, voulant faire partie d'une des deux Caisses rattachées, seraient forcés de demander leur admission à l'A. G.

Je demande donc que nous respections le cumul, et que nous refusions les subventions globales, en nous en tenant à la promesse faite et acceptée en assemblée générale, de venir en aide à ceux des membres des caisses annexes qui rentreraient dans les conditions fixées par notre secrétaire.

M. Lepage expose les idées directrices de son projet, qui sont détaillées dans la lettre que nous avons donnée page 170.

M. Smester. — La pensée qui a dicté la proposition de notre confrère Lepage est des plus généreuses, sans aucun doute. Mais j'affirme — et quand j'affirme quelque chose, je vous prie de croire, mes chers confrères, que j'en suis absolument certain et que j'en prends l'entière responsabilité — j'affirme que le président de l'Amicale a parlé de *subventions* devant *enrichir* la caisse de l'Amicale, et qu'en séance, les deux présidents de l'Amicale et de la Caisse de retraite les ont non moins formellement refusées. C'est, d'ailleurs, à cette condition que s'est fait le rattachement.

M. Crequy. — M. Lepage a parlé d'aumône. On n'en donne pas dans notre Association. Ceux de nos confrères qui recourent à elle sont dans la situation de sinistrés qui s'adressent à la Compagnie d'assurances avec laquelle ils ont un traité.

M. Granjux. — Nous sommes tous d'accord pour engager les médecins à faire acte de prévoyance, à se prémunir contre la maladie et la vieillesse. Nous sommes tous d'accord pour affirmer que l'A. G. doit aider ceux de ses membres qui font partie des deux filiales. Le désaccord avec M. Lepage — dont les sentiments généreux ne sont mis en doute par personne — porte donc, non pas sur le but, mais sur les voies et moyens.

A l'heure actuelle, nous sommes engagés avec nos deux filiales par la promesse que nous payerions les cotisations de leurs adhérents n'étant plus en mesure de le faire. Ce contrat nous lie de part et d'autre, et comme ces deux Sociétés refusent les subventions, la continuation du *modus vivendi* actuel s'impose.

Les motifs pour lesquels M. Lepage propose de modifier notre contribution financière vis-à-vis des deux Sociétés sont les suivants :

1° La crainte que notre substitution aux sociétaires ne pouvant plus payer leurs cotisations n'entraîne l'A. G. dans des dépenses supérieures à ses ressources. Mais jusqu'à ce jour — notre trésorier l'a dit tout à l'heure — rien de pareil n'a eu lieu et ne semble devoir être redouté. Du reste, *a priori*, on pouvait penser qu'il en serait ainsi, car l'entrée des « prévoyants » dans une Société d'as-

(1) Association amicale. (Assemblée du 17 mars 1901, page 5. Imprim. Daix frères, Clermont, Oise.)

(2) M. Lande : « M. Maurat me disait récemment qu'il refusait toute subvention pour l'Amicale. J'ai dit : je ne veux pas de subvention. » (*Annuaire* 1901-1902, page 232, ligne 22 et suivantes.)

sistance ne doit pas augmenter les charges de cette Société.

2° La pensee que la commission des pensions se montrera plus sévère vis-a-vis des membres de l'A. G. qui jouiraient d'une pension au titre de la Caisse des retraites du corps médical français, et ne voudra pas du cumul des deux pensions. Nous ne pouvons nous arrêter à cette opinion, car si la commission agissait ainsi,ce serait au mépris des engagements pris.

3° La difficulté qu'un confrère aura à faire connaître à sa Société locale sa gêne financière. Nous ne pensons pas que ce soit là un obstacle bien sérieux car nos commissions administratives ont montré, depuis bien longtemps, qu'elles avaient toute la discrétion nécessaire pour remplir ce rôle, si délicat, de confident.

La nécessité de modifier notre fonctionnement actuel ne nous semble donc pas démontrée. En tout cas, le système proposé par M. Lepage, contraire à l'esprit de nos statuts, aurait pour conséquence, s'il était adopté, de nous faire abandonner l'assistance de l'individu pour la subvention à la collectivité.

La chose nous paraît grave et dangereuse.

M. Lereboullet reconnaît que, à l'heure actuelle, l'A. G. est liée aux Sociétés filiales par des conventions dans lesquelles on a stipulé qu'il ne leur serait pas donné des subventions, mais qu'on viendrait en aide aux sociétaires ne pouvant pas payer leurs cotisations à ces deux Sociétés. Néanmoins, comme le projet Lepage permettrait par ses allocations à la Caisse de retraites de diminuer le taux de la surprime nécessitée par la contre-assurance, il se rallie au projet Lepage qu'il avait d'abord combattu.

M. Bucquoy lit l'article 1er des statuts et fait voir que ses dispositions sont contraires à celles du projet Lepage.

M. Brouardel demande que l'on ne rejette pas ce projet par la question préalable, mais que l'on continue à l'étudier.

Cette proposition est adoptée.

L'Assemblée donne ensuite son adhésion à un vœu demandant que les spécialités ne puissent être vendues sans ordonnance, et à un autre stipulant que les médecins exerçant les fonctions stipulées par la loi Roussel ne puissent être révoqués que pour fautes graves d'ordre professionnel.

L'Assemblée décide aussi que la Société centrale admettra désormais les femmes de sociétaires appartenant à des sociétés qui n'acceptent pas les femmes de médecins.

En somme, bonne journée. On a fait œuvre utile, et nous sommes d'autant plus heureux de le proclamer que, depuis quelque temps, les occasions de louer la façon dont l'A. G. est conduite étaient rares.

GRANJUX.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 février.

(Suite et fin)

Troubles urinaires chez les ataxiques

M. E. Desnos. — On sait combien sont insidieux les troubles apportés à la miction par l'ataxie au début ; ils évoluent sourdement pour aboutir tous plus ou moins vite au même terme ultime : la distension vésicale.

Aussi est-il difficile d'établir un tableau coordonné des signes initiaux des troubles et de les dépister au début, et cependant, je crois pouvoir le dire dès maintenant, il est de la plus haute importance de le faire, car l'avenir de ces malades peut dépendre d'un diagnostic précoce.

En général, le premier symptôme consiste en une hésitation particulière du départ du jet.

Cette sorte de timidité de la vessie, ce « bégaiement urinaire », est ordinairement peu marqué et ne retient pas l'attention des malades, qui se bornent à dire que leur vessie est paresseuse.

Cependant, le jet peut rester puissant pendant longtemps, mais, après un temps qui échappe, je crois, à toute détermination, il commence à faiblir, est projeté moins loin ; l'urine tombe verticalement, parfois goutte à goutte, à sa sortie du méat : les malades « urinent sur leurs chaussures. » Apparaît alors un nouveau symptôme — l'effort pour uriner, conscient ou non.

A ces symptômes, d'ordre banal dans la pathologie urinaire,s'en joignent deux autres qui, bien étudiés, sont plus caractéristiques : je veux parler de l'arrêt brusque du jet, perçu ou non par le malade. Sans doute,ce phénomène s'observe ailleurs ; il est parfois produit par l'application d'un calcul sur le col vésical, mais, là, l'obstruction s'accompagne d'une sensation douloureuse ou pénible, ou tout au moins d'une sensation de contact, tandis que l'ataxique ne remarque ordinairement l'arrêt du jet qu'en voyant que son urine ne s'écoule plus.

Un autre phénomène, plus rare, mais presque pathognomonique de l'ataxie, consiste dans l'impossibilité de provoquer le départ de l'urine, suivi d'une évacuation involontaire. Ce fait s'observe dès le début ; il est plus rarement une conséquence de la rétention.

Dans l'ordre sensitif, les phénomènes du début ne présentent pas moins de variété ; très exceptionnellement, la maladie débute par des douleurs violentes, vraiment fulgurantes, qui occupent la région vésicale en s'irradiant dans la verge ou l'urètre. Un peu plus souvent, des crises de cystalgie, parfois atroces, exaspérées par la miction qu'elles rendent fréquente, ouvrent la scène. Presque toujours les troubles sensitifs du début sont vagues, consistent en sensations mal limitées, aboutissant rapidement à une fréquence insolite des mictions, qui deviennent pénibles, difficiles, puis vraiment douloureuses. C'est à cet état imprécis qu'on a donné le nom de vessie irritable. Toutes réserves faites pour les exceptions, on doit le considérer comme un prodrome soit de l'ataxie, soit de la tuberculose,suivant l'âge du malade et les circonstances concomitantes.

D'une manière générale, ces symptômes des zones sensitive et motrice sont peu marqués au début. Il n'en est pas de même d'un phénomène qui attire de suite l'attention sur lui; c'est l'incontinence. Celle-ci semble quelquefois presque prémonitoire ou tout au moins précoce; ce n'est là qu'une apparence, car toute une période, parfois très longue et d'une durée de plusieurs mois et d'années, a pu s'écouler sans éveiller l'attention. On me permettra donc de m'appesantir quelque peu sur la modalité des pertes de l'urine chez les tabétiques.

Chez eux, ce qu'on voit désigné sous le nom d'incontinence comprend des faits de plusieurs ordres: tantôt on est en présence d'une fausse incontinence au cours d'une cystalgie ou d'une irritabilité vésicale; le malade est pris de besoins fréquents et tellement impérieux qu'il est obligé d'accomplir la miction instantanément; mais il y a acte mictionnel, avec sensation perçue et parfois douloureuse, l'urine ne s'écoule pas involontairement, ce n'est pas là de l'incontinence. Ailleurs il s'agit d'un relâchement du sphincter vésical, d'une paralysie plus ou moins complète des muscles de la région sphinctérienne, et l'urine s'échappe sans que le malade en ait conscience, d'autant plus qu'elle est parfois projetée par des contractions irrégulières et spasmodiques du corps de la vessie. Cette forme, la plus rare, est celle du début, l'incontinence post-mictionnelle, sur laquelle j'ai déjà insisté. Mais dans la majorité des cas l'incontinence des tabétiques est due à la rétention et à la distension de la vessie, une véritable incontinence par regorgement, comparable dans ses formes et ses indications thérapeutiques à celle des prostatiques.

Si l'examen du malade a permis de constater des signes manifestes du tabes, la nature des troubles urinaires est de suite élucidée ; mais s'il n'y a nulle part de symptômes pathognomoniques, c'est par la recherche des signes physiques que se fera le diagnostic différentiel d'avec les affections dont la symptomatologie est similaire à celle des troubles urinaires des ataxiques, telles que le rétrécissement de l'urètre, l'hypertrophie de la prostate, les cystites et les infections vésicales.

L'avenir d'un malade atteint de troubles urinaires d'origine tabétique dépend d'un diagnostic précoce. Les phénomènes prémonitoires sont ici providentiels et permettent de protéger les autres appareils de l'économie. Appliqués en temps utile et avec discernement, les moyens

thérapeutiques dont nous disposons ont une grande efficacité contre les accidents urinaires des diabétiques, dont beaucoup n'arrivent pas à la dernière période, à la période dangereuse, c'est-à-dire à la rétention. Presque toute la thérapeutique est là : à la première période, empêcher la rétention de se produire ; plus tard, l'empêcher de déterminer les lésions ascendantes qui menacent l'économie tout entière.

Pour me résumer, j'insisterai, en terminant, sur ce fait que l'incontinence des tabétiques est, à mon avis, bien moins souvent produite par une paralysie primitive de la vessie que par un regorgement dû à la distension vésicale. Celle-ci, à bien des égards semblable à celle des prostatiques, présente des dangers d'infection encore plus grands et est justiciable d'une thérapeutique analogue.

M. Mathieu. — La communication de M. Desnos est fort intéressante et dépasse les limites du domaine des voies urinaires, car elle nous apprend à dépister de bonne heure le tabes et nous permet, dans les cas douteux, avec manifestations gastriques, par exemple, de faire un diagnostic que l'étude des troubles stomacaux seuls eût rendu difficile.

Etude sur le terrain tuberculeux

M. E. Berlioz. — La thérapeutique des maladies infectieuses a changé son fusil d'épaule. Après s'être acharnée directement contre le bacille, et avoir reconnu l'inanité de son attaque, elle tâche de rendre la place inhabitable pour lui en soutenant les défenses de la citadelle, de l'organisme.

Pour élucider les troubles que peut provoquer dans la nutrition une maladie chronique comme la tuberculose, il faut se placer dans certaines conditions d'observation. Ainsi les urines d'un phtisique cachectique ne sauraient, à mon sens, donner une idée du trouble nutritif engendré par la maladie, toutes les cachexies conduisant à des troubles à peu près semblables.

J'ai donc pris mes observations dans un milieu qui me paraissait favorable à l'étude de la question, dans un dispensaire antituberculeux.

Les malades qui y viennent consulter sont plus ou moins profondément atteints, mais ils vivent de la vie commune, vont à leur travail, à leurs occupations, dont ils sont capables de supporter les fatigues. Si donc ces malades présentent un trouble de nutrition, ce trouble aura une signification plus valable que celui que l'on peut observer à l'hôpital chez le phtisique qui n'y entre, le plus souvent, que miné par la misère, la fièvre et la cachexie.

Mes observations concernent 20 phtisiques, dont 7 à la première période, 12 à la seconde et 1 à la troisième.

L'étude des urines de ces malades nous met en présence de ces deux faits : d'une part, le *ralentissement des échanges urinaires*, d'autre part, *l'accélération des échanges respiratoires*. D'où proviennent ces deux phénomènes opposés ? Comment faut-il les interpréter ? Sont-ils indépendants ou subordonnés l'un à l'autre ? Dans ce dernier cas, quel est celui qui dépend de l'autre ? Voilà autant de questions qu'il serait intéressant de résoudre, mais, en vérité, j'avoue mon embarras.

M. Bardet. — Je remarquerai la contradiction absolue des conclusions de notre collègue avec les faits avancés par tous les cliniciens, à savoir : la déminéralisation considérable du tuberculeux.

Dire qu'un sujet n'est pas déminéralisé parce que l'excrétion saline est, en poids, au-dessous de la normale, n'est pas permis ; car, pour perdre, il faut avoir, et les déminéralisés arrivent toujours à une période où la pénurie saline des plasmas et protoplasmas est telle qu'ils ne peuvent plus perdre de sels.

Pour les tuberculeux de M. Berlioz, je suis convaincu qu'il en était ainsi : notre collègue nous parle des trois périodes classiques de la tuberculose, mais c'est là un schéma incomplet ; il faut ajouter aujourd'hui une période des plus importantes, celle de la *prétuberculose*, la plus importante justement au point de vue où se place M. Berlioz, puisque c'est alors que se prépare le terrain. Or, M. Albert Robin, dans ses travaux antérieurs, si complets, nous a démontré que, dans la prétuberculose, les sujets se trouvent déminéralisés dans des conditions surprenantes.

M. Barbier. — Dans un pareil travail, il importe de bien spécifier les malades sur lesquels on opère. Il y a, en effet, une différence au point de vue de la nutrition entre les prétuberculeux, les phtisiques avérés et les phtisiques cachectiques.

M. A. Robin. — Je ne suis pas du tout de l'avis de M. Berlioz, et je crois, au contraire, que les tuberculeux sont des êtres qui sont toujours en instance de déminéralisation. Le coefficient de déminéralisation est, en moyenne, plus élevé chez les prétuberculeux et dans les premiers degrés de la tuberculose ; il diminue dans la seconde période et s'abaisse de plus en plus avec les progrès de la maladie pour arriver au minimum à la période cachectique. Les tuberculeux, en effet, n'ont plus rien à perdre à ce moment.

M. Berlioz. — Les malades de nos observations sont exclusivement des individus vaquant à leurs occupations habituelles à des périodes variables de leur maladie, mais nullement cachectiques.

Nous souhaitons seulement que nos analyses fournissent un élément d'appréciation pour l'étude du terrain tuberculeux : elles ont été faites avec grand soin et on faisait toujours le départ des éléments minéraux totaux d'avec le chlorure de sodium qui, pour nous, passe dans l'organisme sans y jouer un rôle important au point de vue de la déminéralisation, et doit être mis à part.

V. DE H.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février.

Le cancer. Etiologie. Traitement

Sous ce titre, **M. Doyen** fait une communication qui peut être résumée ainsi :

On trouve, dans les tissus cancéreux à développement rapide, un microbe particulier, toujours le même, le « micrococcus néoformans. »

Ce microbe, que j'ai entrevu en 1886 et décrit en 1901 dans une lecture à l'Académie de médecine, est une espèce inconnue jusqu'ici.

On le cultive sur du bouillon de mamelle de vache peptonisé et glycosé.

L'inoculation aux animaux de cultures virulentes a déterminé le développement de tumeurs de types variés, dont plusieurs cancers, qui ont occasionné la mort.

Les cultures peuvent être modifiées sensiblement par le passage dans différentes espèces animales, notamment le lapin, le cobaye, le rat blanc, la souris blanche.

Ce microbe est très sensible à l'action du chlorhydrate de quinine, de l'acide cacodylique et de l'acide méthylarsenique, ainsi qu'aux températures supérieures à 40°.

M. Doyen dit avoir obtenu, par ces différentes actions biologiques, chimiques et physiques, des cultures de virulence exagérée ou de virulence atténuée, ces dernières pouvant servir de vaccins.

Les toxines du *micrococcus neoformans* exigent, pour acquérir toute leur activité, huit mois de culture ; on les modifie par l'action des mêmes agents physiques et chimiques.

Le traitement du cancer par les vaccins et les toxines ainsi préparés est expérimenté par M. Doyen depuis janvier 1901.

Le traitement est très délicat et doit être modifié suivant la nature et l'évolution de chaque tumeur maligne.

Le nombre des cas traités par M. Doyen était, au 25 janvier 1904, de 126. Certaines guérisons de cas considérés comme incurables, dit-il, remontent, actuellement, à plus d'un an et même à deux et trois ans.

M. le médecin inspecteur Vaillard a été élu membre titulaire dans la section d'hygiène publique par 62 voix sur 71 votants.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Emploi d'une pince pour l'introduction aseptique de sondes molles dans l'urètre

Pour introduire une sonde molle dans l'urètre, on est obligé de pousser l'instrument avec les doigts et, pour ce faire, de le saisir près des parties qui doivent pénétrer successivement dans le canal. C'est là une manœuvre qui n'est assurément pas aseptique, surtout si le cathétérisme est pratiqué par le malade lui-même. Aussi M. J. Swiatecki (*Centralbl. f. Chir.*, 20 février 1904) recommande-t-il de se servir, à cet effet, d'une pince au lieu de doigts, procédé qui est actuellement en usage dans le service de chirurgie de M. Krajewski, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie.

La technique en est la même, que ce soit le chirurgien ou le malade qui opèrent.

On tient d'abord l'instrument près de son pavillon, de la main gauche, et on l'enduit de vaseline aseptique au moyen d'une pince stérilisée (une pince gynécologique est préférable, à cause de sa longueur). Ceci fait, on prend, dans la main droite, le pavillon de la sonde et le manche de la pince avec laquelle on saisit la sonde à proximité de son bout qui doit être introduit dans l'urètre, la main gauche étant dès lors libérée et prête à maintenir la verge et à écarter les lèvres du méat urinaire (les petites lèvres chez la femme). La sonde et la pince tenues de la main droite font corps ensemble, la sonde représentant un arc et la pince figurant la corde de cet arc. Rien de plus facile, maintenant, que de faire pénétrer, par le méat, d'abord l'extrémité libre, puis les autres parties de la sonde en jouant simplement de la pince.

Procédé simplifié de greffe à la Thiersch

M. Gottignies (*Journ. méd. de Bruxelles*, 18 février 1904) fait connaître deux points de technique particuliers au professeur Depage, dans l'emploi de greffes d'après la méthode de Thiersch, qui s'en trouve ainsi simplifiée.

Le premier point vise à faciliter la récolte des lanières de greffes. On sait que, pour se procurer ces lanières, on procède généralement de la façon que voici :

La peau de la cuisse étant bien tendue, soit au moyen des mains, soit au moyen d'instruments spéciaux (rateau de Mac Burney), on applique le rasoir bien à plat à la partie supérieure de la bande cutanée tendue et, en exerçant une légère pression, on fait exécuter à l'instrument un mouvement de va et vient.

Or, pour éviter les adhérences entre le rasoir et la peau, M. Depage a l'habitude d'enduire la cuisse de quelques centimètres cubes de paraffine liquide stérilisée, ce qui facilite beaucoup le glissement de l'instrument. On n'observerait jamais l'inconvénient du défaut d'adhérence entre les greffes et la surface cruentée à recouvrir à la suite de l'emploi de corps gras, comme l'ont rapporté quelques auteurs.

Le second point à noter est la rareté des pansements. Thiersch recommande de faire le pansement de la plaie tous les deux jours, afin d'entretenir la vitalité des greffes en les plaçant dans une atmosphère humide de sérum artificiel. Ce pansement se fait en huilant tout d'abord les alentours de la plaie; des bandelettes protective, imbibées de sérum, sont ensuite étalées sur les greffes, puis une couche de coton, lui-même imbibé de sérum, une dernière couche de protective et, enfin, du coton sec, le tout bien fixé par des tours de bandes. Comme on le voit, ce pansement est assez compliqué et demande beaucoup de soins.

D'autres chirurgiens ont recours aux pansements antiseptiques, renouvelés assez fréquemment : tampons de coton imbibés de vaseline iodoformée ou boriquée, bandelettes de papier argenté.

Suivant l'opinion de M. Depage, ces pansements, compliqués et fréquents, ne sont nullement nécessaires. Ce n'est pas le sérum qui imbibe le pansement qui peut entretenir la vitalité des greffes; une fois que celles-ci sont bien adhérentes à la surface cruentée — et cela se fait au bout de quarante-huit heures — elles se nourrissent par la surface du derme qu'elles recouvrent.

Un simple gâteau de compresses imbibées de sérum artificiel, une couche de coton, le tout bien fixé par des tours de bande, tel est le pansement très simple qui a toujours donné les meilleurs résultats à M. Depage.

Ce pansement est laissé ainsi pendant dix à douze jours et, quand il est levé, on trouve, la plupart du temps, toutes les greffes complètement prises et bien adhérentes.

Les soins consécutifs à l'opération sont donc pour ainsi dire supprimés.

Œdème lymphangitique, à poussées paroxystiques vespérales, des deux lèvres, chez un ancien syphilitique

Dans la séance du 26 janvier de la Société médico-chirurgicale du Brabant, M. Dubois-Havenith (*Presse méd. belge*, 14 février 1904) a présenté un sujet atteint d'un œdème particulier des lèvres.

Il y a huit ans, ce malade contracta une syphilis qui fut traitée énergiquement et dont les manifestations se dissipèrent. Mais, il y a deux ans, les lèvres ont commencé à se tuméfier. Elles ont acquis insensiblement le volume qu'elles ont aujourd'hui, pour ne plus jamais revenir à leurs proportions normales. Elles ont une consistance élastique, sans induration vraie. En dépit de tous les traitements antisyphilitiques, mercuriel et ioduré, leur épaississement est resté le même et leur aspect ne s'est plus modifié. Seule, l'injection de calomel n'a pas encore été tentée.

A première vue, on songe à faire de cette lésion une syphilide analogue à la syphilide œdémateuse lymphangitique de la vulve, que Fournier a si bien décrite, sorte de sclérème, de lymphangite plastique, qui dure d'ordinaire plusieurs mois et finit par céder au traitement spécifique.

S'agit-il, en réalité, d'une syphilide? L'inefficacité du traitement fait hésiter. Mais voici une particularité qui déroute encore bien davantage : tous les soirs, vers 6 ou 7 heures, les deux lèvres, l'inférieure surtout, se tuméfient au point de forcer le malade à garder la chambre. Cette tuméfaction n'est pas douloureuse, mais elle défigure trop le sujet pour lui permettre de se montrer en public.

Ces poussées paroxystiques rappellent les poussées érysipélatoïdes que l'on rencontre parfois dans certains cas d'éléphantiasis. Quelle que soit l'origine de l'œdème des lèvres chez ce sujet, l'auteur ne pense que la syphilis explique la périodicité de ces crises angio-névrotiques qui paraissent plutôt liées à un trouble de l'innervation.

Il est à remarquer que le malade dont il s'agit n'est ni fumeur, ni alcoolique. De plus, il prend des bains de bouche et use d'une pâte dentifrice au chlorate de potasse. Les dents et les gencives ont été examinées et nettoyées par le dentiste, de manière à écarter toute cause d'irritation buccale. L'œdème des lèvres n'en persiste pas moins.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION

Médecine

Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris. — MM. Carnot, Claude, Balthazard, Labbé et Macaigne.

Montpellier. — M. Ardin-Delteil.

Nancy. — MM. Richon et Hoche.

Lille. — M. Ingelrans.

Lyon. — MM. Nicolas et Charvet.

Bordeaux. — MM. Verger et Abadie.

Toulouse. — MM. Cestan et Baylac.

M. Verdun, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à ladite Faculté.

M. Folkou, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de matière médicale et botanique à ladite Faculté.

M. Maurel, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de médecine légale à ladite Faculté.

Le concours pour un poste de médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton s'est terminé par la nomination de M. Anthaume, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine.

CHIRURGIE

Les appendiculaires méconnus. De l'appendicite pelvienne

Par M. Victor PAUCHET (Amiens).

Pourquoi, actuellement encore, tant d'appendiculaires meurent ils de péritonite suppurée ou d'infection générale avec le diagnostic de grippe infectieuse, méningite, occlusion intestinale, fièvre typhoïde, péritonite de cause inconnue? Pourquoi certains medecins ne voient-ils jamais d'appendicites alors que d'autres en rencontrent souvent? Ceux-ci sont ils de meilleurs cliniciens que les premiers? Nullement. N'accusons pas l'ignorance de quelques confrères mais plutôt l'appendice lui même qui a le tort de ne pas toujours rester à la place que les anatomistes ont bien voulu lui désigner. Comprend-on, en effet, la mobilité d'un organe rudimentaire qui, sur la plupart des sujets, occupe la fosse iliaque droite et qui, *dans un tiers des cas*, remonte en arrière vers le rein ou bien se dirige à gauche en s'enroulant autour de l'iléon, ou encore descend dans le bassin pour prendre contact avec l'ovaire ou le rectum?

Etant donnée la variabilité de sa situation, l'appendice enflammé doit donner naissance à des symptômes différents.

Lorsque le vermium occupe sa place habituelle, il peut s'infecter sans crainte: la douleur au point de Mac Burney éveille l'attention du médecin et de la famille: le sac de glace ou le coup de bistouri est, sur l'heure, appliqué *loco dolenti*. Mais si le vermium n'occupe pas exactement sa place normale, tout le monde est dérouté : la douleur s'irradie d'emblée dans l'abdomen ou bien elle s'accuse à gauche, à l'ombilic, à l'hypogastre, etc. Alors la question de diagnostic reste pendante, *mais on commence par éliminer sans hésitation l'appendicite*. De cette erreur clinique résulte, 9 fois sur 10, la plus grande faute qui puisse être commise vis-à-vis d'un appendiculaire. *On le purge* et on lui *laisse absorber* du lait ou du bouillon.

Formes cliniques de l'appendicite en général. — Il y a des crises légères qui ne durent que quelques heures et passent généralement inaperçues. Il y a des crises très graves; l'intoxication imprègne alors le malade dès le début et le tue quoi qu'on fasse. Nous ne nous occuperons pas de ces cas imperceptibles ou, au contraire, désespérés. Les premiers passent inaperçus, les derniers sont heureusement très rares et sont « du ressort des pompes funèbres » plus que de la chirurgie.

Nous esquisserons en quelques lignes le tableau des formes franches habituelles que le praticien rencontre quatre-vingt dix-huit fois sur cent. Chacune de ces formes cliniques est réglée par le siège anatomique du vermium. On rencontrera donc les variétés suivantes : antérieure, rétro-cæcale, meso cœliaque, pelvienne.

La *forme antérieure* ou classique est facile à reconnaître. Elle débute par une douleur au point de Mac Burney; quelques jours plus tard le foyer se révèle nettement au-dessus de l'arcade crurale dans la fosse iliaque droite. Cette forme existe dans les deux tiers des cas; le diagnostic est aisé, le traitement chirurgical facile.

La *forme rétro-cæcale* s'accompagne d'une douleur plus en arrière, vers les lombes. La cuisse droite se fléchit par contraction réflexe du psoas, la température est élevée; l'abcès peut simuler un phlegmon péri néphrétique.

La *forme méso-cœliaque* est d'un diagnostic moins aisé. La douleur siège au-dessous de l'ombilic ou vers la fosse iliaque gauche. Elle se localise mal sous la palpation, car les anses intestinales s'interposent entre l'appendice et la paroi. La réaction péritonitique est constante. L'abcès échappe à toute exploration jusqu'au jour où il a fusé dans le bassin et où il est accessible au toucher rectal.

La *forme pelvienne* est, de toutes les formes anormales de l'appendicite, la plus fréquente. Elle est facile à reconnaître pour le clinicien qui l'a déjà observée. Le traitement est si efficace l'intervention qu'elle nécessite est tellement spéciale, que nous trouvons utile de l'étudier plus complètement.

Causes de l'appendicite pelvienne. — Ce n'est pas le moment de parler des causes de l'appendicite en général. On sait que celles-ci sont multiples. Mais il est démontré que les deux facteurs les plus constants de cette maladie sont la *grippe* et l'*alimentation carnée*.

La cause anatomique de l'appendicite pelvienne est la descente du vermium dans le bassin. L'organe est accolé à la paroi postéro-latérale droite du pelvis et, s'il s'enflamme, il produit une pelvi-péritonite, comme le ferait une salpingo-ovarite.

Anatomie pathologique des abcès pelviens. — L'abcès pelvien peut être unique; il occupe alors le Douglas, en avant du rectum, derrière la vessie chez l'homme, derrière l'utérus chez la femme. Il est séparé du reste de l'abdomen, en haut, par un toit d'adhérences qui passe au-dessus du bassin. La collection peut ne pas être exclusivement pelvienne; elle peut envoyer un prolongement vers la fosse iliaque droite — à la place habituelle des abcès appendiculaires — soit même vers la fosse iliaque gauche.

Les abcès peuvent être multiples; l'appendicite produit un abcès dans le Douglas et un autre abcès dans la fosse iliaque, sans que ces deux foyers communiquent ensemble. Si la communication existe, elle se fait parfois par un espace rétréci; la collection présente alors la forme d'un *sablier*.

En résumé : *abcès unique du Douglas* bombant vers le rectum, *abcès pelvien et iliaque* séparés ou communiquant ensemble largement ou étroitement, telle est la conséquence de l'appendicite pelvienne.

Symptômes de l'appendicite pelvienne. — 1° Symptômes généraux. — Ce sont les symptômes qui accompagnent toute appendicite : malaise; fièvre, pouvant atteindre 38, 39, 40° pendant un ou plusieurs jours; état saburral des voies digestives; constipation : tout indique une infection voisine de l'intestin.

2° Douleurs. — On peut constater, parfois, le point de Mac Burney dans le cas encore fréquent où l'infection est à la fois iliaque et pelvienne. En général, la douleur existe *ailleurs que dans la fosse iliaque droite*. Le malade la localise vaguement à l'épigastre, à l'ombilic, à la fosse iliaque gauche, à l'hypogastre; cette douleur s'accuse davantage, si on presse avec les doigts, au-dessus du pubis, vers la cavité pelvienne, et si on pratique le toucher vaginal ou rectal.

3° Phénomènes pelviens (vessie, rectum). — Le malade accuse souvent des troubles *vésicaux*, des douleurs au moment des *mictions*: parfois la rétention d'urine. Du côté du rectum, on constate de la constipation, du *ténesme*, et un peu plus tard des selles glaireuses. Le toucher rectal révèle un point douloureux et souvent de l'empâtement; au bout de quelques jours le doigt reconnaît l'existence d'un foyer qui bombe et augmenre, ou, au contraire, s'efface et entre en résolution. Le palper abdominal, combiné au toucher rectal, révèle plus nettement encore la présence d'un empâtement s'étendant de la fosse iliaque droite au fond du bassin. Tous ces renseignements fournis par le palper sont sou-

vent difficiles à recueillir. *Le ventre se défend*, le malade contracte sa paroi.

Chez les petits garçons on constate souvent une *érection* de la verge par suite de la congestion pelvienne

4° Aspect du ventre. — Le ventre paraît *remonté*; il y a tendance au météorisme, et ce ballonnement paraît dépendre surtout de la moitié inférieure de l'abdomen. Si on percute dans la zone sus-pelvienne, on provoque de la défense musculaire. Il est rare qu'une zone de matité puisse se délimiter. On trouve généralement de la sonorité ou une simple submatité. La présence des anses intestinales masquant la collection.

Pronostic de l'appendicite pelvienne. — Abandonnée à elle-même, cette maladie produit un abcès pelvien. Si ce dernier est petit et le malade bien traité, il peut se résoudre; mais, le plus souvent, le foyer suppure, s'étend et donne lieu à une collection. Celle-ci, abandonnée à elle-même, tend à s'ouvrir spontanément dans le rectum, la vessie, le vagin ou dans le *péritoine*. Cette dernière terminaison est mortelle.

L'appendicite pelvienne est donc grave, mais son pronostic est singulièrement amélioré quand le diagnostic est posé à temps et le traitement bien appliqué.

Diagnostic de l'appendicite pelvienne. — La première condition pour reconnaître cette maladie est d'y penser. Chez tout appendiculaire, depuis le début de la maladie jusqu'au jour de la guérison, on pratiquera le toucher rectal. Chez tout appendiculaire traité médicalement, chez tout appendiculaire traité chirurgicalement à chaud, on fera tous les jours le *toucher rectal*, jusqu'à la guérison complète. Chez tout malade présentant des phénomènes abdominaux susceptibles d'être causés par une appendicite non encore diagnostiquée, il faudra faire le *toucher rectal*. Il faudra répéter cette exploration plusieurs jours de suite, tant qu'un autre diagnostic n'aura pas été clairement posé.

L'appendicite pelvienne est surtout confondue avec trois affections:

a) La *salpingovarite droite*, qui s'accompagne de température peu élevée, dont la réaction péritonéale est généralement faible, qui cause une intoxication moindre de l'organisme et succède souvent à un passé génital: blennorragie, fausse-couche, poussée de péritonite antérieure.

b) L'*hématocèle péri-utérine*, qui présente un début brusque avec pâleur hémorragique de la face, pouls faible et fuyant; elle succède souvent à un arrêt des règles et s'accompagne d'un léger écoulement sanguin vaginal.

c) Le *kyste ovarique à pédicule tordu*; mais grâce à un toucher combiné à un palper méticuleux, ce kyste peut être reconnu sous forme d'une tumeur arrondie et tendue.

Traitement de l'appendice pelvienne. — Le « traitement chirurgical précoce » ne convient pas à cette variété d'appendicite. Elle est, d'ailleurs, rarement diagnostiquée pendant les 36 premières heures. En admettant même que le diagnostic précoce fut posé, l'ablation de l'organe pourrait laisser derrière elle quelques germes septiques en un point du ventre difficile à drainer. Il est donc en général indiqué d'avoir recours au traitement médical.

L'intervention « radicale tardive » ne me paraît devoir être conseillée. Voici un malade que nous voyons au quatrième ou cinquième jour de sa maladie. Le pouls est à 110, la température est à 37°, le ventre tend à se ballonner, le malade vomit. La première impression du clinicien est de poser l'indication opératoire. Eh bien, devant le jeune foyer pelvien, il y a plus de danger à intervenir qu'à attendre la formation d'un abcès ou le refroidissement. Si, en effet, nous opérons, l'incision mène en pleine cavité péritonéale; le chirurgien protège, je n'en doute pas, la grande séreuse avec de la gaze, pour rechercher l'appendice, mais, tandis que les doigts décolleront les anses vers le bassin, un jet de pus inondera la plaie. On extirpera l'organe malade; on drainera ensuite. Que va-t-il se passer? quelques malades meurent dans les 48 heures, quand les compresses ont mal isolé le champ opératoire au cours de l'intervention; d'autres présentent un état satisfaisant pendant deux ou trois jours, puis la fièvre reparaît, l'état général s'altère; le ventre se ballonne de nouveau et le malade meurt cinq, dix, quinze jours après l'intervention. A quoi attribuer cet accident? Il s'est formé une péritonite localisée du bassin: souvent un abcès pelvien qui s'est ouvert dans la péritoine. Il est si difficile de bien drainer un bassin par une incision iliaque!

Bien des malades opérés d'appendicite pelvienne guérissent toutefois. Mais alors voici comment s'opère la guérison: chez les uns, la fièvre persiste pendant deux ou trois semaines après l'opération; puis, on apprend qu'un abcès secondaire s'est vidé dans le rectum. D'autres doivent leur guérison à des soins méticuleux. Il faut, pour cela, que l'opérateur ménage par la plaie iliaque un drainage très large, dont l'extrémité inférieure aboutisse à tous les points déclives du bassin.

Chaque pansement exige de grands soins. On fait de fréquents lavages pelviens à l'eau oxygénée et le tamponnement-drainage est complètement renouvelé à chaque séance.

Somme toute, on peut dire que, souvent, pour l'appendicite pelvienne, il faut s'abstenir du traitement chirurgical pendant les huit premiers jours, et attendre la formation d'un abcès.

Du 8e au 15e jour, autrement dit pendant la seconde semaine, le *toucher rectal*, combiné au palper iliaque, fait sentir de l'empâtement ou même de la résistance. Il s'agit alors d'une collection, hypothèse que confirment, soit la température (39°, 38° et même 37°), soit les douleurs du malade. Il faut inciser cet abcès. Mais par quelle voie?

Deux cas peuvent se présenter:

1er cas: *abcès pelvien unique, perceptible par le toucher rectal*. Il faut alors dilater l'anus avec un spéculum, maintenir le rectum ouvert à l'aide d'une valve vaginale, et inciser la paroi antérieure du rectum. Le pus est évacué et un gros drain est introduit dans le foyer. Le tube sort par l'anus. Comme le malade est à la diète, il n'y a pas craindre l'entrée des matières fécales dans la plaie. Nous faisons toujours l'incision rectale, même chez la femme. Nous trouvons, en effet, que l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur pourrait provoquer l'infection de la matrice ou la production de fistules intestino-vaginales.

2e cas: *l'abcès pelvien présente un prolongement du coté de la fosse iliaque droite* ou *gauche*, Il faudra commencer par inciser de ce côté, et faire ensuite une contre-ouverture rectale. Voilà comment je procède. Je fais une incision parallèle à l'arcade crurale. J'évacue le pus. J'introduis ensuite un long clamp courbe que je dirige vers la partie déclive du bassin. Dès que celle-ci est atteinte, je prie un aide de sentir la saillie de la pince par le toucher rectal et, suivant le renseignement fourni par ce dernier, je continue à pousser l'instrument de façon à le faire sortir de l'anus coiffé de la muqueuse rectale. J incise cette dernière sur le bec de la pince; je fais mordre un gros drain par l'instrument et je ramène le tube avec le clan vers la plaie abdominale où il est fixé par une épingle.

3e cas: *La collection s'étend vers les*

deux côtés du bassin. Je fais alors une seconde contre-ouverture illiaque gauche, ce qui fait trois ouvertures en tout : deux abdominales et une rectale.

Nous avons supposé, jusqu'ici, que l'appendicite pelvienne avait suppuré ; mais, dans bien des cas, elle se termine par résolution. Il faut alors réséquer le vermium à froid, de trois à douze semaines après la guérison. Plus la crise a été forte et plus tard devra se faire l'opération radicale.

« L'opération à froid » comporte quelques détails spéciaux :

a) On est souvent forcé de séparer d'abord l'appendice du cœcum, pour pouvoir le disséquer ensuite, de la base vers la pointe.

b) Il arrive parfois de laisser un débris de la pointe de l'organe qui reste adhérente au fond du Douglas. La guérison survient quand même.

c) Il est souvent utile de laisser un drain pendant vingt-quatre heures, car la séparation de l'appendice s'est opérée assez loin de l'incision abdominale.

En résumé, l'appendicite pelvienne se traitera, le plus souvent, pendant les huit ou dix premiers jours, par le repos et la diète *absolus*. Le *toucher rectal* sera pratiqué quotidiennement. Passé ce délai, ou bien la maladie évoluera vers la résolution, et alors il faudra enlever le vermis à froid, ou bien un abcès pelvien se développera et il faudra l'évacuer. L'ouverture de la collection s'exécutera d'emblée, par le rectum, si le foyer est uniquement pelvien. Si l'abcès est, au contraire, iliaque et pelvien, on commencera par une incision abdominale droite ou gauche, et l'on complètera par une autre ouverture rectale et un bon drainage.

Diagnostiquée dès le début et bien traitée, l'appendicite pelvienne guérit dans la presque totalité des cas.

FAITS CLINIQUES

Traitement d'un cas de dysenterie amibienne par la quinine

Par M. G.-H. LEMOINE

Médecin principal de 2e classe, Professeur au Val-de-Grâce.

Le nombre et la diversité des traitements préconisés contre la dysenterie chronique sont l'expression des difficultés rencontrées par le praticien pour guérir cette affection. C'est pourquoi l'observation suivante m'a paru utile à publier, car elle nous permet d'envisager la question sous un jour nouveau, en nous engageant à poursuivre, dans le domaine thérapeutique, la distinction établie par les recherches microscopiques appliquées à la clinique entre la dysenterie bactérienne et la dysenterie amibienne.

Z..., soldat au 21e régiment colonial, a sept ans de service et présente un passé colonial assez chargé. Il a fait, à partir de 1897, un séjour de vingt trois mois au Tonkin pendant lequel il a été atteint de paludisme. Puis à Saïgon vingt-deux mois et au Cambodge dix-sept mois. Pendant ces dernières campagnes il a eu la dysenterie et, depuis dix-huit mois, a presque constamment la diarrhée avec périodes successives d'amélioration et d'aggravation.

A son entrée au Val-de-Grâce, 24 octobre 1903, ce malade présente un facies pâle, des traits tirés et un amaigrissement assez considérable. Son poids est de 56 kil. 500. Il se plaint de ténesme anal et de diarrhée dysentériforme, affection que confirme l'examen des selles qui sont muqueuses et renferment du sang pur. *On y constate, en outre, la présence d'amibes.* Cet état aigu se modifie rapidement sous l'influence des lavements au permanganate de potasse laudanisés, l'administration de 8 gr. de sulfate de soude le matin et le régime lacté. Le ténesme disparaît ainsi que les selles muqueuses; mais la diarrhée persiste (5 à 6 selles par jour) accompagnée toujours d'un peu de sang et le malade maigrit de plus en plus. Le 1er novembre, j'ajoute à la prescription précédente une potion avec élixir parégorique 20 gr.). Aucun changement. C'est alors (9 novembre) qu'en raison de la nature de l'affection, et en rapprochant l'action de la quinine dans le paludisme, affection également amibienne, je remplaçai le sulfate de soude par le chlorhydrate de quinine en ingestion à la dose de 0,50 par jour. Je continuai en même temps une potion de sous-nitrate de bismuth (10 gr.) et élixir parégorique 30 gr.

Dès le lendemain, les selles étaient moins abondantes (deux selles du 10 au 11), moins liquides, et le malade se sentant mieux, ayant de l'appétit, j'ajoutai des purées au régime (farines de riz, de lentilles, de pomme de terre). Ce traitement fut continué jusqu'au 20 novembre, le malade ayant eu ses premières selles moulées le 13.

A ce moment, Z... accusa des bourdonnements d'oreilles et quelques douleurs d'estomac. On cessa la quinine et le sulfate de soude fut repris à la dose de 5 gr. en cinq prises fractionnées dans la journée, avec deux pilules de 0,01 centigr. d'opium le soir; en même temps le malade prit de la viande grillée, des purées et du jus de viande. Le 25 novembre, poids : 60 k. 500.

Le 1 décembre, la diarrhée reparait avec du sang et on reprend la médication suivante : sulfate de soude 8 gr. le matin à jeun en une fois et pilule d'opium le soir, limonade lactique à 10/1000e et un lavement au sous nitrate de bismuth.

Le malade étant récalcitrant au point de vue d'une nouvelle administration de la quinine qui, dit-il, lui avait donné de fortes douleurs d'oreilles, on essaie les lavements au permanganate, les lavements au sublimé à 1/10000e, puis des lavements au nitrate d'argent à 1/400e. Ces dernier déterminent des douleurs si fortes que le malade refuse d'en prendre un second, bien que le premier ait été suivi d'une diminution du nombre des selles.

Le malade maigrit de plus en plus, son état général s'aggrave, il ne veut plus de lait, ni de pulpe de viande. La diarrhée persiste, cinq à dix selles par jour accompagnées toujours de l'émission d'une petite quantité de sang. C'est alors que je reviens au chlorhydrate de quinine administré en lavements à la dose de 1 gr.; ces lavements ne sont donnés qu'après un premier lavement évacuateur. Le changement dans l'état du malade fut immédiat. *Dès le premier lavement* il se produisit une diminution du nombre des selles, une augmentation de leur densité et la disparition du sang. Le malade, encouragé, consent à reprendre par la bouche 0,50 de chlorhydrate de quinine; les lavements sont continués. Quarante-huit heures après, les selles étaient moulées et le malade pouvait reprendre un régime de viande grillée, purées, potages, avec du thé et du café comme boisson. Il put prendre 150 gr. de pain à chaque repas sans inconvénient, puis 250 gr. A sa sortie, le 14 janvier 1904, le malade pèse 62 kilos et présente un état général excellent; il part en congé de convalescence.

J'ai tenu à rapporter un peu longuement l'histoire thérapeutique de ce malade afin de bien mettre en évidence l'action de la quinine, qui paraît avoir eu une action véritablement spécifique. Son emploi à deux reprises différentes, avec des périodes de traitements intercalaires variés — sulfate de soude, opiacés, lavements au sous-nitrate de bismuth, au sublimé, au permanganate de potasse, au nitrate d'argent — fait mieux apprécier la valeur de la quinine.

Plusieurs examens de selles firent constater la disparition des amibes à l'état vivant.

Nous avons vu que la première guérison ne s'était maintenue que quelques jours. La seconde a été plus complète et déjà plus longue. Ce qu'il importe de relever surtout, c'est la promptitude de l'amélioration, obtenue après une longue série d'essais thérapeutiques infructueux.

Aussi pouvons-nous conclure que la quinine, sous forme de chlorhydrate, en ingestion ou en lavement, et mieux sous les deux formes à la fois, paraît être le traitement de choix de la dysenterie amibienne.

SÉMÉIOLOGIE

Sur les râles sous-crépitants permanents des bases des poumons

Par M. Elie Percepied (du Mont-Dore)

Sous le nom de râles sous-crépitants permanents des bases des poumons, nous désignons des râles fins, souvent secs et inspiratoires, superficiels, ne disparaissant jamais complètement, siégeant à la partie inférieure, postérieure et latérale d'un ou des deux poumons, chez des malades ou des personnes paraissant en excellente santé.

Ce n'est pas sans un certain embarras que nous leur avons donné le nom de sous-crépitants, car, s'ils offrent souvent les caractères du sous-crépitant fin, fréquemment aussi ils sont franchement crépitants, *fins*, *secs* et *inspiratoires*.

Il n'est pas de praticien qui n'ait de multiples occasions de les constater, et il est remarquable qu'à côté de cette constatation banale la littérature médicale soit à peu près muette sur leur compte. Nous ne pouvons expliquer ce silence que par la bénignité de ce symptôme, qui a dû être considéré comme un phénomène juxtaposé ou passager, faisant corps avec l'affection qu'on était appelé à soigner et n'attirant pas, ensuite, l'attention.

En tant que râle permanent, ou, tout au moins, très durable, le symptôme en question n'a été décrit, croyons-nous, que par Collin (1), de Saint-Honoré, en 1873, comme un signe de congestion arthritique des poumons. C'était pour lui la signature de l'arthritisme, une manifestation évidente du rhumatisme et un moyen de diagnostic précieux pour les manifestations de la diathèse. Depuis, ces râles ont été connus sous le nom de *bruit de Collin*. M. Faisans qui, à maintes reprises, a attiré sur ce point l'attention de ses élèves, le désignait familièrement sous le nom pittoresque et expressif de *basile*, qu'on pourrait lui conserver.

Si la signification qu'a attribuée Collin à ce bruit est vraie dans beaucoup de cas, il l'a trop généralisée, et de ce que la lésion locale très bénigne qui produit ces râles est fréquente chez les arthritiques, il ne s'ensuit pas qu'elle constitue un apanage de l'arthritisme. Nos observations offrent, de plus, beaucoup de différences avec les siennes pour le siège de prédilection de ces bruits.

Siège. — « Si l'on tire, par la pensée, disait Collin, une ligne perpendiculaire du creux axillaire à la base de la cage thoracique, c'est vers le tiers inférieur ou à la rencontre avec le tiers moyen que l'on constatera la présence de ce râle dans la grande majorité des cas » L'auteur ne s'explique pas ce lieu d'élection. Dans les quarante-cinq observations que nous avons sous les yeux, nous avons toujours trouvé ces râles à la base, à la partie la plus déclive des poumons. Il arrive qu'on puisse les constater dans le tiers inférieur; ils peuvent même monter plus haut, mais toujours on les trouve jusqu'à la base, c'est-à-dire que nous n'avons pas trouvé, au-dessous d'eux, de respiration normale. Et ce n'est pas seulement dans la ligne axillaire qu'on les constate, mais souvent aussi dans toute la partie postéro-inférieure avec une prédilection pour la partie latérale et inférieure.

Sur quarante-cinq cas les râles siégeaient : à droite, dix fois; à gauche, dix-huit fois; des deux côtés, dix-sept fois.

Caractères. — Ce sont des râles fins affectant le type du sous-crépitant fin ou du crépitant, s'entendant parfois dans les deux temps de la respiration, le plus souvent dans l'inspiration seulement, superficiels, sous-pleuraux, donnant à l'oreille l'impression de vésicules très proches se dilatant avec bruit; parfois on est tenté d'attribuer le bruit à la plèvre, mais, le plus souvent, c'est une crépitation vésiculaire très voisine, sous l'oreille.

Tantôt très secs, tantôt légèrement humides avec, alors, des bulles moins fines, il est très rare qu'ils changent de type chez le même sujet.

Leur *durée* est très longue; nous ne les avons jamais vus disparaître chez des malades que nous avons suivis pendant plusieurs années.

Ils sont fixes et permanents, mais aux râles fixes peuvent, dans certaines conditions, se joindre des râles mobiles. Dans les périodes de poussées, sous l'influence d'une trachéo-bronchite, on voit leur nombre augmenter, le niveau monter, gagner le tiers, même le milieu du poumon, puis, lorsque la période d'acuité est passée, les râles surajoutés, les râles de congestion passagère, disparaissent pour laisser en place les râles anciens.

Dans certaines conditions, nous avons obtenu une diminution des râles fixes; elle n'a été que passagère.

Lorsque les râles sont limités, la *percussion* reste normale; lorsqu'ils sont nombreux, on constate souvent une légère diminution de la sonorité.

La *fréquence* de cette affection est relativement grande: nous l'avons constatée 40 fois sur 600 malades, soit environ 7 °/o, en spécifiant toujours que notre statistique a été faite sur des gens qui venaient soigner leurs voies respiratoires.

Elle comprend 45 cas, dont 29 chez des hommes. Du plus grand nombre de cas observés dans le sexe masculin, nous ne pouvons conclure à la plus grande fréquence chez les hommes, n'ayant pas fait le classement du nombre d'hommes et de femmes qui constitue la statistique.

Age. — Nous n'avons jamais observé le phénomène dans l'enfance, nos deux plus jeunes malades avaient dix-neuf et vingt-six ans, encore étaient-ils dans des conditions particulières, indiquées plus loin. On le trouve rarement avant trente-cinq ou quarante ans; l'âge moyen de nos quarante-cinq malades était 46, 44.

En faisant le relevé des affections dont ils étaient atteints, nous avons trouvé :

Emphysème	35 cas.	
Tuberculose	6 »	
Tuberculose douteuse	5 »	
Pleurésie antérieure	5 »	
Rhumatisme	8 »	
Goutte	4 »	
Dyspepsie	6 »	dont 4 avec hyperchlorhydrie.
Manifestations herpétiques	5 »	

Quinze de nos malades pouvaient être considérés comme des arthritiques: les autres n'offraient pas de signes assez marqués pour être classés nettement.

Deux seulement avaient un cœur insuffisant.

Si la constatation et la description de ces râles est chose facile, il n'en est pas de même de leur interprétation. L'affection, étant essentiellement bénigne, n'aurait pu être étudiée que dans des nécropsies de rencontre; jusqu'ici on n'a aucune donnée.

Collin a considéré ces râles comme liés à des congestions du poumon, congestions brusques, à récidive, s'accompagnant de toux quinteuse et souvent d'expectoration sanguinolente. Parmi nos cas, nous n'avons trouvé ces toux quinteuses que dix fois, et deux malades seulement avaient présenté de l'expectoration sanguinolente.

Les bruits sont-ils imputables à la plèvre ?

Nous avons trouvé cinq fois des antécédents de pleurésie et, dans ces cinq cas, c'était le côté malade qui avait conservé les râles. Dans trois autres cas il y avait eu, antérieurement, de la broncho-pneumonie ou de la pneumonie grippales avec pointe probable de pleurésie ou de pleurite.

Ces 3 cas et la tonalité superficielle des bruits, nous portent à croire que la plèvre peut être une des causes de production. Dans les pleurésies aiguës on a déjà signalé la présence de ces râles fins. Damoiseau (1) a décrit un râle sec, superficiel, sans rudesse, semblant se passer dans les *vésicules sous-pleurales*, plus fin que le crépitant redux, précédant le bruit de cuir neuf.

Il le retrouvait aussi en déplaçant le liquide par un changement de position On l'entendait dans l'inspiration et l'expiration. Il semble bien qu'il était du au retentissement de l'irritation pleurale sur les vésicules pulmonaires sous-jacentes.

Mais la théorie pleurale ne donnerait pas l'explication des augmentations qui se produisent sous l'influence d'une trachéo-bronchite, souvent légère.

Il y a donc un autre élément. Est-ce la congestion?

(1) Collin. — Étude pour servir au diagnostic et au traitement de la congestion pulmonaire de nature arthritique (*Ann. Soc. hydr. med. Paris*, 1873, p. 316.)

(1) Damoiseau. — *Arch. gén. de méd.*, octobre 1843.

C'est toujours à la partie la plus déclive du poumon, là où la circulation peut le plus facilement trouver de la stase, où l'éloignement des vésicules, la longueur des bronches forment un obstacle à l'expulsion des mucosités, que siègent les râles.

Et si, après avoir noté le siège, nous nous reportons aux individus, nous remarquons que le nombre des emphysémateux, tous plus ou moins catarrheux, est très grand : 35 sur 45. Or, tous ont droit d'avoir un point de circulation pulmonaire défectueux ou des sequelles persistantes, des poussées qu'ils font si facilement sur les voies respiratoires. Il reste, soit à la suite d'une affection aiguë, pleurésie, pneumonie, broncho-pneumonie, soit à la suite de poussées multiples fréquentes, un engouement persistant au point où la situation anatomique rend sa formation le plus favorable, et tenant soit à un point de pleurite avec retentissement sur les vésicules, soit à de la congestion passive suite d'une circulation locale défectueuse dans une zone mince et superficielle du poumon, pouvant parfois occasionner un point très discret d'œdème pulmonaire. Le prof. Landouzy, qui a bien voulu nous donner son avis, attribue ce phénomène partie à des bruits pleuraux, partie à de l'œdème pulmonaire.

Nous ne parlerons pas du diagnostic, sinon pour mettre en garde contre l'erreur possible que peut amener un point de tuberculose. C'est ainsi que nous considérons comme douteux deux de nos jeunes sujets qui avaient des manifestations tuberculeuses concomitantes du même côté. Dans ces cas, c'est la tuberculose qui est en jeu, mais c'est là une variété d'exception.

Cette affection n'a pas de *pronostic* à proprement parler. Simple manifestation d'une tare pulmonaire, son pronostic sera tiré de l'état du sujet qui la porte. On la constatera pendant plusieurs années consécutives chez des individus paraissant avoir la meilleure santé, et, dans ces conditions, elle ne doit inspirer aucune inquiétude.

Il est inutile de tenter le moindre *traitement* contre elle. Nous avons obtenu, par l'emploi des douches chaudes, une diminution dans le nombre des râles, mais il en persistait toujours, et, malgré nos efforts, malgré l'encouragement qu'avait donné cette apparence de succès, on retrouvait, un an plus tard, les râles persistants; l'amélioration n'avait été que passagère. Dans les périodes d'augment liées à des poussées, mais à ce moment seulement, les pointes de feu ont favorisé la disparition des râles nouveaux, sans avoir d'influence sur les anciens.

Il faut donc reconnaître notre impuissance. Nous le ferons d'autant plus volontiers que nous considérons comme inutile de s'acharner contre un symptôme qui n'a aucune importance en lui-même, mais qu'il faut connaître, précisément pour savoir qu'il n'en a pas.

CORRESPONDANCE

A propos du traitement des hystériques dans les hôpitaux. Lettre de M. Gilbert Ballet.

Paris, 24 février.

Mon cher Rédacteur en chef,

A l'occasion de la communication que j'ai faite récemment à la Société médicale des hôpitaux, et que le *Bulletin* a bien voulu reproduire, M. Dejerine vous a adressé un article où cette communication est aimablement prise à partie.

M. Dejerine y rappelle qu'à l'*hospice* de la Salpêtrière il traite et traite bien les hystériques *femmes* : je le savais, et l'en félicite. Mais j'avais dit que dans les *hôpitaux* on traite mal, d'ordinaire, les hystériques *hommes* : nous ne parlons donc pas de la même chose.

Si les services que je n'ai pas visés protestent, grand Dieu ! que vont dire les autres (*quorum pars fui*) ? Je pense donc qu'il est prudent de faire amende honorable car, si j'aime la discussion, je ne déteste rien tant que les conflits. Aussi, pour ne contrister ni mon ami Dejerine, ni personne, je déclare : 1° que les hystériques hommes sont parfaitement traités dans tous les services, y compris ceux de femmes, et sauf peut-être dans le mien où je ne fais pas toujours tout ce que je veux ; 2° que les magistrats ne laissent jamais traîner plus qu'il ne convient les procès où des hystériques sont impliqués.

Après cela, j'espère que, suivant le mot, qui est, je crois, de Beaumarchais, « tout le monde sera satisfait, même peut-être la vérité. »

Agréez, etc.

GILBERT BALLET

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

8 et 22 février

M. Percepied fait la communication que nous avons reproduit *in extenso* page 182.

Métrorragies et ulcérations saignantes du col de l'utérus au cours de la période secondaire de la syphilis. Difficultés du diagnostic

M. Ozenne. — On connaît le retentissement de la syphilis sur les fonctions de l'utérus. Le plus souvent il y a irrégularité ou diminution du flux menstruel; parfois il y a des ménorragies et des métrorragies. J'ai rapporté plusieurs cas de ces dernières à la période tertiaire. On peut aussi en observer à la période secondaire, coïncidant avec des ulcérations saignantes du col de l'utérus; elles n'offrent de réel intérêt que si aucune autre manifestation de la diathèse n'existe en même temps, car le diagnostic pathogénique en est difficile. En voici un exemple que je résume d'après les notes qui m'ont été remises par M. Ambrosi, interne du service.

La malade, âgée de vingt-deux ans, est entrée à Saint-Lazare pour une urétrite gonococcique et pour une ulcération du col avec hémorragie utérine. Il n'existe aucune trace de syphilis ancienne ou récente sur le corps. L'utérus est un peu volumineux et sensible au ballottement; sur la lèvre postérieure, ulcération grisâtre, à bords irréguliers, se prolongeant dans le canal cervical, sans base indurée; elle saigne au moindre attouchement. De plus, depuis un mois, hémorragies presque quotidiennes venant de l'utérus.

On fait successivement, après dilatation du col et lavages intra-utérins, des cautérisations avec la solution de chlorure de zinc, la glycérine créosotée et le perchlorure de fer, suivies de tamponnement. Il n'y a qu'amélioration momentanée. Toute cautérisation est alors supprimée et, dans l'hypothèse d'une syphilis méconnue, des frictions mercurielles sont prescrites. Dans les quinze jours qui suivent, les hémorragies s'arrêtent et l'ulcération se cicatrise. Deux mois et demi plus tard, la malade est rentrée à Saint-Lazare, atteinte de plaques muqueuses anales et de papules siégeant sur les petites lèvres.

De ce fait je puis rapprocher celui d'une autre malade, âgée de seize ans, atteinte de légère vaginite, de pertes sanguines et d'érosion saignante du col occupant les deux lèvres, sans fond induré. L'érosion n'a l'aspect ni du chancre, ni de la plaque muqueuse. Pendant six semaines, mêmes cautérisations que dans le cas précédent, même échec. Injections d'huile grise; après la deuxième, arrêt de l'écoulement sanguin et après la quatrième cicatrisation de l'ulcération. Chez cette malade il existait un peu de pigmentation de la région cervicale et quelques petits ganglions inguinaux durs et mobiles, qui auraient pu faire présumer une syphilis contractée antérieurement.

M. Lutaud demande à M. Ozenne si, en dehors des accidents locaux, il a pu reconnaître des stigmates sûrs de l'infection syphilitique; on porte souvent le diagnostic de syphilis alors qu'il est impossible de la trouver.

M. Berthod. — Nous connaissons deux sortes d'ulcérations du col qui saignent : l'ulcération tuberculeuse et l'ulcération épithéliomateuse; M. Ozenne a-t-il vu, parmi ses malades de Saint-Lazare, des femmes de vingt ans atteintes d'ulcérations tuberculeuses ou épithéliomateuses du col.

M. Laussedat dit qu'il y a beaucoup de malades, notamment des tabétiques, chez lesquels il est impossible de retrouver la syphilis; il y a même des cas de tabes dans lesquels on peut affirmer qu'il n'y a pas eu de syphilis. Dans le doute, les injections d'huile grise ne peuvent pas faire de mal.

M. Gillet. — Chez les enfants, le traitement ioduré ne signifie absolument rien; il n'y a qu'une manière de retrouver la syphilis, c'est en donnant le traitement mercuriel, sous n'importe quelle forme.

M. Desnos demande si l'ulcération syphilitique du col dont parle M. Ozenne a des caractères particuliers. Était-ce bien un accident secondaire, ou un chancre?

A propos de la règle d'après laquelle les accidents syphilitiques doivent disparaître à la suite du traitement, il cite un malade atteint de prostatite syphilitique; on lui administra le traitement mixte et, quelque temps après, les accidents diminuèrent et disparurent; cependant, peu de temps après, les accidents se renouvelèrent et ne cédèrent plus au traitement antisyphilitique.

Il ne faudrait pas en conclure que l'on ne doit pas donner le traitement mercuriel lorsque l'on n'est pas sûr d'être en présence de la syphilis, mais il faut suivre les malades longtemps.

M. Ozenne. — Les malades que j'ai soignées à Saint-Lazare pour ulcérations syphilitiques du col étaient des femmes de dix neuf à vingt ans. Chez la malade dont je vous citais tout à l'heure l'observation, l'ulcération se trouvait à la lèvre postérieure du col; elle était irrégulière, mais sans saillie, et saignait très facilement. J'ai bien pensé au chancre, mais il n'y avait pas d'induration et, d'ailleurs, pas de roséole; d'autre part, les chancres du col donnent rarement lieu à des hémorragies; du reste, à la suite, cette malade a eu une syphilis généralisée, caractérisée par des syphilides sur tout le corps.

Je n'ai pas vu des ulcérations épithéliomateuses chez des femmes de vingt ans. Quant aux ulcérations tuberculeuses, je n'en ai pas vu non plus à Saint-Lazare, et, du reste, les ulcérations ne saignent pas tant que cela.

A propos du traitement, l'iodure de potassium est insuffisant, et même l'on peut se demander s'il possède quelque action sur les manifestations pures de la syphilis. D'après ce que j'ai noté, il semble n'agir que dans les cas d'hybridité scrofulo-syphilitique. D'ailleurs, on tend actuellement à ne plus employer que le mercure, mais parfois il est nécessaire d'en donner des doses prolongées.

Pour confirmer l'opinion de M. Gillet, je citerai le cas d'un enfant de sept ans, hérédo-syphilitique et atteint d'un empâtement sacro-iliaque, chez lequel le traitement ioduré ne donna aucun résultat et qui fut rapidement guéri par le mercure.

Traitement électrique des fibromes utérins

M. Moutier. — Les indications du traitement radical dans les fibromes utérins semblent devenir de moins en moins nombreuses. Une discussion récente, dans une autre enceinte, vient encore de restreindre ces indications en montrant combien était rare la dégénérescence du fibrome en cancer. Les seules raisons d'intervenir sont, à notre avis, la dégénérescence kystique, les phénomènes de compression, le développement exagéré de la tumeur. Pour ce qui concerne les symptômes douleur et hémorragie, on peut obtenir de bons résultats avec certaines cures thermales, le massage, avec le curettage, surtout quand il existe de l'endométrite, mais le traitement de choix est le traitement électrique.

Il n'est pas aussi efficace au point de vue du volume de la tumeur; il la fait quelquefois diminuer, mais rarement disparaître.

Quant au mode d'électrisation à employer, nous repoussons tout traitement basé sur l'électrolyse, parce que si l'on emploie les hautes intensités, comme le voulait Apostoli, on produit une eschare dont on ne saurait prévoir ni l'étendue, ni la profondeur, ce qui peut déterminer des accidents graves.

Les courants faradiques donnent des résultats incertains.

Nous employons exclusivement les décharges rythmées du condensateur voltaïque, méthode inventée par Chéron. Elle est d'une innocuité telle que nous n'hésitons pas à en confier l'application aux malades elles mêmes, dans certains cas, quand elles habitent la province par exemple. Elle ne provoque ni douleur, ni réaction post-opératoire; elle ne nécessite pas de repos après les applications et toujours elle fait disparaître les hémorragies et la douleur.

M. Berthod demande quelle quantité d'électricité on doit employer?

M. **Moutier** répond qu'il n'y a pas de quantité, à proprement parler, il n'y a que du voltage.

M. Doléris. — J'ai employé, avec Apostoli, son traitement électrothérapique des fibromes. On arrêtait l'hémorragie, mais pour une période momentanée seulement. Les élèves d'Apostoli ont reconnu eux-mêmes que cette méthode de traitement ne pouvait faire disparaître un fibrome. Il faut dire qu'Apostoli confondait souvent la métrite chronique avec le fibrome.

Malgré ces réserves, quand les fibromes sont petits, l'électricité rend des services; il en est de même pour les fibromes de la fin de la période génitale. Le meilleur courant à employer est, à mon avis, le courant continu.

M. Moutier. — La méthode que j'emploie n'est que la décharge d'un condensateur de courant continu.

GIGON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février.

De la jéjunostomie

M. Walther. — Un des points soulevés dans la discussion sur la jéjunostomie a été le suivant : la jéjunostomie latérale, faite à quelque distance de l'origine du jéjunum, donne-t-elle de meilleurs résultats que la jéjunostomie en Y? Je n'en ai pas l'expérience, mais je puis rapporter ce que j'ai observé dans un cas de jéjunostomie latérale. Mon malade avait un cancer qui avait envahi tout l'estomac. La gastro-entérostomie étant impossible, j'ai fait la jéjunostomie, dont les suites ont été simples. Pendant dix jours, j'ai laissé la sonde à demeure et progressivement on a élevé la quantité de lait introduite à chaque fois dans l'intestin de 20 gr. à 240 gr. Le reflux du liquide s'étant produit, la sonde à demeure a été enlevée et, suivant la nécessité, on a replacé chaque fois la sonde pour l'introduction du liquide. La bouche est toujours restée continente. Le malade, très affaibli, a repris un peu de forces, mais au bout de six semaines, il a commencé à décliner et il a succombé trois mois après l'opération.

M. Terrier. — J'ai fait les mêmes remarques que M. Walther. En pareil cas, je crois que les opérations les plus simples sont les meilleures. Comme le résultat ne peut être que temporaire, il est inutile de chercher à pratiquer une opération complexe. La jéjunostomie latérale paraît bien répondre à l'indication.

M. Lejars. — Dans une jéjunostomie latérale que j'ai pratiquée pour un cancer étendu, j'ai remarqué que, souvent, après l'introduction d'une dose de 120 gr. de lait, il se produisait de la diarrhée.

M. Schwartz. — Je rappelle d'abord que nous sommes tous unanimes à préférer la gastro-entérostomie, même difficile à exécuter, quand elle est possible, et à considérer la jéjunostomie comme une opération d'exception. Quant au résultat de continence, que donne la jéjunostomie latérale, horizontale ou verticale, il est, en général, satisfaisant. Cependant, il est quelquefois en défaut et c'est pour cela que quelques auteurs et Riche, en particulier, ont pratiqué la jéjunostomie en Y. D'après Mayld même, l'opération aurait été assez facile, rapide, et aurait assuré la continence chez les malades qu'il a opérés. J'ajouterai que, tout dernièrement, Kœlling a proposé de combiner le procédé de Mayld et celui de Fontan pour l'estomac. On créerait ainsi un canal par invagination d'un segment jéjunal qui assurerait mieux la continence.

Corps étrangers des bronches

M. Sébileau. — Je n'ai que quelques remarques à présenter au sujet de l'observation de M. Meunier, rapportée par M. Ricard. L'opération a été faite sur un enfant et le corps étranger n'était qu'à 8 centimètres.

Quant à la bronchoscopie, dont je ne veux pas médire et dont l'inventeur, Killian, et le promoteur, Lermoyez, en France, ne doivent pas être oubliés, elle n'est pas une opération très simple; elle présente certaines difficultés et, de plus, elle nécessite une instrumentation d'un certain prix.

M. Kirmisson. — Depuis le rapport de M. Ricard, j'ai eu à intervenir chez un enfant qui avait inspiré une boule en verre. La veille le chirurgien de garde avait essayé l'inversion sans succès; le lendemain matin, après avoir constaté que le corps étranger était dans la bronche droite et après en avoir délimité le siège par la radiographie, j'ai pratiqué la trachéotomie et tenté l'extraction au moyen d'un crochet. Ce crochet, que j'espérais faire passer entre la boule et la paroi, a d'abord pénétré dans la bronche gauche; je l'en ai retiré et je l'ai introduit dans la bronche droite, mais il a pénétré dans la paroi et il m'a été impossible de le dégager. A l'autopsie nous avons constaté que la face postérieure de la bronche était déchirée.

M. Ricard. — Je n'ai pas omis de signaler les noms de Killian et Lermoyez dans mon rapport sur l'observation de M. Meunier. Le malade, qui était un enfant, avait la trachée courte, il est vrai, mais étroite, ce qui augmentait les difficultés de l'extraction.

De l'hystérectomie subtotale par le procédé d'hémi-section et ablation de bas en haut

M. Faure.— **M. Michel** nous a adressé plusieurs observations relatant l'application de ce procédé dans des cas difficiles d'ablation d'annexes. Il a dû se comporter de différentes manières suivant les circonstances, mais en attaquant toujours les annexes par dessous, ce qui facilite l'opération. J'ai insisté sur ce point important tout en montrant qu'il faut avoir recours tantôt à un procédé, tantôt à un autre. Suivant l'étendue et la multiplicité des adhérences on aura donc recours ou au procédé américain ou au procédé de Terrier. La libération des annexes faite, l'hémi-section de l'utérus rend aisée et rapide l'opération.

M. Schwartz.— J'ai mis en pratique cette opération une trentaine de fois et toujours constaté que l'hémisection donne une très grande facilité pour opérer.

M. Ricard. — Nous avons tous recours à des procédés d'hystérectomie différents suivants les circonstances et, pour ma part, je ne manque pas depuis longtemps de varier ces procédés et de faire les libérations du côté où elles me paraissent le plus facile.

De l'appendicalgie

M. Picqué rappelle les différentes affections douloureuses qui ont pu parfois être confondues avec une appendicite. Il insiste particulièrement sur les points douloureux que présentent les hystériques et les obsédées et sur la difficulté de diagnostic qu'offre en pareil cas la détermination exacte d'une maladie et surtout des rapports de cette affection avec les phénomènes douloureux.

Présentations

M. Picqué. — Femme. *Exophtalmos pulsatile.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 23 février

Cyanose congénitale paroxystique

MM. Variot et Sébilleau. — Dans les malformations congénitales du cœur, la cyanose est en général permanente, avec exacerbation au moment des efforts et des émotions, c'est vrai, mais sans jamais présenter de type paroxystique. Dans un certain nombre de cas, elle se présente toutefois avec un caractère particulier; elle procède par crises, elle est intense pendant les crises, dans l'intervalle des crises elle disparaît complètement. Je propose de caractériser cette forme par le terme de *cyanose congénitale paroxystique.*

J'ai observé trois cas de ce genre, tous caractérisés par un souffle precordial intense, et l'absence des stigmates qui paraissent dus à la cyanose permanente, je veux dire la déformation hippocratique des doigts et la pigmentation cutanée. Dans un cas les crises étaient à début si brutal, à forme si intense et si effrayante, qu'elles furent, au début, prises pour des crises épileptiques. L'enfant se débattait et écumait; pendant la crise, le souffle cardiaque disparaissait complètement.

J'ai pu, dans ce dernier cas, faire l'autopsie du cœur. Il y avait un rétrécissement pulmonaire portant sur toute la largeur de l'infundibulum musculaire. Il y avait inachèvement de la partie supérieure de la cloison interventriculaire, et l'aorte s'ouvrait à cheval sur les deux ventricules. M. Marey, à qui j'ai soumis le cas, pense que la crise de cyanose est dû à un spasme intermittent de l'infundibulum très rétreci; le sang ne passe plus alors dans la pulmonaire (ce que semble bien prouver la disparition du souffle); le canal artériel, existant mais peu développé, ne permet plus qu'un afflux très minime de sang dans le poumon, jusqu'au moment où, le spasme cessant, le malade revient à ses conditions d'hématose ordinaires.

Myosite ossifiante progressive

M. Comby présente une enfant de huit ans, atteinte de cette affection; on sent des travées osseuses, dures, saillantes sous la peau, à la face interne des bras, dans le dos, le long de la colonne vertébrale, et les mouvement des articulations de l'épaule sont très limités, la colonne vertébrale rigide. La maladie a débuté à quinze mois; une première localisation à la colonne vertébrale postérieure a été l'objet d'un traitement par des caustiques; plus tard, le diagnostic de mal de Pott a été porté, et l'enfant envoyée à Berck; c'est là que le véritable diagnostic a été établi. Grâce aux radiographies on peut actuellement préciser la localisation du mal. Un grand nombre d'aponévroses d'insertions musculaires sont le siège de productions osseuses en forme d'aiguilles, dirigées dans le sens des fibres aponévrotiques; les biceps brachiaux, les pectoraux, les muscles longs du dos, les intercostaux, les tendons calcanéens sont particulièrement atteints.

M. Guinon. — J'ai présenté autrefois, à la Société anatomique, un squelette dont un certain nombre d'articulations, spécialement celles du bassin, étaient entourées de productions osseuses en forme d'aiguilles pénétrant loin dans les tendons, s'insérant autour de ces articulations. J'avais tendance à considérer qu'il s'agissait d'arthropathies tabétiques; mais les neurologistes, présents à la Société, s'élevèrent contre cette opinion; pourtant M. Babinski a pu faire, depuis lors, l'étude de cas semblables et les rattacher au tabes; il peut donc, dans certains cas, y avoir une relation entre le tabes, et des productions osseuses semblables à celles décrites sous le nom de myosite ossifiante progressive.

Sarcome ou lymphadénome intestinal

M. Moizard présente une pièce fraîche de cancer intestinal provenant d'une enfant de trois ans. Une énorme masse siège à 80 centimètres au-dessus de la valvule cæcale; des foyers secondaires existent sur l'intestin, le péritoine, les reins, le foie. Il y a d'énormes ganglions mésentériques, prévertébraux et trachéo-bronchiques; avant l'examen histologique, il est difficile de dire s'il s'agit de sarcome ou de lymphadénome.

L'évolution a été aiguë; les premiers symptômes ont apparu cinq semaines avant la mort; ils ont consisté en douleurs abdominales et diarrhée; puis le ventre a peu à peu augmenté de volume; enfin, fait à noter, la température a été entre 39 et 41° pendant presque toute l'évolution de la maladie. Cette hyperthermie est rare dans le cancer et ne se voit que dans les formes suraiguës. Je l'ai déjà constatée dans un cas de cancer du foie, à forme hémorragique, chez un enfant.

M. Guinon. — L'examen hématologique aurait pu éclairer le diagnostic au point de vue de la lymphadénie.

M. Sevestre. — Souvent la généralisation des sarcomes de l'enfant se fait dans le poumon. Chez un petit malade atteint de sarcome du rein, que j'avais fait opérer par M. Albarran, une récidive pulmonaire a éclaté brusquement, alors que le retour à la santé paraissait parfait; en quinze jours le poumon droit a été envahi dans sa presque totalité par une zone de matité et d'obscurité respiratoire, qui avait débuté au sommet, et l'enfant est mort.

M. Broca. — Les sarcomes du rein, chez l'enfant, récidivent toujours. L'hyperthermie peut être constatée, non seulement dans les sarcomes intestinaux, où on serait tenté de l'expliquer par l'infection coli-bacillaire des ulcérations intestinales, mais même dans les ostéo-sarcomes fermés des membres. Dans un cas, la rougeur, l'inflammation locale et la température m'avaient fait hésiter assez

dans mon diagnostic d'ostéo-sarcome, pour que j'aie voulu laisser au petit malade la chance de n'avoir qu'une ostéomyélite, et j'ai opéré, me contentant de refermer la peau quand j'ai eu constaté l'ostéo-sarcome. J'ai vu aussi un de mes amputés pour sarcome de jambe, faire peu après de la paraplégie par compression, avec température variant de 38° à 38°5, lié à une récidive vertébrale.

Tuberculose osseuse simulant la syphilis

MM. Méry et Ménard présentent un nourrisson atteint de tuméfactions fluctuantes multiples, à point de départ osseux, aux extrémités inférieures des tibias, aux poignets, au front. L'aspect de ces tumeurs, et un certain nombre de fausses couches chez la mère, font penser à de la syphilis. L'enfant présente, en outre, une déformation nasale et une paralysie faciale. Cependant, une ponction a ramené du pus contenant de nombreux bacilles de Koch.

M. Apert. — La localisation de la tuberculose sur les os du crâne est aussi exceptionnelle que celle de la syphilis au même point est fréquente. Je l'ai cependant observée chez un adulte qui présentait de nombreuses localisations osseuses tuberculeuses, comme celles de cet enfant.

Scoliose névropathique

M. Broca présente une jeune fille de douze ans atteinte d'une scoliose énorme, survenue sans cause quatre jours après une chute des plus légères. Il pense assurément qu'il s'agit d'hystérie; mais il n'a jamais vu scoliose hystérique si intense, et, en général, c'est immédiatement après le traumatisme qu'elle apparaît.

M. Guinon. — L'intensité même de la scoliose me fait penser qu'il ne peut s'agir que de scoliose névropathique.

Bruit expiratoire bronchitique des jeunes enfants

MM. Variot et Coudert présentent un enfant présentant un bruit respiratoire différant du stridor laryngé congénital : 1° parce qu'il est expiratoire et non inspiratoire; 2° parce que le tubage ne le fait pas disparaître et que l'examen laryngé ne révèle rien de particulier; 3° parce qu'il est apparu à l'âge de trois mois à la suite d'une bronchite.

M. Guinon. — Ne s'agit-il pas d'une adénopathie trachéo-bronchique, malgré l'absence des signes physiques de cette affection.

M. Variot. — C'est possible; la radiographie nous le dira. Mais qu'il soit ou non symptomatique d'adénopathie, ce bruit expiratoire mérite d'être signalé et distingué du stridor laryngé.

Diminution de l'ascite dans la péritonite tuberculeuse sous l'influence du régime déchloruré

MM. Nobécourt et Vitry ont étudié cette question sur deux enfants, âgés de dix et quatorze ans, soumis au régime déchloruré, composé de viande crue, pommes de terre, beurre et sucre, en quantités appropriées à leur âge. Or, le liquide de l'ascite diminua d'une façon notable, par l'hypochloruration ; la mensuration de l'abdomen, et surtout la pesée quotidienne en fournirent la preuve.

Le dosage quotidien des chlorures urinaires a montré qu'au début de la chloruration, il y a rétention presque totale des chlorures ingérés, rétention coïncidant exactement avec l'ascension de la courbe de poids.

M. Baumel adresse une note sur les *symptômes tardifs de l'empoisonnement par le phosphore.*

E. Apert.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance de février

Fécondité et fibromes utérins

M. **H. Treub** (Amsterdam). — On admettait généralement que les fibromes utérins étaient une cause de stérilité, quand Hofmeier vint affirmer que cette influence était absolument nulle, et que les femmes atteintes de fibromes étaient au moins aussi prolifiques que les autres. J'ai recherché dans ma clientèle privée et à l'hôpital, sur un grand nombre de fibromateuses, quelle était leur fertilité, et j'ai vu que la statistique prise en bloc était contraire aux idées de Hofmeier, c'est-à-dire que le fibrome augmente les chances de stérilité chez les femmes. Il ne faut cependant pas exagérer, car le rapport du nombre d'enfants chez les femmes ayant ou non des fibromes est à peu près le même dans les deux cas. De plus, on peut renverser la proposition en disant que la femme qui n'a pas d'enfants est plus prédisposée aux fibromes. Cela tient à ce qu'à chaque grossesse il y a un remaniement complet des fibres musculaires utérines, et que les petits noyaux fibromateux embryonnaires ont une grande tendance à disparaître pendant l'involution utérine.

Un cas d'achondroplasie

M. Treub. — Il s'agit d'une naine qui s'exhibait dans les foires, et qui présente tous les signes d'achondroplasie. Quand elle vint nous consulter à la clinique, elle était enceinte de huit mois. Le bassin était beaucoup trop petit pour penser obtenir un enfant vivant par les voies naturelles; aussi nous pratiquâmes l'opération césarienne avec succès pour la mère et l'enfant. Les parents de cette femme ne présentaient rien de particulier, mais un de ses frères est également achondroplasique.

M. Porak. — Cette question de l'achondroplasie est très complexe, car on a décrit, sous ce nom, un certain nombre d'affections diverses. M. Poncet, dernièrement, tend à en faire une race spéciale. Je ne le crois pas, car l'achondroplasie n'est pas héréditaire. Elle peut être familiale, mais elle ne se transmet pas par les ascendants. En effet, les nouveau-nés achondroplasiques meurent, le plus souvent, dans les jours qui suivent la naissance ; de plus, les femmes atteintes de cette malformation osseuse n'accouchent jamais spontanément. On s'expliquerait donc mal comment cette maladie pourrait devenir héréditaire et constituer une race à part.

Cas d'oblitération de l'hymen

M. Commandeur (Lyon). — La petite fille qui fait le sujet de cette communication est née à la Maternité de Lyon. Elle présentait, à sa naissance, une petite tumeur en forme de boudin, qui pointait entre les petites lèvres. Cette tumeur était constituée par l'hymen oblitéré. En introduisant le petit doigt dans le rectum on sentait qu'il existait une tumeur pelvienne qui remplissait l'excavation.

L'hymen fut ponctionné au bistouri, et il s'écoula environ 100 grammes de liquide sirupeux blanchâtre. Examiné au microscope, ce liquide contenait de nombreuses cellules vaginales, mais pas une seule ressemblant à de l'épithélium utérin. L'analyse chimique y décela une assez grande quantité de mucine. Cet examen semble prouver que la dilatation s'était constituée uniquement aux dépens du canal vaginal et que l'utérus n'y prenait aucune part.

Des rapports de l'éclampsie avec l'infection

M. Jeannin. — Il s'agit d'une primipare qui, ayant accouché très rapidement, fut transportée à la clinique Tarnier accouchée, mais non délivrée. A son arrivée on ne trouva rien d'anormal, mais comme elle n'avait reçu aucun soins antiseptiques, on la plaça dans le service d'isolement. Trois jours après l'accouchement, comme les lochies étaient un peu fétides et qu'il existait quelques fausses membranes vulvo-vaginales, je fis quelques injections intra-utérines suivies d'un écouvillonnage. Le quatrième jour des suites de couches, la femme fut prise brusquement d'une série d'attaques convulsives, suivies de coma, ressemblant absolument aux attaques d'éclampsie. Albuminurie intense. En même temps, la température s'élevait à 42°5. Le traitement institué consista à mettre la malade à la diète hydrique en même temps qu'on faisait une large saignée. Malgré l'état extrêmement grave de cette femme, elle finit par guérir sous l'influence de ce traitement antitoxique. Je crois qu'il s'agit-là d'une femme qui, pendant sa grossesse, était en imminence d'éclampsie, et que le léger état infectieux des suites de couches a été la cause déterminante des accès.

M. Bar. — Je ne suis pas absolument du même avis que M. Jeannin à propos du diagnostic chez cette femme. En effet, cette température de 42°5, survenant le quatrième jour des suites de couches et

n'amenant pas la mort de la malade, cela serait déjà un peu extraordinaire. De plus, d'après ce que dit M. Jeannin, il n'y a pas eu de crise urinaire, ce qui est exceptionnel chez les éclamptiques qui guérissent. Je crois plutôt qu'il s'agit d'accidents consécutifs aux injections intra-utérines qui ont été faites chez cette femme. J'ai été à même d'observer plusieurs fois les mêmes phénomènes : attaques convulsives suivies de coma, élévation considérable de la température, albuminurie intense; tout peut faire penser à de l'éclampsie. Heureusement, le plus souvent, ces femmes guérissent. Il faut incriminer parfois le liquide injecté, l'acide phénique étant le plus dangereux, mais l'eau bouillie simple peut également produire ces accidents.

M. Commandeur présente une coupe d'utérus contenant un *placenta prævia central*.

M. Bouchacourt montre un placenta de grossesse *gémellaire univitelline* avec fœtus compressus.

M. Bouchacourt présente plusieurs radiographies de *fœtus achondroplasiques*.

M. Bar présente un enfant atteint de *pemphigus congénital*.

A. Brindeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février.

Zona dorsal droit avec hémihyperesthésie profonde droite, consécutifs à une poussée éruptive de la dent de sagesse inférieure droite

M. L. Jacquet. — Les médecins ne devraient pas laisser passer une occasion de s'observer eux-mêmes, en de bonnes conditions, quand cela est possible.

M. Pascalis, externe des hôpitaux, partage cette opinion, et il me permet de vous présenter quelques remarques cliniques au sujet d'un zona thoracique *droit*, dont il est atteint depuis quelques jours et qui, à l'exception d'un petit groupe aberrant *gauche*, ne présente rien de bien particulier au point de vue objectif.

Mais ce zona a comme substratum une hyperesthésie profonde du même côté, en toute son étendue, et il s'est manifesté dans les conditions suivantes : il y a huit jours M. Pascalis a ressenti, la nuit, une assez vive douleur à l'angle de la mâchoire *droite ;* dès lors, la mastication est devenue douloureuse et impossible de ce côté, et le patient put y sentir, au fond de la bouche, au-dessus de la troisième molaire inférieure droite, un mamelon muqueux tuméfié et sensible. Quatre jours plus tard, un dentiste lui pratiquait l'excision et la cautérisation de ce mamelon : la nuit même il sentait un peu de cuisson à la région sous-mammaire *droite*, et constatait l'apparition d'un groupe zostérien ; le surlendemain, nouveaux groupes à la région dorsale et névralgie intercostale intense.

Les faits de ce genre me sont familiers, j'en ai publié un certain nombre et j'en ai observé et recueilli plus encore. C'est une *poussée* de la dent de sagesse inférieure *droite* qui a provoqué cette hyperesthésie systématisée. Cela est fréquent, et c'est une des multiples applications de ce que j'ai proposé de nommer *loi de Brown-Séquard*, ce physiologiste ayant montré, par de nombreuses expériences, que l'excitation d'une région riche en nerfs provoque l'exaltation de la sensibilité de ce même côté.

Depuis, j'ai montré moi même, par de nombreux exemples, que, dans certains cas, on constate l'exaltation, non pas de la *sensibilité* seule, mais de *la vie organique totale*.

Parmi les troubles qui dérivent de cette exaltation, un certain nombre intéressent la peau, sous diverses formes dermatologiques; à ce titre, je n'avais pas encore observé le *zona*.

Il est clair, du reste, que pour expliquer, suivant les cas, la présence de telle ou telle dermatose, il faut l'intervention d'une ou plusieurs autres conditions. Mais il n'en est pas moins nécessaire de constater que le *primum movens* de ces troubles et de ces lésions peut n'être autre qu'une excitation *simple, banale*, ou même *physiologique*, comme une poussée *néo-dentaire*.

Hystéro-traumatisme

M. Antony présente un officier, âgé de quarante-six ans, qui, sans aucun antécédent héréditaire, sans tares personnelles, est atteint d'aphasie avec agraphie et cécité verbale d'ordre hystero-traumatique.

A la suite de contusions répétées de la tête et de la nuque, le malade fut atteint d'accidents méningés et encéphaliques qui furent successivement qualifiés de symptômes de paralysie générale et même de confusion mentale.

En réalité, il s'agissait d'hystero-traumatisme. Du jour où les douleurs attribuables à une lésion du squelette cervical furent amendées par l'application d'un appareil plâtré contentif, les différents phénomènes observés chez ce malade se dissipèrent.

L'intelligence est revenue entière ; il ne persiste que des stigmates anesthésiques du côté gauche, et de l'aphasie, qui sont en voie d'amélioration et permettent de porter un pronostic favorable.

Vœu de la Société relatif à l'isolement des contagieux dans les hôpitaux

M. Debove, en son nom, comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, et au nom de **M. Faisans**, délégué de la Société auprès de ce Conseil, demande l'avis de ses collègues sur la question de l'isolement des malades contagieux dans les hôpitaux. Il ajoute qu'il y a urgence à ce que la Société fasse connaître son opinion, l'Assistance publique devant prendre incessamment une décision.

Après une discussion à laquelle prennent part **MM. Barth, Belin, Debove, Dufour, Faisans, Hayem, Le Gendre, Lermoyez, Ménétrier**, la Société émet le vœu suivant :

1° Que les varioleux soient isolés dans un hôpital spécial (*voté à l'unanimité*).

2° Que toutes les autres maladies contagieuses soient simplement isolées dans les hôpitaux généraux, au moyen de pavillons spéciaux ou dans des chambres spéciales, et avec un personnel spécial, convenablement instruit, affecté au seul service de cette catégorie de malades (*voté à l'unanimité*).

J. J.

MÉDECINE MILITAIRE

Le secret médical et les médecins militaires

Dans le *Bulletin médical* du 17 octobre 1903, dans un article intitulé « Le secret médical et les médecins militaires », nous avons raconté que le Dr Averous, médecin de 1re classe de la marine, détaché à Indret, avait été puni par le directeur du génie maritime qui dirige cet établissement, pour avoir refusé de lui faire connaître la nature des maladies qui frappaient les femmes et enfants du personnel ouvrier. Le médecin principal Alix, chef du service de santé, qui était absent au moment de cet incident, en fut avisé à sa rentrée et couvrit complètement son subordonné dans une lettre au directeur, où il invoquait le respect du secret professionnel, lettre que nous avons reproduite, car on ne pouvait mieux exposer la question.

Notre article se terminait par ces mots : « La question est soumise au ministre de la marine. »

M. Pelletan a pris le temps pour répondre, mais sa réponse est bonne. Il vient de mettre au tableau, pour le grade de médecin en chef de 2e classe, M. Alix — qui, cette année, n'avait pas été proposé par le directeur d'Indret — le désignant ainsi comme le candidat de choix du ministre de la marine.

Dr Noel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

Comité de direction : le doyen, le professeur de médecine légale, le professeur de clinique des maladies mentales.

La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et conférences indiqués par l'affiche.

I. — Cours théorique de médecine légale.

M. le prof. Brouardel commencera ce cours au grand amphithéâtre de la Faculté de méde-

cine, le vendredi 4 mars 1904, à 3 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

II. — Cours pratique de médecine légale, à la Morgue.

Ce cours commencera à la Morgue le mercredi 2 mars 1904, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Les mercredis : M. le prof. Brouardel.

Les vendredis : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

III. — Conférences de médecine légale pratique.

M. Thoinot, agr., fera les jeudis, à 5 h.1/2, à la Faculté de médecine (amphithéâtre de pharmacologie), les vendredis, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, des conférences portant sur l'examen médico-légal des blessés, la rédaction des rapports médico-légaux, etc.

IV. — Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.

Ces Conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 5 mars 1904, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours :

Les mardis, à 4 heures : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les jeudis, à 4 heures : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les samedis, à 4 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

V. — Cours clinique de psychiatrie.

M. le prof. Joffroy commencera ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le mercredi 2 mars 1904, à 10 heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

VI. — Cours théorique de psychiatrie médico-légale.

M. Dupré, agrégé, commencera ce cours le mardi 1er mars 1904, à 10 h. 1/4, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

VII. — Cours pratique de psychiatrie médico-légale.

M. P. Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé de cours, commencera ce cours le samedi 5 mars 1904, à 2 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (Infirmerie spéciale).

VII. — Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports.

MM. Roy et Parant, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, les mardis et jeudis, à 9 h. 1/4, et commenceront le mardi 1er mars 1904, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie

Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de 16 inscriptions) et étrangers, seront admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie après s'être inscrits, au début de l'année scolaire (du 15 au 31 oct.), au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Les droits à verser sont :

1 droit d'immatriculation........	20 fr.
1 droit de bibliothèque..........	10 fr.
4 droits trimestriels de laboratoire à 75 fr., soit..............	300 fr.
1 droit d'examen................	100 fr.

La consignation pour les examens aura lieu les 13 et 14 juin 1904.

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital Beaujon)

M. le prof. Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Béhier (femmes) et Sandras (hommes).

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

M. le prof. Gaucher continuera ce cours le mercredi 2 mars 1904, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Mercredi. — Leçon clinique.

Dimanche. — Leçon didactique : Les teignes, jusqu'à Pâques. La syphilis héréditaire, après Pâques.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Fondation de la Ville de Paris.)

M. le prof. Kirmisson continuera son cours le mardi 1er mars 1904, à 10 h., à l'hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Mardi et samedi, à 10 heures, leçons du professeur.

Le jeudi, de 10 heures à midi, consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

M. Grisel, chef de clinique, fera, pendant ce 2e semestre, un cours annexe de chirurgie orthopédique.

COURS DE MÉDECINE LÉGALE

M. le prof. Brouardel commencera ce cours le lundi 7 mars 1904, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

M. le prof. F. Terrier commencera ce cours, à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 4 mars 1904, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE

M. le prof. Brissaud commencera ce cours le mardi 8 mars 1904, à 6 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. Legry, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 3 mars 1904 à 2 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

CONFÉRENCES D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

M. Guiart, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 4 mars 1904, à 3 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet des conférences :

Les parasites de l'homme; leurs rapports avec la clinique et l'hygiène.

COURS COMPLÉMENTAIRE D'ACCOUCHEMENTS

M. Lepage, agrégé, commencera ce cours le samedi 5 mars 1904, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE

M. Launois, agrégé, commencera ces conférences le samedi 5 mars 1904, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE

M. Cunéo, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 mars 1904, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : Tube digestif et annexes.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE

M. Marion, prof. agrégé, commencera ces conférences le vendredi 4 mars 1904, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

EXERCICES OPÉRATOIRES

(École pratique)

Sous la direction de M. le prof. X... et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

Premier cours

M. le Dr Duval, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 1er mars 1904 à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 7.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

REVUE GÉNÉRALE

Sur le traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sérum anti-tétanique

Par M. Maurice Rollin
Interne des hôpitaux.

Avant la découverte du bacille par Nicolaïer (1884), le traitement du tétanos est resté purement empirique et symptomatique, « thérapeutique d'humanité » si l'on peut dire, consistant à isoler le malade, à éviter toutes les secousses pouvant provoquer les spasmes convulsifs, à atténuer les souffrances au moyen des divers narcotiques (chloral, morphine), à favoriser la diurèse et à alimenter le malade par la voie rectale, les déglutitions si pénibles provoquant constamment des spasmes du pharynx.

Les cultures du bacille en milieux anaérobies (Kitasato, 1891) et les découvertes de Cattani, Tizzoni et Behring, furent bientôt suivies par un traitement plus rationnel du tétanos : la sérothérapie. Mais si les propriétés préventives du sérum introduit sous la peau, même à doses faibles, sont parfaitement établies depuis les travaux de Roux et Vaillard, et vérifiées par l'expérience clinique, il n'en est plus de même de ses propriétés curatives qui, par cette voie d'introduction, semblent à peu près nulles. C'est ainsi que Roux et Vaillard (1) concluent d'une étude systématique sur les animaux, que l'action du sérum n'est plus possible si l'injection est faite un certain temps après l'action nocive de la toxine, à part quelques cas d'infections lentes.

Il en est de même chez l'homme. Autant la sérothérapie préventive, employée actuellement par tous les chirurgiens en présence d'un malade atteint de blessures souillées par un agent pouvant être tétanifère, a donné de résultats positifs, autant est à peu près nul le pouvoir curatif du sérum ainsi employé, en injections sous-cutanées, dans les cas de tétanos confirmé. Les cas de guérison obtenue n'ont trait qu'à des formes lentes, chroniques, où l'intoxication est très modérée, et qui guérissent parfois spontanément.

La statistique dressée par Vallas (2), des cas de tétanos traités par les injections sous-cutanées, donne les résultats suivants : sur 373 cas, 145 morts, soit 39 %, se répartissant ainsi :

1° Incubation de moins de 10 jours : 141 cas ; 80 morts, soit 57 %.

2° Incubation de 10 jours et plus : 118 cas ; 24 morts, soit 20 %.

3° Incubation indéterminée : 114 cas, 41 morts, soit 36 %.

(1) Roux et Vaillard. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893.

(2) Vallas. — Congrès de chirurgie, 1902.

Moschcowitz rapporte également 290 cas traités par la sérothérapie sous-cutanée, avec une mortalité de 33 à 40 %.

Les injections *intra-veineuses* (Roux et Vaillard, 1893, et Lemonnier 1902) (1) qui furent réservées d'abord aux cas très graves de tétanos, n'ont pas donné un pourcentage plus satisfaisant. Vallas (2) rapporte 31 cas ainsi traités, avec 13 morts et 18 guérisons, soit 41,9 %.

La raison de ces échecs dans le traitement du tétanos déclaré, semble résider dans ces faits bien confirmés par les travaux récents; c'est que la toxine tétanique s'attaque aux cellules nerveuses, pour lesquelles elle a une affinité toute spéciale, comme l'ont montré Wassermann et Takaki. La toxine adhère à la substance nerveuse, elle est fixée par elle, et amène ainsi les contractions tétaniques que Roux et Borrel (3) ont pu produire en mettant directement la toxine en contact avec le cerveau chez l'animal vivant. Voici comment s'expriment ces auteurs :

« Au moment où l'on injecte le sérum, une partie de la toxine est adhérente aux cellules nerveuses; l'antitoxine neutralise bien le poison qui circule encore dans le sang, mais elle n'atteint pas celui qui est fixé aux éléments de la moelle épinière. Si l'empoisonnement est trop avancé, la maladie suivra son cours, car la toxine diffusera de cellule nerveuse à cellule nerveuse, à l'abri de l'antitoxine. S'il en est ainsi, ce n'est pas dans le sang des tétaniques qu'il faut accumuler le sérum, mais le placer là où progresse la toxine. »

Et de cette proposition pathogénique dans la conception du tétanos découla naturellement la notion du traitement par injection *intra-cérébrale* de toxine antitétanique. Roux et Borrel avancèrent que :

« Quelques gouttes de sérum antitétanique, injectées dans le cerveau, guérissaient mieux le tétanos confirmé que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau. Il ne suffit pas, disaient-ils, de donner de l'antitoxine, il faut la mettre au bon endroit. »

Si, chez les animaux, cette méthode a donné des résultats encourageants, protégeant les centres et la moelle supérieure, il n'en fût pas de même chez l'homme. D'après Lemonnier, sur 70 cas, il y eut 46 morts, soit 65,7 %. Lœpper et Oppenheim (1) rapportent une série avec 73 % de mortalité, Moschcowitz (2) 48 cas avec une mortalité de 52,08 %, et Vallas 84 cas avec 52 morts, soit 61 %. Ce dernier auteur repousse la méthode intra-cérébrale d'une façon absolue. Outre que la période de la maladie pendant laquelle elle peut être utile se trouve très limitée, l'injection intra-cérébrale compte à son actif des accidents graves, des lésions cérébrales (hémorragies) qui suffiraient à en faire une méthode d'exception.

(1) Lemonnier. — Thèse de Paris 1903.

(2) Vallas. — Loc. cit.

(3) Roux et Borrel. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1898.

L'étude du liquide céphalo-rachidien des tétaniques devait amener à une conception pathogénique nouvelle, et à une méthode sérothérapique peut-être plus rationnelle, réalisant ce précepte : « donner de l'antitoxine et la mettre au bon endroit. » En effet, le liquide céphalo-rachidien, d'après Stintzing, contiendrait une quantité plus active et plus concentrée de toxine que le sang. Le bacille tétanique produirait des toxines au foyer même de l'infection; celles-ci seraient charriées le long des nerfs les plus rapprochés, probablement dans les interstices du périnèvre et de l'endonèvre, jusqu'à la moelle, et, traversant l'espace sous-arachnoïdien, elles produiraient leurs effets toxiques, principalement au point d'entrée de ces nerfs dans la moelle.

D'après Moschcowitz, le point d'attaque des toxines serait certainement les cellules du ganglion moteur de la corne antérieure, qui sont ainsi dans un état constant d'irritabilité, résultant de l'action du poison tétanique. Goldscheider et Flatau ont trouvé des lésions plus ou moins constantes de ces ganglions sur des lapins atteints de tétanos expérimental, et dans des autopsies de tétaniques.

D'autre part, Blumenthal et Jacob mettent le sérum en contact avec ces parties les plus touchées par les toxines, au niveau de la moelle, dans le liquide céphalo-rachidien. Leurs expériences, faites sur des chèvres tétanisées, ne donnèrent que peu de succès, à cause, très probablement, de l'étroitesse des espaces sous-arachnoïdiens des chèvres, ne pouvant contenir qu'une très petite quantité de liquide,

(1) Lœpper et Oppenheim. — La sérothérapie curative du tétanos traumatique (*Arch. gen. de médecine*, 1900), p. 426).

(2) Moschcowitz. — Traitement spécifique du tétanos. (*Columbia Univerit Studies from the department of pathologie*, vol. VII.)

et ne permettant qu'une endosmose très lente.

Depuis ces recherches, Jacob (1) a rapporté deux cas de tétanos guéris par les injections d'antitoxine dans les espaces sous-arachnoïdiens.

H. Luckett (2) (1903) fait connaître deux observations où la guérison fut obtenue par cette méthode; et si, à l'heure actuelle, elle n'a pas reçu, d'une façon absolue, la consécration de la clinique, on peut retrouver un certain nombre de cas qui permettent d'augurer un bel avenir thérapeutique en sa faveur.

Il nous a, en effet, été possible de relever, dans la littérature médicale de ces dernières années, 20 cas de tétanos traités par les injections sous-arachnoïdiennes d'antitoxine, avec 15 guérisons et 5 insuccès, ce qui représente un pourcentage de 75 % de guérisons, chiffres significatifs à côté de ceux rapportés plus haut et qu'ont donnés les méthodes sous cutanées, intra-veineuses ou intra-cérébrales.

Des cinq cas malheureux, trois appartiennent à Sicard (3) et sont rapportés dans sa thèse. Comme l'auteur l'a rappelé dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (15 octobre 1903), « il s'agissait de tétanos « bulbaire, très grave d'emblée, avec « tachycardie et accès dyspnéiques, « survenu chez des malades très « affaiblis, peu armés pour la lutte; l'un « était tabétique et morphinomane de « longue date; l'autre avait une plaie « très étendue de la région faciale. »

Des deux autres, l'un a été publié par Godinho et Fausto (4) qui, chez un enfant de dix ans, blessé au pied droit, firent, sous chloroforme, trois injections consécutives, en trois jours, de 5 cc de sérum antitétanique dans le canal rachidien. Ils virent rapidement diminuer le trismus et les contractures des membres, en même temps que s'abaissaient la température et le nombre des pulsations. Le malade mourut avec des phénomènes de congestion pulmonaire intense généralisée. (Les auteurs font remarquer que l'anesthésie générale avait été obtenue, lors de la troisième injection, par le chloréthyl.)

Le dernier cas où la mort est survenue, malgré la sérothérapie sous-arachnoïdienne, est rapporté par Detot et Grenet (1) qui, chez un malade de cinquante-cinq ans, atteint de tétanos subaigu, consécutif à une plaie contuse de la main droite, et survenu quinze jours après l'accident, utilisèrent simultanément les injections sous-cutanées, intra-rachidiennes (ces dernières répétées deux fois seulement) et les lavements de chloral. Le malade mourut au milieu de crises asphyxiques.

A côté de ces cinq insuccès, autour desquels des circonstances aggravantes venaient, pour ainsi dire, rendre peu favorable l'action de l'antitoxine, nous pouvons rapporter quinze cas de guérison ayant succédé aux injections intra-rachidiennes.

E. von Leyden (2) rapportait, en 1901, une intéressante observation de tétanos guéri à la suite d'injection, sous la dure-mère, de 5 cc d'antitoxine, faite après avoir retiré 10 cc d'un liquide céphalo-rachidien qui put facilement transmettre la maladie à des souris. La guérison fut obtenue en trois jours. Avant lui, en 1899, Jacob avait publié deux guérisons non douteuses.

N. d'Ancona (3) a traité, par les injections de sérum antitétanique dans la cavité céphalo-rachidienne, deux malades atteints de tétanos moyennement graves. Il fait observer que la première ponction lombaire, suivie d'injection d'antitoxine, eût pour résultat immédiat une accentuation des symptômes. Mais bientôt la fièvre descendit et les accès devinrent de plus en plus rares. Trois autres injections, faites les jours suivants, assurèrent la guérison.

Les cas de Meyer, de Borgen (4), de Holub (5) sont absolument comparables, et le succès de la méthode fut d'autant moins douteux que les auteurs, comme les précédents, se servirent uniquement de l'injection antitoxique sous-arachnoïdienne comme méthode thérapeutique.

Godinho et Fausto (6) ont traité ainsi une femme de soixante-deux ans qui, dix jours après s'être blessé au pied droit, eût du trismus et des secousses musculaires dans le membre malade. Après avoir pratiqué des injections phéniquées de Baccelli pendant six jours sans amélioration, les auteurs firent une série de six injections sous-arachnoïdiennes de sérum, dont la dose fut donnée croissante de 5 cc à 10 cc. La guérison fut obtenue, après qu'ils eurent pu voir diminuer les douleurs, le trismus et revenir le sommeil.

Jusqu'à ces derniers temps, l'injection intra-rachidienne d'antitoxine semblait un peu tombée dans l'oubli, lorsque W. H. Luckett (1), dans un intéressant mémoire, avança, d'après des considérations anatomo-pathologiques et pathogéniques, que cette méthode, par l'évacuation du liquide céphalo-rachidien hautement toxique, et l'apport, au contact des éléments nerveux, du sérum antitétanique, devait constituer le traitement rationnel du tétanos. Il rapporte, à ce sujet, deux observations où les injections lombaires ont amené la guérison de tétanos confirmé. Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de douze ans, blessé à la paume de la main gauche par une balle de pistolet, et qui, au bout de sept jours, fut pris de vives douleurs dans le dos, la nuque et le côté droit de la poitrine. En même temps que les doigts de la main blessée entraient en contracture, apparaissaient trismus, rire sardonique, contracture de l'orbiculaire palpébral et des muscles abdominaux. La température était de 101° F., le pouls à 116, les respirations = 24 par minute.

W. Luckett n'institua pas d'autre traitement que le suivant: le 12 juillet 1902, après une ponction lombaire faite entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire, qui permit de retirer 20 cc de liquide cérébro-spinal, on injecta 8 cc de sérum antitétanique, et cela *très lentement* : l'injection dura cinq minutes.

L'auteur observe que, après quelques minutes, toutes les contractions toniques du corps avaient diminué. Le malade pût se reposer et dormir, car les douleurs du dos et de la nuque avaient cessé. Les masséters ayant subi un léger degré de relâchement, le malade put boire à la tasse. Mais, au bout de six heures de calme, les spasmes reprirent, en même temps qu'une violente céphalée.

Du 13 au 24 juillet, on injecta en tout 92 cc de sérum antitétanique, et, le 26 juillet, le malade pouvait rester

(1) Jacob. — Société de médecine interne de Berlin, 29 nov. 1899.

(2) W.-H. Luckett — *Med. News.*, 18 avril 1903, page 730.

(1) Sicard. — Th. de Paris 1899-1900.

(2) Godinho et Fausto. — *Presse méd.*, 20 sept. 1902.

(1) Detot et Grenet. — Tétanos traumatique. Injection intra-rachidienne de sérum antitétanique (mort) (*Gaz. hebd.*, 9 nov. 1902)

(2) E. von Leyden. — *Deuts. med. Woch.*, juillet 1901.

(3) N. d'Ancona. — *Gaz. d. Osped. e delle Clin.*, 24 nov. 1901.

(4) Borgen. — *Norsk Magazin for Lægevidens*, 1901, p. 167, résumé in *Rev. Neurol.*, 30 nov. 1902.

(5) Holub. — Tétanos céphalique avec parésie de l'hypoglosse, guéri par injection durale d'antitoxine de Behring (*Wien. med. Woch.*, avril 1903).

(6) Godinho et Fausto. — *Presse méd.*, 20 sept. 1902.

(1) W. H. Luckett. — Le traitement rationnel du tétanos (*Med. News*, 18 avril 1903).

assis deux heures sur son lit. Le 30, il sortait guéri.

Le deuxième cas rapporté par Luckett est analogue au précédent. Il faut remarquer qu'après chaque injection d'antitoxine, dont la dose variait entre 9 et 15 cc, les douleurs cessèrent et les muscles contractés entrèrent en relâchement. La guérison fut obtenue après cinq injections, représentant en tout 59 cc de sérum introduit dans les espaces sous-arachnoïdiens, après un enlèvement total de 601 gouttes de liquide.

Plus récemment, j'ai eu l'occasion de rapporter, en collaboration avec mon maître M. Walther, une observation de tétanos traumatique guéri par des injections lombaires intra-arachnoïdiennes de sérum antitétanique (1). Le malade, entré à l'hôpital en pleine attaque de tétanos aigu à forme grave, fut traité de la façon suivante : trois injections ont été faites d'après une technique très simple que nous indiquerons plus loin : la première, le 1er juillet, de 5 cc, après avoir retiré 15 cc de liquide céphalo-rachidien; la seconde, le 2 juillet; après avoir retiré 10 cc de liquide, j'injectai la même quantité d'antitoxine. Enfin, le 5 juillet, nouvelle injection de 10 cc.

Chaque injection a donné une amélioration notable, et la guérison de ce malade, définitive le 13 juillet, est un document de plus à ajouter à la sérothérapie par cette voie, malgré l'association du chloral à la thérapeutique précédente.

A propos de cette communication, M. Sicard (2) a rapporté à la Société médicale des hôpitaux trois cas nouveaux de tétanos guéris par des injections rachidiennes d'antitoxine; deux lui sont personnelles : dans un premier cas, une jeune femme, entrée à l'hôpital le quatrième jour de son trismus, apparu huit jours après une plaie contuse, reçût, par voie lombaire et à 2 jours d'intervalle, deux injections de 15 cc de sérum; (chloral et injections sous-cutanées de sérum associés). Amélioration rapide et guérison. Dans son deuxième cas, M. Sicard a associé les injections sous l'arachnoïde lombaire (20 cc) aux injections qu'il appelle « para-nerveuses périphériques », faites au voisinage des gros troncs nerveux. Au bout d'une semaine, après trois injections rachidiennes et une injection au niveau des troncs nerveux, ces dernières faites tous les deux jours, la guérison est obtenue.

(1) Walther. — Soc, de chir., 29 juillet 1903.

(2) Sicard. — Soc. méd. des hôp., 15 oct. 1903.

La troisième observation est due au Dr Dupaigne (de Valenciennes). Le malade reçût, au seizième jour d'un tétanos confirmé, à marche lente 20 cc de sérum sous l'arachnoïde par ponction lombaire. Cette intervention amena dès le soir, une amélioration qui aboutit à la guérison en dix jours. Une éruption toxi-infectieuse sur la face, le cou et les bras vint seule troubler l'état de santé du convalescent.

Voilà les faits bruts, tels que nous les montre la clinique, et, sur ce terrain, nous nous trouvons tout à fait en désaccord avec l'opinion très sévère de M. Vallas (Congrès de chirurgie, 1902), qui considère la méthode comme toujours inutile et parfois dangereuse. M. Vallas rapporte même que, dans quelques cas, la mort aurait suivi de quelques heures l'injection sous-arachnoïdienne, et il lui préfère la sérothérapie sous-cutanée ou intra-veineuse. Quant à l'injection intra-cérébrale, il la repousse d'une façon absolue.

Nous avons vu combien les injections sous-cutanées se sont montrées infidèles dans leurs résultats. Quant aux intra-veineuses, on n'ignore pas combien peuvent être graves et dangereuses les interventions sur les veines, et nous serions plus tentés de croire à des cas de mort après une injection intra veineuse, qu'après les injections intra-arachnoïdiennes, désormais entrées dans la pratique courante.

Cette méthode a, d'ailleurs, fait déjà l'objet d'études expérimentales, et quelques faits positifs sont actuellement acquis. C'est ainsi que M. Sicard (Thèse, 1900) a montré, à propos du mode d'action de la toxine et de l'antitoxine tétaniques, injectées dans les méninges, la place importante, au point de vue de « l'attaque et de la défense » de la voie sous-arachnoïdienne, bien plus active que la voie sous-cutanée et moins active que la voie intra-cérébrale; celle-ci étant, d'ailleurs, presque complètement abandonnée.

D'autre part, MM. Descos et Barthélemy (1) ont montré, expérimentalement, qu'à doses répétées et assez élevées, le sérum antitétanique a amené la guérison de lapins tétanisés, au début de la phase des contractures, par la voie sous-arachnoïdienne; et, un peu plus tard, les deux auteurs, expérimentant de nouveau sur des lapins, concluent que, dans le tétanos confirmé, les injections sous-arachnoïdiennes

(1) Descos et Barthélemy. — Influence de la voie d'introduction sur les effets curatifs du sérum antitétanique. (Société de biologie, 26 juillet 1902.)

leur ont donné des résultats supérieurs aux autres méthodes.

« Cette voie, disent-ils (1), nous a fourni des résultats inattendus. Sur 4 lapins, 2 sont morts, l'un avec un tétanos rapide (90 heures), l'autre avec un tétanos lent (7 jours), et deux ont survécu. » Ils concluent qu'à la phase des contractures, *seule* l'injection sous-arachnoïdienne est quelquefois suivie de succès. Ces auteurs ont pratiqué l'injection expérimentale sous l'arachnoïde cranienne; mais ils estiment que la voie lombaire doit être aussi efficace.

La technique des injections sous-arachnoïdiennes de sérum antitétanique est des plus simples et a la portée de tous. Le malade sera couché, de préférence sur le côté; la position assise, habituellement employée pour la ponction lombaire est, en effet, difficile à obtenir et à maintenir, et les mouvements nécessaires sont capables d'exagérer les contractures et de provoquer des crises spasmodiques. Et, à ce point de vue, nous pensons que l'administration du chloroforme est des plus utile. Il n'est pas rare, en effet, comme l'a indiqué d'Ancona, de voir survenir une accentuation des symptômes sous l'influence de la ponction lombaire. D'autre part, nous avons constaté, après nombre d'auteurs, l'utilité de la chloroformisation, pour obtenir la cessation de l'opistothonos et faciliter l'acte opératoire.

D'ailleurs, l'anesthésie est admirablement supportée par les malades. Dans le cas que nous avons rapporté, trois injections sous-arachnoïdiennes furent pratiquées sous chloroforme, et nous avons pu constater la rapidité du sommeil, la cessation presque immédiate de la raideur vertébrale, et une sédation complète des crises spasmodiques pendant une durée variant de 3 à 7 heures.

La narcose chloroformique a été déjà conseillée au titre de traitement du tétanos. Préobrajenski (2) pensait que cette pratique, répétée chaque jour et même deux et trois fois par jour dans les cas très convulsifs, pouvait rendre les plus grands services. Cet auteur n'a jamais constaté d'accident. Il a également observé que l'anesthésie s'obtenait très facilement avec des doses faibles (8 à 15 grammes de chloroforme).

Sous cette influence, les muscles

(1) Descos et Barthélemy. — *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 15 septembre 1902.

(2) Préobrajenski. — Mémoires médicaux, (Moscou, 1894.)

tétanisés se relâchent déjà au bout des premières inhalations, la respiration devient régulière et profonde, le pouls plus petit et plus lent. Les malades gagnent ainsi plusieurs heures de sommeil et de repos.

Le malade endormi, et après les soins ordinaires d'asepsie de la région, l ponction sera pratiquée entre la 3e et la 4e vertèbre lombaire, sur le trajet d'une ligne horizontale réunissant les points les plus élevés des crêtes iliaques. On aura eu soin de placer le malade de telle sorte que la colonne dorso-lombaire décrive un arc de cercle allongé, diminuant l'imbrication des lames vertébrales; et, de l'index gauche, placé sur le sommet des apophyses épineuses, l'aiguille sera enfoncée, en la dirigeant légèrement en dedans et en haut.

Le liquide céphalo-rachidien s'écoule ordinairement avec une assez forte tension; et ce fait ne doit pas nous étonner outre mesure, car les recherches de A. Pettit et J. Girard ont montré l'existence d'un processus sécrétoire *intense*, au niveau des cellules de revêtement des plexus choroïdes des ventricules latéraux, à la suite de l'administration aux animaux de diverses substances toxiques et en particulier de la toxine tétanique. Dans quelques observations, cependant, on a vu le liquide s'écouler goutte à goutte, plus particulièrement au moment des deuxième ou troisième ponctions lombaires.

Quoi qu'il en soit, la quantité de liquide céphalo-rachidien retiré devra être assez grande. La lecture des observations nous a permis de relever des chiffres variant de 10 à 50 centim. cubes. L'effet seul de cette soustraction pourrait être salutaire, en éliminant un liquide, reconnu souvent fort toxique, malgré les constatations faites en sens contraire par Courmont et Doyon, et en diminuant la tension au niveau des centres. Ce liquide sera minutieusement recueilli en vase stérile Nous verrons plus loin les résultats fournis par l'étude cytologique. Le sérum antitétanique sera ensuite injecté, et cela avec la plus grande lenteur, cinq minutes au moins pour la dose moyennement employée, qui a varié entre 10 et 15 cent. cubes. Nous pensons qu'on pourrait faire choix de doses progressivement croissantes, en commençant par 5 cent. cubes, pour augmenter ensuite et injecter 10, 15 et 20 cent. cubes aux séances suivantes.

L'étude du liquide céphalo-rachidien des tétaniques a donné des résultats très différents suivant qu'on l'examine après la première ponction ou à la suite de celles faites après l'injection d'antitoxine dans les espaces sous-arachnoïdiens (1). Lors de la première ponction, on peut constater que le liquide a conservé sa limpidité, sa coloration, sa fluidité normales. Il ne renferme aucun élément figuré, ce qui permet de différencier le tétanos des méningites cérébro-spinales et tuberculeuses. Si on trouve quelques globules rouges, c'est qu'ils proviennent de la contamination de l'aiguille à travers les tissus.

Il ne renferme aucun microbe, comme le montrent les cultures et les inoculations expérimentales. Son point de congélation est normal, variant entre 0,50 et 0,58, de même que sa richesse en chlorures (7 gr. à 7 gr. 20).

Quant à la présence de la toxine tétanique dans le liquide céphalo-rachidien, l'accord n'est pas fait entre les auteurs. Alors que, pour certains, la toxine ne passerait jamais dans le liquide céphalo rachidien, comme sembleraient le prouver les inoculations aux cobayes et à la souris, pour d'autres (Stintzing), le liquide serait plus toxique que le sang.

A la suite de l'injection intra rachidienne de sérum, et lors de la seconde ponction lombaire, le liquide devient un peu trouble et opalescent, riche en albumine. Si on l'examine après centrifugation, fixation à l'alcool-éther et coloration à l'éosine-hématéine, on peut constater une réaction lymphocytaire abondante et des plus nettes.

Ces phénomènes ne sont, d'ailleurs, pas spéciaux à l'injection d'antitoxine tétanique. Ravaut et Aubourg ont constaté des réactions semblables à la suite des injections de cocaïne. Elles doivent dépendre de l'action irritante, sur les méninges, de la substance employée, plus que de son défaut d'isotonie en plus ou en moins.

Telle est, nous semble-t-il, l'état de la question sur les injections sous-arachnoïdiennes de sérum antitoxique, dans le traitement du tétanos.

La clinique nous montre que leur effet a été souvent salutaire, et dans toutes les observations, même dans les cas qui n'ont pas abouti à la guérison, nous voyons cette intervention être suivie de la diminution des contractures, la disparition des douleurs, permettant le repos et le sommeil, l'abaissement de la température et du nombre des pulsations.

Nous savons aussi que les éléments nerveux sont touchés au premier chef par le poison tétanique, qui y arriverait le long des conducteurs nerveux. Il semblerait que l'action de l'antitoxine doive être d'autant plus active qu'elle peut se produire dans une région plus rapprochée des centres, à l'entrée des troncs nerveux, en ce point baigné constamment par le liquide céphalo-rachidien circulant, et capable d'être toxique, comme il l'est dans l'urémie (Souques et Castaigne), au cours de la rage chez l'homme (Deniger et Sabrazès) et dans certains cas d'intoxication chronique : mercurielle (Raymond), alcoolique (Nicloux).

Nous ne voudrions encore rien inférer ni conclure de cette courte étude, mais nous pensons, qu'à l'heure actuelle, où les espérances ont été déçues en ce qui concerne les voies sous-cutanée et intra-cérébrale, pour l'introduction, dans l'organisme, de l'antitoxine tétanique, la voie sous-arachnoïdienne peut être appelée à rendre de réels services, sans négliger la thérapeutique des symptômes et les moyens hygiéniques utiles dans tous les cas.

(1) Achard, Loeper et Laubry. — *Arch. de médecine expérimentale et d'anat. patholog.*, juillet 1901.
Milian et Legros. — Société de biologie, 30 mars 1901.
Achard. — *Gazette hebdomadaire*, 21 juillet 1901
Sicard. — Thèse de Paris, 1900.
Netter. — Société de biologie, 30 mars 1901.
Ravaut et Aubourg. — Société de biologie, 15 juin 1901.
Walther et Rollin. — Société de chirurgie, 29 juillet 1903.

FAITS CLINIQUES

Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse

Par le Dr L. Thévenot

Assistant de la Clinique chirurgicale du Prof. Poncet à l'Hôtel-Dieu de Lyon

Il est peu d'affection mieux connue dans ses dispositions anatomiques, et mieux étudiée cliniquement, que les kystes du creux poplité. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que leur pathogénie est encore, dans nombre de cas, des plus incertaines. Que le kyste se développe spontanément, autrement dit qu'il soit le fait d'une hygromite primitive des bourses séreuses juxta-articulaires, en communication, parfois avec l'articulation (kyste primitif), ou qu'il soit dû à la dilatation kystique d'un diverticule articulaire, et que sa caractéristique soit alors, communiquant avec l'articulation, d'être concomitant ou symptomatique d'une hydarthrose (kyste secondaire), dans les deux cas la cause de son développement reste tout aussi obscure.

Les recherches sur le rhumatisme tuberculeux, que nous poursuivons depuis

quelques années à la clinique de M. Poncet, nous ont porté à croire que, dans certains cas,les kystes poplités primitifs ou secondaires peuvent être dus à la tuberculose. Le processus est alors le même que dans les arthrites, les synovites tendineuses, etc., qui constituent la grande classe du rhumatisme tuberculeux. Autrement dit, on se trouve en présence d'*une tuberculose simplement inflammatoire*, sans autres caractères anatomiques que ceux d'une inflammation banale, ordinaire, quelle qu'en soit la cause. Cette bacillose réactionnelle, sans tubercules, sans produits tuberculeux, est aujourd'hui chose bien démontrée, depuis les travaux auxquels nous avons fait allusion sur le rhumatisme tuberculeux.

Il existe, comme l'enseigne M. Poncet (1), trois grandes formes de bacillose :

La *forme spécifique* admirablement connue, avec edifications pathologiques : tubercules, fongosités, caséification, nodules tuberculeux, cellules géantes, etc.

La *forme septicémique*, sans localisations, sans lésions apparentes des tissus

Enfin, la *forme inflammatoire* qui se présente souvent avec l'allure rhumatismale.

Cette dernière a, dans ses lésions et ses manifestations cliniques, un champ non moins vaste que la tuberculose spécifique. Elle va depuis les phénomènes congestifs les plus légers jusqu'à la sclérose la plus rétractile,la plus déformante, et depuis la douleur fugace jusqu'aux troubles fonctionnels les plus marqués.

Une de ses variétés communes est celle dans laquelle les séreuses frappées : séreuses des articulations, des gaines tendineuses, etc., fournissent un exsudat plus ou moins abondant, sans caractère particulier distinctif. L'expérience clinique, les recherches expérimentales, etc., montrent qu'en pareil cas, ces lésions spontanées sont, en dehors de toute autre infection appréciable, presque toujours de nature tuberculeuse.

La pathologie générale, les considérations qui précèdent, devaient donc *à priori*, laisser supposer que les bourses séreuses du creux poplité ne devaient pas, dans leur pathologie, faire exception, et qu'elles pouvaient être frappées de la même façon, par le poison tuberculeux.

A l'appui de cette manière de voir, nous apportons aujourd'hui deux observations que les hasards de la clinique viennent de mettre à notre disposition. Il est probable,que l'attention étant éveillée sur la *pathogénie bacillaire* de certains kystes du creux poplité, d'autres observations du même ordre seront bientôt recueillies.

Voici ces deux observations.

Observation I

Kyste médian du creux poplité avec arthrite du genou correspondant, de nature bacillaire, chez une jeune fille de vingt et un ans, porteur d'anciennes cicatrices écrouelliques et atteinte actuellement de tuberculose pulmonaire.

Marie M..., sans profession, demeurant à Moirans (Isère), entre le 29 janvier 1903, salle Sainte-Anne, dans le service du professeur A. Poncet, pour un kyste médian du creux poplité droit paraissant s'être développé dans la bourse du jumeau interne. Son père et sa mère sont en bonne santé; elle a une sœur, également bien portante.

Vers l'âge de sept ans, elle aurait eu une adénite cervicale suppurée, qui lui a laissé une cicatrice caractéristique; pas de ganglions actuellement. La malade a été réglée à onze ans; depuis lors, elle l'a toujours été régulièrement.

L'affection actuelle remonte à trois ans environ. A cette époque, cette jeune fille commença à éprouver des fourmillements dans le creux poplité, et constata la présence d'une petite tumeur mobile, disparaissant complètement dans la flexion de la jambe sur la cuisse. Cette tumeur, non douloureuse, augmenta petit à petit de volume. Celui-ci, d'ailleurs, n'était pas constant; il s'accroissait après une longue marche et diminuait par le repos.

Il y a trois semaines, la tumeur devint plus grosse, plus dure et douloureuse.

Actuellement, à l'inspection, on constate, au niveau de la partie médiane du creux poplité droit, un gonflement de la grosseur d'un petit œuf de poule, sans changement de coloration des téguments, sans battement.

A la palpation, la tumeur est indolore, manifestement fluctuante, et réductible par la pression. Cette réduction se fait d'elle-même, dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse En refoulant d'une main le kyste, alors que l'autre main repose sur la face antérieure de la rotule, on perçoit un léger soulèvement de celui ci, en même temps qu'une fine crépitation. Pas de battements, de frémissement, ni de thrill.

A l'auscultation, pas de souffle.

Etat général bon; seul, l'appétit est un peu diminué.

L'examen des poumons révèle un début de tuberculose au sommet droit. Il existe, à ce niveau, en arrière, de la submatité, de l'obscurité du murmure respiratoire et de gros frottements superficiels; en avant, un peu de submatité, d'augmentation des vibrations, et de l'obscurité des bruits respiratoires.

En raison de ces symptômes et des signes d'arthrite légère, M. Poncet conseille, dans le traitement, de s'occuper exclusivement de l'arthrite

7 février 1903. — Sous anesthésie à l'éther, pointes de feu avec le thermo-cautère sur le genou; genouillère silicatée. La malade part chez elle le 8 février et revient le 16 mars. Le kyste a un peu diminué de volume, mais le choc rotulien se perçoit encore facilement. La jambe est raide, les mouvements gênés et un peu douloureux. Les signes d'auscultation persistent. La malade, dont l'état local est amélioré, est renvoyée chez elle, à la campagne, avec un traitement général.

Observation II.

Kyste du creux poplité droit développé aux dépens de la bourse du jumeau interne. Ultérieurement kyste, du côté opposé, de même siège, chez une jeune fille atteinte, à l'âge de onze ans, d'une méningite et porteur actuellement de ganglions cervicaux et d'une synovite des extenseurs du pouce et des radiaux; ces deux dernières lésions étant nettement de nature tuberculeuse. — Marie X..., de Veynes (Hautes-Alpes), sans profession. Mère bien portante, âgée de soixante trois ans. Père mort à soixante-huit ans d'attaque d'apoplexie. Deux sœurs en bonne santé.

La malade a eu une méningite à onze ans; cette affection a duré environ trois semaines et, pendant dix jours, son état a été très grave; le diagnostic porté fut : *méningite tuberculeuse*. Depuis lors, elle aurait souvent des maux de tête; ils apparaissent dès qu'elle veut faire un travail un peu minutieux (broderie, calculs...) Elle a conservé aussi de la faiblesse générale. Il est plus que vraisemblable qu'elle eut alors une méningite uniquement séreuse, d'origine tuberculeuse et qui a guéri spontanément à la manière d'autres méningites de même nature, guérison dont un élève de la clinique, le Dr Bouchier a, du reste, dans sa thèse, apporté plusieurs observations (1). Réglée à seize ans et régulièrement. Menstruation douloureuse.

En octobre 1901, elle vint trouver M. le prof. Poncet pour un kyste du creux poplité droit survenu depuis un an environ. Elle éprouvait de la gêne dans le genou, surtout lorsqu'elle avait marché beaucoup, et au moment de ses règles. Le kyste communiquait largement avec l'articulation qui renfermait du liquide. Il avait le volume d'une petite mandarine et son extirpation se fit sans difficulté. Le liquide qu'il contenait était clair; la poche avait une surface lisse, unie, agranulique, afongueuse, et il semblait que l'on avait affaire à un kyste simple, uniquement inflammatoire, du creux poplité.

La malade partit, guérie,à la fin du mois d'octobre.

Trois ou quatre mois après, elle accusa de la gêne dans le genou gauche et ressentit les symptômes qu'elle avait éprouvés à droite. En explorant le creux poplité, elle y trouva un kyste un peu moins gros que le précédent. Ce kyste a actuellement le volume d'une petite pomme. Il occupe la moitié inférieure du losange poplité et se réduit facilement à la pression.

Légère hydarthrose du genou. La malade éprouve un peu de gêne articulaire lorsqu'elle marche, surtout si le genou n'est pas maintenu, serré dans une bande.

Depuis un an, il existe, au niveau du poignet droit, de la tuméfaction.

La synoviale des radiaux et celle de l'extenseur du pouce sont distendues par du liquide (*synovite tendineuse chronique*). Il ne paraît pas y avoir de grains riziformes dans la poche.

La quantité de liquide épanché dans les gaines tendineuses n'a rien de fixe; elle augmente ou diminue souvent sans motif apparent; la fatigue pourtant l'augmente, la couture en particulier.

Depuis six mois, la gaine du fléchisseur de l'annulaire droit est également envahie. Les mouvements de flexion sont gênés et la malade souffre quand elle veut serrer un objet quelconque La tuméfaction est peu marquée. La malade perçoit de petits craquements dans les mouvements.

Pas d'amaigrissement ni d'essoufflement. Pas de signes pulmonaires. Sueurs nocturnes abondantes. Il existe de petits

(1) M. Antonin Poncet. — Tuberculose : septicémique, rhumatismale et spécifique. (*Arch. intern. de chirurgie*, Gand, 1903.)

(1) Bouchier. — Méningopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse (th. de Lyon, 1902.

ganglions cervicaux formant chapelet. La malade les porte depuis huit ans, ils sont survenus après un bain froid. A ce moment, elle éprouva des douleurs dans les deux jambes, sans localisations articulaires; elle eut des ganglions cervicaux du volume d'une noix. L'arsenic, l'iodure, etc., les firent disparaître momentanément.

Cette jeune fille, qui est à coup sûr une bacillaire, ainsi qu'en témoignent son passé pathologique, les synovites tendineuses actuelles, etc., est envoyée à la campagne et soumise à un traitement général.

L'interprétation que nous avons donnée de nos deux observations trouve confirmation dans des faits plus ou moins du même genre déjà publiés. C'est ainsi qu'on a vu une véritable tumeur blanche du genou du même côté survenir plus tard chez des malades opérés d'un kyste séreux ordinaire du creux poplité. Dans d'autres cas aussi, l'arthrite et le kyste ont évolué simultanément vers la tuberculose spécifique, classique, après avoir été également considérés, pendant un temps plus ou moins long, comme étant uniquement de nature inflammatoire.

On croyait alors à la transformation d'arthrites, d'hygromites, dites rhumatismales, en arthrites, en hygromites tuberculeuses. Cette conception, ainsi que l'ont bien montré M. Poncet et ses élèves, est erronée. Dès le premier jour, en effet, les lésions engendrées par le bacille ou ses toxines sont d'origine tuberculeuse. L'erreur, encore une fois, créée par les anatomo pathologistes, a été d'être trop exclusif, et méconnaissant la forme inflammatoire de la tuberculose, de ne décrire que la forme spécifique.

Nombre de kystes poplités, comme d'autres kystes, d'autres synovites, etc., relèvent, très vraisemblablement, du *rhumatisme tuberculeux*.

Dans une récente leçon clinique de M. Poncet : *Rhumatisme tuberculeux; kystes poplités d'origine tuberculeuse*, que nous avons publiée dans les *Annales médico-chirurgicales du Centre* (Tours, 3 janvier 1904), nous rapportons une troisième observation de kyste poplité d'origine tuberculeuse.

Il s'agissait d'un jeune homme qui ne présentait aucun signe de bacillose, en dehors d'un kyste poplité, concomitant d'une arthrite du genou, du même côté, de nature douteuse.

La nature bacillaire du kyste et de l'arthrite fut démontrée par une séro-réaction nettement positive, et par l'épreuve de la tuberculine. La tuberculinisation sous-cutanée provoqua une réaction locale intense, comme cela est la règle lorsque les lésions sont tuberculeuses.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La deuxième campagne de la ligue Corse contre le paludisme

Pendant l'année 1903, la ligue Corse contre le paludisme a continué son œuvre de propagande et a fait de la prophylaxie pratique par l'emploi du sulfate de quinine pris à titre préventif, et par la protection à l'aide des toiles métalliques.

Cette protection peut être *totale*, c'est-à-dire s'étendant à toutes les ouvertures; *subtotale*, les portes et fenêtres sont garnies, mais les cheminées et autres orifices ne le sont pas; *partielle*, ou ne s'étendant qu'aux chambres à coucher. La ligue s'est occupé de vingt-six habitations, où la protection a été totale une fois, subtotale une fois, partielle vingt-quatre fois. Voici, d'après le rapport de M. le Dr **Battesti**, président de la ligue, les résultats obtenus et leur comparaison avec ceux présentés par les habitants de maisons aussi insalubres et non protégées.

Protection nulle.	Morbidité.	47	%
— partielle.	—	13	»
— subtotale.	—	2,50	»
— totale.	—	0	»

De l'examen comparatif de ces quatre équations, M. Battesti tire les conclusions suivantes :

1° Les individus non protégés ont trois fois et demie plus de chances d'être infectés que les individus protégés partiellement, même quand la protection partielle est réduite au minimum, c'est-à-dire quand elle est limitée aux seules fenêtres des chambres à coucher.

2° Le nombre des cas de paludisme diminue en raison directe du degré de protection mécanique.

3° La protection méthodique totale peut suffire à elle seule pour préserver du paludisme.

4° D'après ces constatations, le rôle des moustiques apparaît évident et capital dans la production du paludisme.

Pour ce qui est de la prophylaxie quinique, M. Battesti ne donne pas de statistique, mais les documents qu'il a recueillis lui permettent de dire :

Que l'emploi préventif des sels de quinine est un préservatif de très grande valeur ; qu'il est obligatoire à défaut de protection méthodique ou même lorsque celle-ci est seulement partielle ; qu'il donne d'excellents résultats chez les individus appelés à traverser les endroits palustres ou à y séjourner peu de temps, mais qu'il est inférieur à la protection méthodique, parce qu'il ne fait qu'entraver le développement, dans l'organisme, du germe paludique qui y a été inoculé, sans pouvoir empêcher cette inoculation. Il n'est, d'ailleurs, pas plus facile à appliquer que la protection, car, en réalité et dans la pratique, il est, pour ainsi dire, impossible d'obtenir son application rigoureuse chez les individus qui sont exposés à l'infection pendant de longs mois consécutifs et qui, par conséquent, auraient le plus besoin d'y avoir recours.

Aussi, la conclusion de notre confrère est que la protection mécanique méthodique des habitations à l'aide de toiles métalliques est le procédé de choix pour se défendre contre les atteintes du paludisme, car, lorsque cette protection est totale, elle réalise le but idéal d'empêcher l'inoculation du microbe de Laveran qui cause le paludisme.

M. Battesti insiste avec grande raison et preuves locales à l'appui, sur ce fait que l'assainissement des localités palustres est absolument impossible sans le concours de la prophylaxie privée dont l'importance est extrême.

C'est là un axiome d'hygiène qui ne s'adresse pas seulement à la prophylaxie du paludisme, mais qui domine l'hygiène de tous les groupements. C'est, du reste, ce que les Américains ont fait à la Havane (1).

« En même temps que l'on s'occupait de l'hygiène générale de la ville, on entreprenait aussi la question plus délicate de l'assainissement de la maison. Ici, les vainqueurs firent preuve d'une volonté énergique d'arriver au but, et ils passèrent résolument par dessus tous les obstacles qu'auraient pu leur créer, en d'autres pays, les préjugés de liberté individuelle. Ils usèrent envers les Cubains d'une rigueur absolument draconienne. Des brigades d'agents sanitaires furent créées et reçurent la mission de pénétrer dans toutes les maisons, quelles fussent, riches ou pauvres, neuves ou vieilles, d'apparence luxueuse ou misérable. Aucune exception ne fut faite, 20 200 maisons furent ainsi nettoyées et visitées de fond en comble. Les agents se livraient à la perquisition la plus minutieuse dans toutes les pièces et faisaient jeter à la rue tous les objets ou meubles qui paraissaient d'une propreté douteuse. Ils portaient une attention toute spéciale sur les cabinets d'aisances qui, tous, furent dotés d'un système uniforme pour toute la ville, avec chasse d'eau, siphon, etc. Toutes les résistances qu'on put leur opposer furent brisées. »

« Le résultat de toutes ces mesures a été des plus brillants. La fièvre jaune qui, bon an mal an, causait une moyenne de 466 décès, a complètement disparu ; pas un cas n'a été observé depuis le mois de septembre 1901. »

Et pendant ce temps-là, dans la ville lumière, on réclame — au nom de la liberté individuelle — le droit de cracher à terre! G.

MÉDECINE MILITAIRE

A propos de la tenue

La lettre que nous avons publiée dans notre numéro du 20 février dernier, à propos de l'uniforme des médecins militaires, nous a valu une série de lettres témoignant de l'intérêt que

(1) L'hygiène et les hôpitaux, à Cuba, à la Nouvelle-Orléans et à New-York, par le docteur Pungier. (*Arch. méd. nav.*, nov. 1903, n° 12, p. 432.)

nos camarades portent à cette question. Ne pouvant les reproduire toutes, nous nous contenterons de donner ce qui nous a semblé le plus suggestif dans les idées émises dans les différents grades.

Voici la lettre d'un aide-major :

Granville, 21 février 1904.

Monsieur,

Si nous n'avons plus l'allure de Percy à la tête de son ambulance, ne faut-il pas nous en prendre un peu à nous-mêmes? Jamais contents d'avoir une tenue qui nous appartienne en propre, nous avons toujours voulu suivre pas à pas les modifications apportées par les combattants à leur uniforme. Nous nous plaisons à user leurs costumes demodés.

Mais nous sommes médecins militaires. Pourquoi ne serions-nous pas fiers de tout ce qui nous distingue, au lieu de copier servilement, comme un fantassin qui singe un cavalier?

J'admets encore que, sans cesse, notre tenue de campagne soit modifiée, mais seulement pour arriver à la plus grande simplicité; celle que nous possédons semble pratique. Conservons donc précieusement notre vareuse, et si même, un jour, nous voyons supprimer la culotte rouge aux combattants, gardons pieusement la nôtre en prenant un prétexte quelconque, necessité de la visibilité à distance, par exemple.

Quant à notre tenue de parade, elle n'a plus à être aussi pratique et doit surtout rappeler nos traditions. N'est-ce pas nous-mêmes, cependant, qui avons jeté aux orties tout ce que nos anciens ont illustré? Ne l'avons-nous pas toute prête, et bien à nous, cette tenue de parade? nous n'aurions qu'à adopter la grande tenue de l'Ecole, que nous avons portée pendant plus de trois ans, à Lyon; il suffirait d'y ajouter nos galons circulaires de grade et les épaulettes de nos infirmiers (corps en velours rouge et franges d'or).

Peu importe, d'ailleurs; choisissez autre chose, mais, de grâce, donnez-nous une tenue bien à nous. Si vous nous donner des épaulettes, qu'elles soient bien distinctes, qu'elles rappellent, par exemple, celles de nos infirmiers; si nous devons changer de coiffure, créons d'emblée une coiffure bien à nous, ou reprenons notre chapeau.

Mais le jour où nous aurons cette tenue, n'y changeons plus rien; n'avons-nous pas, pour l'illustrer, plus heureux que nos camarades, deux champs de bataille?

Un médecin-major de 2e classe nous écrit :

Mon cher confrère,

Très bien votre correspondance sur l'uniforme des médecins militaires. Mais, qui diable dit que nous sommes pauvres? Songez donc qu'il nous faut deux dolmans, un propre pour les revues ensoleillées et les réunions mondaines, un second légérement foncé pour les prises d'armes par la pluie; ajoutez-y deux vareuses, et vous vous demanderez, avec moi, quel officier est astreint à ce luxe de vêtements que des usages d'antan imposent au toubile. Et puis, si quelqu'un s'avisait de tremper nos torsades, ces nids à microbes, dans un bouillon de cultures, je ne sais trop ce qu'il en retirerait .. Rien de bon, à coup sûr.

Croyez, etc.

Enfin, nous avons causé de la question avec un major de 1re classe, et voici ce qu'il nous a dit :

La correspondance que vous avez publiée doit émaner d'un médecin de réserve très cocardier. Nous le sommes moins, et nous trouvons inutiles — pour ne pas dire plus — panaches, plumets, pompons, grands sabres, etc. Nous n'avons pas besoin de ressembler aux combattants. La majorité désirerait, je crois, un uniforme plus sévère et différant absolument de celui des autres armes. L'uniforme de médecin de marine, qui est de bon goût, rallierait certainement un grand nombre d'adhésions.

Il serait désirable qu'il n'y eut qu'un même uniforme pour les médecins de toutes les nations ayant adhéré à la Convention de Genève. Un insigne quelconque — par exemple une petite cocarde nationale à la coiffure — servirait à indiquer la nationalité, et ce serait bien suffisant.

Une réforme dans ce sens serait plus utile que l'adoption d'un plumet, quels que soient sa couleur ou ses dimensions.

Nous avons écouté notre confrère en silence, si surpris de l'évolution des esprits entre sa génération et la nôtre, que nous n'avons pas songé à lui faire remarquer que les camarades qui, en 1870, ont été tués à l'ennemi et ceux qui ont failli être fusillés par les Allemands, portaient un uniforme spécial, tout différent de celui des officiers.

Cet article n'a pas la prétention d'obtenir la notoriété du chapitre d'Aristote sur les chapeaux, mais il aura peut-être l'avantage de signaler un état d'âme qui ne se manifeste pas dans les enquêtes officielles et ne suit pas, en général, la voie hiérarchique.

Dr Noel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'A. G. et ses filiales

Nous recevons de M. Lepage la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Permettez-moi de compléter sur quelques points le compte-rendu que vous avez publié de l'Assemblée générale de la Société Centrale des médecins de France :

1° A M. Créquy qui me reprochait d'avoir parlé d'aumône en faisant allusion aux pensions et allocations distribuées par l'A. G., j'ai répondu que je ne m'étais pas servi de cette expression, que j'en appelais au témoignage des auditeurs (personne n'a protesté), que, d'ailleurs, si cette expression, qui n'était pas dans mon esprit, était venue par hasard sur mes lèvres, je la retirais bien volontiers.

Quant à la comparaison de M. Créquy qui assimile au sinistré d'une compagnie d'assurances, le membre de l'A G. qui reçoit une allocation ou une pension viagère, j'ai dit qu'elle n'était pas exacte, qu'elle s'appliquait seulement aux membres de l'Amicale qui s'assurent contre la maladie. En ce qui concerne les pensions viagères, le membre de l'A. G. n'a qu'un *droit*, celui de demander une retraite qu'on lui accorde s'il n'y a pas de demandes de confrères plus malheureux que lui; ce n'est donc qu'un *droit relatif* et non un *droit absolu*, comme celui qui *assure* une indemnité en cas de maladie ou une retraite en cas de vieillesse.

2° Dans l'exposé que j'avais fait en faveur des subventions à accorder aux membres de la Caisse des retraites, j'avais dit qu'elles étaient légitimes, parce que les médecins ayant une pension de retraite avaient peu de chose à attendre de l'A. G. sur leurs vieux jours. Dans la pratique, en effet, si les demandes de pension viagère deviennent de plus en plus nombreuses, comme cela est à prévoir, la Commission des pensions ne pourra que difficilement observer les engagements pris de ne tenir aucun compte de la pension de 1200 francs dont jouiraient déjà certains membres de l'A. G.; en d'autres termes, le cumul d'une retraite de droit de 1200 francs et d'une pension viagère de 800 à 1000 francs sera une exception. Vous m'avez objecté que si la Commission refusait ce cumul, « ce serait au mépris des engagements pris. »

Il s'agit de s'expliquer. Quand la Commission des pensions viagères, n'ayant à accorder que cinq à six pensions viagères, aura devant elle dix candidats ayant des titres (âge avancé, absence de fortune, infirmités, etc.) à peu près égaux, elle se trouvera prise entre deux sortes d'engagements : celui de secourir les confrères les plus malheureux, et celui de ne pas refuser le cumul des deux pensions aux membres de la Caisse des retraites. J'ai dit qu'en pareil cas la Commission des pensions se laissera fatalement entraîner par le premier devoir, qui est sacré, et que les délégués des Sociétés locales ratifieront certainement ses conclusions. Il arrivera donc, dans la pratique, que quelques membres de l'A. G. ne pourront obtenir la pension viagère, justement parce qu'ils auront été prévoyants et qu'ils seront déjà titulaires d'une pension de retraite de 1200 francs?

Sans doute, on cite actuellement un ou deux sociétaires fort âgés qui cumulent la pension viagère de l'A. G. et la pension de retraite de la Caisse annexe; pensez-vous que l'A. G. se trouvera toujours dans la possibilité de se montrer aussi généreuse? Ne serait-il pas prudent de sa part de faciliter à ses membres, d'une manière plus efficace qu'elle ne le fait actuellement, leur participation aux œuvres de prévoyance?

Veuillez agréer.

E. Lepage.

Bien qu'il nous semblat que l'on eût dit à peu près tout le pour et le contre relativement au projet de M. Lepage, comme nous avions personnellement combattu ce projet, nous avons tenu à donner encore une fois la parole à M. Lepage et à publier sa lettre. Nous n'y répondrons pas de peur d'allonger le débat; nous nous contenterons de reproduire

l'extrait suivant des journaux de Bordeaux :

« M. le Dr Lepage avait proposé à l'Association générale de donner, notamment à la Caisse des retraites du corps médical français, une subvention globale, équivalente à la surprime nécessitée par la contre assurance. Quelque généreuse que fût cette initiative, le Conseil d'administration et la Société de la Gironde ont pensé que l'Association ne devait secourir qu'individuellement ceux de ses associés cotisant à ces Caisses et ne pouvant payer leurs primes. » G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 février.

Rapport sur le régime dans les maladies du foie

M. Linossier. — En me confiant la mission de lui présenter un rapport sur « le régime dans les maladies du foie, » la Société de thérapeutique a témoigné de la grande importance qu'elle attribue au traitement diététique de ces affections.

Cette importance s'explique suffisamment par les relations intimes et multiples de la glande hépatique avec les aliments.

Par l'intermédiaire de la sécrétion biliaire, le foie contribue à l'élaboration intestinale des substances alimentaires, et, bien que le rôle digestif de cette sécrétion ait été mis en doute, on ne peut lui dénier une certaine importance.

En outre, le foie joue, dans l'assimilation des produits résorbés de la digestion gastro-intestinale, un rôle prépondérant. Les aliments n'acquièrent, en somme, dans l'estomac et l'intestin, qu'une forme de passage, qui leur permet de franchir la barrière intestinale; mais, cette barrière franchie, ils ne sont encore, dans une certaine mesure, que des corps étrangers et ils doivent, avant de remplir dans l'organisme la fonction qui leur est dévolue, subir une transformation nouvelle qui les rend réellement assimilables. Cette assimilation est, certes, mal connue dans son mécanisme intime, mais nous sommes autorisés à penser que le foie en est l'organe le plus important : ses cellules baignent, en quelque sorte, dans le courant sanguin, qui apporte de l'intestin les substances résorbées à son niveau. Pendant ce contact, les cellules du foie retiennent les substances assimilables, les fixent, et ne les restituent aux veines sus-hépatiques qu'après leur avoir fait subir l'élaboration qui les rend propres à être utilisées par l'organisme. On conçoit sans peine, d'une part, que, dans de telles conditions, les cellules hépatiques subiront au maximum l'action de toutes les substances, nocives pour elles, introduites dans l'alimentation et, d'autre part, que, si elles sont pathologiquement insuffisantes à leur tâche, l'élaboration assimilatrice deviendra défectueuse, et que tout l'organisme pourra pâtir d'une alimentation irrationnelle.

Enfin, en dehors de toute action du foie sur les aliments ou des aliments sur le foie, celui-ci pourra souffrir indirectement d'un régime mal institué : ses rapports avec l'estomac et l'intestin sont, en effet, si étroits, que toute cause qui lésera ces derniers portera, par cela même, atteinte au bon fonctionnement de la glande hépatique.

Il n'est guère utile d'insister davantage pour vous convaincre, et je me figure que nous sommes, dès à présent, tous d'accord sur la nécessité de prescrire un régime aux malades atteints d'affections du foie. Définir ce régime est une entreprise plus difficile. Nos prescriptions peuvent s'inspirer soit de l'observation clinique, soit de l'expérimentation physiologique. Or, l'observation clinique, dans le cas particulier qui nous occupe, est beaucoup plus incertaine que quand il s'agit d'établir les bases du régime des dyspeptiques. L'estomac est un organe qui a bien des manières d'exprimer sa souffrance : est-il lésé par un aliment malsain ? nous en sommes, le plus souvent, assez vite prévenus. Avec le foie, rien de pareil. Il subit silencieusement, pendant des mois et des années, l'action de l'aliment nuisible, et, le jour où il manifeste sa souffrance par un symptôme perceptible, il est souvent irrémédiablement lésé. Comment discerner alors, parmi les nombreux aliments dont a usé ou abusé le patient depuis des années, celui ou ceux qui ont eu un effet fâcheux ? La lésion une fois constituée, la difficulté n'est guère moins grande, car, même sur un foie malade, il est exceptionnel qu'un aliment trahisse immédiatement sa nocuité, et il est souvent impossible, malgré l'observation la plus minutieuse, de retrouver le lien qui unit l'effet et la cause. Aussi, à y regarder de près, les prescriptions de régime dans les maladies du foie, se font-elles plutôt d'après des traditions auxquelles (comme à toutes les traditions) on est d'autant plus attaché qu'on en perçoit moins l'origine, que d'après des observations exactes et soumises à une critique sévère.

L'observation nous faisant défaut, serons-nous plus heureux en nous inspirant de l'expérimentation physiologique? Mais celle-ci ne nous fournit, actuellement, que des documents insuffisants. En matière de régime, elle est, parfois, plus incertaine encore que l'observation clinique, car elle est forcément moins prolongée.

Nous ne sommes pas mieux informés du mode d'action d'un aliment déterminé sur telle ou telle autre des fonctions élémentaires de la glande hépatique. Vouloir spécifier des régimes différents suivant que la cellule hépatique est en état d'insuffisance ou de suractivité, et suivant que cette insuffisance ou cette suractivité portent plus spécialement sur telle ou telle autre fonction de la cellule, serait une tâche irréalisable.

Nous nous consolerons de notre impuissance en songeant que les régimes à conseiller ne sont peut-être pas, dans les différents troubles fonctionnels du foie, aussi différents qu'ils paraissent devoir l'être de prime abord.

Sans doute, il semble, *a priori*, que nous devrions diviser les aliments en deux groupes, ceux qui excitent la cellule hépatique et qui seraient réservés pour les foies en état d'insuffisance, ceux qui ont une action sédative ou, du moins, sont moins excitants, et qui seraient à conseiller pour les foies en hyperactivité; mais il serait à craindre que cette vue théorique, si nous tentions de l'appliquer, ne reçût un démenti de l'expérience clinique. C'est, du moins, ce qui s'est produit, comme on sait, dans un domaine très voisin de celui que nous explorons en ce moment, celui de la gastropathologie.

Il est, en effet, des règles fondamentales d'alimentation qui sont applicables à tous les cas. Eviter toute action nocive sur la cellule hépatique souffrante, réduire son travail au minimum indispensable pour l'entretien de l'organisme, sont des indications d'un ordre absolument général. Reste la question du régime excitant à opposer au régime sédatif, mais il est probable qu'il en est du foie comme de l'estomac, que les excitants, employés d'une manière systématique dans un cas d'insuffisance, n'ont pour résultat, après une courte période d'amélioration, que de fatiguer l'organe et d'en exagérer l'insuffisance. Plutôt que d'exciter artificiellement l'activité d'un organe défaillant, au risque de le faire succomber à la tâche, il est plus politique de proportionner son travail à ses forces, de manière à ne lui causer aucune fatigue. Il est probable que, quel que soit l'état de la cellule, l'aliment le meilleur pour elle est celui qui la surmène le moins. La question du régime des hépatiques, théoriquement compliquée, se simplifie ainsi heureusement dans la pratique.

Dès le début de cette étude, avant de parler d'aucun aliment en particulier, je tiens à énoncer deux principes fondamentaux, qu'il ne faut jamais perdre de vue en établissant le régime d'un hépatique, à savoir :

Le régime d'un hépatique doit, en tout cas, ménager les fonctions gastro-intestinales, et, s'il y a lieu, améliorer les troubles dyspeptiques;

Le régime des hépatiques doit être un régime modéré en quantité.

Ceci posé, étudions en particulier l'action, sur le foie, des principales substances alimentaires.

Les substances *albuminoïdes* sont celles qui manifestent, sur la fonction biligénique du foie, l'influence excitante la plus nette. Elles sont indispensables à l'entretien de la vie, et leur proportion dans l'alimentation quotidienne ne saurait s'abaisser sans danger au-dessous d'un

minimum qui a été diversement apprécié et qu'il n'y a pas lieu de discuter ici. On ne saurait donc les rayer de l'alimentation, mais il faut les choisir.

Toutes ne sont pas, en effet, équivalentes au point de vue de leur action sur le foie. S'il est difficile de mettre en évidence une action nocive sur la cellule hépatique des albumines végétales, de la caséine du lait, de l'albumine de l'œuf, l'action hépato-toxique de la viande se manifeste fréquemment à notre observation.

Quand la cellule hépatique est insuffisante, la viande devient un poison pour l'organisme, et il faut en réduire l'ingestion d'autant plus que la cellule est plus atteinte.

Comme tout travail excessif longtemps prolongé est nuisible aux organes, l'usage d'un régime riche en viande, en sollicitant à l'excès la fonction antitoxique d'un foie altéré, tendra à l'altérer davantage.

Je ferai remarquer — et ce sera une confirmation du principe que j'ai posé plus haut — que la restriction du régime carné s'impose aussi bien aux hyperhépatiques qu'aux hypohépatiques. Pour les premiers, c'est un excitant, et tous excitants doivent être évités ; au foie des second, elle impose un travail au-dessus de ses forces et qui l'épuise.

En ce qui concerne les *graisses* ingérées, leur action nuisible sur la cellule hépatique paraît bien établie par l'observation clinique. Beaucoup d'hépatiques éprouvent même une répulsion instinctive à l'égard des éléments gras.

Les *hydrocarbonés* ne semblent avoir aucune action cholagogue, mais, à d'autres points de vue, ils sont des excitants de l'activité hépatique. Ici, les constatations expérimentales sont en parfait accord avec l'observation clinique qui confirme le fâcheux effet, pour les hépatiques, d'un régime trop riche en farineux.

De ces notions générales, les conclusions pratiques découlent naturellement.

Le régime des hépatiques devra être peu substantiel. Selon la gravité de la lésion, la viande en sera rigoureusement exclue, ou n'y tiendra qu'une place restreinte.

Doit-on préférer les viandes rouges ou les viandes blanches? Il est difficile de faire à cette question une réponse fondée sur des faits expérimentaux précis. Les viandes blanches, plus riches en nucléines, et ayant par conséquent des cendres plus acides, sembleraient devoir être moins bien tolérées. Dans la pratique, elles m'ont paru l'être mieux. Sont-elles, en elles-mêmes, moins toxiques que les viandes rouges? Je n'oserais l'affirmer, mais elles le sont dans les conditions habituelles de l'alimentation, parce qu'elles se mangent toujours très cuites, tandis que l'on préfère, en général, les viandes rouges saignantes.

Le maigre du jambon semble devoir échapper à l'ostracisme qui frappe la charcuterie en général.

Il en est de même des poissons de rivière et de mer. Si ces derniers doivent être parfois rejetés du menu des hépatiques, c'est à cause de l'extrême altérabilité de leur chair et de l'impossibilité où l'on se trouve, loin de la mer, de les consommer avant un début d'altération.

Les œufs frais sont un bon aliment. Je dirai tout à l'heure les objections que l'on a fait à leur emploi au cours de la lithiase biliaire.

Le lait est un aliment parfait pour tous les hépatiques. Pour ceux dont le foie fonctionne avec excès, c'est l'aliment qui excite le moins la cellule ; pour ceux dont le foie est insuffisant, c'est celui qui exige de l'organe le moins de travail, et qui s'adapte, par conséquent, le mieux à son insuffisance.

Il est diurétique ; or, d'une part, il est indispensable d'assurer, si possible, aux hépatiques, un bon fonctionnement de leur rein, car le rein peut, en éliminant les substances mal élaborées par le foie, atténuer les conséquences fâcheuses de cette mauvaise élaboration ; d'autre part, ce fonctionnement est généralement insuffisant chez les hépatiques.

Enfin, le lait est l'aliment animal le plus pauvre en toxines et celui qui réduit au minimum la flore microbienne intestinale (Gilbert et Dominici), qualité inappréciable quand le foie lésé est incapable de lutter contre l'auto-intoxication d'origine digestive.

Quelques auteurs redoutent, dans le lait, l'excès de matière grasse, et conseillent de l'écrémer (Gilbert). Cette précaution est loin d'être toujours nécessaire : sous aucune forme la graisse n'est aussi bien tolérée que sous forme de lait, grâce, sans doute, à sa parfaite émulsion, à l'absence de stéarine, à la présence de glycérides très fusibles, et il faut redouter de lui enlever par la soustraction de la crème, une notable partie de ses qualités nutritives.

Le régime lacté exclusif s'impose dans tout état hépatique grave, notamment dans la cirrhose atrophique. Il s'impose dans le traitement de l'ictère infectieux.

Le lait, mélangé aux autres aliments, soit à l'état naturel s'il est supporté, soit à l'état de sauce, de potages, de crèmes, est recommandable à presque tous les hépatiques. Il est bon, quand on le leur prescrit, de veiller à ce que le lait ne soit pas simplement ajouté à la ration quotidienne, mais bien substitué à une quantité équivalente d'autres aliments. J'ai remarqué que la prescription banale de boire du lait conduisait souvent les malades à une suralimentation fâcheuse.

Le fromage, à la condition qu'il ne soit pas trop gras, constitue une des formes les meilleures sous lesquelles on puisse présenter l'azote aux hépatiques.

Les légumes frais sont, en général, recommandables aux hépatiques, tout au moins ceux d'entre eux qui sont d'une digestion facile : petits pois, haricots verts, asperges, artichauts, scorsonères, salades cuites diverses.

Les légumes indigestes, tels que crucifères, choux, navets, raves, radis, doivent être évités.

J'ai dit plus haut l'utilité des féculents et les dangers de leur emploi excessif. On pourra donc autoriser les légumes farineux, le pain et les pâtes alimentaires tout en limitant l'usage. La pomme de terre, dont les cendres sont très alcalines, ne présente pas les inconvénients des autres féculents.

Les fruits sucrés bien mûrs sont, en général, à recommander.

Après avoir énuméré les aliments que l'on peut autoriser, signalons rapidement ceux que l'on doit éviter. Parmi ceux-ci, on est d'accord pour ranger les graisses. On interdira donc le gras des viandes, et même certaines chairs trop grasses, comme le porc, l'oie, le saumon, le maquereau, l'anguille. Les corps gras des apprêts seront limités au strict nécessaire. On tiendra compte de ce fait que les graisses sont d'autant mieux tolérées qu'elles sont mieux émulsionnées et que leur point de fusion est plus bas. A ce titre, la crème de lait est préférable au beurre, le beurre cru au beurre cuit, le beurre à la graisse de porc, celle-ci à la graisse de bœuf ou de mouton. Les huiles végétales ont l'avantage d'être fusibles à basse température avec l'inconvénient de ne pas être émulsionnées. Il sera toujours préférable d'assaisonner les légumes avec du lait qu'avec un corps gras.

Les acides, le vinaigre notamment, devront être interdits. En ce qui concerne les sels acides auxquels les fruits et certains légumes doivent leur acidité, on sera moins rigoureux. Ces sels acides se transforment dans l'organisme en carbonates alcalins et alcalinisent le milieu intérieur au lieu de l'acidifier, comme fait un acide libre. Aussi le citron (citrate acide de potassium), la tomate (malate et citrate acides de potassium) pourront-ils être tolérés dans les apprêts. Ce dernier légume a été à tort proscrit du régime des hépatiques comme renfermant de l'acide oxalique ; il n'en contient, en réalité, que des traces (Esbach, Gautier). La proscription de l'oseille, qui doit son acidité à de l'oxalate acide de potassium reste, au contraire, justifiée.

La tolérance des fruits et légumes acides ne doit, d'ailleurs, être poussée que jusqu'à la limite où l'acidité de ces fruits et légumes compromettrait les fonctions digestives. Chez les hépatiques dyspeptiques (et ce sont malheureusement les plus nombreux), surtout s'il s'agit d'hyperchlorhydriques, il faut se montrer très prudent dans leur emploi.

Pour la même raison, il faudra rejeter les cures de citron, dont on a abusé au cours de ces dernières années.

Les épices exercent sur le foie une action très fâcheuse.

La question des boissons mérite de nous arrêter un instant. J'ai déjà dit que, chez les hépatiques, les fonctions d'élimination doivent être très particulièrement surveillées et, autant que possible, favorisées. Les boissons abondantes sont donc

à recommander, en tant qu'elles provoquent la polyurie.

Pour spécifier la nature de ces boissons, nous nous trouvons amené à effleurer la grande question de l'action de l'alcool sur le foie.

On sait combien de discussions a soulevées le rôle de l'alcool dans la pathogénie de la cirrhose. Pour ma part, je crois qu'il faut s'en tenir à l'ancienne et simple opinion que l'alcool est nuisible au foie, par lui-même, et sous toutes ses formes.

C'est donc l'eau naturelle qui est la boisson à préférer pour les hépatiques. On peut lui substituer une eau minérale légère. L'usage des eaux alcalines fortes pourra être recommandé si l'hyperacidité organique est accentuée; mais nous sommes ici sur les confins du régime et de la thérapeutique, et nous avons vu que le régime seul, par la restriction de l'alimentation carnée, la prédominance donnée dans les menus à certains légumes et fruits, peut déjà beaucoup pour réduire l'hyperacidité.

Le café ne peut être toléré qu'à doses très modérées. Le chocolat sera interdit à cause de sa richesse en graisse et en acide oxalique.

Toutes les prescriptions du régime développées dans les pages qui précèdent, sont applicables aux sujets atteints d'affections des voies biliaires. Chez tous, en effet, le tissu hépatique est ou malade, ou en imminence morbide, et demande à être particulièrement ménagé. L'infection des voies biliaires entraîne d'ailleurs quelques indications spéciales. Ce sont celles qui me reste à développer pour terminer ce rapport.

Toutes les affections des voies biliaires sont d'origine infectieuse et, si on peut, théoriquement, admettre deux voies d'infection, l'une sanguine descendante, l'autre canaliculaire ascendante, il est généralement accepté que l'infection ascendante par la voie du canal cholédoque est de beaucoup la plus importante.

La bile pouvant constituer, pour la plupart de ces microbes, un milieu de culture, la stérilité relative des voies biliaires est due en grande partie à la chasse biliaire, c'est-à-dire au lavage périodique des canaux par une bile aseptique. Les deux conditions à réaliser pour conserver la stérilité sont donc :

Limiter dans la mesure du possible la pullulation des microbes virulents dans la première portion du duodénum.

Assurer le cours régulier de la bile.

Il en est une troisième, plus discutable, que je formulerai ainsi :

Rendre les parois des canaux et de la vésicule biliaires plus résistants à l'infection.

La première indication peut être remplie de deux manières : par un choix judicieux des aliments ; par l'évacuation régulière et hâtive de l'estomac et du duodénum.

Les aliments qui sont particulièrement à éviter sont les aliments riches en microbes, c'est-à-dire toutes substances altérées. Nous retrouvons donc ici une indication déjà posée dans le chapitre précédent. Parmi les aliments dont l'usage réduit au minimum la flore intestinale, aucun n'est préférable au lait.

Pour limiter le microbisme normal du duodénum, tous les moyens qui excitent la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, et surtout qui hâtent son évacuation, devront être employés. Quant à l'évacuation rapide du duodénum, elle devra être demandée aux excitants de la péristaltique intestinale, et, de fait, la clinique a démontré dès longtemps l'heureuse influence des laxatifs chez les malades atteints d'affections des voies biliaires.

La régularité et la multiplicité des repas sont les moyens naturels d'assurer la régularité de l'écoulement de la bile dans l'intestin.

Enfin, j'ai dit qu'il existe une troisième indication : c'est de rendre le terrain plus résistant à l'infection.

Je ferai remarquer, à ce propos, que Gilbert, qui a tant contribué à faire triompher la théorie infectieuse de la lithiase biliaire, ne contribue pas moins actuellement à restituer toute son importance à la prédisposition héréditaire par sa conception de la cholémie familiale et de la diathèse d'auto-infection (Gilbert et Lereboullet).

On devra donc soumettre les sujets atteints de lithiase biliaire, ou même prédisposés à cette affection, puisque nous admettons la réalité de cette prédisposition, à un régime capable de ramener à une formule normale leur nutrition, et de rendre leurs voies biliaires moins sujettes à l'infection. Que sera ce régime ? C'est le régime classique de l' « arthritisme ».

Comment concilier ce régime avec celui des maladies du foie, auquel ces sujets doivent être également soumis ? De la manière la plus simple ; car le régime que l'expérience clinique a démontré convenir aux arthritiques, est, pour ainsi dire, le même que celui que je viens de décrire comme le plus favorable dans les affections du foie.

Je ne puis, à mon grand regret, insister davantage sur une question qui exigerait de longs développements, et je me contente, en terminant cet exposé, de dire quelques mots de deux aliments dont la valeur, dans le régime des lithiasiques, prête à discussions.

J'ai déjà parlé des jaunes d'œuf. Ils renferment 1,75 % de cholestérine (Parkes), et, comme cet alcool est la substance constitutive principale des calculs biliaires, il parut tout d'abord sage d'éliminer les œufs de l'alimentation des lithiasiques. Les recherches de Naunyn et de ses élèves, confirmées récemment par celles de Doyon et Dufourt, ont montré que cette élimination n'est pas justifiée : l'ingestion de la cholestérine n'augmente pas la proportion de cette substance dans la bile. Il n'y a donc aucune raison de priver les lithiasiques d'un aliment précieux à bien des égards.

L'huile d'olive a été, par contre, conseillée aux lithiasiques à la dose quotidienne d'un verre à Bordeaux. Il s'agit, dans ces conditions, d'un médicament plus que d'un aliment, et en discuter la valeur serait sortir du cadre de ce travail. Ce que je tiens à faire remarquer, c'est qu'il n'y a que contradiction apparente entre cette prescription et le conseil donné plus haut de restreindre au minimum, dans l'alimentation des hépatiques, la quantité des corps gras. Ici le corps gras est donné en quantité supérieure à celle qui peut être facilement assimilée ; il agit en laxatif et son usage revient, en somme, à celui d'un laxatif quotidien.

V. de H.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars.

Maladies épidémiques coloniales

M. Kermorgant fait l'exposé des maladies épidémiques et contagieuses qui ont sévi dans les colonies françaises en 1903, et qu'il divise en deux groupes :

a) Maladies observées à la fois sous nos climats et aux pays chauds.

b) Maladies plus spéciales aux pays chauds.

Les premières ont été : la coqueluche, la grippe, la rougeole, la scarlatine, la varioloïde, la varicelle, les oreillons, la fièvre typhoïde, la tuberculose.

Parmi les secondes, il y a lieu de signaler : la fièvre jaune, le choléra, la peste, la dengue, le béribéri, la conjonctivite infectieuse, la dysenterie et la diarrhée, le pian, la lèpre, la maladie du sommeil, le paludisme. Les épidémies les plus graves ont été causées par la fièvre jaune à la Guyane, à la Côte-d'Ivoire et au Soudan, par le choléra dans nos établissements de l'Inde et dans les territoires du Laos, par la peste qui a surtout sévi à Majunga (côte ouest de Madagascar).

Il faut, en plus, signaler la fièvre typhoïde, la tuberculose, la lèpre qui s'étendent de plus en plus.

Note clinique sur un syndrome pelvi-abdominal chez la femme

M. de Ranse. — On observe fréquemment, chez les femmes, un ensemble de symptômes (douleurs, névralgies, hyperesthésies, spasmes, troubles vaso-moteurs, congestions, ptoses, troubles fonctionnels, etc.) s'étendant, à des degrés divers, aux trois appareils qui remplissent la cavité pelvi-abdominale : appareil génital, appareil digestif, appareil urinaire. La connexité pathologique de ces symptômes trouve anatomiquement sa raison d'être dans la richesse du réseau vasculaire et du réseau nerveux de la région.

Le syndrome dont il s'agit s'observe particulièrement chez les arthritiques,

les neuro-arthritiques, les hystériques, les neurasthéniques. Dans certains cas, il pourrait être dénommé *névropathie pelvi-abdominale*.

Sa pathogénie indique de préférence, comme traitement, les grands modificateurs généraux.

ÉLECTION

M. Benjamin a été élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire par 46 voix sur 80 votants.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Avrilleaud serv. comme méd.-major de la défense mobile en Corse, en rempl. de M. Maillin.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Duval, 4 Couteaud.

MM. les médecins principaux :

1 Alix, de Gouyon de Pontouraude, Féraud, Cognes, Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau Rousseau.

11 Mercier, Thémoin, Michel, Laffont, Damany.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Chastang, Lasselves, L'Helgoualch, Pervès, Sisco, Glérant, Fournes, Letrosne, Dubois, Vincent.

11 Defressine, Lallemant, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Lucas, Carbonel.

21 Berriat, Roux-Pressineng, Tricard, Titi, Viguier, Bourrit, Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand.

31 Barillet, Le Floch, Aubry, Seguy, Bartet, Castaing, Valence.

MM. les médecins de 2e cl. :

1 Primislas-Lallement, Ratelier, Bertaud du Chazaud, Dufour, Coquelin, Lemattre, Parrenin, Duchateau, Cristol, Bourges.

11 Balcam, Olivier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1903-1904)

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars 1904.

COURS

CHIMIE BIOLOGIQUE

M. Gautier.— Le fonctionnement vital : l'alimentation à l'état de santé et de maladies; l'assimilation; la désassimilation. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

OPÉRATIONS ET APPAREILS

M. N...

PATHOLOGIE INTERNE

M. Brissaud.— Maladies du foie. — Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

M. *Bouchard* (M. *Rénon*, agrégé, chargé de cours). — Les maladies populaires (*suite*). — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

HYGIÈNE

M. *Chantemesse.*

MÉDECINE LÉGALE

M. *Brouardel.* — Blessures; accidents du travail.— Lundi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté)

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE

M. *Brouardel.*— Lundi, mercredi, vendredi, 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Visite des malades tous les matins.

CLINIQUES MÉDICALES

M. *Hayem.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. *Dieulafoy.*— Mercredi, samedi, à 10 heures 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — *M Debove.* — Tous les jours, à 10 heures (à l'hôpital Beaujon). — *M. Landouzy.* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Laënnec).

CLINIQUES CHIRURGICALES

M. *Le Dentu.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu).— M. *Tillaux.*—Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Charité). — M. *Terrier.* — Mardi, vendredi, à 9 h (à la Pitié). — *M Berger.* — Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Necker).

CLINIQUE DE PATHOLOGIE MENTALE ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE

M. *Joffroy.* — Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

M. *Grancher* (M. Méry, agrégé, chargé de cours). — Mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

M. *Gaucher.*— Mercredi, dimanche, à 10 h., (à l'hôpital Saint-Louis).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

M. *Raymond.* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

M. *de Lapersonne.* — Lundi, mercredi, à 9 h. 1/2; vendredi, à 10 h. 1/4 (à l'Hôtel-Dieu).

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

M. *Guyon.* — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

CLINIQUES D'ACCOUCHEMENTS

M. *Pinard.* — Lundi, vendredi, à 10 h., à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. — M *Budin.*— Mardi, samedi, à 9 h. (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(Fondation de la Ville de Paris.)

M. *Pozzi.* — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Broca).

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Fondation de la Ville de Paris.)

M. *Kirmisson.*— Mardi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Professeurs honoraires : MM. *Jaccoud*, *Fournier*, *Farabeuf* et *Duplay*.

COURS COMPLÉMENTAIRES

PATHOLOGIE EXTERNE

M. *Gosset*, agrégé. — Maladies chirurgicales de la tête et du cou, y compris les maladies des yeux, du nez et des oreilles. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté)

ACCOUCHEMENTS

M *Lepage*, agrégé.— Dystocie et opérations. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

CONFÉRENCES

THÉRAPEUTIQUE

M. *Vaquez*, agr. — Thérapeutique élémentaire. Médicaments organiques.—Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. *Legry*, agrégé. — Voies digestives et annexes; système nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique de la Faculté).

ANATOMIE

M. *Cunéo*, agrégé. — Le tube digestif. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

HISTOLOGIE

M. *Launois*, agrégé. — L'appareil respiratoire; la peau; les muqueuses. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

PHYSIOLOGIE

M. *Langlois*, agrégé. — Circulation et respiration. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PHYSIQUE MÉDICALE

M. *André Broca*, agrégé. — Etude de l'optique et des radiations au point de vue de leurs applications à la physiologie et à la thérapeutique, notamment étude de la vision; applications biologiques et thérapeutiques de l'électricité. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

PATHOLOGIE INTERNE

M. *Teissier*, agrégé. — Maladies du cœur; sang et lymphatique. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE EXTERNE

M. *Marion*, agrégé. — Maladies chirurgicales de la poitrine, du rachis et de l'abdomen, sauf les maladies génito-urinaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PHARMACOLOGIE

M. *Richaud*, agrégé. — Etude des médicaments organiques de la série aromatique (composés phénoliques et leurs dérivés, glucosides, alcaloïdes). — Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (Amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

(Parasitologie.)

M. *Guiart*, agrégé. — Les parasites de l'homme; leurs rapports avec la clinique et l'hygiène. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

TRAVAUX PRATIQUES

PHYSIQUE BIOLOGIQUE

M. *Weiss*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de physique biologique. —

Mardi, jeudi, samedi, de 1 à 3 heures (Ecole pratique).

CHIMIE BIOLOGIQUE

M. *Hanriot*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de chimie biologique. — Tous les jours, de 1 h. à 3 h (Ecole pratique).

HISTOLOGIE

M. *Retterer*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques d'histologie. — Tous les jours, de 1 à 3 h. (Ecole pratique).

PHYSIOLOGIE

M. *Gley*, agrégé, chef des travaux. — Démonstrations de physiologie expérimentale — 1re année : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures ; 2e année : Lundi, vendredi, à 3 h. (Ecole pratique).

CHIMIE PATHOLOGIQUE

M. *Hanriot*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de chimie pathologique. — Tous les jours, de 1 heure à 3 heures (Ecole pratique).

MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. *Hartmann*, agrégé, sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire.— Exercice de médecine opératoire. — Tous les jours, de 1 à 4 h. à l'Ecole pratique.

Le musée Dupuytren est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 5 heures.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi, et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

MÉDECINE LÉGALE PRATIQUE

Professeur : M. Brouardel.

I — Cours de médecine légale pratique à la Morgue.

Ce cours commencera à la Morgue le mercredi 2 mars 1904, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Les mercredis : M. le prof. Brouardel.

Les vendredis : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique

II. — Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.

Ces Conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 5 mars 1904, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours :

Les jeudis, à 4 heures : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les mardis, à 3 heures : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis, à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. — Conférences de médecine légale psychiatrique.

M. P. Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé de cours, commencera ces conférences le samedi 5 mars 1904, à 2 heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (Infirmerie spéciale).

IV. — Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique aux conférences et au laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription, au secrétariat de la Faculté :

1° MM. les docteurs en médecine;

2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du Doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 francs par trimestre)

V. — Conditions d'admission aux conférences de médecine légale psychiatrique.

Seront seuls admis à suivre les conférences cliniques de psychiatrie médico-légale, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, sur leur demande, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 2) tous les jours de midi à 3 heures :

1° MM. les docteurs en médecine;

2° MM. les internes des hôpitaux;

3° MM. les étudiants ayant subi le 4e examen de doctorat.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal.

M. le prof. Pinard continuera ses cliniques journalières (Clinique Baudelocque) à 10 h. du matin, et ses leçons bi-hebdomadaires les lundis et vendredis.

Ordre du cours.

Lundi et vendredi. — Leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le professeur.

Mercredi. — Leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé.

Samedi.— Leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Aug. Broca, agrégé.

Autres jours. — Anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Couvelaire, ex-chef de clinique.

Leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Delestre, chef de clinique, et le Dr Sauvage, chef de clinique adjoint.

Leçons de diagnostic gynécologique, par le Dr Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux

Cours pratique et manœuvres obstétricales, par les Drs Wallich, Potocki, agrégés, Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, Funck-Brentano, Paquy, anciens chefs de clinique, Sauvage, chef de clinique adjoint, Monchotte, interne des hôpitaux, et Le Masson, répétiteur.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE

M. le prof. Joffroy commencera ce cours le mercredi 2 mars 1904, à 10 heures, à l'Amphithéâtre de l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

1° Les médecins et les étudiants en médecine pourront assister aux exercices pratiques des élèves de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie qui se feront sous la direction de MM. Roy et Parant, chefs de clinique, les mardis et les jeudis, à 9 heures 1/4, à l'amphithéâtre de la clinique de l'asile Sainte-Anne.

2° M. le Dr G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, chargé de cours à la Faculté des lettres, dirigera les exercices de psychologie, les dimanches matin à 9 h. 1/2 (salle des cours et laboratoire de psychologie).

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôtel-Dieu.)

Professeur : M. Le Dentu.

Une affiche ultérieure indiquera la date d'inauguration du cours.

En attendant, des séances d'opérations auront lieu dans l'amphithéâtre Chomel, les mardi et vendredi de chaque semaine, à 9 heures 1/2.

CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE

M. Langlois, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 4 mars 1904, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole prat.), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE

M. Vaquez, agrégé commencera ces conférences le vendredi 4 mars 1904, à 6 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences :

Thérapeutique élémentaire; médicaments organiques.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE

M. Gosset, prof. agrégé, commencera ce cours le samedi 5 mars 1904, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

L'assemblée des professeurs et des agrégés de la Faculté de médecine de Paris vient d'élire, à l'unanimité moins trois voix, MM. Joffroy et Pinard comme ses délégués au Conseil de l'université.

Le nombre des places d'agrégés des Facultés de médecine mises au concours est porté de quarante-cinq à quarante-six.

La nouvelle place sera comprise dans la section de chirurgie et accouchements (chirurgie), et réservée à la Faculté de médecine de Toulouse.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE MÉDICALE

(*Hôtel-Dieu de Rennes.*)

M. le prof. Follet.

La tuberculose pulmonaire « en vase clos »

Vous avez pu suivre au jour le jour, depuis plusieurs mois, chez le jeune homme qui fait l'objet de cette leçon, l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, aux allures paradoxales, que nous avons bien rarement l'occasion d'observer, malgré le nombre prodigieux de tuberculeux qui fréquentent notre clinique.

Les faits de ce genre ne sont pas, toutefois, absolument exceptionnels; il m'a été donné, depuis quelques années, d'en voir un certain nombre, mais j'avoue que leur interprétation n'est pas sans soulever de sérieuses difficultés.

Tous ces malades offraient ceci de particulier que la fermentation tuberculeuse du parenchyme pulmonaire semblait, chez eux, s'isoler du monde extérieur. Indépendant des bronches, dès son origine, au moins en apparence, le tubercule poursuivait son évolution classique jusqu'à la phase caséeuse, sans qu'aucune communication s'établit entre la cavernule et les voies aériennes.

Plusieurs de ces tuberculeux sont morts; à partir d'une certaine époque, leurs cavernes s'ouvrirent largement dans les bronches adjacentes; ils crachèrent comme les autres, et succombèrent à la cachexie progressive, offrant le tableau aussi complet que banal de la phtisie.

Néanmoins, à une certaine époque de leur affection, époque qui dura plusieurs mois pour les uns, plusieurs années pour les autres, depuis le début du mal jusqu'à une période de caséification avancée, ils présentèrent cette singulière et constante triade symptomatique :

1° Signes physiques complets de cavernes gargouillantes;

2° Absence totale d'expectoration;

3° Excellence relative de l'état général.

Six mois durant, vous avez pu suivre notre jeune malade. Vous avez constaté le ramollissement de ses sommets pulmonaires, parsemés de cavernes : les signes physiques nous l'attestaient, l'autopsie nous le confirma. Pas une fois, pendant cette période, le malade n'expectora. A partir du jour où les cavernes s'ouvrirent dans les bronches, les crachats furent abondants et la cachexie rapide. Il succomba en huit semaines.

Par opposition aux cavernes ordinaires, en communication plus ou moins large avec les bronches voisines, et qui sont des tuberculoses pulmonaires « ouvertes », ces formes représentent des tuberculoses pulmonaires « fermées ». L'expression de « vase clos » ayant cours, j'ai pris la liberté et l'habitude de les désigner à votre attention sous le nom de « tuberculoses en vase clos », voulant exprimer ainsi qu'une sorte de barrière réactionnelle et longtemps infranchissable enclot assez hermétiquement le processus de la fermentation tuberculeuse pour l'isoler jusqu'à sa période ultime: barrière efficace, en somme, puisqu'elle semble, d'une part, réduire à leur minimum les effets de la lente imprégnation de l'économie par les toxines et, d'autre part, reculer la redoutable échéance de l'ouverture large dans les bronches, source féconde en infections secondaires, suppuratives et destructives.

Voici d'ailleurs, résumée, l'histoire de notre malade :

L. B..., garçon de seize ans, entre à la clinique le 2 janvier 1903.

Il fut pris, le 26 décembre précédent, brusquement, dit-il, en pleine santé, de toux violente, de frissons, de courbature, de céphalée intense surtout nocturne, avec douleur très vive de l'épaule et de la partie supérieure du thorax du côté droit, comparée à une « aiguille acérée qu'on lui aurait enfoncée entre les côtes. »

Anorexie et diarrhée.

Tous ces phénomènes tombèrent en quelques jours; ils étaient très atténués quand le malade, notablement affaibli, entra à l'hôpital.

L'expectoration était nulle; depuis, il n'a jamais craché jusqu'aux derniers jours de juin, c'est-à-dire pendant six mois.

Il n'avait jamais été malade; pas d'hémoptysies, pas d'hérédité. Pas d'albuminurie annonciatrice.

Dès qu'il fut dans nos salles, son état resta stationnaire. Nous constatâmes au début, les signes physiques d'une pneumonie massive, hormis l'expectoration; ces signes persistèrent, tandis que l'état général, sauf quelques sueurs nocturnes et des syncopes faciles, nous donnait toute satisfaction.

Il n'y eut jamais d'hyperthermie marquée; parfois un peu de toux sèche; la masse de l'épaule droite ne cessa de rester douloureuse, surtout dans les fortes inspirations.

Les *signes physiques restèrent à peu près identiques pendant six mois*, c'est-à-dire : un peu de rudesse au sommet gauche; au sommet droit, tiers supérieur du thorax (fosses sus et sous-épineuses; sous-claviculaire; région pectorale supérieure) nous trouvâmes : augmentation des vibrations thoraciques; submatité; bronchophonie; souffle tubaire violent, intense, presque amphorique; çà et là, un peu partout, quelques craquements, transformés quand le malade tousse en bouffées de râles sous-crépitants, franchement cavernuleux.

Or, au 1er juillet 1903, le malade nous dit avoir craché; nous constatâmes dans le vase des crachats purulents abondants. Depuis ce jour, les crachats furent quotidiens, tantôt assez abondants, tantôt très abondants, véritable purée, telle que nous l'observons chez les phtisiques cavitaires. L'examen bactériologique y démontra des bacilles de Koch en quantité considérable; nous étions en présence de la fonte caverneuse pure, de la matière tuberculeuse sans mélange. De fermée jusque-là, la tuberculose était devenue ouverte, par brusque communication avec les bronches. Durant cette dernière période il n'y eut pas de bronchite surajoutée; les signes physiques ne varièrent pas; en aucun point du thorax nous pûmes déceler de pleurésie purulente; les crachats venaient donc bien du sommet droit.

L'hecticité survint rapidement, et le patient succomba sous vos yeux, en huit semaines.

Je ne veux pas aujourd'hui fatiguer votre attention par le récit de cas analogues observés dans ma pratique urbaine; d'autant qu'ils ressemblent singulièrement au précédent. Vous en pourrez prendre connaissance dans la thèse prochaine de mon élève Petit; ils sont au nombre de sept, et suggèrent les mêmes réflexions que celui que nous étudions en ce moment. Permettez-moi de vous exposer ces réflexions.

Tout d'abord, cette forme de tuberculose est indifférente à l'âge, au sexe, à la condition sociale de ses victimes; il semble qu'elle frappe au hasard sans aucune condition étiologique précise.

Il s'agit là d'une forme longtemps bénigne. Eu égard à l'étendue de leurs lésions fonctionnellement latentes, mes malades ont vécu de plusieurs mois à plusieurs années, capables de vaquer à leurs occupations journalières (jardinage, vie monastique, vie d'écolier, soins du ménage) sans en être autrement incommodés. Cette période de

tolérance m'a toujours semblé en parallélisme exact avec celle de l'expectoration négative. Du jour où celle-ci apparut, le danger fut aussi grand pour ces malades que pour leurs semblables, et la mort survint à courte échéance.

Peut-être, plus que les autres, ces formes sont-elles de celles qui ont tendance à guérir ou à s'amender spontanément; l'avenir de quelques-uns de mes malades, actuellement en cours d'observation (depuis une période qui varie de deux à quatre ans), nous l'apprendra.

L'expectoration se manifesta chez notre jeune homme, abondante, massive, du jour au lendemain, brutale. Le fait se produisit dans trois autres cas; les patients sont morts. Le malade ne crachait pas la veille; aujourd'hui ses crachats sont aussi abondants que ceux d'un phtisique de vieille date, et farcis de bacilles de Koch. Ils datent du jour où les foyers caséeux ulcèrent la frêle barrière qui les sépare des conduits bronchitiques. C'est une véritable perforation qui donne, aux débuts de l'expectoration, les allures d'une minuscule vomique.

L'un de mes malades, collégien de dix-sept ans, véritable géant, au thorax étriqué, présentant au complet la triade symptomatique sur laquelle j'insistais tout à l'heure, souffrit pendant plusieurs semaines d'une bronchite aiguë, intense, avec expectoration muco-purulente, plutôt muqueuse que purulente, vierge de bacilles de Koch; huit préparations, pratiquées à quelques jours d'intervalle, restèrent négatives. L'infection bronchitique guérit et la tuberculose sous-jacente poursuivit son évolution sournoise sans en paraître autrement aggravée. On peut donc concevoir que ces bronchites surajoutées soient bénignes si l'infection, restant localisée aux bronches, ne franchit pas la barrière qui sépare celles-ci des cavernules. Mais on peut aussi concevoir qu'une telle infection, surtout si elle frappe les petites bronches, puisse être une source d'infections secondaires et d'aggravation pour la tuberculose voisine, si la barrière cède en quelque point.

Le pronostic d'une bronchite intercurrente serait en droit de se fonder, dans une certaine mesure, sur l'examen bactériologique des crachats : bénin de par l'absence de B. de Koch, grave de par leur présence; leur absence ou leur présence exprimant l'imperméabilité, la solidité des parois du « vase clos » ou leur perforation.

L'état général de mes malades fut longtemps relativement excellent : le garçonnet que vous avez connu allait et venait dans nos salles, vaquant à de grossiers travaux à l'office; un autre, jardinier actif, levé à 5 heures du matin, couché à 10 heures du soir, satisfaisait sans grande fatigue à sa rude besogne quotidienne; mon collégien de dix-sept ans prend part aux jeux de son âge sans oppression ni gêne; une autre, religieuse, observe scrupuleusement les règles austères de la vie monastique; celui-ci est infirmier dans notre service des contagieux; celles-là vivent de la vie habituelle de famille sans interrompre un seul jour leurs occupations. Tous, morts et vivants, à la période de tuberculose fermée, ont réalisé et réalisent la triade symptomatique.

Au point de vue séméiologique, la question mérite d'être examinée. Quoi de plus contradictoire, en apparence, que les signes physiques offerts à notre examen, et sur lesquels, sans cesse, au lit de notre patient, j'attirais votre attention? Ces signes, identiques à eux-mêmes et monotones, nous révélaient la présence, au sommet pulmonaire droit d'une vaste masse densifiée (souffle tubaire, submatité, bronchophonie, vibrations exagérées) et, au sein de cette masse, des cavernules à contenu demi-gazeux, demi-liquide (râles crépitants et gros sous-crépitants, très humides, maximum à l'inspiration, renforcés par la toux). La respiration était toujours rude, toux saccadée et modifiée en plus ou en moins dans la durée respective de ses deux temps. J'ai retrouvé ces signes chez tous mes autres malades, et le souffle tubaire en particulier chez deux d'entre eux. Partout ailleurs dans le thorax, respiration rude et supplémentaire. Nous avons reconnu là, à n'en point douter, le syndrome acoustique du ramollissement tuberculeux des sommets, ou mieux du sommet, car ce syndrome a toujours, chose étrange, été unilatéral.

Or, pas d'expectoration. A de tels signes physiques répondent d'habitude des crachats. Ici, rien. Les malades, serait-on tenté d'objecter, avalent peut-être leurs crachats, comme les enfants? Il y a, en effet, des adultes qui ne savent pas cracher. Mais ceux-là ont la toux grasse; ils ont, en outre, conscience qu'ils avalent quelque chose à chaque quinte. Notre malade, mes autres malades toussaient et toussent parfois; mais cette toux est sèche; et quand on attire leur attention sur la possibilité de crachats avalés, ils répondent, sans hésiter, négativement. La substance caséeuse serait-elle susceptible de se déverser dans les bronches, d'y stagner, puis de se résorber sur place? Il faudrait alors qu'elle fut déversée en quantité bien minime, peu en rapport avec l'importance des signes stéthoscopiques; d'autre part, ce que nous savons de la physiologie des bronches ne nous permet guère de supposer, qu'au contact de l'air en circulation, cette substance caséeuse put aussi longtemps rester silencieuse sans révéler sa présence, au moins d'une manière intermittente, par un peu de toux grasse. Or, rien de semblable dans les faits qui nous occupent.

Nous avons ensemble, Messieurs, pratiqué l'autopsie de notre pauvre malade. Nous trouvâmes des cavernules nombreuses dans le sommet droit, répondant exactement aux signes physiques enregistrés. Le sommet gauche était farci de fines granulations. Les lésions étaient trop diffuses pour pouvoir démontrer l'état de ces cavernes avant la phase de communication caverno-bronchitique. Toutefois, un certain nombre d'entre elles étaient nettement isolées, macroscopiquement séparées des ramifications aériennes. Des autopsies ultérieures nous en apprendraient peut-être davantage, surtout si les malades succombaient à quelque affection intercurrente qui permît de surprendre sur place le processus en évolution, avant la perforation.

L'examen histologique des poumons n'a pas été pratiqué. Je regrette d'autant plus cette lacune qu'il nous eut peut-être éclairé sur quelques-unes des raisons de cette forme à évolution si spéciale. Car il ne s'agit en rien ici de ces vieilles cavernes sclérosées, qui s'isolent peu à peu des cavités bronchiques et finissent par se dessécher chez certains vieux tuberculeux qui, dès lors, cessent de cracher. La présente autopsie nous indique formellement que ce sont-là des cavernes en activité, relativement jeunes et qui n'ont jamais été ouvertes.

Sommes-nous en présence d'une tuberculose d'origine sanguine, de colonies bacillaires importées par la circulation au pourtour des alvéoles, dans la trame inter-alvéolaire, inter-lobulaire, et par là même isolées des bronches dès leur origine? L'hypothèse est soutenable, mais il faudrait la prouver; l'examen histologique nous y eut peut-être aidé. Aussi n'insisterons-nous pas.

L'existence de gaz dans les cavernules explique seule les râles sous-crépitants. Une masse ramollie et homogène, même en plein parenchyme pulmonaire, élastique et mobile, semble

impuissante à produire toute seule le râle sous-crépitant; elle sera silencieuse acoustiquement jusqu'au jour où des gaz y feront leur apparition : les conditions nécessaires à la production du bruit sous-crépitant « par collision » seront alors réalisées.

S'agit-il ici d'air atmosphérique infiltré lors des inspirations à travers les parois « relativement » perméables de la cavernule? S'agit il de gaz dégagés de la masse sanguine circulante autour de cette paroi ou dans son épaisseur? ou de gaz nés sur place à la suite de la fermentation caséeuse? Nous ne saurions le trancher; mais ce qu'il semble possible d'affirmer, c'est que ce gaz n'est pas l'air atmosphérique circulant librement à la fois dans les bronches et dans les cavernules, puisqu'il n'existe pas entre elles de grossières communications?

En résumé, Messieurs, le type clinique dont je me suis efforcé de vous tracer à grandes lignes les principaux caractères, m'a semblé digne d'être retenu de vous, en raison de l'importance qu'il y a toujours, pour le praticien, à être fixé davantage sur tel ou tel point de séméiologie et de pronostic concernant la tuberculose pulmonaire.

FAITS CLINIQUES

Alimentation par la voie nasale dans un cas de glosso-stomatite intense

Par E. Devaux

Médecin-major de 1re classe des troupes coloniales

Le nommé C..., mulâtre de la Réunion, soldat du 13e régiment colonial, entré à l'ambulance de Betafo (Madagascar), pour stomatite légère accompagnée de ganglions cervicaux volumineux, en pléiade, avait été traité par le chlorate de potasse en collutoire et par des frictions mercurielles au niveau des ganglions engorgés, lorsqu'il fut pris, subitement, d'une inflammation telle de la langue et de la bouche, qu'en très peu de temps toute absorption médicamenteuse ou alimentaire, par la voie buccale, devint impossible. Un ipeca donné en son temps, ainsi que de l'eau albumineuse, n'avaient pu enrayer la marche de l'affection. Le malade, en proie à des élancements douloureux dans les muscles de la langue, à une cuisson pénible de toute la bouche, à un ptyalisme continu, désespéré, mourant de faim, gémissait toute la journée et toute la nuit; les lavements nutritifs ou médicamenteux, par l'intestin, étaient insuffisants; les soins locaux de la bouche demeuraient sans effet; les badigeonnages au bromure et à la cocaïne ne permettaient nullement d'avaler; les forces s'épuisaient, la faim et la soif devenaient intolérables; une agonie horrible commençait, lorsque j'eus l'idée de nourrir cet homme par la voie nasale. Une sonde urétrale en caoutchouc est introduite par une des narines, et, par cette sonde, au moyen d'une seringue ordinaire, du lait, de l'eau albumineuse, du bouillon sont injectés; aliments liquides et médicaments, tout est dégluti avec facilité. Les forces renaissent, le moral se relève, la stomatite rétrograde, en quelques jours le malade est complètement guéri.

L'alimentation par la voie nasale, quoique connue, mérite donc, cet exemple le prouve, d'être vulgarisée. Par un procédé très simple, très pratique, à la portée du premier venu, on peut, dans certains cas, sauver la vie à des malheureux voués à une mort certaine.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Alliance d'hygiène sociale. Création de la section de Nantes

L'*Alliance d'hygiène sociale* vient de créer à Nantes — comme dernièrement à Saint-Etienne — une nouvelle section et comme prochainement elle en créera d'autres dans les départements du Nord, de la Gironde, du Rhône, de l'Hérault, etc.

Le but de l'alliance de l'hygiène sociale, M. Fuster, son secrétaire général, nous le définit ainsi : « Organiser sans « arrêt la défense intérieure contre le « dépérissement national, le gaspillage « de l'enfance, l'épuisement de la jeunesse « productive; faire l'union des bonnes « volontés autour des souffrances, aviver « le sentiment du devoir commun et le « besoin du secours mutuel. » En un mot, cette nouvelle alliance veut grouper, en un même faisceau, toutes les œuvres protectrices, toutes les institutions sanitaires et toutes les sociétés de secours mutuels.

C'est là, certes, un vaste programme, que peu d'hommes eussent osé tracer et encore moins chercher à réaliser; M. Casimir-Périer, ancien président de la République, n'a pas craint d'assumer une aussi glorieuse tâche, et de faire de cette œuvre le but de son existence.

Aujourd'hui il a groupé un certain nombre de collaborateurs, MM. Strauss, Siegfried, Mabileau, Cheysson, d'un côté et de l'autre MM. Brouardel, Calmette et A.-J. Martin. Le choix de ces collaborateurs montre, mieux que tout, la nature et la portée de l'œuvre entreprise.

Nantes, centre industriel important, a voulu adhérer, par ses diverses sociétés mutualistes, à la nouvelle alliance, et c'est à cette occasion que M. Casimir-Périer, entouré de ses collaborateurs, est venu y présider plusieurs conférences. Il y avait été invité par M. Dubochet, président de la Chambre de commerce de Nantes, et qui s'est placé à la tête de ce nouveau mouvement.

Le samedi 27 février avait lieu la première séance, au début de laquelle M. Casimir-Périer a tenu à délimiter nettement l'action du comité parisien de l'Alliance d'hygiène publique sociale.

« Nous n'avons qu'une ambition, être « le cerveau de l'alliance, être le trait « d'union entre les sections de province, « tout en leur laissant leur autonomie et « leur indépendance. » Il demande donc à ce qu'au sujet de chaque question traitée il y ait un échange de vue entre les groupes nantais et ses collaborateurs, qui sont venus ici exclusivement pour donner des conseils et apporter le tribut de leur expérience.

Il est ensuite procédé à l'étude des divers rapports présentés par chaque section, rapports dont le résumé montrera l'état des œuvres de protection et de mutualité dans la ville de Nantes.

I. *Section antituberculeuse.* — M. Louis Lefeuvre a rédigé un rapport qui nous donne la liste déjà longue des œuvres luttant contre la tuberculose dans la Loire-Inférieure : hôpital de Pen-Bron, Dispensaire antituberculeux de Nantes, Œuvre antituberculeuse de la Loire-Inférieure.

II. *Section anti alcoolique.* — Le rapporteur, M. Guillon, constate que, depuis sa fondation, la consommation de l'alcool a sensiblement diminué dans la région.

III. *Section de la protection de l'enfance.* — M. Maublanc, dans son rapport, nous fait constater que cette section est une des plus prospères; elle comprend quatre groupes d'œuvres :

1er groupe. — Ayant pour but de prévenir les crimes contre l'enfant dans le sein maternel, de préparer sa venue au monde et de lui assurer des soins à sa naissance : Œuvre du travail réparateur, Mutualité maternelle de Nantes, Société de charité maternelle de Nantes.

2e groupe. — Ayant pour but d'assurer le bon allaitement de l'enfant et de lui donner les soins dont il est privé par suite des occupations professionnelles de sa mère : Œuvre de la Goutte de lait, Crèches municipales, Crèche de la manufacture des tabacs, etc.

3e groupe. — Ayant pour but de donner des secours aux enfants pauvres des écoles : Société de bienfaisance des écoles laïques, Colonies scolaires de vacances, Brise de mer nantaise, Ligue fraternelle des enfants de France.

4e groupe. — Ayant pour but de recueillir et de secourir les enfants trouvés, abandonnés, orphelins, malheureux ou coupables : Orphelinats Saint-Pierre et Saint-Charles, Apprentissage des jeunes filles pauvres, Œuvres de la préservation, de l'hospitalité universelle, Société de patronage des libérés, Comité nantais de défense et de protection des mineurs traduits en justice, Asile Thomas Dobrée.

IV. *Section de la mutualité.* — Le rapport de M. Bastet nous apprend que, dans la Loire-Inférieure, il n'existe pas moins

de 254 sociétés de secours mutuels, comprenant plus de 40000 membres qui viennent adhérer à la nouvelle alliance.

V. *Section de l'hygiène de l'habitation.* — Rapport de M. Pinard qui parle des différentes œuvres concernant les maisons et logements ouvriers.

Après la lecture de ces rapports les divers orateurs venus de Paris prennent la parole sur différentes questions à la demande de certains membres de la réunion qui désirent être renseignés sur quelques points.

M. Strauss donne des détails au sujet des mutualités maternelles et fait ressortir l'excellence de ces sortes de groupements.

La lutte antituberculeuse est indiquée, dans tous ses détails, par M. Calmette, qui s'attache à faire ressortir que les divers moyens d'action : sanatoriums, dispensaires ou hôpitaux spéciaux, doivent être mis en œuvre, car chacun répond à un besoin spécial.

M. A.-J. Martin parle ensuite de la salubrité de l'habitation, et M. Siegfried développe les principes suivant lesquels doivent être entreprises les œuvres d'habitations ouvrières.

A cette première réunion n'assistaient que les délégués des mutualités et des œuvres d'assistance; le lendemain, une grande réunion publique avait lieu au théâtre de la Renaissance, présidée par M. Casimir Perier : « Nous nous proposons, dit-il, de former à Nantes une quintuple alliance qui combattra la mortalité infantile, la tuberculose, l'alcoolisme, et qui propagera les idées d'assainissement; nous nous proposons, en donnant la main à la mutualité, de former une vaste association : l'alliance d'hygiène sociale. »

M. Strauss convie ensuite les Nantais à une action suivie et méthodique contre les causes de la mortalité infantile.

M. Brouardel incite à la lutte contre la tuberculose et ajoute que Nantes, d'après les œuvres qu'elle possède déjà, méritera bientôt la première place parmi les cités françaises.

Les ligues anti-alcooliques et leur utilité font l'objet de quelques mots de la part de M. Cheysson.

Quant à M. Siegfried, il traite à nouveau des habitations ouvrières à bon marché.

Enfin, M. Casimir Perier, avant de lever la séance, appelle autour de lui et de ses collaborateurs, tous ceux qui comprennent combien il est nécessaire de lutter sans relâche contre des fléaux et des maux qui constituent un danger national. « Je suis homme, ajoute-t-il, et ne veux qu'aucune douleur et qu'aucune souffrance ne me soit étrangère... J'aime passionnément mon pays, et veux de tout cœur travailler à une grande œuvre de paix sociale. »

Dr BOREL.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin de campagne

On lira certainement avec plaisir cette « consultation professionnelle » adressée, sous forme de lettre (*Echo médical des Cévennes*), par un très honorable confrère, le Dr **Domas** (de Lasignan, Gard), à un jeune homme qui lui demandait conseil. Nous n'avons pas souvenir d'avoir jamais lu quelque chose de plus vécu, de plus sage et de mieux dit sur la vie si méritoire du médecin de campagne.

J. J.

Mon jeune ami,

Le témoignage de confiance que vous me donnez par votre lettre de ce jour, me touche plus que je ne saurais le dire, et m'embarrasse plus que je n'ose l'avouer. C'est qu'à votre question : « Me conseillez-vous l'étude de la médecine pour être, un jour, médecin de campagne? » ma réponse pourrait différer du tout au tout suivant « l'état d'âme » où je me trouverais. Cela n'est pas très fort comme caractère, je le reconnais, mais cela est très vrai, et j'estime que c'est la vérité que je vous dois; la voici toute entière.

Mais, sachez, tout d'abord, que ce n'est pas ici un morceau de rhétorique, mais une tranche de vie; rien n'a été lu, tout a été vécu ou observé chez des confrères :

Il y a eu peu de semaines, si ce n'est de jours, dans ma longue carrière où je n'ai regretté, une fois au moins, d'être médecin, et pourtant, si je recommençais ma vie, c'est médecin que je voudrais être. C'est qu'il n'y a pas de vie parfois plus cruelle et parfois plus heureuse que celle du praticien : j'ai eu des instants où j'ai souhaité d'être frappé de mort subite tant une grave responsabilité m'écrasait; j'en ai eu d'autres où je sentais, où j'étais sûr qu'il n'y a pas de plus belle carrière que celle de la médecine. Et ces deux états d'âme se succédaient parfois brusquement dans la même journée, et m'ébranlaient au point de me laisser brisé, presque sans forces.

J'aurais, peut-être, moins souffert, mais aussi moins joui, si je n'avais été seul médecin dans un grand rayon : un confrère rend la responsabilité moins lourde en en prenant sa part — oh! le moins qu'il peut — mais il diminue aussi notre joie en la partageant, et souvent en deux parts inégales; tout cela est humain; inutile d'insister. Du reste, je ne veux pas examiner ici ce qui aurait pu être, mais seulement ce qui a été; vous pourrez ainsi vous prononcer en toute connaissance de cause.

Quelle vie dévorante est la vie du praticien! Que d'événements connus de lui seul ont souvent éloigné le sommeil de ses nuits ou lui ont donné d'affreux cauchemars quand ses yeux se fermaient enfin. Remords? certes non, mais crainte d'avoir erré, méconnu la cause, mal combattu les effets. Que de fois aussi, l'ordonnance écrite et le commissionnaire parti, il a cru avoir mal formulé, prescrit des doses trop fortes, toxiques. Que faire alors? Inutile de chercher à se tranquilliser, on n'y parviendrait pas; le plus simple c'est de faire un détour, fût il de plusieurs kilomètres, de prétexter un malade à voir dans le voisinage du pharmacien et d'entrer chez lui pour lui serrer la main; rien de plus simple alors que de parler de l'ordonnance préoccupante et d'arriver à la lire.

Après la perte des siens, il n'y a peut-être rien de plus douloureux pour le médecin que de voir s'aggraver, en quelques heures, un état qu'il croyait léger, et ne lui inspirait aucune crainte : à sa dernière visite, aucun point noir n'apparaissait, le faciès était bon, et le pouls et la température, sentinelles rarement en défaut, étaient tout à fait rassurants; et voilà qu'en entrant, le faciès vous a déplu, et le pouls et la température, vite interrogés, ont répondu, l'un et l'autre, que grave était le danger. Ah! si, dans ces moments là, on pouvait quitter ce triste, ce décevant métier, comme ce serait vite fait, quitte à reprendre, dès le lendemain, cette belle profession! mais non, il faut rester, rassurer le malade, parfois moins effrayé que vous, puis expliquer à la famille comment il a pu se faire qu'une affection, d'abord légère, se soit si brusquement aggravée.

Si les médecins savaient s'entr'aider, si toute leur pitié, leur bonté n'allaient pas à leurs malades, s'ils en gardaient un peu pour leurs confrères, quels services ils pourraient se rendre mutuellement en pareille circonstance, et quelle belle cause aurait à défendre ici le médecin consultant : la cause d'un confrère qu'un hasard malheureux fera, peut-être, traiter d'inattentif ou d'ignorant.

Et les accouchements? Que de nuits blanches, ou plutôt noires, ils nous font passer! que d'angoisses ils nous emplissent le cœur! Il pleut, il vente, il gèle, la neige recouvre le sol, pas un être humain n'oserait sortir, pas un chien n'erre dans les rues; vous venez de vous mettre au lit, brisé, courbaturé par une journée de fatigue; déjà vous vous sentez envahi par cette douce béatitude qui précède le vrai sommeil, pan! pan! panpan! vous voilà réveillé en sursaut. Il faut partir, et tout de suite, la sage-femme vous réclame, la vie de l'enfant et celle de la mère sont en danger, hâtez-vous, vous arriveriez trop tard.

Eh bien, même à cette heure, par ce temps et par ces chemins, ce n'est pas toujours de ces souffrances physiques qu'il faut plaindre le médecin, mais plutôt de son état d'âme : il ne sait ce qui l'attend là-bas, mais ce qu'il sait bien, c'est que seul, sans le secours d'un confrère, il devra prendre une résolution immédiate et de laquelle peut dépendre la vie de deux êtres et, peut-être, — on ne s'oublie jamais complètement soi-même — sa réputation, son avenir. Et tout de suite, dans les ténèbres de la nuit, s'évoquent les souvenirs de tous les

cas malheureux qu'il a déjà eus ou dont il a lu la terrifiante description. Que parlais je de pluie, de vent, de neige? est-ce que le corps peut sentir, souffrir, quand l'âme est à ce point angoissée?

Oh! je le sais, la plupart du temps c'est un nouveau succès qui l'attend, un bonheur de plus dans sa vie où il y en a tant d'autres. Aussi, voyez sa joie, son orgueil, quand tout est terminé, quand la mère et l'enfant, grâce à lui, ont fini de souffrir, de mourir et, maintenant, reposent dans le grand lit, dans le berceau. Aussi voyez avec quelle modestie maladroite et peu sincère, du reste, il reçoit les félicitations des témoins, des parents, du mari. Ah! il est bien heureux notre confrère, jamais il n'a si vivement senti combien sa profession est belle. Dans la nuit, sous la pluie, sous le vent, sous la neige, il regagne son logis; gardez-vous de le plaindre si vous le rencontrez, par hasard, le corps ne peut souffrir quand l'âme est si heureuse!

Je ne veux pas vous fatiguer, mon jeune ami, par le récit de tous les événements heureux ou malheureux qui font la vie du médecin, mais je veux encore vous narrer celui-ci, car il pourra vous préserver de la faute que je commis un jour, si vous persistez, malgré tout, à être des nôtres.

Il y a quelques années, je fus appelé auprès d'un petit bébé tout pâlot, tout maigrichon; sa mère n'avait presque pas de lait, de là sa misère; je le pensai du moins, et aussitôt je conseillai de s'en querir d'*une remplaçante*. Et comme elles étaient rares en ce moment, qu'il faudrait chercher deux ou trois jours, peut-être, et que le pauvre bébé se mourrait de faim, je nommai une voisine qui, certainement, donnerait un demi lait. Trois jours plus tard on m'amenait une superbe nourrice : son enfant venait de mourir, elle cherchait un nourrisson. Les parents du bébé n'avaient pas voulu laisser approcher ses lèvres de ce beau sein avant que j'eusse déclaré que la femme était saine; et comme le temps était beau, la course peu longue, en amenant la nourrice on avait pris le bébé pour me montrer *du mal*, une petite plaie qu'il avait à la lèvre. A ces mots, un horrible pressentiment m'envahit, vite je pris l'enfant dans mes bras, j'examinai la lèvre. Hélas! impossible de douter, c'était la syphilis. Le père, interrogé à part, me fit des aveux complets : « Il s'était cru guéri quand il s'était marié, ah! s'il avait su, etc., etc. »; tous les praticiens connaissent la suite. Inutile de dire que je trouvai un prétexte pour refuser la nourrice et que je fis remettre l'enfant au sein de sa mère en conseillant l'allaitement mixte; il mourut peu de jours après.

Mais la crainte qui me torturait maintenant, c'est que ce petit syphilitique n'eut contaminé la bonne voisine qui, pendant trois jours, l'avait allaité, et contaminé aussi son enfant. Oh! les tristes jours, les nuits affreuses! harassé de fatigue, je m'endormais presque toujours assez vite, mais quel sommeil et quels réveils! c'était à préférer l'insomnie tant j'avais des rêves angoissants, tant je souffrais en m'éveillant. De tous les bonheurs que le Ciel m'a accordés, et j'en ai reçu de bien grands, il n'en est pas que je mette au-dessus de celui que j'éprouvai quand j'eus la certitude que ni la mère ni l'enfant n'avaient été contaminés.

J'aurais pu, je le reconnais, examiner avec plus de soin le bébé et arriver ainsi à concevoir quelques craintes que le père, interrogé, aurait confirmées. Mais... eh bien, non, je ne veux pas chercher des excuses: il est mieux, si vous êtes un jour médecin, que vous croyiez que l'erreur peut être évitée, afin que votre examen soit toujours aussi sérieux, aussi complet que possible. Je vous engage, pourtant, à ne pas demander à vos clients, et encore moins à vos clientes, sans de graves motifs, s'ils ne sont pas syphilitiques.

Vous le voyez, mon jeune ami, c'est un surmenage continu que la vie du médecin, surtout à la campagne; comment peut-il résister, atteindre, parfois, un âge avancé? Une âme saine dans un corps sain est certainement une condition *sine qua non*, mais au praticien très occupé il faut encore autre chose pour résister à un si dur labeur, il lui faut — et ce sera ma réponse à une question que vous n'avez fait qu'effleurer — il lui faut, dis-je, une compagne qui veille à tout, s'occupe de tout, huile si bien tous les rouages que la machine — c'est la maison que je veux dire — marche sans bruit et sans qu'il s'en occupe. Si cette femme a, de plus, l'esprit cultivé, les idées larges, si elle voit de haut et de loin, son mari pourra fournir le double de travail que tout autre, tout en étant et se trouvant très heureux. Ce qui revient à dire que le praticien, qui partage son temps entre ses malades et l'étude, doit rester étranger aux questions de ménage, d'éducation d'enfants, de relations mondaines, etc., etc., et que la femme de cet homme-là doit accepter toutes les tâches qu'il ne peut lui-même accomplir. Quand il rentre de ses longues et pénibles courses, quand il vient de perdre un malade, le praticien doit trouver au logis bon visage, bon accueil, repos de corps et d'esprit, et, s'il se peut, quelque confort. Dans cet ordre d'idées, il est mieux que le médecin jouisse d'une certaine aisance; sans doute la gêne est un puissant stimulant pour les forts, mais trop souvent elle affaiblit les faibles, et, par les préoccupations qu'elle fait naître chez tous, nuit à la lucidité de l'esprit, à la rectitude du jugement.

Ainsi, elles sont nombreuses et pas toujours faciles à réaliser les conditions qui permettent au praticien de se donner corps et âme à ses malades; rarement elles se trouvent réunies chez le même homme; aussi, bien rares sont les vrais médecins, aussi rares que les vrais prêtres dont bien des traits les rapprochent. Voilà, certes, un rapprochement auquel, avouez-le, vous étiez loin de vous attendre; il manque, en effet, d'actualité, mais n'en est pas moins vrai au fond. C'était l'opinion de Michelet, peu suspect de cléricalisme, quand il écrivait : « En quoi le prêtre et le médecin sont-ils distincts? Je ne l'ai jamais compris. Toute médecine est nulle, aveugle et inintelligente si elle ne commence pas par la confession complète, par la résignation et la reconciliation avec l'Harmonie générale. »

Je ne vous ai encore rien dit de l'encombrement de la carrière, du trop grand nombre de docteurs que de trop nombreuses facultés jettent, tous les ans, sur le pavé des villes et les chemins des campagnes, des difficultés de toutes sortes que rencontre le jeune médecin qui cherche à se caser, des déceptions, des mécomptes qui l'attendent, toutes choses que Balzac a résumées en ces mots : « Etre médecin, n'est-ce pas attendre vingt ans une clientèle? » Non, tout cela n'est pas pour arrêter quand on a votre intelligence, votre volonté, votre amour du travail et une modeste aisance. N'en tenez donc nul compte, je vous prie, et ne vous décidez que par tout ce que je vous ai dit de notre vie, la plus rude, mais la plus belle.

Un mot encore et j'ai fini. Quand vous aurez acquis science et expérience, il vous arrivera parfois de vous voir préférer tel charlatan ignare; n'en soyez ni surpris, ni affligé. Renan l'a dit excellemment : « La bêtise humaine est la seule chose en ce monde qui puisse donner une notion exacte de l'Infini. »

P.S. — En relisant cette trop longue lettre, je m'aperçois que je ne vous ai rien dit des rapports du Corps médical avec les diverses administrations et les Corps élus. Il y a là pourtant de nombreux points noirs dont les esprits sérieux commencent à se préoccuper. Il est bon que vous le sachiez, mon jeune ami, les intérêts, la dignité, l'indépendance des médecins sont menacés de toutes parts.

Voyez, par exemple, avec quelle désinvolture les conseillers généraux du Gard, sans daigner prendre notre avis, ont décidé, voté que, désormais, nous ne toucherions que 0 fr. 25 par vaccination, et que l'indemnité de déplacement d'un franc par kilomètre serait supprimée. Quelle légèreté chez des gens dont quelques-uns m'avaient paru plutôt lourds! Cinq sous, le prix d'une barbe, comme a très bien dit un de nos confrères; cinq sous, ou plutôt deux sous et demi, car il faudra constater, huit jours après, le résultat de l'opération; oui, deux sous et demi, voilà le prix dérisoire et humiliant que nous offre un corps élu qui .. veut continuer de l'être.

Sans doute le corps médical tout entier s'empressera de refuser cette aumône, mais c'est déjà trop qu'on se soit permis de la lui offrir.

Si, malgré tout, vous persistez à vouloir entrer dans la carrière médicale, que ce soit avec la ferme intention d'accomplir tous vos devoirs, mais aussi de faire valoir tous vos droits, car cela aussi est un devoir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars.

De l'appendicalgie

M. Walther. — Si j'approuve l'esprit de la communication de M. Guinard, j'estime pourtant qu'en voulant trop prouver il lui a enlevé de sa portée. Les erreurs de diagnostic sont, il est vrai, très nombreuses, car l'appendicite est encore mal connue des médecins. Cependant, je suis persuadé que, le plus souvent, on peut faire le diagnostic de l'appendicite, même d'avec les affections douloureuses.

Je reprocherai à M. Guinard d'avoir fait de la douleur le signe prédominant. L'appendicite est une infection qui se révèle par d'autres symptômes qu'il est inutile d'énumérer et qu'on parvient, après examen attentif, à découvrir. Je sais que souvent ils ne sont pas tous réunis sur les malades, mais on en trouve et, pour mon compte, je rejette les qualifications d'appendicite larvée, fruste par lesquelles on a voulu désigner certaines formes.

Quant à la douleur, ses caractères justifient-ils le terme d'appendicalgie? Je ne le crois pas, car cette douleur peut occuper des sièges bien différents. Ce terme ne doit pas être conservé. D'ailleurs, avec la douleur, il existe toujours d'autres signes plus importants qui permettront de faire le diagnostic, sauf pourtant, je le reconnais, dans certains cas de coïncidence de grosses tumeurs.

Comme mes collègues, je ne manque pas de faire l'examen de l'appendice dans toutes les laparotomies et assez souvent j'ai trouvé des suppurations, que l'on ne pouvait soupçonner avant l'ouverture du ventre.

Tétanos et injections de sérum antitétanique

M. Potherat. — Je vous présenterai un jeune homme de seize ans qui, huit jours après une plaie de la main, a été pris de tétanos. On a fait une injection de sérum. Les accidents ont redoublé, l'injection n'a pas été renouvelée et le traitement ordinaire, repos, chloral, a été institué et suivi de guérison.

M. Labbé. — Je crois à l'utilité des injections préventives en faveur desquelles on peut citer les résultats obtenus dans la castration des chevaux.

M. Terrier. — Il faut surtout attribuer la diminution des cas de tétanos aux progrès de l'antisepsie.

M. Bazy. — Je crois que la question des injections préventives est maintenant jugée. Actuellement on ne s'occupe que de son efficacité, quand le tétanos est déclaré. Les inoculations aux cobayes du bacille de Nicolaïer et de ses toxines, ont permis de faire une distinction dans les résultats, suivant qu'il y a ou non des toxines. Le sérum met certainement l'organisme en état de lutter, mais seulement temporairement; aussi doit-on renouveler les injections tous les dix ou douze jours. Sa valeur s'en trouve ainsi diminuée.

Mais, en dehors des plaies accidentelles infectées, j'estime que la chirurgie aseptique met à l'abri des atteintes du tétanos.

M. Walther. — Chez un malade que j'ai présenté à la Société, et que j'ai traité par les injections intra-rachidiennes, j'ai aussi utilisé les inhalations de chloroforme contre les accès de convulsions. C'est un moyen qui rend des services.

M. Rochard. — Ce moyen a été préconisé par plusieurs chirurgiens. Quant aux injections intra-rachidiennes de sérum, je crois qu'elles sont utiles. Une nouvelle étude favorable vient d'en être publiée aujourd'hui dans le *Bulletin médical*, n° 17, 2 mars 1904, par M. Rollin.

M. Delorme. — Je rappelle que c'est M. Simonin (de Nancy), qui le premier a utilisé le chloroforme.

Kyste du mésentère

M. Picqué. — **M. Potel** nous a adressé une observation de kyste du mésentère, à propos duquel il étudie la pathogénie de ces kystes. Chez la malade qu'il a opérée, le kyste était situé entre les deux feuillets du mésocolon transverse. Il n'était pas pédiculisé. Il contenait un liquide jaunâtre. Il existait en outre, près de lui, un ganglion, qui a été reconnu tuberculeux. Quant au kyste, rien n'a autorisé à admettre la même nature.

A propos des hydronéphroses intermittentes

M. Bazy. — Je ne veux attirer l'attention que sur une particularité qu'on rencontre dans certains cas d'hydronéphrose: la coudure de l'uretère sur l'artère rénale. J'en ai opéré un cas, dont je vous présente le dessin. Or, d'après mes recherches, cette coudure de l'uretère n'est qu'un phénomène secondaire; l'hydronéphrose s'est constituée auparavant.

M. Delbet — Je vous rappellerai brièvement deux opérations que j'ai faites dans des cas particuliers d'hydronéphrose. Dans le premier cas, l'uretère était accolé au bassinet et il s'était formé un éperon qui obstruait le passage de l'urine. J'ai ouvert le bassinet à distance, j'ai sectionné l'éperon, et le cours du liquide a été rétabli.

Dans le second cas il s'agissait d'une hydronéphrose monstre, intermittente droite, qui descendait jusqu'au bassin. J'ai fait une résection du bassinet en conservant une collerette autour de l'origine de l'uretère, et j'ai terminé par la suture. Les accidents ont disparu. J'ai fait ensuite pratiquer la division des urines une première fois avec le diviseur Cathelin: sécrétion normale à gauche; sécrétion nulle à droite (côté opéré); une deuxième fois par M. Noguès, avec le diviseur Luys: sécrétion normale à gauche; quelques gouttes à droite. Enfin, M. Noguès a pu faire le cathétérisme des deux uretères, et il a constaté que la sécrétion était sensiblement égale des deux côtés.

M. Tuffier. — Dans un cas d'hydronéphrose intermittente droite, j'ai fait la section de l'uretère et abouché ce canal à la partie inférieure de la poche. La division des urines a démontré qu'il y avait absence d'urine du côté droit. Trois mois plus tard, nouvelle séance de division, même résultat. Puis une troisième séance a montré que la sécrétion était égale des deux côtés. Cependant, pour plusieurs raisons, j'ai dû faire la néphrectomie, et l'examen de la pièce a révélé qu'il y avait une oblitération au niveau de l'abouchement de l'uretère que j'avais pratiqué.

Présentations

M. Poirier. — Deux malades opérés d'un *épithélioma de la langue avec ablation des ganglions cervicaux.* Pas de récidive depuis vingt-deux ou vingt-trois mois.

M. Chaput. — Femme: *Ostéomyélite du tibia opérée.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mars

Hépatite diffuse aiguë avec ictère grave au cours d'une syphilis secondaire

S'il est assez fréquent d'observer l'ictère au cours des accidents secondaires de la syphilis, l'ictère grave ne se rencontre qu'exceptionnellement. D'après le prof. Fournier, on n'en connaîtrait guère que 25 cas.

C'est une observation de ce genre que **M. Armand Siredey** et son interne, **M. Henri Lemaire**, apportent à la Société des hôpitaux. Elle concerne une jeune fille de dix-huit ans, sans antécédents morbides personnels autres qu'une simple crise de chorée à sept ans. Elle avait quitté sa famille pendant deux mois pour se livrer à la débauche.

Le 1er novembre 1903, après avoir maigri notablement, elle fut prise de fatigue, de courbature, et, bientôt, d'une teinte ictérique s'accentuant progressivement. En même temps, leucorrhée abondante (probablement blennorragique). Détail assez important: elle eut deux épistaxis assez abondantes le 25 et le 26 décembre.

Le 8 janvier, brusquement, agitation marquée, délire. Le 9, on l'amène à l'hôpital dans un état subcomateux. Mâchonnement fréquent. Légère contracture des membres inférieurs avec exagération des réflexes rotuliens, hyperesthésie généralisée, dilatation des pupilles, coloration jaune-verdâtre généralisée et très accentuée de la peau. Dans les uri-

nes, un peu d'albumine, pigments biliaires normaux en abondance. Selles non décolorées. Syphilides papulo squameuses et papulo-érosives nombreuses Plaques muqueuses à la vulve et à l'anus. Écoulement vulvo-vaginal franchement purulent, avec uréthrite, indices manifestes d'une blennorragie encore en pleine activité.

Foie de volume normal, plutôt un peu diminué. T. 36-1. Pouls à 90.

Traitement: régime lacté. Lavements d'eau bouillie. Ventouses scarifiées. Traitement hydrargyrique par injections hypodermiques de biiodure.

La malade meurt 30 heures après son entrée à l'hôpital.

Les seules particularités intéressantes de l'autopsie résidaient dans le foie et les reins.

Poids moyen, consistance un peu plus molle et aspect granité du lobe droit du foie. Le lobe gauche est de consistance homogène; il donne la sensation du caoutchouc.

Ni calculs ni sable dans les voies biliaires

Le rein, d'apparence normale, présente nettement les lésions initiales d'une néphrite parenchymateuse aiguë.

Dans le foie, les lésions microscopiques étaient très étendues et très profondes. Elles consistaient en une destruction progressive des cellules coïncidant avec une sclérose diffuse péricellulaire extrêmement accentuée, et généralisée à la totalité des coupes.

Commentant cette observation, que nous avons dû résumer brièvement, MM. Siredey et Lemaire s'expriment ainsi :

Des lésions aussi étendues et aussi profondes expliquent bien les graves accidents d'insuffisance hépatique qui ont provoqué la mort. Les dégénérescences cellulaires, quelque forme qu'elles revêtent, aboutissant en définitive à la destruction des cellules et à l'atrophie de la glande hépatique, constituent les lésions habituelles que l'on observe dans l'ictère grave.

Mais ici ces altérations se compliquent d'une sclérose intra-lobulaire diffuse, qui s'est développée à peu près uniformément autour de chacune des cellules du foie.

La pathogénie de ces lésions n'est assurément pas d'une interprétation facile.

On éprouve, tout d'abord, quelque surprise en constatant l'étendue de la sclérose et la rapidité avec laquelle elle s'est produite. Jusqu'au commencement du mois d'août, c'est-à-dire cinq mois environ avant sa mort, cette jeune fille était bien portante, rien, dans les renseignements que nous avons pu recueillir, ne révélait des habitudes d'intempérance, non plus que l'existence d'intoxications ou d'infections antérieures, et, depuis cette époque, son foie a été le siège d'une inflammation interstitielle généralisée, amenant la production, autour des cellules hépatiques, de tissu fibreux dense, adulte, dans lequel on ne trouve que peu d'éléments embryonnaires, alors que dans un grand nombre de cirrhoses anciennes, on trouve encore, plusieurs années après le début de leur évolution, des régions où des lésions interstitielles persistent à l'état embryonnaire.

Faut-il chercher l'explication de ce phénomène dans des altérations antérieures du parenchyme hépatique, que rien ne permet de soupçonner? Peut-on incriminer les excès de tout genre auxquels cette femme s'est livrée pendant deux mois, et en particulier l'usage des liqueurs, des apéritifs, des essences? Ces substances toxiques ont pu jouer un certain rôle, mais on ne saurait leur attribuer la production exclusive de ces altérations rapides qui ne répondent guère, d'ailleurs, à leur mode d'action habituel.

Il serait excessif de discuter le rôle de l'infection blennorragique dont on peut constater les méfaits dans les régions génitales. Aussi est-il difficile d'invoquer un autre facteur que la syphilis.

Ces lésions ont, d'ailleurs, une analogie parfaite avec celles qui ont été signalées dans les autres observations d'ictère grave au cours de la syphilis, et même avec les altérations hépatiques décrites par MM. Hutinel et Hudelo dans la syphilis héréditaire, et les dessins de nos préparations semblent la reproduction des planches qui accompagnent le mémoire de ces derniers auteurs. En effet, le caractère constant de ces hépatites syphilitiques c'est la diffusion intra-lobulaire des lésions et leur localisation autour de chaque cellule hépatique, réalisant une véritable *cirrhose mono-cellulaire* qui se présente rarement avec une pareille netteté dans d'autres circonstances. Si l'on cherche à expliquer la pathogénie de ces altérations, on se trouve actuellement en présence d'un problème insoluble, car nous ignorons les modifications que la syphilis imprime à la cellule hépatique, et rien ne nous permet de comprendre les réactions rapides et intenses que celle-ci provoque autour d'elle.

Cette complication est assurément rare, eu égard à la très grande fréquence de la syphilis.

Est-elle provoquée par des lésions hépatiques antérieures? Cela est vraisemblable, mais il est difficile de le prouver: un grand nombre de syphilitiques sont des alcooliques avérés, d'autres sont tuberculeux, ou paludéens, les uns et les autres ont des forces en mauvais état, au moment où ils contractent l'infection syphilitique, et il ne semble pas que les malades de ce genre occupent, dans l'ictère grave syphilitique, la place qui leur reviendrait légitimement. On peut remarquer, d'ailleurs, qu'il existe quelque chose d'analogue pour le rein. Ce ne sont pas les sujets albuminuriques, atteints de néphrites antérieurement à la syphilis, qui fournissent le contingent le plus important parmi les sujets atteints de la véritable néphrite syphilitique avec albuminurie abondante de la période secondaire.

Rien n'autorise cependant à considérer l'ictère grave qui survient dans ces cas comme étant dû à une simple coïncidence.

La forme si remarquablement monocellulaire que revêt chez ces malades l'hépatite diffuse, l'analogie que présentent les lésions observées dans tous ces cas, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou héréditaire, constituent des arguments importants en faveur de leur nature spécifique.

Gigantisme eunuchoïde. Féminisme

MM. Vidal et Digne. — L'homme que nous vous présentons, âgé de quarante-deux ans, a la stature d'un géant. Sa taille s'est élevée subitement, à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. Les organes génitaux sont atrophiés, l'aspect extérieur est celui du féminisme; ni la fosse pituitaire, ni les sinus frontaux ne sont augmentés de volume; les cartilages de conjugaison sont soudés, et cependant on ne note, chez lui, aucune des déformations acromégaliques de la maladie de Marie; il n'a pas versé dans l'acromégalo gigantisme de Brissaud.

Avec sa face glabre, sa voix grêle, sa peau fine, son nez effilé, ses hanches et ses seins développés, ses jambes allongées, cet homme a tout l'aspect d'un castrat mutilé dans le jeune âge. De fait, c'est un castrat naturel à rapprocher de ceux observés par Godard, Variot, Papillault, Pirsche.

Ce type de gigantisme eunuchoïde peut être opposé au type de gigantisme avec acromégalie décrit par MM. Brissaud et Meige, Launois et Roy; il se rapproche d'un type de gigantisme infantile rapporté récemment par MM. Brissaud et Meige, qui admettent toute une série de transitions. La croissance, chez notre sujet, s'est rapidement arrêtée au bout de six mois et, une fois les épiphyses soudées, l'hyperostéogenèse périostique n'a pas fait suite à l'hyperostéogenèse enchondrale. Ce géant soudé ne s'est pas, par la suite, acromégalisé.

Chez lui, l'atrophie testiculaire avait précédé le gigantisme; sa taille, avons-nous dit, n'a commencé à s'accroître anormalement qu'à l'âge de dix-sept ans. Or, ses organes génitaux minuscules ne sont pas ceux d'un adolescent de cet âge. L'infantilisme génital a donc précédé le gigantisme.

On peut se demander si l'irritation du tissu osseux par le bacille typhique ou ses toxines n'a pas été, chez notre géant, le coup de fouet nécessaire pour déterminer le travail excessif d'ostéogenèse auquel cet homme était prédisposé par l'atrophie de ses organes sexuels. Il y a là peut-être une étiologie à deux degrés.

C'est au moins une hypothèse qu'il est permis d'émettre.

M. Launois rapproche, au point de vue du féminisme du castrat naturel que vient de présenter M. Widal, un castrat

accidentel qu'il observe actuellement et qui a, au plus haut degré, avec une taille de 1 m. 74, les attributs du féminisme. Il était au berceau quand un chien lui enleva, d'un coup de dent, la verge et les testicules.

Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse

MM. M. Soupault et Jouaust font remarquer que l'entérite muco membraneuse a une grande diversité d'allures cliniques, qu'elle n'est bien définie ni dans ses symptômes, ni dans ses causes, ni dans son évolution. L'hypersécrétion de mucus, qui est l'essence même de la maladie, est le résultat de l'excitation de la muqueuse intestinale par des causes de nature très différente, et sa valeur séméiologique est uniquement subordonnée à ces causes mêmes. Aussi, les auteurs conseillent-ils le terme de « colosuccorrhée » qui exprime le fait même de l'hypersécrétion sans préjuger de ses origines.

Les auteurs, après avoir indiqué les causes de l'hypersécrétion du mucus, qui peut être d'origine directe (irritation de la muqueuse par le contenu intestinal) ou indirecte (provoquée par l'excitation à distance des nerfs de l'intestin), insistent sur l'influence, jusqu'ici méconnue, des affections abdominales douloureuses et aussi sur la coïncidence très fréquente de l'entérite muco-membraneuse et de ces affections. Ils admettent que celles-ci sont la cause du symptôme intestinal qui en suit les fluctuations en bien ou en mal. Ils en établissent la preuve en fournissant une série d'observations où l'hypersécrétion de mucus a diminué ou beaucoup disparu à la suite de l'amélioration ou de la guérison médicale ou chirurgicale de ces affections abdominales (néphroptose, 4 cas; hépatoptose, 4 cas; ulcère de l'estomac, 32 cas; appendicite, 21 cas; lithiase rénale, 1 cas; lithiase hépatique, 8 cas).

Le réflexe, parti des organes en souffrance et aboutissant à l'intestin, engendre la colosuccorrhée soit en produisant des troubles moteurs qui mettent obstacle à la circulation normale des matières et favorisent la stase fécale, soit en produisant la sécrétion muqueuse par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs et excito-sécrétoires des glandes.

A l'appui de cette dernière théorie, les auteurs rappellent leurs expériences publiées à la Société de biologie, dans lesquelles ils ont pu provoquer, chez des lapins, des productions muco-membraneuses typiques en excitant différents organes abdominaux.

M. Le Noir insiste sur le fait, assez fréquemment observé, de l'inefficacité de l'ablation de l'appendice à faire disparaître l'entérite muco-membraneuse, ou, tout au moins, les phénomènes douloureux de cette maladie.

M. Hayem dit qu'il est d'accord avec M. Soupault sur la fréquence de l'association de l'entérite muco-membraneuse et des ptoses, mais qu'il ne comprend pas une action réflexe des ptoses. Pour lui, l'entérite muco-membraneuse est une affection d'origine surtout mécanique, tenant aux difficultés qu'éprouve, chez beaucoup de gastropathes dilatés, le bol fécal à traverser la coudure du colon transverse provoquée par la gastropathie elle-même.

Cancer du foie. Hypothermie prolongée

MM. E. Dupré et P. Camus rapportent l'histoire d'un homme de soixante-dix ans, sans antécédents morbides particuliers, athéromateux, ayant succombé, deux mois après son entrée, à des accidents qui firent porter le diagnostic de cancer du foie, secondaire à un cancer, difficile à localiser, du tractus gastro-intestinal : douleurs dans l'hypocondre droit, hypertrophie lisse, considérable et progressive du foie, troubles digestifs, cachexie rapide, œdème sous-ombilical par compression; oligurie, hypoazoturie, urobilinurie; ni sucre ni albumine. Mort dans l'insuffisance hépatique.

Diagnostic vérifié à l'autopsie : plaque cancéreuse limitée de la petite courbure; foie, 4500 grammes, avec un énorme bloc néoplasique encéphaloïde central, presque en amande, irrégulièrement ramifié, et deux grosses végétations fongiformes sous-capsulaires. Le départ entre le tissu sain et le tissu cancéreux dans le foie, montre qu'il ne reste que 800 grammes de parenchyme hépatique. Aucune lésion appréciable des voies biliaires. Veine cave aplatie. Sclérose rénale et athérome cardio-artériel.

Histologiquement, épithélioma glandulaire, avec figures karyokinétiques abondantes. Sur la face antérieure de l'estomac, juste en regard du gâteau cancéreux, existe une plaque de gastrite ecchymotique, que l'examen microscopique démontre être irritative, non néoplasique.

Le point le plus intéressant de l'observation est l'existence d'une hypothermie prolongée, continue, progressive, qui s'est marquée, pendant deux mois, par la descente de la température, rectale et buccale, de 37° à 36°, puis à 35°1. Température axillaire 34°. Plusieurs facteurs peuvent être invoqués ici pour expliquer, par leur réunion, une hypothermie aussi remarquable par son degré que par sa durée : la sénilité, le cancer, l'insuffisance hépatique (foie réduit de moitié), l'insuffisance rénale, peut-être enfin une infection biliaire latente par les bacilles intestinaux, dont on connaît les propriétés hypothermisantes.

Fièvre hectique jugulée, chez une tuberculeuse, par l'ablation de l'appendice

M. L. Galliard. — Une fille de vingt-six ans a été atteinte, à l'âge de dix-neuf ans, de péritonite durant six semaines; à vingt-quatre ans, de pleurésie durant six mois. Au printemps de 1903, gastralgie, hématémèses; plus tard, mélæna. Elle est admise, en août 1903, dans mon service de Lariboisière où je suis remplacé par mon collègue Bezançon. Elle présente des signes de *tuberculose du sommet droit*.

A la fin d'août, on note 39° environ tous les soirs; à partir du 17 septembre, 40° environ, tandis que la température du matin est de 38° ou 38°4. Cette fièvre résiste aux médicaments antithermiques et à l'hydrothérapie.

Lorsque je reprends le service, fin septembre, je crois devoir ajouter au diagnostic : tuberculose probable de l'intestin.

Au commencement d'octobre, douleurs appendiculaires, sans tuméfaction de la région, durant quelques jours. Pas de vomissements, mais alternatives de diarrhée et constipation. Toujours 40° le soir.

A la fin du mois d'octobre, l'appendicalgie reparait, tandis que la température, qui avait eu tendance à baisser, remonte à 40° le soir, 38° le matin.

Les oscillations thermiques se reproduisent ainsi, sans grandes variations, jusqu'à la fin de décembre. A ce moment, je constate que les lésions pulmonaires ne se sont pas accentuées (pas de toux, ni d'expectoration) et que, malgré les fréquents accès diarrhéiques, l'amaigrissement ne s'est pas produit. Je suis donc autorisé à recourir au traitement chirurgical.

Notre collègue Michaux opère la malade le 11 janvier 1904. Il ne constate ni péritonite, ni abcès, ni fausses membranes. L'appendice est parfaitement libre d'adhérences. Il ne trouve ni lésion intestinale, ni lésion des organes génitaux. Ayant réséqué l'appendice, il suture l'abdomen. Or, le soir de l'opération, la température qui, la veille encore, s'était élevée à 39°6, tombe à 36°8, et, dès lors, elle se maintient constamment à 37° environ. L'opérée souffre encore de diarrhée pendant quelques jours, puis sa digestion se régularise, et, le 10 février, elle part à la campagne en convalescence, conservant encore des signes de tuberculose du sommet droit, mais avec un état général satisfaisant.

L'appendice ne présente pas de déformation; il ne contient pas de masse dure. Nous le plongeons dans le liquide conservateur sans l'inciser longitudinalement. Après durcissement, on constate sur les coupes transversales la disparition presque complète de la lumière. Au microscope on voit l'hypertrophie des couches musculaires et surtout celle des éléments de la muqueuse (glandes, follicules); bourgeonnement inflammatoire de cette muqueuse, envahie par une énorme quantité d'éléments embryonnaires. En somme, appendicite *histologique*, et rien de plus.

Et cependant c'est à cette appendicite histologique qu'il faut attribuer la fièvre hectique qui a duré quatre mois et demi, et que j'imputais, avant la démonstration opératoire, à la bacillémie tuberculeuse.

J. J.

DÉPARTEMENTS

De l'utilisation du grand épiploon pour combler les cavités purulentes qu'il est impossible d'extirper en chirurgie abdominale

M. Lardennois a utilisé par deux fois avec succès le grand épiploon pour combler des cavités purulentes qu'il était impossible d'extirper.

Dans le premier cas il s'agissait d'une grosse poche salpyngienne suppurée, à parois extrêmement épaisses et adhérentes, chez une femme très infectée, à peine remise d'une double *phlegmatia alba dolens*. L'extirpation de la poche ne put être complète — et il restait à gauche de l'utérus une cavité profonde à parois saignantes qu'il était impossible de péritoniser. Un tamponnement Mikulicz semblait indispensable. L'auteur fit ce tamponnement avec l'extrémité du grand épiploon et se contenta de drainer la plaie avec un simple tube de caoutchouc. — Ce drain fut, d'ailleurs, enlevé après la première semaine.

Dans la seconde intervention, plus intéressante, et datant du mois de septembre 1903, M. Lardennois se trouvait en présence d'un vaste abcès du foie, consécutif à une dysenterie. Pour éviter la marsupialisation, il combla la cavité de l'abcès en y enfonçant tout le grand épiploon, et il se contenta de fixer au péritoine pariétal la lèvre inférieure de la poche. Une mèche de gaz fut laissée pour assurer le drainage.

Comme dans le premier cas, les suites opératoires furent très heureuses. Au bout de cinq à six jours il n'y avait plus de cavité — les bourgeons charnus étaient à fleur de peau. Au lieu d'attendre pendant des semaines l'oblitération d'une poche marsupialisée, le malade pouvait retourner chez lui, guéri, un mois après l'intervention. (*Union médicale du Nord-Est*, 30 janvier 1904.)

Les injections interstitielles de teinture d'iode dans le goitre

Attaquer les goîtres avec le bistouri sera longtemps encore l'apanage d'un petit nombre, d'autant que les patients n'acceptent pas facilement cette intervention. Aussi, longtemps encore, les praticiens se contenteront de procédés plus modestes, ayant néanmoins à leur actif assez de succès pour mériter de n'être point delaissés. De ce nombre sont les injections interstitielles de teinture d'iode, préconisées par Lutton, de Reims, en 1865, et dont l'étude vient d'être reprise par le Dr **Baylin**, de Louviers, dans la *Revue médicale de Normandie* (25 janvier 1904).

Notre confrère ne propose pas de traiter tous les goîtres par les injections iodées, car, si elles sont moins dangereuses que la méthode sanglante, néanmoins elles ne sont pas absolument inoffensives; on ne doit donc y recourir qu'à bon escient et prendre pour l'opération toutes les précautions qu'elle comporte.

Il s'agit, bien entendu, de goîtres simples, sans symptômes basedowiens. Au point de vue de ce traitement, la division des goîtres en parenchymateux et en kystique importe moins que l'âge de la tumeur. Quand elle était de date récente, M. Baylin obtenait rapidement la guérison. Dans les goîtres anciens elle était plus lente et parfois incomplète. Les résultats ont paru plus favorables dans les formes kystiques. Mais, dans les deux formes, alors même qu'il s'agissait de cas anciens, le traitement a produit un bénéfice réel se traduisant par l'arrêt du goître et sa régression partielle.

Quant à la technique, notre confrère emploie la teinture d'iode du Codex et la seringue de Luer. La peau désinfectée et la seringue stérilisée, son aiguille est enfoncée de préférence au centre de la tumeur, au point offrant le moins de résistance au doigt, en dehors des vaisseaux que l'on voit ramper à la surface, et en dehors, bien entendu, de la région des gros vaisseaux. Il n'est que prudent de retirer la seringue avant de pousser l'injection, pour s'assurer qu'il ne coule pas de sang et que l'on n'est pas engagé dans un vaisseau. Lorsque l'aiguille est tombée dans un kyste et que le liquide du kyste s'échappe, on peut le vider par aspiration et faire ensuite l'injection d'iode. L'injection doit être poussée très lentement en surveillant le malade, et en suspendant l'injection, si l'on observe des phénomènes trop douloureux.

La douleur est très variable avec les sujets. Une saveur métallique, due à l'absorption de l'iode, apparaît souvent au cours de l'injection. Les irradiations dans les maxillaires, les dents, la nuque, les épaules, ne sont pas rares. A la suite de l'injection, on observe souvent du gonflement, de la douleur qui gêne les mouvements de déglutition. Parfois, la réaction locale s'accompagne de fièvre générale se prolongeant de quelques heures à quelques jours. Puis, le goître diminue, revient à ses dimensions premières, et la régression s'accuse encore.

Le nombre des injections nécessaire est très variable. Une seule peut suffire dans les cas récents et chez les sujets jeunes. Le plus souvent, il faut en faire plusieurs. On attend toujours que la réaction provoquée par une injection ait complètement cessé pour pratiquer l'injection suivante.

Luxation de la colonne cervicale datant de deux mois; persistance d'une paralysie radiculaire supérieure double

Un conducteur tombe du haut de sa voiture sur la tête et est porté à l'hôpital avec une paralysie complète des quatre membres; la connaissance est conservée; point de signe cerébral, aucune paralysie dans les muscles de la face; rétention d'urine; aucun trouble sensitif.

L'examen de la colonne cervicale, très difficile à pratiquer en raison de l'embonpoint du malade, révèle un point très douloureux au niveau de l'apophyse épineuse des quatrième et cinquième cervicales. Il y a une déformation assez prononcée; rien au toucher pharyngien.

Le malade fut mis en extension, sondé régulièrement et, au bout de quatre jours, on pouvait assister à la régression des troubles nerveux. Successivement les membres inférieurs retrouvèrent les mouvements; la rétention d'urine disparut au bout de huit jours; les membres supérieurs retrouvèrent une partie de leurs fonctions quinze jours après.

Actuellement le malade se présente avec l'aspect caractéristique des anciennes luxations en avant de la colonne cervicale: la tête est inclinée en avant, le menton est rapproché de la fourchette sternale. Il persiste, comme troubles nerveux, une paralysie radiculaire supérieure double, typique; il y a de l'impotence des deltoïdes avec atrophie; une parésie des biceps, pas de troubles sensitifs, sauf au niveau du territoire du circonflexe gauche.

M. Patel, en présentant ce malade à la Société de médecine de Lyon, a fait remarquer les points suivants :

« L'intégrité permanente de la sensibilité due à ce que l'axe gris n'a pas été comprimé.

« Le retour progressif des fonctions motrices, sauf, toutefois, dans le domaine des racines supérieures du plexus brachial. Ces fibres, qui occupent dans la moelle une situation superficielle, sont les seules qui soient encore comprimées par la vertèbre déplacée » (*Lyon méd.*, 31 janvier 1904).

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Effets favorables des injections sous-cutanées de thiosinamine dans un cas d'estomac en bissac par bride cicatricielle

Tout récemment, nous avons eu l'occasion de relater une observation intéressante de M. Hartz qui, au moyen de la thiosinamine en injections sous-cutanées, a pu faire disparaître des troubles liés à une sténose cicatricielle du pylore (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 165). Il y a lieu de signaler, maintenant, un autre fait, également récent, démontrant à nouveau l'efficacité des injections thiosinamiques dans le traitement des lésions cicatricielles en général et de celles de l'estomac en particulier. Ce fait, observé par **M. Von Tabora** (*Therapie der Gegenwart*, février 1904), à la clinique médicale du professeur Riegel, à Giessen, concerne une femme, âgée de cinquante-quatre ans, dont l'estomac, par suite de l'existence d'une bride cicatricielle à son niveau, avait pris la forme en sablier ou en bissac.

Cette malade se plaignait d'inappétence complète et de douleurs intenses survenant après chaque repas, parfois aussi, indépendamment de toute ingestion de nourriture, troubles qui remontaient à

un an. En provoquant la dilatation artificielle de l'estomac au moyen d'un mélange gazogène, on se rendait bien compte de sa forme, nettement bilobée, ainsi que de l'existence d'une gastroptose assez considérable. L'analyse du suc gastrique montrait l'absence d'acide chlorhydrique libre et d'acide lactique dans le contenu stomacal. La motilité de l'estomac paraissait cependant bien conservée. Après insuccès de plusieurs moyens médicamenteux associés, bien entendu, à un régime alimentaire convenable, on eut recours à un traitement mixte par la thiosinamine et le massage. Tous les deux jours on injectait, sous la peau d'un membre, 1 cc. d'une solution glycéro-aqueuse de thiosinamine à 20 %. Quant au massage, il était pratiqué sur l'estomac, préalablement distendu par un ballon en caoutchouc qu'on introduisait à vide, au moyen de la sonde œsophagienne, et qu'on gonflait d'air ensuite. Au bout de trois mois de ce traitement, on eut la satisfaction de constater, non seulement la disparition des douleurs et des autres troubles subjectifs, mais aussi le rétablissement normal de l'estomac, la bride cicatricielle étant devenue, sur ces entrefaites, imperceptible à la vue et au toucher.

Procédé massothérapique, commode et efficace, pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse

Un confrère polonais, M. **M. Likernik** (*Czasopismo lekarskie* et *Roussky Vratch*, 1904, n° 7), recommande, contre le trachome, un procédé de massage qu'il a eu l'occasion de mettre en œuvre, avec le plus grand succès, chez 70 malades, ainsi que sur lui-même.

Ce procédé consiste essentiellement à pratiquer, au moyen d'un petit corps sphérique à surface lisse, telle que la boule d'un thermomètre, des pressions plus ou moins énergiques sur la conjonctive trachomateuse, de façon à en exprimer les produits morbides.

A cet effet, on prend un petit thermomètre de malade, long de 9 à 10 centimètres, dont la boule, ayant 8 à 10 millimètres environ de diamètre, est d'abord humectée par immersion dans une solution d'oxycyanure de mercure à 0,5 %, puis appliquée sur la conjonctive de la paupière inférieure, maintenue en éversion. On masse la conjonctive, en particulier le cul-de-sac conjonctival, dans le sens horizontal, et cela d'une façon énergique, en comprimant de temps à autre les tissus sur le bord inférieur de l'orbite. Après avoir, ensuite, plongé à nouveau la boule métallique dans la solution oxycyanurée, on renouvelle la même manœuvre sur la conjonctive de la paupière supérieure, ayant soin d'éviter tout contact avec le globe oculaire. Ce massage opère l'évacuation de tous les produits morbides accumulés dans les tissus malades; il effectue aussi une distension momentanée du cartilage tarse et du muscle orbiculaire. Aussi voit-on beaucoup de pus, d'épithélium et de détritus s'accumuler dans la solution d'oxycyanure de mercure ayant servi à rincer la boule avec laquelle on massait.

Le procédé qui vient d'être décrit est répété, plusieurs fois par jour, par le malade lui-même ou par une personne de son entourage. Au début, il provoque un peu de suintement sanguin, mais, après quelques séances, on ne remarque plus trace d'hémorragie. Son application, étant indolore, n'exige pas d'analgésie cocaïnique préalable. Quant à ses résultats, ils étaient, dans les observations de l'auteur, particulièrement frappants chez des sujets qui, après avoir subi, sans en retirer de bénéfice appréciable, des attouchements avec la pierre infernale ou le crayon de sulfate de cuivre, associés à l'expression des granulations au moyen de la pince de Knapp, éprouvaient, sous l'influence du massage par le procédé de l'auteur, un soulagement rapide dû, d'une part, à la suppression du spasme de l'orbiculaire, et, d'autre part, à l'évacuation mécanique du pus et des détritus trachomateux. Au fur et à mesure de la répétition des séances massothérapiques, la conjonctive récupérait une coloration normale, un aspect sain; les glandes de Meibomius devenaient visibles; le cartilage tarse s'assouplissait; la sécrétion morbide diminuait et finissait par tarir; les déformations palpébrales en ectropion ou en entropion s'effaçaient, et même le panus trachomateux rétrocédait sans qu'on eût employé un autre moyen que le massage. Chez les malades traités de la sorte, l'auteur ne s'est jamais vu contraint d'avoir recours à la canthoplastie ni aux cautérisations. Il n'a dû faire usage de l'atropine et de la pommade au précipité jaune que dans quelques cas particulièrement graves.

Pyocèle à pneumocoques

Les localisations de pneumocoques sur le testicule ou ses enveloppes n'ont été observées que rarement (Prioleau, Guelliot, Adolf Mueller). **M. Achilles Mueller** (*Munch. med. Woch.*, 16 février 1904) décrit un cas de ce genre, qui offre ceci de particulier qu'on avait affaire à une suppuration pneumococcique de la tunique vaginale (pyocèle), avec intégrité du testicule lui-même.

Ce fait concerne un enfant de quatre ans, atteint de néphrite chronique consécutive à une rougeole, et qui avait, dans ces derniers temps, une hydrocèle de petites dimensions. Survient une exacerbation des symptômes néphritiques, accompagnée de fièvre et de congestion pulmonaire. En même temps l'hydrocèle augmente de volume. A l'examen du petit malade, les bourses présentent une rougeur inflammatoire avec œdème, surtout à droite, où la palpation décèle l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, de consistance élastique dure, très douloureuse à la pression, et se prolongeant vers la région inguinale sous forme d'un cordon de plus en plus mince, qui se termine avant l'anneau inguinal externe. Cette tumeur est transparente à la lumière, comme une vulgaire hydrocèle, mais une fluctuation ne peut y être perçue, probablement en raison de la distension excessive des parois de la vaginale. On pratique l'incision, qui donne issue, d'abord, à une sérosité transparente, puis à du pus crémeux, dont on obtient ensuite une culture pure de pneumocoques. Le testicule est trouvé intact.

L'auteur estime que, dans ce cas, l'exacerbation de la néphrite et les troubles pulmonaires concomitants ont été provoqués par une infection pneumococcique qui a trouvé aussi, au niveau de l'hydrocèle préexistante, un terrain propice à sa localisation.

V. de H.

PHARMACOTHÉRAPIE PRATIQUE

Terpine (Codex)

Synonymes. — Dihydrate de térébenthine, hydrate de terpilène.

Propriétés physiques. — Prismes droits, rhomboïdaux, incolores, inodores, solubles dans 250 parties d'eau froide, dans 32 parties d'eau bouillante, dans l'alcool, dans l'éther, un peu solubles dans l'essence de térébenthine, dans la glycérine, insoluble dans l'éther de pétrole.

Action physiologique. Toxicité. — En injection intra-veineuse, 3 grammes de terpine ont tué un chien de 20 kilogr. en deux jours (Lépine et Guelpa). Administrée à doses toxiques, la terpine produit de l'accélération de la respiration et du pouls, de l'hyperthermie, de l'excitabilité réflexe, de l'albuminurie, de l'hémoglobinurie; elle peut provoquer de l'hématurie chez les brightiques, si l'on dépasse la dose de 0 gr. 80 environ.

Les urines des malades qui prennent de la terpine donnent, avec l'acide nitrique, un trouble qu'il ne faut pas confondre avec l'albumine.

Donnée à doses thérapeutiques, la terpine augmente la sécrétion bronchitique et la fluidifie. A plus fortes doses, au contraire, elle tarit la sécrétion. A faibles doses, elle est diurétique.

Indications thérapeutiques. — Modificateur de la sécrétion bronchique qu'il fluidifie, ce médicament est indiqué comme *expectorant* dans la bronchique subaiguë ou chronique, comme *balsamique* dans la tuberculose pulmonaire, la coqueluche, la bronchorrée, les maladies inflammatoires de la vessie, etc.; dans l'hémoptysie, comme *diurétique* dans les néphrites chroniques (à faibles doses).

Posologie. — De 0 gr. 20 à 1 gramme par jour, chez les adultes. Chez les enfants, 0 gr. 10 par année d'âge et par jour (ne pas dépasser la dose de 0 gr. 30 par jour).

Modes d'administration. — Cachets, élixirs, pilules, potions émulsives ou potions alcoolisées.

Associations médicamenteuses. — Gou-

dron végétal, baume de tolu, acide benzoïque, benzoates de soude, d'ammoniaque, de lithine, térébenthine, essence de térébenthine, terpinol, thiocol, kermès, ipeca, polygala, quinquina, préparations d'aconit, de belladone, de drosera, de grindelia, d'opium, eau de laurier cerise.

Formules pharmaceutiques

Elixirs

I (Crinon)

Terpine	10 gr.
Glycérine	150 gr.
Alcool à 90°	150 gr.
Teinture de vanille	10 gr.
Sirop de miel	125 gr.

(une cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 45 de terpine).

Nota. — Comme le fait remarquer M. Crinon, le sirop de miel ne peut être remplacé par le sirop simple dont l'alcool ferait cristalliser le sucre.

II (Vigier)

Terpine	10 gr.
Glycérine	140 gr.
Alcool à 95°	140 gr.
Sirop de miel	140 gr.

(une cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 40 de terpine).

Nota. — Au lieu de retenir ces formules, il me paraît beaucoup plus simple de prescrire la terpine dans un elixir connu, tel que l'elixir de Garus, ou dans une liqueur à 25°, telles que l'anisette, la crême de cacao à la vanille, etc., à la dose de 0 gr. 10 de terpine par cuillerée à café.

Pilules.

I (Desesquelle).

Terpine	0 gr. 05
Benzoate de soude	0 gr. 10
Goudron végétal	Q. S.

Pour une pilule. En prendre 8 à 10 par jour.

II (E. Thibault).

Terpine	0 gr. 05 à 0 gr. 15
Térébenthine de Venise	Q. S.

pour une pilule.

III

Terpine	0 gr. 10
Miel blanc	Q. S.

pour une pilule.

IV

Terpine	ãã 0 gr. 10
Baume de Tolu	ãã 0 gr. 10
Alcool à 90°	Q. S.

pour une pilule.

Potion expectorante

Terpine	0 gr. 50
Kermès	0 gr. 15
Poudre de gomme adrag.	0 gr. 10
Sirop d'ipéca	5 gr.
Sirop de polygala	40 gr.
Eau distillée	Q. S. pour f.

potion de 150 cm³.

Dr Desesquelle.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Vigot frères

***Penseurs et savants. Leurs maladies et leur hygiène*, par M. le Dr Gelineau.**

Dans ce livre, qui fait suite à son précédent ouvrage : « Maladies et hygiène des gens nerveux », M. le Dr Gélineau passe en revue les maladies auxquelles sont soumis les « penseurs, » c'est-à-dire tous ceux qui vivent des travaux de l'esprit. Quelle riche pathologie depuis la tuberculose jusqu'à la folie ! C'est à vous faire regretter de n'être point un modeste laboureur ou même gardeur de dindons. Mais, à y regarder de près, ce ne sont que les surpenseurs, si nous pouvons employer le mot, c'est-à-dire ceux qui surmènent leur esprit, qui sont les victimes de ces maladies, d'autant que beaucoup d'entre eux y aident par l'abus de substances plus ou moins toxiques : café, thé, morphine, cocaïne, etc.

Donc, rassurons-nous et lisons sans terreur le titre de M. Gélineau, d'ailleurs fort intéressant par le côté anecdotique.

Librairie Maloine

La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule, par le Dr André Lapointe.

Chapitre de pathologie chirurgicale, peu connu jusqu'ici. M. Lapointe a réuni un assez grand nombre d'observations (36) à l'aide desquelles il a étudié le mécanisme, la symptomatologie et le traitement de cet accident, assez rare, de la torsion du cordon spermatique, et sur lequel existaient peu de documents, au moins dans la littérature médicale française, et sur lequel sont restés muets les traités de pathologie chirurgicale, sauf, cependant, le Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, où le sujet a été traité par M. Sébileau.

D.

Vient de paraître :

Manuel de la garde-malade. Soins généraux à donner aux malades, par Miss Eva Luckes, directrice au London Hospital, traduits sur la troisième édition anglaise, par Mr J. H. Caruchet et le Dr Félix Regnault, avec préface de Mlle le Dr Hamilton (Vigot frères, édit., 23, pl. de l'Ecole-de-médecine, Paris. 1 vol. in-18, cartonné, prix : 3 fr. 50.

Manuel de pathologie générale, par le Dr L. Moynac. 6e édition revue, et considérablement augmentée, par C. Hillemund. 2 volumes in-8° de 800 pages. Prix de l'ouvrage complet : 12 fr.

Quarante questions d'internat, première série. 1 vol. in-8° de 140 pages, prix : 1 fr. 50. (G. Steinheil, édit., 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Les intoxications, par M. P. Brouardel, professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. 1 vol. in 8 de 516 p., 12 fr. (J. B. Baillière et fils, édit., 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. L. Moynac. 8e édition en 3 volumes. Tome Ier, Chirurgie des tissus, 624 pages avec 131 figures. Tome II, 585 pages, Chirurgie du crâne, du tronc et des membres, avec 100 figures. Tome III, Chirurgie spéciale, otolaryngologie, ophtalmologie, organes génitaux et urinaires, 648 pages avec 127 figures. (G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Précis de technique opératoire, par les professeurs de la Faculté, en 7 volumes.

Chirurgie de la tête et du cou, par Ch. Lenormand, 1 vol. in 8°, 240 pages.

Chirurgie du thorax et du membre supérieur, par A. Schwartz, 1 vol. in-8° de 160 pages.

Chirurgie de l'abdomen, par M. Guibé, 1 vol. in-8° de 216 pages.

Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, 1 vol. in 8° de 214 pages.

Pratique courante et chirurgie d'urgence, par M. V. Veau, 1 vol. in 8° de 230 pages.

Chaque volume 1 fr. 50 (Masson et Cie, Paris).

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par M. C. Crinon, pharmacien de 1re classe, 11e édition (1904). (Rueff, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.) Prix 4 fr.

L'Entéro-colite muco-membraneuse, par le Dr Froussard. 1 vol. in-8° de 104 pages. (A. Maloine, 25 et 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychiques, par le Dr Pron. Paris, 1903. 1 vol. in-18 de 190 pages : 3 fr. (Librairie Jules Roussel, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince).

Les lois morbides de l'association des idées, par le Dr Pelletier. 1 vol. in 8 de 148 pages. Prix : 3 fr.

Le sens des attitudes, par Pierre Bonnier. 1 vol. in-8 carré de 116 pages avec figures. Broché : 3 fr. 50. (C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Formulaire des médications nouvelles pour 1904, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de la policlinique de Paris. 1 vol. in-18 de 252 pages, avec figures, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.)

Du traitement de la phtisie pulmonaire par le sérum antistreptococcique de Menzer, par le Dr Ostrovsky. Un fascicule in-8 de 151 pages. (Librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.)

La tuberculose, maladie contagieuse, évitable, curable, par le Dr Vincent Doret. Un fascicule in-8 de 38 pages. (Maloine, éditeur, 23-25 rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 9 mars. — *M. Leroux* : Balles dans le sinus maxillaire. — *M. Sauvan* : Contribution à l'étude des cellulites cervicales diffuses septicémiques d'origine buccale. — *M. Painetvin* : Emploi thérapeutique du lavement électrique. — *M. Bergeron* : Etude critique sur la présence de bacilles de Koch dans le sang. — *M. Valette* : La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, élément de diagnostic dans l'hémiplégie syphilitique.

Samedi 12 mars. — *M. Herrenschmidt* : Carcinomes pavimenteux du corps thyroïde. Interprétation par la théorie des tumeurs d'origine basale. — *M. Gautrelet* : Etude expérimentale sur l'hyperthermie. — *M. Houée* : Contribution à l'étude de la maladie de Dercum (adipose douloureuse généralisée). — *M. Perrotte* : Le bleu de méthylène dans les entérites et en particulier dans l'entérite des tuberculeux. — *M. Barbier* : Contribution à l'étude des bronchites fétides. — *M. Ichard* : Traitement des cancers des premières voies respiratoires par l'adrénaline en applications locales.

COURS DE CHIMIE MÉDICALE

M. le prof. Arm. Gautier, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 8 mars 1904, à 4 heures (Amphithéâtre de chimie et

de physique de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours:

Le fonctionnement vital : l'alimentation, la digestion, l'assimilation, la désassimilation.

CONFÉRENCES DE PHYSIQUE MÉDICALE

M. André Broca, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 mars 1904, à 3 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INTERNE

M. Teissier, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 mars 1904, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE PHARMACOLOGIE

M. Richaud, agrégé, commencera ces conférences le mardi 8 mars 1904, à 5 heures (Amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

LABORATOIRE DU COURS D'HISTOLOGIE

Professeur : M. Mathias Duval.

Démonstrations de technique histologique (Exercices sur la technique générale et sur les procédés les plus nouveaux).

M. Manouélian fera, à partir du 14 mars 1904, des exercices et démonstrations de technique histologique.

Les exercices dureront deux mois, à raison de deux séances par semaine, de 2 à 4 heures, les lundis et jeudis, à partir du 14 mars 1904.

Le droit à verser est de 50 francs.

Les microscopes et réactifs seront fournis.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les bulletins de versement relatifs aux droits seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

NOUVELLES

L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX

Au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Mesureur a exposé le plan d'isolement des tuberculeux qu'il a préparé en conformité des instructions du ministre de l'Intérieur.

Ce plan comporte : 1° l'affectation d'un ou de plusieurs hôpitaux distincts; 2° l'affectation de quartiers isolés existant dans les hôpitaux; 3° l'affectation, à titre d'expérience, au traitement exclusif de la tuberculose, d'un service de médecine générale actuellement en exercice.

Seront transformés en hôpitaux distincts pour assurer l'isolement des tuberculeux : Laënnec, l'annexe de l'Hôtel-Dieu, Broussais et le bastion 27, donnant ainsi un total de 1184 lits.

Les quartiers spéciaux seront, en utilisant les dispositions de certains locaux, créés à Tenon, à Boucicaut, à Saint-Antoine et dans un bâtiment annexe de Saint-Louis, soit 900 lits En outre, c'est à Saint-Antoine, dans les service des docteurs Thoinot et Lenoir, que fonctionnera le service spécial du traitement exclusif de la tuberculose.

Ces mesures entraîneront la suppression, dans ces hôpitaux, de 22 services de médecine, 2 de chirurgie, 2 d'accouchements.

On compterait isoler ultérieurement 500 tuberculeux à Brévannes, et construire un hôpital spécial de 840 lits, dont la dépense est prévue dans le projet d'emprunt soumis au conseil municipal.

Le conseil a approuvé le projet de reconstruction, à Aubervilliers, de l'hôpital des maladies contagieuses et épidémiques. La dépense a été autorisée jusqu'à concurrence de 1 950 000 francs.

Un crédit d'un million a été également ouvert pour la reconstitution des lingeries des établissements hospitaliers.

LE PROCHAIN CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

Dans sa dernière réunion, la Commission d'organisation du Congrès international de la tuberculose, sous la présidence de M le professeur Brouardel, a décidé, à l'unanimité de ses membres, que le prochain Congrès se tiendrait à Paris du 2 au 7 octobre 1905, au Grand Palais, dans toute la partie située avenue d'Antin.

Cette décision a été motivée par des considérations importantes, car le Congrès devait se réunir à Paris en octobre 1904. Une des raisons déterminantes a été l'ajournement de l'ouverture de l'exposition nationale de Saint-Louis (Etats-Unis) qui, retardée par des inondations arrêtant les travaux, s'ouvrira en septembre, et comportera un Congrès de la tuberculose en octobre 1904.

XIV° CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Pau 1er-7 août 1904.

Le XIV° Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Pau, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le prof. Brissaud.

Travaux :

Les questions suivantes sont l'objet de rapports :

1° Psychiatrie. — Des démences vésaniques, rapporteur : M. le Dr Deny, de Paris.

2° Neurologie. — Des localisations motrices dans la moelle, rapporteur : M. le Dr Sano, d'Anvers.

3° Assistance. — Des mesures à prendre contre les aliénés criminels, rapporteur : M. le Dr Kéraval, de Paris.

4° Communications diverses.

N.-B. — Les discussions et communications ne peuvent être faites qu'en langue française.

Excursions :

La proximité de l'Espagne, de l'Océan et des Pyrénées a permis d'organiser une série d'excursions faciles, variées et intéressantes.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement consenties, comme précédemment, par les différentes Compagnies de chemins de fer, ainsi que par les principaux hôtels de Pau.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera publié, à bref délai, et adressé à tous les membres du Congrès.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents (docteurs en médecine;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, ou étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les Asiles qui s'inscrivent pour le Congrès figurent parmi les membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 fr. pour les membres adhérents et de 10 fr. pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports. Ils recevront, après le Congrès, le volume des comptes-rendus.

Adresser les adhésions et communications à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, médecin directeur de l'Asile public des aliénés de Pau.

NÉCROLOGIE

M. Duhourcau (de Cauterets).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

OPHTALMOLOGIE

Rapports des affections oculaires avec les maladies constitutionnelles et infectieuses

Par M. E. Valude

Médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Je me propose de résumer, en quelques leçons (1), les principales relations qui existent entre les affections de l'œil et les maladies générales, que celles-ci soient diathésiques, organiques ou infectieuses. Comme le sujet est des plus vastes, je me bornerai, à propos de chaque maladie générale, à énumérer les affections oculaires qui peuvent en dépendre, en faisant ressortir les caractères propres de ces manifestations spéciales.

Aujourd'hui, j'exposerai les rapports des affections oculaires avec les maladies constitutionnelles et infectieuses.

La plus commune de ces affections constitutionnelles, l'*arthritisme*, n'en est pas moins, malgré sa banalité, un état morbide certain dans ses degrés accentués ou chez les sujets un peu âgés; quand il mérite véritablement le nom de diathèse rhumatismale, il est susceptible d'engendrer directement certaines lésions oculaires comme la sclérite ou l'iritis, et on retrouve son influence dans bon nombre d'affections oculaires d'origine indécise.

C'est ainsi qu'on rencontre, chez certains arthritiques, des hyperhémies conjonctivales très accentuées, des conjonctivites véritables peu ou point sécrétantes, qui offrent ceci de particulier, qu'elles résistent souvent aux moyens habituels de traitement des conjonctivites, et s'aggravent même plutôt sous l'influence des collyres astringents ou caustiques. Des solutions antiseptiques très faibles (l'acide borique lui-même est souvent mal supporté), un traitement général par les alcalins permettent d'améliorer ces symptômes.

La scléro-kératite parenchymateuse, la sclérite surtout et l'épisclérite, sont plus directement sous l'influence de la diathèse rhumatismale; ce sont des manifestations franchement arthritiques. Elles se caractérisent par des taches isolées, mais à contours vagues, d'une couleur rose foncé, d'apparence lie-de-vin et d'une vascularisation fine, siégeant au pourtour de la cornée, et qui sont plus ou moins boutonneuses ou aplaties suivant que la sclérotique seule est prise (sclérite) ou que l'épisclère participe à l'inflammation localisée (bouton d'épisclérite). Dans la scléro-kératite, à la tache rosée sclérale s'ajoute une infiltration parenchymateuse localisée du limbe cornéen. Comme ces manifestations oculaires de l'arthritisme sont, ainsi que toutes celles du même ordre, sujettes à répétition, et comme chaque poussée de scléro-kératite laisse une petite zone d'infiltration cornéenne, indélébile, à son voisinage, on retrouve alors la trace des atteintes antérieures, sous la forme d'une frange, plus ou moins complète, d'opacités diffuses siégeant au limbe scléro-cornéen.

Ces affections s'observent surtout chez la femme.

L'iritis rhumatismale, affection bien spéciale aussi de la diathèse arthritique, est, au contraire, plutôt l'apanage du sexe masculin. L'iritis rhumatismale, dans sa forme franche, a deux caractères propres : elle est, le plus souvent, bilatérale, et elle revêt la forme plastique, c'est-à-dire qu'elle s'accompagne d'exsudation fibrineuse dans la chambre antérieure. Ces caractères servent à la distinguer de l'iritis syphilitique qui est plus ordinairement unilatérale et qui, au lieu de dépôts fibrineux amoncelés dans la chambre antérieure, présente des nodosités ou une infiltration du tissu de l'iris. Un autre signe particulier de l'iritis rhumatismale est l'augmentation du liquide dans la chambre antérieure, qui est agrandie et souvent tendue; dans l'iritis spécifique typique ce caractère ne se retrouve pas.

Les rhumatisants sont aussi exposés à des accidents du côté du nerf optique, à des névrites *a frigore*, analogues aux paralysies rhumatismales des nerfs périphériques. Ces névrites rétrobulbaires rhumatismales, outre le scotome central caractéristique et la pâleur accoutumée du côté temporal de la papille optique, offrent ce phénomène propre qu'elles s'accompagnent d'un peu de ténonite, laquelle se manifeste par une douleur profonde à la pression directe sur le globe et par une certaine gêne dans les mouvements oculaires. Les paralysies rhumatismales *a frigore* des nerfs moteurs de l'œil peuvent également se produire comme la névrite optique, mais sont peut-être moins fréquentes qu'elle; en tous cas, la grande majorité des paralysies oculaires sont des paralysies centrales et d'origine nucléaire.

La *goutte*, comme le rhumatisme, peut donner lieu à des poussées de conjonctivite ou d'hyperhémie conjonctivale, mais ces accidents se voient surtout au moment des accès; on observe encore, chez les goutteux, des scléro-kératites avec des croissants d'infiltration cornéenne, mais il s'agit plutôt alors d'une goutte abarticulaire et c'est, en somme, la diathèse rhumatismale qui est en jeu.

Les affections oculaires qui sont plus spécialement de nature goutteuse sont le glaucome et surtout une variété particulière de rétinite, la rétinite pointillée albescente (Hirschberg), dite encore rétinite goutteuse par certains auteurs. Cette rétinite se caractérise par un semis de petites taches blanchâtres disposées en traînées ou en demi-étoiles, rayonnant vers la région maculaire, et elle se distingue de la rétinite albuminurique par l'absence d'hémorragies et la couleur plus grisâtre de ses taches. La thrombose rétinienne a été observée également chez les goutteux. Ainsi, la diathèse rhumatismale atteint plus spécialement les éléments fibreux ou nerveux de l'appareil oculaire, tandis que la goutte s'attaque principalement au système vasculaire de l'organe. Les descendants de goutteux seraient (d'après Hutchinson) prédisposés aux inflammations externes de l'œil et, en particulier, aux blépharites et conjonctivites.

Le *diabète* est peut-être, de toutes les diathèses, celle qui a les rapports les plus étroits avec l'œil; de nombreuses affections oculaires en dépendent directement et il n'est pas une partie de l'appareil oculaire qui ne puisse être l'objet d'une altération de nature diabétique.

C'est ainsi que la blépharite, la conjonctivite chronique et les orgeolets à répétition, qui en sont la conséquence, sont fréquents chez le diabétique; on observe aussi, assez fréquemment, chez eux, des ecchymoses conjonctivales, et Hirschberg fait même, de ce symptôme, quand il survient à un certain âge, un signe indicateur sinon pathognomonique, du diabète.

La scléro-kératite se voit aussi dans le diabète, mais elle appartient plutôt à l'arthritisme, qui domine, en somme, la diathèse diabétique; en tout cas les diabétiques sont sujets à une forme d'iritis qui leur est toute spéciale. L'iritis diabétique, souvent bilatérale quand elle est spontanée, prend facilement une tournure infectieuse, avec infiltration purulente de l'iris et du corps vitré, ou simplement synéchies totales et plus tard phtisie du globe. Comme cette variété d'iritis est susceptible de survenir à la suite d'une

(1) Nous publierons ces trois ou quatre leçons. En dehors même de la compétence de leur auteur, elles rentrent dans le cadre de la médecine générale tout en partant de la spécialité. N. D. L. R.

opération, et principalement de l'extraction de la cataracte, on comprendra qu'il importe de multiplier les précautions antiseptiques quand il s'agira d'opérer un diabétique.

La cataracte diabétique, manifestation si commune de la diathèse, est surtout caractéristique chez les jeunes sujets où elle présente les signes particuliers d'être de consistance molle, homogène, d'un aspect blanc laiteux, et enfin, d'être double et souvent à peu près égale des deux côtés. Chez les vieillards diabétiques la cataracte se comporte sensiblement comme chez ceux qui ne le sont pas. La progression de la cataracte diabétique est en rapport direct avec la quantité du sucre contenu dans l'urine.

La rétinite diabétique, autre manifestation oculaire du diabète, se manifeste sous la forme d'une thrombose rétinienne; ce sont des hémorragies multiples de la rétine qui représentent ce qu'on a appelé l'apoplexie de la rétine. On ne trouve pas, ordinairement, dans cette rétinite, l'œdème péripapillaire qui s'observe habituellement dans la rétinite albuminurique. La rétinite syphilitique s'en distingue plus nettement encore par la présence de cercles de pigment autour de la papille, et de taches exsudatives disséminées au fond de l'œil.

Outre la rétinite, le diabète peut engendrer, comme l'arthritisme et plus fréquemment encore, une névrite toxique avec scotome central et pâleur de la région temporale de la papille. Cette amblyopie est susceptible de guérison.

Certains symptômes visuels subjectifs, observés dans le diabète, sont même considérés comme des signes pathognomoniques de la diathèse; telle est la diminution de l'amplitude d'accommodation (qui serait un symptôme précoce et prémonitoire de la maladie) et la pseudo-myopie ou myopie par indice de réfraction, dont les diabétiques sont atteints assez fréquemment. La baisse rapide de l'accommodation chez un homme assez jeune encore, et, au contraire, la tendance à la myopie chez un sujet âgé, doivent faire songer au diabète.

Les paralysies extrinsèques des nerfs moteurs de l'œil ne sont pas rares dans le diabète; elles peuvent être d'origine périphérique ou centrale et causées alors par des hémorragies.

Les cataractes des diabétiques sont analogues, comme processus, à la cataracte expérimentale naphtalinique et, par conséquent, doivent être rapportées, comme elle, à une altération du sang par des substances toxiques. On avait pu croire, tout d'abord, que l'opacification du cristallin, comme la myopie par indice de réfraction, pouvait tenir à une déshydratation des tissus ou directement à la présence du sucre dans les milieux de l'œil; mais cette hypothèse a dû être abandonnée quand on eût reconnu, par des analyses, que l'humeur aqueuse des diabétiques était alcaline. Il s'agit, en somme, d'une altération du sang par diverses substances toxiques dont la principale est l'acétone; les hémorragies multiples auxquelles sont sujets les diabétiques ont la même origine.

A côté du diabète, une courte mention pour le *rachitisme*. Horner en faisait la cause de la cataracte congénitale zonulaire; en même temps que cette forme de cataracte, il notait, chez les enfants qui en étaient porteurs, des déformations dentaires caractéristiques du rachitisme.

Après les diathèses que nous venons de passer en revue, viennent les maladies à la fois constitutionnelles et infectieuses: la scrofule, la tuberculose, la lèpre et la syphilis, dont les manifestations oculaires sont nombreuses et fréquentes.

La *scrofule* ne mérite plus le nom de maladie constitutionnelle depuis qu'on sait que ses manifestations les plus accentuées, les lésions osseuses, comme la carie du rebord orbitaire externe, par exemple, sont de nature tuberculeuse. Toutefois, on réserve ce nom à l'ensemble des conditions défavorables, et surtout propres aux enfants misérables, chez lesquels la nourriture insuffisante, ou mauvaise, la malpropreté, une hygiène défectueuse de l'habitation, aboutissent à la misère physiologique; ces conditions préparent le terrain à la tuberculose, selon l'expression de Villemin et Bouchard. Ces enfants, qui n'offrent encore aucune manifestation tuberculeuse et dont beaucoup ne deviendront jamais tuberculeux pourvu que leurs conditions d'existence s'améliorent, sont sujets à ces blépharo-conjonctivites, à ces kératites multiformes et à répétition, qui voisinent avec la rhinite, avec l'impétigo de la face et du cuir chevelu, et qui sont de même origine. Chez les mêmes enfants on observe, souvent à la suite d'une rougeole, une certaine variété de conjonctivite caractérisée par une sécrétion purulente extrêmement abondante, en même temps que la conjonctive se montre assez peu rouge (ce qui n'est pas le cas dans l'ophtalmie purulente ordinaire) et reste plutôt blafarde. Cette affection est importante à connaître car il faut lui opposer, non des caustiques selon le traitement habituel de la conjonctivite purulente franche, mais des applications de pommade à l'oxyde jaune, qui est le remède universel de toutes les affections oculaires impétigineuses ou scrofuleuses, pour conserver le mot qui représente l'ensemble des manifestations dont il s'agit ici.

La *tuberculose* donne lieu à des lésions oculaires beaucoup plus typiques. Tout d'abord il est à observer que la tuberculose primitive de l'œil est très rare, voire même exceptionnelle, bien que cet organe, étant ouvert à l'extérieur, semble offrir, par son champ conjonctival, une surface d'absorption favorable aux infections extérieures. Cela peut être vrai pour d'autres microbes, comme le gonocoque par exemple, qui s'implante facilement, on le sait, sur la conjonctive, mais il n'en est pas de même du bacille de Koch; l'épithélium conjonctival et cornéen lui résiste avec succès. Des expériences personnelles dont j'ai publié autrefois les résultats dans les *Annales de la tuberculose* de Verneuil, ont établi que l'inoculation du cul-de-sac conjonctival par du virus tuberculeux ne devenait positive que si la muqueuse conjonctivale était largement et profondément déchirée. La tuberculose oculaire est donc presque toujours, sinon toujours, d'origine endogène.

Comme manifestations oculaires de la tuberculose il faut noter certains chalazions (Tangl), le lupus palpébral, des ulcérations conjonctivales caractérisées par des pertes de substance à fond grisâtre, à bords déchiquetés et s'accompagnant d'adénopathie pré-auriculaire. Panas a décrit des tubercules de la cornée assez semblables à des pustules d'herpès; mais la lésion tuberculeuse oculaire vraiment caractéristique est le tubercule de l'iris et du tractus uvéal. Les nodules iriens tuberculeux siègent à la périphérie de l'iris, principalement au voisinage de l'angle irido-cornéen; ils sont d'une coloration rosée et offrent souvent à leur surface quelques fins vaisseaux. Le tubercule du corps ciliaire, invisible au début, apparaît comme une masse saillante qui soulève la sclérotique à son niveau lorsqu'il a acquis un certain volume et qu'il tend à s'ouvrir à l'extérieur.

Du côté de la choroïde on observe, chez les tuberculeux, des tubercules miliaires qui sont connus depuis Jæger et qu'on a considérés comme un symptôme de la tuberculose miliaire aiguë. Ils sont d'ailleurs très rares et

se montrent comme des taches jaunâtres, peu saillantes, et — c'est là leur caractéristique — absolument dénuées de pigment, mais avec un centre blanc.

Les tubercules de la rétine, par contre, n'existent pas, bien qu'ils aient été admis et décrits par certains auteurs. La tuberculose s'attaque également aux voies d'excrétion des larmes et il existe une dacryocystite tuberculeuse qui se signale par un engorgement des ganglions.

Les manifestations oculaires de la *lèpre* doivent venir aussitôt après la description des lésions tuberculeuses de l'œil, auxquelles elles ressemblent beaucoup; elles sont toutefois beaucoup plus fréquentes que ces dernières, car les lépreux présentent des lésions oculaires dans la proportion moyenne de 65 à 75 % et même de 90 % d'après Kauris. 30 % des lépreux sont aveugles. Ces proportions de lésions oculaires sont, on le voit, considérables. C'est surtout la lèpre tuberculeuse qui porte ses atteintes sur l'œil; toutes les parties vasculaires du globe, par conséquent le tractus uvéal surtout, puis la conjonctive et la cornée, sont sujettes à être envahies par les nodules lépreux.

Après la lèpre viendrait la *syphilis;* mais ici l'embarras de décrire les caractères particuliers de chacune des manifestations syphilitiques oculaires devient extrême en raison de leur multiplicité et aussi de leur importance. La syphilis oculaire ne peut qu'être traitée à part dans ses manifestations sur la cornée, l'iris, la choroïde, la rétine et le nerf optique.

Le *paludisme,* maladie infectieuse à la fois chronique et aiguë, forme le trait d'union entre les affections précédentes et les maladies infectieuses aiguës dont nous allons avoir à nous occuper. Au cours des accès fébriles on peut observer de l'herpès cornéen, et chez les paludéens aigus se voit parfois une hyperhémie neuro-rétinienne pouvant aller jusqu'à la névrite ou la neuro-rétinite; le symptôme fonctionnel particulier qui accompagne ordinairement cette hyperhémie neuro-rétinienne est l'héméralopie ou cécité nocturne. Habituellement, cette affection tend à la guérison, bien que Poncet ait observé en pareil cas de véritables atrophies papillaires avec cercle pigmenté autour du nerf optique. D'ailleurs, dans le paludisme, la rétine aussi bien que la choroïde peuvent être le siège de lésions dégénératives.

Dans la cachexie paludéenne s'observent aussi des lésions multiples de dégénérescence et notamment la kératite interstitielle; des hémorragies rétiniennes existent aussi parfois, dues à l'anémie, à des lésions rénales, et produites, on le sait aujourd'hui, par le mécanisme de l'hypertension vasculaire.

Les maladies infectieuses aiguës donnent lieu à de nombreux symptômes oculaires, mais tandis que les uns sont propres à chaque maladie en particulier, d'autres, tels que l'herpès cornéen fébrile, la paralysie de l'accommodation ou la névrite toxique, se rattachent seulement à l'élément fébrile ou infectieux, quelle qu'en soit sa nature.

Dans la *rougeole,* on observe, au début, de la conjonctivite; elle est pathognomonique, on le sait. A la période de déclin on peut voir une amaurose passagère due à une névrite optique toxique. Ce qui est plus particulier à cette maladie, c'est l'inflammation secondaire de la glande lacrymale (dacryoadénite) ou une paralysie oculaire, suite d'une otite concomitante.

Dans la *variole* les lésions cornéo-conjonctivales prennent une importance spéciale, d'une fréquence et d'une gravité extrêmes. Avant la vaccine, c'était la variole qui était, et de beaucoup, la principale cause de la cécité. 35 % des aveugles, avant Jenner, l'étaient du fait de la variole; actuellement leur proportion reste à peine de 2 1/2 %. C'est l'envahissement de la conjonctive et de la cornée par les pustules varioliques qui constitue la lésion. Comme précédemment on observe des parésies accommodatives toxiques et des névrites rétro-bulbaires du même ordre. De même, par le fait d'une septicémie consécutive à la suppuration variolique, on peut voir éclore des accidents oculaires infectieux divers : abcès des paupières, iritis, panophtalmite.

Les *oreillons,* la *scarlatine* s'accompagnent de conjonctivite et peuvent être suivis de paralysies intrinsèques (accommodation) ou extrinsèques (nerfs moteurs de l'œil).

La *diphtérie,* en dehors de la diphtérie oculaire qui constitue une maladie importante et spéciale que nous ne pouvons décrire ici, est plus souvent encore suivie des mêmes paralysies intrinsèques et extrinsèques, ordinairement assez accusées et parfois longues à disparaître.

La *coqueluche* occasionne, par l'effort de la toux, les hémorragies conjonctivales si connues et qui servent à caractériser cette affection.

L'influenza s'accompagne souvent d'herpès cornéen au moment de la fièvre du début, puis d'une kératite superficielle à filaments qui survient à la suite de ces efflorescences d'herpès. Comme dans cette maladie l'infection est profonde et qu'elle atteint à la fois un grand nombre d'organes, on peut en trouver le retentissement dans le sinus (sinusite), dans les nerfs sensitifs de la région oculaire (névrite des nerfs périphériques par les toxines), dans le tractus uvéal (iritis séreuse et choroïdite métastatiques). On peut observer aussi la dacryoadénite infectieuse secondaire, et enfin, comme ailleurs, la névrite rétro-bulbaire due aux mêmes toxines, avec scotome central et pâleur temporale de la papille.

Dans la *fièvre typhoïde,* l'action des toxines se manifeste sur l'appareil oculaire, surtout après la troisième semaine et au moment de la convalescence.

Outre les manifestations banales, telles que la parésie accommodative ou l'amblyopie passagère (névrites toxiques communes à toutes les maladies infectieuses), on peut voir, chez les typhiques, des lésions profondes du côté de la cornée, des abcès étendus et profonds du parenchyme cornéen pouvant aller jusqu'au ramollissement total de la cornée, à la kératomalacie. De plus, dans les formes cérébrales de la fièvre typhoïde, se voient des névrites optiques descendantes, avec œdème papillaire, qui aboutissent à une atrophie optique, à une cécité plus ou moins complètes.

L'érysipèle, maladie infectieuse plus localisée, donne lieu à des accidents oculaires dus à une propagation directe de l'élément infectieux. Ces accidents consistent principalement en abcès des paupières ou en phlegmons de l'orbite, ceux-là pouvant être très graves et occasionner les plus grands désordres, non seulement par l'excès de l'infection, mais encore par le fait mécanique de l'exophtalmie et de la pression exercées d'arrière en avant sur le globe de l'œil et le nerf optique.

Il ne nous est pas possible, dans une leçon aussi condensée, même de passer simplement en revue toutes les maladies infectieuses et leurs manifestations oculaires; mais disons, en finissant, qu'il n'est pas toujours facile, en présence d'une panophtalmie, d'un phlegmon ou d'une thrombo-phlébite orbitaire, c'est-à-dire d'un phénomène infectieux très accentué, de découvrir la filiation précise du processus pathologique. Les accidents de cet ordre, en dehors de l'érysipèle, se voient dans l'endocardite ulcéreuse et le rhumatisme articulaire aigu, dans la ménin-

gite et la tuberculose miliaire aiguë; on les observe assez fréquemment dans l'infection puerpérale, et nécessairement dans la septicémie chirurgicale. Toutes les maladies infectieuses aiguës générales, telles que la variole, la diphtérie, la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, peuvent les compter parmi leurs accidents tardifs ou même de la période d'état de la maladie. On peut encore rencontrer de telles lésions oculaires ou orbitaires dans le cours d'infections localisées, comme les phlegmons des membres ou une pleurésie purulente. Enfin, citons, pour terminer, l'analogie qu'on a voulu établir entre ces états infectieux localisés et l'ophtalmie sympathique. L'ophtalmie sympathique serait alors une embolie septique venue de l'œil sympathisant (Berger).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 février

Le microbisme salivaire normal

Concurremment avec leurs études antérieures du microbisme biliaire et pancréatique, **MM. A. Gilbert** et **A. Lippmann** ont poursuivi une série de recherches sur la flore microbienne normale des conduits salivaires du chien. En voici, sommairement, les résultats:

I. — A l'état normal, le canal de Sténon est envahi par une flore microbienne extrêmement abondante. Cet envahissement microbien, principalement accusé au niveau de l'ouverture buccale du conduit, occupe toute la hauteur du canal; très marqué encore dans la zone moyenne, il s'atténue progressivement à mesure que l'on remonte vers la glande parotide.

II. — Les canalicules intraglandulaires, le parenchyme glandulaire sont stériles.

III. — Le microbisme salivaire est surtout constitué par les germes anaérobies. Ceux-ci l'emportent de beaucoup par leur constance, leur nombre et leur variété sur les germes anaérobies.

IV. — Ce microbisme est susceptible de certaines variations, suivant l'état d'activité ou de repos de la glande parotide.

Pendant la mastication, sous l'action, sans doute, du balayage mécanique exercé par le passage de la salive, on constate une notable diminution du nombre des microorganismes. Le jeûne prolongé paraît avoir une influence diamétralement opposée.

Procédé simple pour mettre en évidence le colibacille dans les eaux qui le renferment en très petite quantité

M. Troussaint. — L'importance de la recherche du colibacille dans les eaux d'alimentation résulte de la preuve qu'il fournit de leur souillure par des matières fécales. Il y persiste longtemps, grâce à son extrême vitalité, et reste presque toujours le dernier témoin d'une pollution remontant à une date parfois éloignée de celle où le bactériologiste est appelé à déterminer la cause pathogène d'une épidémie en cours. Aucun des auteurs qui se sont occupés de l'analyse bactériologique des eaux à l'occasion d'épidémies de fièvre typhoïde, n'ignore combien rares sont les cas où le bacille d'Eberth a pu être isolé, et que les procédés donnés tour à tour par leurs auteurs comme susceptibles de faciliter sa recherche, n'ont point légitimé, entre les mains d'autres expérimentateurs, les espérances qu'ils avaient fait naître.

Le professeur Rietsch, qui a repris récemment cette question de la symbiose Eberth et Escherisch, a confirmé cette donnée que la disparition rapide de l'Eberth en présence du coli, ne permet pas de les isoler sûrement tous deux du même milieu, encore que l'on emploie les procédés de culture les plus perfectionnés.

Force nous est donc de nous attacher à retrouver le plus accommodant des deux commensaux bacillaires, le colibacille, dont la présence atteste la possibilité de l'existence antérieure plus éphémère du germe spécifique dans le milieu incriminé.

A une époque où nos idées sur l'étiologie de la dothiénentérie sortent du cadre étroit de la notion hydrique, où la contagion assume sa grande part dans la propagation de l'agent infectieux, qui, toujours issus de l'homme malade, est transporté à l'homme sain par des voies et des moyens multiples, dont l'eau peut être un des principaux, nous avons le plus grand intérêt à retrouver dans celle-ci la trace de son passage récent, souligné par la presence de son commensal ordinaire, le coli-bacille.

Or, la vie de ce dernier microorganisme dans les eaux n'est pas indéfinie bien qu'elle soit supérieure, par sa durée, à celle des autres germes. L'analyse des eaux suspectes peut n'être faite qu'à une époque relativement éloignée de la pollution, alors que le bacille d'Escherisch n'y est plus, lui-même, renfermé qu'à l'état de spécimens rares, lesquels échappent aux ensemencements faits par les méthodes ordinaires.

Il risque de passer ainsi inaperçu. Le mal ne serait pas en soi très grand, si la souillure insoupçonnée n'était parfois susceptible de se reproduire dans ces conditions semblables, et de créer encore et périodiquement de nouveaux foyers typhoïdiques, ainsi que nous l'avons vu dans une garnison de l'Est.

L'extrême résistance et la grande vitalité du colibacille en présence des autres germes aérobies pathogènes ou saprophytes auxquels il est associé dans les eaux, nous a suggéré l'idée d'utiliser ces qualités pour en tirer une méthode de recherche courante servant en même temps de contrôle pour les procédés usuels.

Le colibacille pullule, en effet, dans les bouillons où il est ensemencé en compagnie des germes ordinaires des eaux; on l'y retrouve vivant après un mois d'étuve à 37 degrés à côté d'espèces qui ne cultivent plus; nous n'avons pas cherché à l'en isoler au delà de cette limite. On comprend dès lors qu'une eau de très faible teneur colibacillaire au moment des ensemencements ordinaires, puisse ne pas être soupçonnée, et le devenir grâce à un artifice de culture permettant de mettre en évidence le germe accusateur par la multiplication de ses représentants.

Voici comment nous procédons :

A la technique ordinaire, connue de tous, pour l'analyse biologique des eaux, nous ajoutons l'ensemencement de la quantité totale restante de l'échantillon, dans un bouillon concentrée de la composition suivante :

Eau...............	500 gr.
Viande de bœuf..	500 gr.
Peptone sèche...	25 gr.
Sel	2 gr. 50

préparé, stérilisé d'après les procédés habituels.

Le bouillon est réparti par fractions de 25 cent. cubes dans des flacons d'Erlenmeyer. On ajoute à chacun des flacons une quantité de l'eau à analyser, telle que l'on obtienne une dilution de coloration semblable à celle du bouillon ordinaire fait avec la même viande.

On porte à l'étuve à 37 degrés. On réalise ainsi ce que les bactériologistes du laboratoire d'Hygiène publique de France appellent la culture totale de l'eau.

C'est dans cette culture que sera recherché le bacterium coli si les isolements par les autres méthodes spéciales sont restés sans résultat. Il suffit d'ensemencer pour cela quelques gouttes de la culture totale dans une série de tubes de bouillon phéniqué à 1/1000 placés à l'étuve à 42 degrés suivant la méthode de Vincent, et de faire ensuite des isolements sur plaques de gélatine avec ces derniers bouillons.

Il résulte de notre expérience personnelle basée sur une pratique de plusieurs années (sept ans), que l'on peut déclarer vierges de colibacille les eaux qui n'en ont point montré par ce procédé.

Celui-ci présente en outre l'avantage, ainsi que nous l'avons dit précédemment, de servir de contrôle aux autres méthodes.

Les troubles de la sensibilité vibratoire dans les affections du système nerveux

M. G. Marinesco. — D'une manière générale, les troubles de la sensibilité vibratoire, dans les différentes affections du système nerveux, sont plus accusés au niveau des os des extrémités. Habituellement aussi, les troubles de la sensibilité superficielle précèdent les troubles de la sensibilité vibratoire. Dans le tabes combiné, accompagné d'ataxie, l'anesthésie vibratoire est la règle; elle peut

élucider un diagnostic hésitant. Dans le tabes combiné, à forme spasmodique, elle peut constituer la seule manifestation traduisant la lésion des cordons postérieurs. La compression de la moelle épinière donne souvent lieu à des troubles de la sensibilité vibratoire; ces derniers sont plus étendus lorsque la compression est plus accusée.

Les conducteurs de la sensibilité vibratoire siègent dans les cordons postérieurs, tout près de la substance grise, ce qui explique la coexistence fréquente de l'anesthésie vibratoire et de la thermoanesthésie avec analgésie. Ces conducteurs sont directs. Les ondes vibratoires sont conduites par les nerfs centripètes du périoste et de l'os.

Les téguments, les muscles et même les ligaments ne participent pas à la transmission des vibrations osseuses. La dissociation fréquente de la sensibilité cutanée et de la sensibilité osseuse prouve que les nerf cutanés, superficiels ou profonds, ne servent pas à la transmission des ondes vibratoires. D'autre part, l'intégrité de la sensibilité vibratoire dans les myopathies où les muscles sont presque complètement détruits, de même que la conservation de la notion des attitudes avec abolition de la sensibilité vibratoire, démontre que ni les muscles, ni les ligaments ou les surfaces articulaires ne prennent pas part à la transmission de la sensibilité vibratoire.

Des accidents produits par les conserves de viande; leurs causes et les moyens de les éviter

MM. **Huon** et **Monier**. — Il résulte des travaux entrepris par la Commission chargée de rechercher les causes d'intoxication par les conserves de viande, que certaines boîtes, ayant les apparences d'une parfaite qualité, sont cependant dangereuses pour la consommation. L'ingestion du contenu de ces boîtes détermine des phénomènes d'intoxication variables et d'autant plus sérieux que la quantité de viande consommée a été plus grande. Il semble que la toxicité soit due à la présence, au sein de ces conserves, de véritables poisons comparables aux poisons minéraux ou organiques, à molécule chimique fixe. Ces poisons, originellement contenus dans la viande de fabrication, sont élaborés pendant la vie de l'animal sous l'influence d'états pathologiques variés que nous synthétisons sous deux formes : *l'état fiévreux* et *l'état de surmenage.*

La pratique de l'inspection nous permet de faire l'importante remarque suivante :

Les altérations de l'état fiévreux ou de surmenage peuvent apparaître immédiatement après l'abatage, ou quelques heures après, ou même n'accuser à aucun moment des signes visibles; cela dépend de la nature de la maladie ou du degré de surmenage. Ces altérations de la viande, qui existent dans ces cas à *l'état latent*, aboutissent cependant à l'élaboration de poisons analogues à ceux fabriqués en plus grande quantité dans des viandes dont l'état de maladie est plus avancé.

Consommées immédiatement, ces viandes ne sont pas toxiques au point de déterminer des accidents fâcheux, parce qu'elles sont débitées en petits morceaux ne renfermant qu'une petite quantité de poison. Mais vient-on à utiliser les animaux entiers, que la concentration des poisons s'opère très facilement dans le bouillon de cuisson, véritable substratum de tous les produits solubles de la viande, mais aussi véhicule de tous les poisons.

Il faut donc s'en rapporter uniquement à la sévérité de l'inspection, et s'inspirer de l'idée suivante : Si l'inspection doit être faite dans le sens le plus large du mot, compatible avec la santé publique, lorsqu'il s'agit de viandes destinées à la consommation immédiate, elle doit, au contraire, être faite dans le sens le plus rigoureux et le plus étroit, quand il s'agit de viandes *destinées à la fabrication des conserves.*

Cette idée paraît à première vue presque un paradoxe, puisque le mot de conserve est intimement lié à celui de stérilisation ; et cependant elle est l'expression de la plus exacte vérité, puisque la stérilisation n'a aucune action sur les poisons préformés, ainsi que cela découle de nos expériences.

L'inspecteur devra donc s'attacher à éliminer de la fabrication toute viande au sein de laquelle peuvent s'élaborer de tels poisons.

Les conserves de viande entrant dans une grande proportion dans les approvisionnements de réserve, nous émettons le vœu que les cahiers des charges réglementant la fabrication des conserves soient modifiés dans le sens ci-dessous indiqué, dont nous résumons les grandes lignes:

1° Exiger que le bétail abattu pour la conserve soit bien reposé. Il est inadmissible de supposer qu'un repos de vingt-quatre heures suffise pour réparer la fatigue de deux ou trois jours de voyage et l'élimination des poisons qui ont pu en être la résultante.

2° Rejeter de la conserve le bétail qui présente une lésion aiguë quelconque susceptible d'avoir déterminé une réaction fébrile chez le sujet atteint.

2° Rejeter de la conserve le bétail présentant des lésions chroniques graves.

Etiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive

M. **Vincent**. — Les recherches bactériologiques qui ont été faites sur la stomatite ulcéro-membraneuse primitive tendent à rattacher uniformément cette affection à une seule cause : l'infection mixte par les spirilles et les bacilles fusiformes, dont je me suis efforcé d'étudier les diverses manifestations. Mes recherches personnelles ne concordent pas absolument avec celles qui précèdent. Elles semblent montrer que la symbiose fuso-spirillaire ne peut être considérée comme la cause unique de la stomatite primitive pas plus qu'elle ne l'est de toutes les angines ulcéro-membraneuses. Il y a souvent association d'un autre microbe à la symbiose précédente, et particulièrement celle du streptocoque, qui peut provoquer soit des adénites suppurées, soit des accidents infectieux, érythèmes, purpura, néphrite, endocardite, et parfois la mort.

Un fait important, c'est qu'il n'existe pas, dans les symptômes de ces groupes respectifs de stomatites ulcéro-membraneuse, dans leur marche ou leur durée, des caractères qui permettent de les différencier, le plus souvent, par le seul examen clinique. Il faut, pour en faire le diagnostic, recourir à l'examen microscopique et à la culture de l'exsudat.

Contribution à l'étude de la toxine rabique

M. P. **Remlinger** a réuni quelques faits de nature à prouver que l'organisme ultra-microscopique de la rage agit non seulement par multiplication, mais encore par sécrétion d'un produit soluble. De ces faits, il semble résulter que la toxine rabique peut réaliser deux sortes d'accidents, les uns spécifiques en quelque sorte, rappelant beaucoup la rage, les autres vulgaires, non spécifiques.

Le régime hydrique et hyperchloruré dans les néphrites

Deux cas de néphrite dans lesquels il a étudié l'action du régime hydrique et hypochloruré, M. J. **Laufer** tire les conclusions suivantes :

1° Dans la formation des œdèmes, il faut tenir compte, non seulement de la quantité de sel, mais aussi de la quantité de liquide ingéré, au moins dans certains cas.

2° L'élévation de la pression sanguine, qui peut être transitoire et de courte durée, a toujours précédé la formation et suivi la résorption de l'œdème, et a permis d'en prévoir l'apparition comme la disparition.

3° Dans ces conditions, la pression serait le facteur déterminant de la formation œdémateuse. L'organisme passerait par les étapes suivantes : rétention et accumulation du sel ou des liquides dans la circulation, augmentation de la masse et de la pression sanguine, transsudation à travers les capillaires.

Recherches expérimentales sur la stéatose phosphorée du foie

MM. **Oddo** et **Olmes** (Marseille) ont recherché les lésions de dégénérescence graisseuse du foie des cobayes à la suite d'injections sous-cutanées d'huile phosphorée au centième à des doses décroissantes. Le fait le plus intéressant de leurs expériences est l'absence de dégénérescence graisseuse du foie chez les animaux sidérés par les doses massives.

AUTRES COMMUNICATIONS

M. Sicard. — Névralgie du trijumeau et ponction lombaire. (Dans sept cas de névralgie du trijumeau à symptomatologie classique et sans étiologie reconnue, indépendante, par conséquent, de la syphilis, du paludisme, du tabes, d'une tumeur cérébrale, etc., l'auteur a constaté cinq fois l'état normal du liquide céphalo rachidien, et deux fois, comme dans les faits apportés récemment par M. Pitres, la présence d'une lymphocytose accusée.)

M. *Albert Branca.* — 1° Cellules interstitielles et spermatogenèse. — 2° Sur le réseau vasculaire de la muqueuse vésicale. (Le réseau vasculaire superficiel de cette muqueuse se loge dans un tunnel constitué, d'une part, par l'épithélium, et, d'autre part, par le chorion. En d'autres termes, ce réseau est toujours en partie intra-dermique, en partie intra-épithélial).

M. F.-J. Bosc (Montpellier). — Les parasites du cancer. (L'auteur maintient de plus en plus ses idées sur la nature du cancer (d'après lui, maladie virulente inflammatoire causée par des protozoaires intra-cellulaires qu'il serait possible de cultiver). Il ajoute que ses recherches récentes lui ont permis d'observer encore plus nettement les stades enkystés et sporulés du parasite et de vérifier ses expériences de cultures des parasites.)

M. *F. Ramond.* — Agglutination des graisses.

M. *Jules Rehns.* — Contribution à l'étude de l'immunité acquise contre l'abrine.

M. *S. Ramon y Cajal* (Madrid). — 1° Trois modifications pour des usages différents de sa méthode de coloration des neurofibrilles par l'argent réduit. — 2° Variations morphologiques du réticulum neuro-fibrillaire dans certains états normaux et pathologiques.

M. J.-C. Gauthier et *A. Raybaud* (Marseille). — Sur l'agglutination du bacille de Yersin. Applications à la séro-identification et au séro-diagnostic.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 3 mars.

Déviation conjuguée de la tête et des yeux avec hémianopsie homonyme, son origine sensorielle

M. H. Dufour. — Dans un récent travail M. Bard explique la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête après les ictus apoplectiques, par la conservation de l'activité sensorielle, du côté de l'hémisphère sain. J'ai eu l'occasion d'observer deux malades qui furent simultanément atteints d'hémianopsie homonyme et de déviation conjuguée. Chez l'un d'eux la déviation disparut en même temps que l'hémianopsie. Cette déviation conjuguée, survenue après un ictus, a présenté tous les caractères de ce syndrome bien connu depuis les recherches de Vulpian et de Prévost.

De l'étude de mes deux malades, à l'autopsie desquels existaient des lésions corticales et centrales du cerveau expliquant l'hémianopsie, on peut conclure qu'il y a un rapport intime entre l'hémianopsie et la déviation conjuguée, que cette déviation n'est pas d'ordre paralytique puisque, chez l'un des malades, elle a pu être corrigée volontairement, qu'une dépendance étroite réunit la déviation des yeux et la rotation de la tête sans impliquer pour cela un centre unique de localisation cérébrale pour ces deux ordres de mouvements, puisque par l'occlusion des yeux j'ai pu obtenir la dissociation des deux phénomènes. De ces conclusions découle cette déduction, que les deux attitudes dépendent d'une adaptation motrice à une seule fonction: *la vision latérale.* Toutes ces propositions confirment l'opinion de M. Bard sur l'origine sensorielle de la déviation des yeux avec rotation de la tête.

Mais l'hémianopsie n'est susceptible de produire la déviation que si le malade est dans le coma ou le demi-coma, c'est-à-dire si, suivant l'auteur déjà cité, la réflectivité sensorielle est amoindrie ou supprimée dans un hémisphère, et si la volonté ne peut intervenir d'une façon permanente.

De l'anesthésie acoustique

M. Egger. — Dans l'hémi-anesthésie hystérique, le diapason vibrant sur la moitié anesthésique du crâne n'est pas entendu, quoiqu'il envoie ses vibrations par propagation physique dans les deux oreilles. Il en est de même dans l'hémi-anesthésie organique absolue (cas d'une tumeur sarcomateuse ayant comprimé les cinquième et huitième paires à gauche, et le corps vertiforme de ce même côté). Dans l'hémi-anesthésie organique de l'hémiplégie, où l'anesthésie n'est jamais aussi complète que dans l'hystérie, il y a affaiblissement considérable de la perception sonore du côté malade. Des constatations analogues se vérifient sur les ataxiques ayant perdu la perception pour les vibrations cutanées et osseuses au niveau de leurs extrémités inférieures. Les malades n'entendent pas, non plus, le son du diapason vibrant sur le squelette de ces membres anesthésiés, tandis qu'un individu normal entend dans ces conditions. Une ataxique, anesthésiée des quatre membres, sentait et entendait, il y a quatre ans, les vibrations diapasoniques engendrées au niveau du sternum et des clavicules. Actuellement, ses os sont aussi frappés d'anesthésie, et la perception sonore ne se fait plus. D'ailleurs, aucun point du squelette anesthésique ne transmet plus aucune sensation sonore.

Chez les sourds, la faculté de percevoir les sons par le squelette acquiert un grand développement. Des sourds, n'entendant plus le diapason sur le crâne, vibrant, par conséquent, dans le voisinage immédiat de la huitième paire, entendent précisément sa tonalité quand le diapason s'adresse au pied, à la partie la plus éloignée des oreilles. Il se fait une suppléance chez le sourd, comme chez l'aveugle. La sensibilité générale s'affirme dans les deux cas. Toutes ces observations rendent probable l'idée que les nerfs de la sensibilité générale jouent un rôle actif dans la perception sonore par acoustique. Cette idée n'est en contradiction avec aucune des théories sur l'audition.

Lésions des cellules des ganglions spinaux dans le tabes

MM. Thomas et Hauser ont cherché, dans six nouveaux cas de tabes, l'état des cellules nerveuses des ganglions rachidiens. Ils ont reconnu qu'il y avait toujours des altérations notables consistant en atrophie simple ou atrophie avec multiplication des éléments de la capsule.

Le nombre des cellules normales est, par suite, diminué dans une mesure variable, et cette diminution affecte souvent une localisation par région qui permet de la reconnaître à l'examen des coupes.

MM. Gilbert Ballet et Delherm. — *L'émission des rayons N dans quelques cas pathologiques.* Il y a diminution de l'émission des rayons N au niveau des muscles paralysés ou atrophiés dans la myopathie, la névrite, les polynévrites, c'est-à-dire dans les lésions du neurone moteur périphérique. Les auteurs ont constaté le contraire dans des cas d'altération du protoneurone moteur.

Mme Dejerine. — Etude sur le faisceau pyramidal direct de la moelle.

M. Azoulay. — Nouvelle méthode de Cajal pour l'étude histologique du neurone.

M. Grenet. — Un cas de cyphose avec ankylose partielle de la colonne vertébrale.

M. T. Dainville. — Compression du nerf médian par ossification probable du brachial antérieur. Kératodermie palmaire limitée à la zone du médian.

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 mars

Alopécie syphilitique en clairières tardive

M. Renault. — Voici un homme qui a contracté la syphilis en 1900; quelques mois après il eût une alopécie diffuse très abondante qui disparut par le traitement. En janvier 1904 apparut, à la région occipitale, une plaque alopécique simulant tout à fait la pelade et qui fut traitée comme telle; mais rapidement l'alopécie s'étendit en forme de clairières sur tout le cuir chevelu. Il ne s'agit pas de pelade, car on ne trouve pas de cheveux massués et il reste quelques che-

veux sur les aires alopéciques. Ce cas, qui, objectivement, rappelle l'aspect bien connu de l'alopécie secondaire en clairières, est surtout remarquable par ce fait que l'alopécie s'est produite trois ans et demi après le début de l'infection, et cela malgré un traitement spécifique suivi régulièrement.

Chez ce même malade, il existe, sur le tronc, une éruption peu intense et assez mal caractérisée qu'on peut considérer soit comme une roséole de retour, soit comme un eczéma séborrhéique fruste, soit comme un pityriasis rosé de Gibert

M. Du Castel. — Je ne crois pas au pityriasis rosé de Gibert dont on ne retrouve ici ni l'aspect objectif ni la localisation, et dont l'évolution est, en général, rapide, tandis que cette éruption dure déjà depuis plus de quatre mois.

M. Fournier. — Je ne veux pas non plus me prononcer sur la nature de l'éruption, mais je tiens à faire remarquer tout l'intérêt de cette alopécie tardive. Ce n'est, du reste, qu'un cas particulier de cette question considérable qu'on pourrait appeler la question de la syphilis secondaire tardive. Il est toute une série d'accidents qui, d'une façon normale, apparaissent dans les premiers mois de l'infection, mais qui, dans certains cas exceptionnels, ne se montrent que beaucoup plus tardivement. Ainsi l'on peut voir la roséole deux, quatre, six et même dix ans après le chancre. Le psoriasis palmaire, qui est un accident de la première année, peut se manifester au bout de dix et même au bout de vingt ans; et ces faits n'ont pas seulement un intérêt théorique, car les accidents muqueux se comportent de la même façon et l'on peut voir des plaques, à la bouche surtout, la sixième année et même plus tard. Or, la contagiosité possible de ces lésions tardives rend leur étude extrêmement importante.

M. Sulzer. — J'ai observé quelques faits relatifs à ces anomalies dans la chronologie de la syphilis; ainsi, dans un cas, un strabisme externe avec paralysie de l'accommodation, a précédé de quatre mois l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses. La récidive ultérieure d'accidents nerveux et de paralysies oculaires ne me laissa aucun doute sur l'identité de nature de tous les accidents. De même l'iritis, comme l'enseignait déjà Ricord, peut être le premier symptôme de généralisation de l'infection syphilitique.

Syphilide ulcéreuse palmaire récidivante

M. Gaucher. — Voici un homme qui, ayant pris la syphilis en 1895, vit apparaître, en 1901, une grosseur dans sa paume gauche. Il put, néanmoins, faire son service militaire au Tonkin et en Chine. A son retour, il fut soigné à Cherbourg par le sirop de Gibert et guérit rapidement. Mais, deux mois après, il y avait récidive. Nouvelle guérison par le sirop de Gibert. Cinq fois de suite l'ulcération palmaire fut ainsi guérie, mais, chaque fois, elle se reproduisait au bout de quelques semaines. Recemment le malade reçut des injections de calomel qui ne parurent pas l'améliorer. Il entra à ce moment dans mon service où, sans traitement, la guérison paraît se faire lentement, probablement sous l'influence du calomel emmagasiné. Il est curieux de voir un accident se reproduire *in situ* avec cette ténacité, et je me demande si le séjour dans les pays chauds n'aurait pas eu une influence sur la gravité relative de cette syphilis.

M. Du Castel. — C'est dans mon service que cet homme a reçu des injections de calomel. Sa syphilis est évidemment anormale. Le peu d'efficacité du traitement m'a un peu étonné et je me suis même demandé s'il n'avait pas greffé sur la syphilide quelque affection ulcéreuse exotique. Actuellement il est fort amélioré, mais il y a encore des points ulcéreux et on n'a pas le droit de parler de guérison complète.

M. Hallopeau. — Les lésions palmaires, en général, sont particulièrement rebelles. Dans les cas de ce genre le traitement spécifique local a une grande importance. Son efficacité, il est vrai, est moindre dans cette région en raison de l'épaisseur de l'épiderme.

M. Barthélemy. — Je n'ai jamais constaté que la syphilis fut aggravée par le séjour dans les pays chauds, ni qu'elle fut plus sévère chez les Européens qui l'y ont contractée.

M. Bastian. — Dans ma pratique, au Sénégal et en Indo-Chine, je n'ai pas observé non plus de différence d'évolution entre la syphilis tropicale et celle des pays tempérés. Mais la maladie ne se comporte pas de la même façon dans toutes les races. C'est en Océanie et dans l'Amérique du Sud que j'ai vu le plus de cas graves.

M. Moty. — La syphilis n'est pas plus grave pour l'Européen sous les tropiques qu'en Europe, mais elle n'affecte pas la même forme chez l'européen et chez l'indigène. Les lésions cutanées et muqueuses, surtout anales, sont beaucoup plus fréquentes chez ce dernier.

M. Jullien. — C'est, en effet, question de race; ainsi, sur certaines peuplades de l'Afrique, la syphilis prend à peine. En tous cas, le climat chaud n'est nullement un facteur de gravité, au contraire, et quelques officiers de marine, infectés en Europe, se font envoyer dans les pays chauds pour guérir plus vite.

M. Fournier. — Ce que je viens d'entendre m'étonne un peu car, pour ma part, j'ai vu beaucoup d'officiers de marine très gravement atteints, et il m'a semblé que la syphilis était particulièrement sévère en Chine, en Indo-Chine, au Sénégal.

M. Verchère. — C'est peut-être l'absence de traitement qui rend la syphilis plus virulente chez les indigènes et elle reste telle, même quand elle est transmise à un Européen.

M. Sulzer. — Le paludisme est un facteur important de gravité pour les syphilitiques dans les pays chauds.

Maladie de Recklinghausen avec taches pigmentaires. Molluscum fibreux et tumeur abdominale

MM. Hallopeau et Lebret. — Alors que d'ordinaire les lésions dominantes de cette maladie sont les nodules fibromateux, ce sont, chez ce malade, les taches pigmentaires qui l'emportent de beaucoup.

Deux cas de tuberculose lichénoïde des membres inferieurs

MM. Hallopeau et Vieillard. — Cette présentation offre surtout un caractère clinique: l'éruption lichenoïde que présente à l'une des jambes une première malade, offre des caractères tellement insolites qu'il me semble impossible d'arriver à un diagnostic ferme; la lumière est faite par la comparaison avec un autre malade qui offre une éruption de caractères identiques, en même temps que des lésions considérables et incontestables de tuberculose cutanée : il s'agit donc d'une tuberculide ; elle emprunte son siège déclive, ses caractères anormaux. Une particularité intéressante dans l'histoire du second malade, est l'intégrité complète des voies respiratoires chez un sujet qui présente, depuis son enfance, les lésions les plus graves de tuberculose cutanée ; le même microbe qui altère si profondément le tégument externe ne trouve ici aucun autre terrain de culture; chez d'autres ce sont les os, les articulations ou les ganglions qui sont intéressés exclusivement. Ces prédispositions et ces immunités chez les mêmes sujets méritent au plus haut degré l'attention; on en ignore complètement les conditions prochaines; elles ne semblent pas se transmettre héréditairement, car l'on voit souvent, dans une même famille, des lupiques et des coxalgiques, en même temps que des phtisiques et il est, au contraire, exceptionnel d'y observer plusieurs lupiques.

Psoriasis et tumeur blanche

M. Danlos. — Voici un infirmier de l'hôpital, qui présente à la fois du psoriasis et une arthrite tuberculeuse du poignet. D'après M. Nélaton, la coïncidence du psoriasis et de la tuberculose n'est pas très rare. Cela serait en contradiction avec la tradition classique qui fait du psoriasis une maladie de sujets vigoureux.

M. Sabouraud. — Le psoriasis secondaire est assez fréquent dans un certain nombre de dermatoses, mais je ne l'ai pas vu coïncider avec la tuberculose.

M. Balzer. — Je viens de voir chez deux sujets la syphilis et le psoriasis débuter en même temps.

M. Leredde. — Le malade de M. Danlos

est un psoriasique ancien; par sa profession d'infirmier, il était très exposé à l'inoculation de bacilles de Koch.

Asphyxie locale avec gangrène mutilante

M. Balzer présente un homme atteint de maladie de Raynaud, avec destruction de l'extrémité de tous les doigts par gangrène mutilante. On ne trouve pas, chez lui, de tuberculose.

M. Darier. — Il n'y a pas, ici, de sclérodactylie, pour faire penser à une oblitération artérielle; du reste, dans le type pur de Raynaud, il n'y a ni tuberculose, ni artérite, et, pour expliquer la gangrène, il faut nécessairement admettre le spasme vasculaire.

M. Barthélemy. — La syphilis acquise ou héréditaire est un des facteurs de la maladie de Raynaud.

M. Sabouraud. — Il faut aussi penser à l'ergotisme qui, d'après Ehlers, serait la cause ordinaire du syndrome de Raynaud.

M. Lenglet. — Ces gangrènes asphyxiques sont l'effet direct d'un trouble vasomoteur; mais ce trouble lui-même peut résulter de causes extrêmement variées, et son mécanisme nous est très mal connu.

Radiothérapie du cancer

M. Oudin apporte quelques observations prouvant que, lorsqu'on traite, par les rayons X, des tumeurs un peu volumineuses : sarcomes ou épithéliomes,il peut se produire des accidents généraux soit de généralisation miliaire, soit d'intoxication, causés probablement par la fonte du tissu cancéreux et la résorption de produits morbides jetés en trop grande abondance dans la circulation. Ces accidents consistent en courbature, inappétence, diarrhée, vomissements, dépression générale, et peuvent se terminer par la mort. Il faut donc, en pareil cas, agir avec lenteur pour que l'organisme ait le temps d'éliminer tous les déchets et pour éviter que sa force de résistance ne soit vaincue par l'accumulation des toxines résorbées.

M. Balzer. — Dermatose bulleuse congénitales à kystes épidermiques.

M. Danlos. — Ichtyose hystrix.

Dr P. Desnu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars.

La dormeuse de Thenelles

M. Lancereaux lit un rapport sur la dormeuse de Thenelles.

Nous n'en avons pas entendu un mot. Cela ne saurait surprendre M. Lancereaux qui, président, l'an dernier, de l'Académie, a été souvent informé que les journalistes, de la tribune ou les a exilés M. le secrétaire perpétuel, ne pouvaient suivre les séances, et qui ne s'en est nullement préoccupé.

M. Raymond, dont la voix porte, observe que ce cas n'est remarquable que par la longue durée du sommeil : vingt ans. Il s'agit là d'une forme de la grande hystérie. Ce sommeil pathologique se différencie du sommeil physiologique par le battement des paupières, certaines contractures, etc. Dans son service, M. Raymond reçoit souvent des malades atteintes de ces crises de sommeil.

Le traitement consiste dans le réveil de la sensibilité par la mécanothérapie, consistant surtout en mouvements imprimés aux articulations.

Dans l'espèce, il est probable que la longue durée de la crise tient à ce qu'on a entretenu l'état hystérique. Or, moins on s'occupe des hystériques, plus vite on les guérit. Dans le service de M. Raymond on les traite surtout par la chambre d'isolement.

M. Laveran, à l'occasion du travail de M. Kermorgant (*Bulletin médical*, n° 17), rappelle les résultats obtenus contre le paludisme par la protection mécanique, et soumet à l'Académie le vœu suivant :

« Devant les excellents résultats obtenus contre le paludisme par la protection mécanique contre les moustiques, l'Académie émet le vœu que ces moyens soient employés pour la protection de l'armée coloniale, notamment à Madagascar. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. Le Bec lit un travail sur l'*utérus didelphe.*

G.

MÉDECINE MILITAIRE

A propos de la tenue

Les lettres relatives à la tenue continuent à nous arriver en grand nombre, et nous ne saurions songer à les publier toutes. Nous en reproduisons deux aujourd'hui — et ce seront les dernières — l'une d'un major de 1re classe, l'autre d'un médecin de réserve. Voici celle du médecin-major de 1re classe; nous l'avons choisie entre toutes parce qu'elle nous a semblé bien reproduire l'état d'âme de la majorité des médecins militaires déjà anciens dans la carrière.

Monsieur et cher confrère,

Voulez-vous permettre quelques mots à un de vos vieux abonnés, à propos de votre dernier article sur la tenue?

Je suis, et en nombreuse compagnie je crois, entièrement de l'avis de votre « major de 1re classe », lorsqu'il demande une modification radicale de notre uniforme, et je souscrirais complètement à sa réclamation d'un vêtement analogue à celui de la marine, si je la croyais pratique. Mais on ne nous donnera pas la redingote parce qu'elle ne serait pas possible à cheval.

Où il a raison mille fois, à mon sens, c'est lorsqu'il désire un uniforme plus sévère, dédaigneux du flafla, et *distinct* de celui des autres armes.

La préoccupation de copier le combattant n'est plus, je crois, dans notre esprit moderne. Nous ne perdrions rien dans l'estime publique et nous ne diminuerions pas notre prestige à rester plus médecins que militaires, aussi bien dans la tenue que dans le caractère. J'ajoute que notre autorité technique, vis-à vis du commandement, y gagnerait à coup sûr. Il n'y a qu'à voir avec quelle déférence nos chefs de corps acceptent les avis des médecins en redingote noire; tandis qu'ils se font souvent un malin plaisir de contredire sans raison les médecins galonnés qui ne sont pour eux que des subalternes jalouses.

Qu'on nous donne donc une tenue *spéciale* et, si possible, comme le souhaite notre camarade, qu'on nous délivre du sabre, des pompons et des plumets. Vous connaissez la chanson :

Un grand sabre et des croix partout...
Ça ne servait à rien du tout

Ce serait un timide premier pas vers cette autonomie réelle et désirable à laquelle nous arriverons fatalement tôt ou tard. Mais surtout qu'on nous enlève ce malencontreux dolman qui est une hérésie médicale, comme nid à microbes et à poussières, et qui n'a ni le mérite de la simplicité, pour nous les « particularités », ni celui d'être décoratif pour les confrères de l'autre école.

Et si ceux-ci veulent à tout prix imiter les combattants, qu'on nous donne au moins leur tunique courte,qui ne diffère guère de notre vareuse et aura toujours, sur le dolman, l'avantage d'être moins chère,aussi seyante et beaucoup plus simple.

Recevez, etc...

L'effectif des médecins de réserve ou de la territoriale est de huit à dix fois, croyons-nous, supérieur à celui du cadre actif. Ils ont donc voix au chapitre, d'autant que nombre d'entre eux possèdent la question à fond, à en juger par la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Il n'y a pas de question où l'on déraisonne plus volontiers à qui mieux mieux, que sur celle de la tenue, en France surtout. Elle intéresse tout le monde, et beaucoup vous avez pu vous en apercevoir au nombre de lettres sur ce sujet, que vous a valu votre premier article, inséré dans le *Bulletin médical*. Voulez-vous me permettre de déraisonner un peu aussi; je suis fils de médecin militaire et j'ai un peu entendu parler de la question, par les anciens, par les jeunes, par les actifs, par les nombreux réservistes; peut-être ne dirai-je pas trop de sottises.

1° La tenue actuelle de campagne ou de manœuvre, avec la vareuse, est simple, commode à cause des nombreuses poches; elle est suffisamment élégante, pratique, pour avoir rallié l'immense majorité des suffrages. En cas de referendum, j'ose préjuger qu'elle serait maintenue telle quelle, ou peu s'en faut. Tout au plus pourrait-on souhaiter — au point de vue exclusivement militaire — de voir ajouter, sur les pattes noires que la vareuse devrait comporter le numéro du régi-

ment avec les emblèmes de l'arme, brodés, si l'on voulait, en soie de couleurs diverses. Cela permettrait de reconnaître, au premier coup d'œil, la situation exacte du porteur.

2° Reste la tenue des grands jours. Mais le problème est bien simple, ce me semble : il n'y a pas un médecin militaire qui ne souhaite de voir effacées, autant que possible, les distinctions surannées entre combattants et non combattants. Rapprochez donc, surtout pour les cérémonies, le plus possible la tenue des uns et des autres. Transformez la vareuse en tunique, supprimez les tresses, ajoutez *les épaulettes* du grade, c'est le point essentiel, et vous aurez une tenue très convenable au point de vue esthétique, qui donnera satisfaction aux plus difficiles.

Quant à votre honorable correspondant, qui voudrait voir à tous les médecins du monde la même tenue, cela me paraît une véritable utopie. D'autre part, un uniforme comme celui des toubibes de la marine manque de prestige à cheval. L'auteur de la lettre est déjà un ancien : les questions de tenue lui indiffèrent, cela se voit. Tous les vieux généraux en sont là, et cet état d'âme nous a valu les uniformes les plus laids de toutes les armées européennes. Nous sommes encore un peu cocardiers, en France : on a assez de peine à avoir des médecins pour ne décourager aucune vocation ; surtout ne dégoûtez pas trop les réservistes. Le temps n'est pas loin où vous en aurez peut-être besoin.

Croyez, etc.

Des documents que nous avons publiés il résulte que les jeunes médecins militaires, y compris la réserve, désirent militariser la tenue en lui donnant tous les insignes de grade des combattants. Les anciens, au contraire, voudraient creuser davantage le fossé entre médecins et officiers. Dans un prochain article nous exposerons quelle est, à notre avis, la cause de cette divergence de vues entre les jeunes et les anciens.

Dr Noel.

PÉDIATRIE

Goutte de lait de Rouen. — Statistique de 1903

Par M. le Dr Raoul Brunon.

Le nombre total des enfants assistés gratuitement par la Goutte de lait, en 1903, a été de 128.

Sur ces 128, il faut faire deux groupes : 1° enfants entrés malades ; 2° enfants entrés en bonne santé.

Le nombre des enfants entrés malades et atteints de gastro-entérite a été considérable : soit 82 sur 128.

Le nombre des enfants bien portants à l'entrée a été de 46 seulement.

I

Enfants entrés bien portants : 46.

Sur les 46 enfants du groupe :

20 sont sortis en bon état au sevrage.
9 sont actuellement à la Goutte de lait et en bon état.
13 n'ont pas suivi la consultation et ont abandonné la Goutte de lait pour motifs divers sans intérêt pour la statistique.
4 sont décédés, dont 2 par gastro-entérite.

En résumé, pour 33 enfants entrés bien portants et ayant suivi régulièrement le régime de la Goutte de lait, deux décès par gastro-entérite. Soit pour ce groupe : 6 % de décès par entérite.

II

Enfants entrés malades : 82

Ce groupe comprend tous les enfants entrés avec de la gastro-entérite grave. Sur 82 :

21 ont été guéris par la Goutte de lait et sont sortis en très bon état.
15 ont été guéris par la Goutte de lait et suivent encore actuellement le régime.
5 non guéris et encore inscrits.
10 entrés malades et sortis quelques jours après pour suivre un autre régime.
9 entrés malades et sortis sans motif connu.
22 décédés *dont 7 de gastro-entérite.*

En résumé, pour 82 enfants atteints de gastro-entérite, 36 ont été guéris par la Goutte de lait, 21 n'ont pas suivi le régime, 7 sont morts d'entérite ; soit, pour ce groupe, 10,50 % de décès par gastro-entérite.

Dans ce groupe figurent tous les enfants entrés mourants et décédés le lendemain ou quelques jours après leur entrée.

Décès : *chiffre global 26.*

Sur ces 26 décès, 22 enfants sont entrés avec la gastro-entérite et sont décédés quelques jours ou quelques semaines après leur entrée.
6 sont morts de broncho-pneumonie.
5 sont morts de tuberculose pulmonaire ou de méningite.
7 de gastro-entérite.
1 cause inconnue.

Sur ce même chiffre de 26 décès, 4 enfants entrés bien portants sont morts :
1 par broncho-pneumonie,
1 par tuberculose pulmonaire,
2 par entérite.

En résumé :
7 décès de broncho-pneumonie.
9 de tuberculose pulmonaire ou méningée.
9 de gastro-entérite.
1 cause inconnue.

Soit :
7 % de tuberculose.
6 % d'accidents pulmonaires.
7 % de gastro-entérite.

Sur ces 7 % :
1.6 % entrés bien portants.
5.4 % entrés gravement malades.

***

Pour les 82 enfants entrés à la Goutte de lait et atteints d'entérite, nous trouvons quelques chiffres intéressants par leur portée générale :

36 cas de guérison de l'entérite, soit 43 %.
5 cas pour lesquels le résultat est indécis, soit 6 %.
19 cas où le régime n'a pas été suivi, soit 23 %.
15 cas de décès par accidents pulmonaires ou cérébraux, soit 18 %.
7 cas de décès par entérite, soit 8 %.

Nous nous déclarons satisfaits des services rendus par le lait stérilisé et maternisé à Rouen par la *Goutte de lait.* Nous nous étendrons plus tard sur des tentatives d'alimentation par le lait cru. Nous pouvons dire déjà que ce genre d'alimentation doit être appliqué avec prudence.

Nos efforts doivent porter, à l'avenir, sur le dosage des biberons. D'une manière générale on donne trop de lait.

Nos doses réglementaires, fixées d'après les données de M. Dufour (de Fécamp), sont encore trop élevées. Des enfants stationnaires dans leur poids, se mettent tout à coup à augmenter quand on diminue leur ration. Enfin, l'obstacle principal à vaincre est dans l'ignorance et les préjugés des mères.

Mon confrère, Mlle Marie Roussel, et M. Desten, administrateur de la Goutte de lait, s'emploient avec zèle à perfectionner notre œuvre commune. A tous deux j'adresse mes plus vives félicitations.

On ne peut pas nier que les résultats de la Goutte de lait soient bons. Les chiffres cités ici le prouvent mieux que toutes les discussions.

DÉPARTEMENTS

De la rupture sous-cutanée des tendons et de leur traitement chirurgical

M. le Dr Bria vient d'étudier dans les *Archives médicales d'Angers* (janvier 1904) les ruptures sous-cutanées des gros tendons, consécutives à une contraction musculaire. Cet accident se présente rarement ; néanmoins notre confrère observa, à peu de jours d'intervalle, deux ruptures concernant, l'une le tendon d'Achille, l'autre le tendon sus-rotulien. De ces faits l'auteur tire la règle thérapeutique ci-dessous :

1° Immédiatement après l'accident, toute rupture complète d'un gros tendon doit être suturée. Toute rupture incomplète compliquée d'hémarthrose doit être traitée de même façon. On peut se borner au massage pour les ruptures incomplètes sans complication articulaire.

2° Dans les quinze jours qui suivent l'accident, le blessé doit être soumis aux mêmes considérations thérapeutiques que dans l'article précédent.

3° A partir de cette période (15 jours), on peut attendre la cicatrisation en l'aidant par le massage pendant cinq à six semaines. Si, au bout de ce temps, on n'a pas de signes sérieux et palpables de cicatrisation, il faut faire l'avivement et la suture.

Traitement par les rayons X d'un épithelioma de la vulve

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui présenta, en 1889, au niveau de la portion moyenne de la grande lèvre

gauche, une ulcération indurée avec ganglions qui fut détruite par M. Reymond avec la pâte caustique arsenicale.

En 1900, réapparition de la tumeur; ablation de la majeure partie de la grande lèvre. L'examen histologique affirme le caractère de malignité de la tumeur.

A la fin de l'année, récidive. Le 11 octobre 1900, le traitement quinique fut institué par M. le prof. Jaboulay. Pendant trois ans, la malade suivit très rigoureusement l'ordonnance, absorbant ainsi une masse totale d'environ 1100 gr. de quinine. Ce traitement quinique fut parfaitement supporté, déterminant une sédation notable des souffrances qu'endurait auparavant la patiente. En 1901-1902, la malade gardait son teint coloré, son embonpoint (75-70 kilog.). Néanmoins, et quoique lentement, la tumeur progressait.

Mais, à partir de 1903, les phénomènes se précipitent. La malade maigrit considérablement puisqu'en juin elle ne pese que 51 kilog. La tumeur s'accroît rapidement. D'avril à juin les douleurs vulvaires sont atroces, intolérables, calmées seulement par de hautes doses d'héroïne; douleurs spontanées ou provoquées par la pression des ganglions inguinaux ou de l'anneau induré entourant la vulve sur une largeur d'environ 1 cent. 1/2; douleurs provoquées par la miction, le méat urinaire étant englobé dans la masse néoplasique. L'orifice anal est stricturé et la défécation est cause de douleurs lancinantes très pénibles. L'appétit disparaît, les forces déclinent visiblement. La malade demeure clouée sur son lit ou dans son fauteuil. Des rougeurs apparaissent au sacrum qui font craindre l'eschare terminale du décubitus.

La malade est soumise, le 1er juillet, à l'action des rayons X. Vers la quatrième et cinquième séance, le suintement donné par la partie malade devient très abondant, et d'une odeur intolérable. Dans les jours qui suivent les forces diminuent. Apparition de muguet. Auto-intoxication par le liquide résorbé. Cependant, on continue les séances, et peu à peu les phénomènes s'amendent pour conduire, le 22 octobre, à l'état suivant : de 51 kilos, le poids est remonté à 52 kil. 900. Le teint est bon; les forces sont revenues et la malade marche seule.

La partie supérieure clitoridienne est devenue souple, rosée, débarrassée des bourgeons néoplasiques. Elle a très bon aspect, parait en voie de cicatrisation. Les ganglions inguinaux sont très diminués de volume. En ce qui concerne la partie postérieure avoisinant l'anus, les modifications sont moins appréciables. La partie postérieure de la lèvre droite est toujours indurée. La défécation est toujours pénible. Les douleurs anales nécessitent encore quelques piqûres à l'héroïne.

En communiquant cette observation, **MM. Reymond** et **Chanoz** pensent qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence et que ces faits doivent être connus pour encourager de pareilles recherches.

Hystérie post-typhique

M. Sorel a communiqué à la Société de médecine de Toulouse un cas d'hystérie post-typhique survenue chez un jeune homme de dix-huit ans, fils de mère hystérique, mais n'ayant jamais présenté lui-même d'accidents névropathiques. Il fut atteint d'une fièvre typhoïde longue et grave, avec des accidents d'affaiblissement cardiaque, et présenta, pendant la convalescence, à la suite d'une contrariété, une première crise épileptiforme. Dans la suite, les attaques convulsives se sont reproduites et on a, en même temps, constaté, chez lui, l'existence de zones anesthésiques à configuration segmentaire. Il semble donc que, chez ce sujet, prédisposé héréditairement, l'intoxication par le poison typhique ait joué le rôle d'agent provocateur produisant ainsi une véritable hystérie infectieuse.

Des faits du même genre sont loin d'être rares dans l'armée où on les observe après diverses infections. Nous avons le souvenir, notamment, d'un soldat du train, robuste cultivateur, n'ayant jamais été malade jusqu'au milieu de sa deuxième année de service où il fut atteint, à ce moment, d'une grippe infectieuse grave. Dans la convalescence il présenta des attaques épileptiformes, puis les accidents les plus bizarres de l'hystérie. Je dus l'évacuer sur le Val-de-Grâce où il fut réformé pour hystérie. L'enquête m'apprit que sa sœur était hystérique avérée. Quant à lui, il n'avait jamais eu, jusqu'à son attaque de grippe, aucun accident nerveux, même minime.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

L'examen cystoscopique en milieux gazeux

On sait que l'introduction du cystoscope se fait dans une vessie remplie au préalable d'un liquide aseptique transparent, tel que eau stérilisée, eau boriquée ou phéniquée, etc. Cette façon de procéder offre des avantages, entre autres celui de servir à la réfrigération de la petite lampe électrique du cystoscope, mais elle n'est pas non plus dépourvue d'inconvénients. Il suffit, en effet, d'avoir affaire à une vessie qui saigne facilement (polypes et autres tumeurs), ou bien à une pyélo-néphrite, pour que le liquide injecté puisse se troubler par le sang épanché ou par le pus que déversent les uretères, et cela au point d'empêcher toute inspection des parois vésicales.

C'est pour parer précisément à ces accidents que **M. Galbraith Faulds** (*British Med. Journ.*, 5 mars 1904), chirurgien-assistant de la Glasgow Infirmary, a essayé de remplacer l'injection intra-vésicale liquide par l'insufflation d'oxygène dans la vessie, aux fins d'examen cystoscopique. Ce moyen, ayant parfaitement réussi, semble devoir être recommandé pour les cas où les inconvénients sus-mentionnés de la cystoscopie en milieu liquide seraient à craindre.

Voici comment procède notre confrère anglais :

Il commence par évacuer toute l'urine au moyen d'une sonde molle et fine. Si l'urine n'est pas purulente, si, en d'autres termes, il n'existe pas de cystite, point n'est besoin ni de laver, ni de cocaïner la vessie. Au contraire, l'un et l'autre sont de rigueur avant de procéder à l'insufflation d'oxygène. Celle-ci est effectuée par la sonde urétrale, laissée en place après évacution de l'urine (suivie ou non de lavage et d'anesthésie locale). Cette sonde est ensuite reliée à un ballon en caoutchouc, rempli d'oxygène pur et dont le volume représente le degré de dilatation vésicale qu'on se propose d'obtenir. Cependant, tenant compte de la dilatation que l'oxygène devra subir dans la vessie à la température du sang, on emploiera un peu moins du contenu total du ballon. L'oxygène est insufflé lentement, par simple pression sur le ballon. La vessie, une fois remplie de gaz, on retire la sonde et on introduit le cystoscope. L'examen cystoscopique terminé, on abandonne l'oxygène dans la cavité vésicale, d'où il est ensuite résorbé lentement. Il n'en résulterait aucun inconvénient, et même, en cas de cystite, on verrait les symptômes de cette affection s'amender et les urines devenir moins troubles sous l'influence de l'oxygène.

La cataphorèse comme méthode de traitement des maladies de l'estomac

D'une façon générale, on peut dire qu'un médicament interne exerce une action thérapeutique d'autant plus considérable que le chemin qu'il parcourt, pour arriver au contact du foyer morbide, est moins détourné. Ce fait, connu déjà auparavant, mais que, tout récemment encore, M. le prof. Bouchard a su si bien mettre en évidence, engagea le professeur **Ferrannini** (*Riforma med.*, 6 janvier 1904) à des essais d'application de la cataphorèse à la thérapeutique des affections stomacales. Par le nom de cataphorèse on désigne, comme on sait, le transfert, du pôle positif vers le pôle négatif, de substances dissoutes dans un liquide traversé par un courant galvanique.

Il était à supposer théoriquement qu'en remplissant l'estomac d'une solution médicamenteuse dans laquelle plongerait une sonde dont l'olive représenterait l'électrode positive, le pôle négatif étant figuré par une large électrode appliquée extérieurement sur l'épigastre, on pourrait, au passage du courant, faire pénétrer, dans l'épaisseur des parois stomacales, le médicament employé qui, de cette façon, ne serait pas forcé de passer d'abord par le filtre antitoxique du foie où il risquerait d'être neutralisé, en partie du moins.

Cette supposition s'est trouvée pleinement confirmée par des expériences que

l'auteur a instituées sur l'homme sain et dans la description desquelles nous n'avons pas à entrer ici. Fort de ce résultat, M. Ferrannini n'hésita plus à se servir de la cataphorèse chez des sujets atteints d'affections gastriques. Il dit s'en être fort bien trouvé dans les cas d'hyposthénie comme dans ceux d'hypersthénie gastrique, où il a eu jusqu'ici l'occasion de l'employer.

Le procédé dont l'auteur s'est servi consistait à verser, dans l'estomac, un demi-litre d'eau contenant, en solution, une quantité de strychnine (chez les hyposthéniques) ou d'atropine (chez les hypersthéniques) représentant la moitié de la dose de ces alcaloïdes employée habituellement dans le traitement des affections gastriques. Les électrodes étaient placées comme il a été dit plus haut, l'intensité du courant ne dépassant pas 5 milliampères, la durée de chaque séance étant d'un quart d'heure environ.

Les réfrigérations momentanées comme moyen d'activer la cicatrisation des plaies

A la clinique chirurgicale du professeur Gussenbauer, à Vienne, **M. S. Stiassny** (*Wiener klin. Wochenschr.*, 3 mars 1904) a entrepris récemment des essais thérapeutiques concernant l'action favorable des réfrigérations de courte durée, mais fréquemment répétées, sur la cicatrisation des plaies atones. Ce procédé avait déjà été expérimenté sur les animaux par M. Fuerst, puis appliqué par lui et par M. R. Wagner au traitement des ulcères variqueux de jambe, et, paraît-il, avec succès.

Reprenant, pour son compte, ces essais sur une plus vaste échelle, M. Stiassny a expérimenté la méthode de Fuerst-Wagner chez quarante-deux malades, dont vingt-neuf porteurs d'ulcère de jambe, les treize autres étant affectés de plaies atones d'origine opératoire ou accidentelle. Bien que les résultats qu'il a obtenus fussent, en général, favorables, ils ont cependant montré qu'avec le procédé des réfrigérations passagères, on n'obtient la cicatrisation des plaies de jambe que dans les cas récents, et si le malade est hospitalisé, tandis que ce procédé se montre insuffisant dans les cas invétérés, en raison de l'épaississement calleux des bords de la perte de substance. Par contre, son action stimulante sur les plaies atones autres que les ulcères variqueux, serait des plus manifestes.

Ce traitement ne doit être commencé qu'après disparition, sous l'influence de l'application de compresses imbibées d'une solution d'acétate d'alun, de tout phénomène inflammatoire au niveau de la plaie. Pour ce qui concerne sa technique, voici comment procède M. Stiassny :

Après avoir détergé la plaie au moyen d'une pulvérisation avec une solution physiologique de chlorure de sodium, on l'enduit d'une pommade qui ne se laisse pas enlever par le premier jet de chlorure d'éthyle, et qui est ainsi composée :

Lanoline	ãã 50 gr.
Vaseline	
Baume du Pérou	5 gr.

Si la sécrétion est abondante, il vaut mieux encore recouvrir la plaie d'une compresse imprégnée de cette même pommade.

Ceci fait, on dirige sur la plaie un jet de chlorure d'éthyle qu'on fait agir jusqu'à formation d'une couche de givre sur la surface de la plaie ou de la compresse qui la recouvre. Ayant attendu, ensuite, que le givre soit complètement fondu, on enlève la compresse et l'on applique le pansement habituel.

Les séances de réfrigération doivent être renouvelées souvent, plusieurs fois par jour, si possible. Chez les malades traités ambulatoirement, on est obligé de se contenter de deux ou trois réfrigérations par semaine.

Dr Vladimir de Holstein.

LIVRES NOUVEAUX

Nicolás Moya, éditeur à Madrid

Los consultorios de ninos de pecho (Gouttes de lait), par M. le Dr Rafael Ulecia y Cardona. (Une brochure de 130 pages.)

Dans le but d'organiser à Madrid une consultation de nouveaux nés, pour essayer d'enrayer la mortalité infantile très élevée de cette ville, notre collègue de la *Revista de medicina y Cirugia practicas*, M. le Dr Rafael Ulecia est venu en France, puis est allé en Belgique visiter les créations de ce genre, qui y fonctionnent depuis plusieurs années. Il s'est arrêté longuement à Paris, à Rouen, à Fécamp, où des « Gouttes de lait, » fort prospères, ont attiré son attention. Une fois revenu à Madrid, M. Rafael Ulecia a réuni, dans une petite brochure qui porte avec raison le sous-titre d'« Impressions de voyage, » les documents recueillis au cours de ses pérégrinations. Ces notes sont très intéressantes et au plus grand honneur de notre pays ; les descriptions scientifiques s'y entremêlent gracieusement avec les tableaux les plus pittoresques, si bien que la lecture en est aisée, agréable et très attachante. Nous recommandons vivement cet opuscule à ceux qu'intéresse la bonne œuvre qui porte le nom de « Gouttes de lait. ».

Ed. Laval.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

TABLEAU D'AVANCEMENT
Année 1904.

Pour le grade de méd. princ. de 1re cl.

Les méd. princ. de 2e cl. :

1 Gallay, au corps d'occ. de Chine.
2 Calmette, à l'inst. Pasteur de Lille.
3 Péthellaz, en Indo-Chine.

Pour le grade de méd. princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

1 Hébrard, à la Guadeloupe.
2 Birolleau, au 3e d'inf. à Rochefort.
3 Roques, en Afrique occidentale.
4 Métin, en Indo-Chine.

Pour le grade de méd.-major de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

1 Legendre, au consulat de Tcheng-Tou-Fou.
2 Doucet, en Indo-Chine.
3 Bailly, à Madagascar.
4 Jourdran, à Madagascar.
5 Ollivier, au Congo.
6 Bourdon, à Madagascar.
7 Thiroux, à l'inst. Pasteur à Paris.
8 Morel, au ministère des colonies.
9 Hazard, au 3e d'inf. à Rochefort.
10 Burdin, en Indo-Chine.

Pour le grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

1 Pujol, au 24e d'inf. à Perpignan.
2 Letonturier, au 6e d'inf. à Brest.
3 Sautarel, au 1er d'art. à Lorient.
4 Savignac, au 7e d'inf. à Rochefort.
5 Marty, au corps d'occ. de Chine.
6 Damond, au 5e d'inf. à Cherbourg.
7 Crenn, à Madagascar.
8 Pin, à Madagascar.
9 Laurenti, en Indo-Chine.
10 Roufliandis, en Indo-Chine.
11 Violle, à Tahiti.
12 Rousseau, au 8e d'inf. à Toulon.
13 Lhomme, aux établ. français dans l'Inde.
14 Thébaud, au 8e d'inf. à Toulon.
15 Audiau, au 1er d'inf. à Cherbourg.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres).

Professeur : M. Grancher.

M. Méry, agrégé, chargé de cours, continuera ce cours les mercredis et vendredis, à 10 heures du matin.

M. Veillon : Maladies de la peau, les mardis, à 10 heures.

M. Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les jeudis et lundis, à 10 heures.

M. Larat : Electrothérapie, les mardis, à 10 heures.

M. Roche : Maladies des yeux, les samedis, à 10 heures.

Consultations pour les maladies des nourrissons, les samedis, à 10 h. 1/2 (salle Husson).

COURS DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

Professeur : M. Bouchard.

M. Rénon, agr., ch. de cours, commencera ce cours le mardi 22 mars 1904, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Sujet du cours : Les maladies populaires.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

(Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas.)

M. le prof. Budin reprendra ce cours le mardi 15 mars 1904, à 9 h. du matin (Clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Mardi et samedi. — Leçons à l'Amphithéâtre.

Leçons au lit des malades tous les matins, à 9 heures.

Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Bouchacourt, chef de clinique; M. le Dr Jeannin, chef de clinique adjoint; MM. les Drs Dubrisay, Chavane, Schwaab, Macé, Perret et Chéron, anciens chefs de clinique; MM. Nicloux et Couder, attachés aux laboratoires; MM. les Drs Planchon, Valency, Barberin, Donzeau, Quillier, Pierra, Giffard et Guéniot, moniteurs.

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

M. le Dr Castex, chargé de cours complémentaire, assisté de MM. Collinet, Rabé et Denis, commencera, le mardi 19 avril 1904, à 2 heures, à l'Ecole pratique, un cours de chirurgie spéciale pour les affections de l'oreille, du nez et du larynx. Il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les élèves inscrits seront exercés aux diverses interventions opératoires de la spécialité.

Le cours sera complet en 12 leçons.

Le droit de laboratoire à verser est de 50 fr.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

N. B. — Le cours d'été (conférences de pathologie) commencera après la fin de ces exercices pratiques.

THÈSES

Mercredi 16 mars. — *M. Desmolins* : Néphrorraphie. Résultats éloignés et éloignés. — *M. Khouzam* : Des soubresauts dans les fractures de jambe. — *M. Anglace* : Etude sur l'anatomie du segment iléo-cæcal de l'intestin; les formes anatomiques de la tuberculose cæcale et leur traitement chirurgical.

Jeudi 17 mars. — *M. Houdard* : Troubles dyspeptiques et lithiase biliaire. — *M. Bonnenfant* : Tuberculose dans l'asphyxie et la gangrène. — *M. Lanceplaine* : Etude sur les télangiectasies essentielles. — *M. Perques* : Contribution à l'étude de la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques (recherches par le procédé de Castellani modifié). — *M. Cornilot* : De la perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux. — *M. Vermersch* : Considérations hygiéniques sur la filature de laine. — *M. Labadie-Lagrave* : Des hernies par glissement du gros intestin et en particulier de leur traitement. — *M. Lebreton* : Contribution à l'étude des glandes bulbo-urétrales et de leurs maladies. — *M. Colin* : Etude sur quelques échecs de basiotripsie. — *M. Cochy de Moncan* : Contribution à l'étude des stigmates de la criminalité. L'œil et la vision chez les criminels. — *M. Bernadieou* : Contribution à l'étude des rapports symptomatiques entre le tabes et l'hystérie. — *M. Metayer* : Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive. — *M. Cénd* : Essai sur les vomissements avec acétonémie.

NOUVELLES

M. Reclus, agrégé, est nommé professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris.

(La présentation de M. Reclus avait été faite, par la Faculté, à l'unanimité).

Un philanthrope, M. Valancour, a légué à la Ville de Paris une somme de 1400000 fr. pour création d'une clinique annexe à la Faculté de médecine. M. Mesureur va demander au Conseil municipal d'accepter ce legs. La Ville devra s'entendre avec M. Debove, qui était ami personnel du défunt, pour la construction et l'installation de cette clinique.

Le Préfet de la Seine vient de saisir le Conseil municipal d'un projet de reconstruction de l'hôpital Cochin Ricord et d'un quartier de l'hôpital Broca.

La dépense totale est évaluée à 1160000 fr.

LA LIMITE D'AGE

On nous prie d'insérer la note suivante :

Les Etudiants en médecine de l'Association corporative, réunis en Assemblée générale, le 23 février 1904,

Considérant :

1° Que les troubles survenus aux cours de la Faculté de médecine les jours précédents, semblent avoir eu pour objet, de la part des manifestants, de protester contre la modification apportée par les Chambres, avec la loi des finances de 1904, dans les décrets établissant une limite d'âge pour l'exercice des fonctions publiques, modification qui supprime cette limite d'âge, sauf pour les fonctionnaires de la magistrature et de la Cour des comptes.

2° Que ces troubles, fruits de manifestations individuelles, mais visant un intérêt collectif, ne sauraient laisser indifférente l'Association corporative, groupée pour défendre les intérêts scolaires et professionnels des étudiants en médecine, s'il en est besoin.

3° Qu'il semble bien, après mûr examen, que la suppression du principe de la limite d'âge pourrait, en ce qui concerne l'enseignement supérieur, compromettre gravement, dans certains cas, la qualité, le bon renom et le progrès de l'enseignement de nos Facultés, nul n'étant sûrement à l'abri des atteintes de l'âge, rien ne garantissant la constance et la certitude du bon jugement par le libre arbitre d'un seul. En tous cas, l'intérêt légitime des étudiants, raison d'être des Facultés, est entièrement négligé par l'article 18 de la loi des finances de 1904.

4° Que cette opinion est partagée par la majorité du corps enseignant lui-même, si l'on en croit les nombreux avis favorables recueillis dans cette Faculté comme dans d'autres, par la presse médicale, et qu'ainsi se trouve attaquée seulement une disposition regrettable, menaçant le progrès d'un enseignement national, « mais non pas la personne des *professeurs actuels*, ni celle du *Doyen* de la Faculté de médecine. »

5° Que les protestations tumultueuses de la rue ne sauraient exprimer aussi fortement et sagement les desiderata des étudiants que l'avis formulé, après discussion méthodique et réfléchie, par un groupement comme l'Association corporative, véritable syndicat conscient de ses devoirs.

En conséquence émettent le vœu suivant :

« Une limite d'âge restera fixée, au delà de laquelle ne pourront être maintenus en fonction les membres du corps enseignant des Facultés et Ecoles de médecine. Cette limite d'âge sera maintenue à 70 ans pour tous, y compris les membres de l'Institut. Ils donnent mandat au Comité directeur d'adresser ce vœu aux pouvoirs compétents. »

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Action hypotensive de la gélatine en injection sous-cutanée

Les effets favorables qu'on obtient, dans certains cas d'anévrysme de l'aorte, par les injections hypodermiques gélatinées, sont attribués aux propriétés coagulantes de la gélatine. Or, il résulte, de deux faits observés récemment par M. G. Forlanini (*Riforma med.*, 17 février 1904), professeur de clinique médicale à Padoue, que cette substance est susceptible d'exercer une action hypotensive à laquelle pourrait bien être dus, pour une part du moins, les succès enregistrés jusqu'ici dans le traitement des anévrysmatiques par le sérum gélatiné.

Ces deux observations du clinicien italien concernent, l'une un anévrysme de l'aorte, consécutif à la syphilis, l'autre un anévrysme également aortique apparu à la suite d'une variole. Dans ce dernier cas, l'hypertension artérielle était très accusée. Aussi crut-on opportun d'associer ici le traitement gélatiné à l'emploi du veratrum viride qui, d'après M. Forlanini, serait le meilleur des médicaments hypotensifs connus. L'autre malade, ne présentant qu'une légère augmentation de la pression sanguine, fut soumis, en même temps qu'aux injections de gélatine, à la médication iodurée. Dans ces deux cas, la pression artérielle était mesurée deux fois par jour, régulièrement. On put, de la sorte, se rendre compte que, chez le malade hypertendu, la pression artérielle accusait, sous l'influence du traitement, deux dépressions distinctes, l'une en rapport avec les prises journalières de l'hellébore vert, l'autre coïncidant avec les injections de gélatine qu'on répétait à plusieurs jours d'intervalle.

Par contre, chez le sujet qui ne présentait pas d'hypertension, aucune variation de la pression sanguine ne fut observée à la suite des injections gélatinées.

Ayant mis en évidence le fait que la gélatine provoque un abaissement de la pression artérielle exagérée, ainsi qu'en témoignaient les courbes sphygmographiques, M. Forlanini, afin de pouvoir étudier ce phénomène dans toute sa pureté, fit continuer, chez ces deux malades, les injections gélatinées, mais en supprimant alors l'usage du veratrum et de l'iodure de potassium. En outre, pour voir si la gélatine exerce aussi une action hypotensive en cas d'une exagération de la pression sanguine, non liée à un anévrysme, il fit ingérer cette substance à un sujet atteint de néphrite interstitielle. L'étude attentive de ces trois observations lui permit de constater que la gélatine, administrée soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées, abaisse nettement la pression artérielle, alors que celle-ci est exagérée, et ne l'abaisse que faiblement si elle est normale ou faiblement augmentée. L'action hypotensive de la gélatine se manifeste, généralement, au bout de quelques heures; elle peut persister pendant plusieurs jours.

Quant aux résultats thérapeutiques des injections gélatinées dans les deux cas d'anévrysme de l'aorte dont il a été question, ils furent nuls chez le sujet syphilitique à pression artérielle normale, et très favorables chez celui qui présentait de l'hypertension.

Ces faits paraissent fournir une solution à la question de savoir pourquoi les injections de gélatine donnent des résultats positifs dans certains anévrysmes de l'aorte, tandis que, dans d'autres cas de cette affection, leur action demeure nulle. C'est que les cas favorables sont vraisemblablement ceux où il existe de l'hypertension artérielle dont la gélatine amène l'abaissement, tandis que les cas défavorables sont ceux où, faute d'hypertension vasculaire concomitante, l'action hypotensive de la gélatine ne saurait se produire.

L'ictère par coprostase

M. A. Ott (*Fortschr. der med.*, 20 février 1904) attire l'attention sur une forme peu connue d'ictère, celle qui est liée à une accumulation persistante de matières fécales dans le colon transverse, alors surtout que la coprostase est accompagnée de météorisme intestinal. Dans ces conditions, le canal cholédoque subit une compression faisant obstacle à l'écoulement biliaire. Il en résulte une stagnation de la bile dont les parties constituantes sont absorbées et pénètrent dans le sang, d'où ictère plus ou moins intense.

Cet ictère peut revêtir trois variétés cliniques assez distinctes. Tantôt il s'agit d'une coloration ictérique persistante des téguments, accompagnée de troubles gastriques et de constipation habituelle. D'autres fois on a affaire à une jaunisse plus passagère, également liée à la constipation, mais accompagnée d'accès de colique, les phénomènes dyspeptiques étant cependant peu accusés dans les intervalles de ces crises intestinales. Enfin, dans la troisième vaaiété d'ictère, l'existence de la constipation habituelle se trouve masquée par des débâcles diarrhéiques intercurrentes.

D'après les observations de l'auteur, les deux dernières variétés seraient plus fréquentes chez l'homme, tandis que la première variété est plus particulière à la femme. Quant à l'âge des malades, il varie généralement entre trente et cinquante ans.

Il va sans dire que le traitement de l'ictère par coprostase doit viser d'abord à évacuer l'intestin, puis à prévenir une nouvelle accumulation de matières fécales par les moyens diététiques et hygiéniques usuels.

V. DE H.

REVUE DE THÈSES

Contribution à l'étude de l'anesthésine, par M. L. Duplan (th. de Paris, 1903.)

L'anesthésine est l'éther éthylique de l'acide para-amido-benzoïque; c'est un corps synthétique qui se rapproche de l'orthoforme et qui peut avantageusement le remplacer parce qu'il a sur lui l'avantage d'être plus puissant et moins toxique. Moins diffusible que la cocaïne, l'anesthésine, en revanche, est beaucoup moins toxique. D'après l'auteur, il faut 15 gr. d'anesthésine, par voie buccale, pour obtenir la mort d'un chien de 20 kil., soit 0 gr. 75 par kilogramme d'animal, comme coefficient lethal.

Le solution aqueuse de chlorhydrate d'anesthésine (bien plus soluble que la base elle-même) est anesthésique. Dunbar et Duhot ont pu obtenir l'anesthésie locale en se servant de solutions à 0,25 % injectées en zones, dans la région à opérer. A noter qu'une solution à 1 % n'est pas anesthésique et est douloureuse.

Dans les affections douloureuses du larynx, l'auteur recommande les pulvérisations avec la solution suivante :

Anesthésine	3 gr.
Alcool absolu...	45 gr.
Eau distillée...	55 gr.

En gynécologie et, en général, pour la petite chirurgie, il a employé, et avec succès, la poudre d'anesthésine pour saupoudrer les plaies douloureuses, notamment les ulcérations des muqueuses.

Pour l'anesthésie sous-cutanée, il indique la solution suivante :

Chlorhydrate l'anesthésine	0 gr. 25
Chlorure de sodium......	0 gr. 15
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 015
Eau distillée..............	100 gr.

L'injection de cette solution n'est pas douloureuse, et en procédant par séries d'instillations autour de la région à opérer, on obtient une anesthésie suffisante, sans les dangers de la cocaïne.

En résumé, ce médicament serait appelé à remplacer avantageusement l'orthoforme et même la cocaïne, dans tous les cas où il s'agit d'obtenir une action anesthésiante faible et prolongée.

ASSISTANCE PUBLIQUE

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE

Année 1904.

Cours de la saison d'été.

1° Cours de médecine opératoire.

Sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des travaux scientifiques.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 11 avril 1904.

2° Conférences d'histologie.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du 28 mars 1904.

VÉNÉRÉOLOGIE

Hôpital Cochin (annexe).

M. Alex. Renault.

La syphilis osseuse ; ses différentes formes cliniques

Je désire vous entretenir aujourd'hui des lésions que la syphilis réalise du côté du système osseux à la période tertiaire. Laissant de côté les altérations osseuses qui surviennent à la suite des syphilides ulcéreuses ou des gommes ulcérées — telles que les perforations de la boîte cranienne, de la voûte palatine et de la cloison des fosses nasales — je ne m'occuperai que des lésions primitives, de celles qui apparaissent d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été précédées par l'altération des tissus voisins.

Ces lésions sont très fréquentes, puisque, d'après la statistique de mon très distingué prédécesseur, M. Mauriac, qui a étudié tout particulièrement la question, la syphilis osseuse représenterait 27,7 % des lésions tertiaires, et tiendrait ainsi le second rang parmi celles-ci, les lésions cutanées occupant le premier rang.

Elles sont particulièrement observées chez les sujets non ou insuffisamment traités. Ainsi, d'une statistique dressée par M. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, il résulterait que l'on compte 21 lésions osseuses sur 100 chez les sujets mercurialisés dès le début de la syphilis, c'est-à-dire à la période du chancre, 23 % chez ceux qui n'ont pris du mercure qu'à partir du commencement de la période secondaire, et 32 % chez ceux qui n'ont pas été traités par le mercure.

La syphilis osseuse apparaît à toutes les périodes de l'infection, et elle poursuit même son œuvre dans la génération des syphilitiques, car vous savez que les lésions osseuses se rencontrent assez fréquemment dans l'hérédo-syphilis. Nous ne parlerons que de celles qui se produisent à la période tertiaire, c'est-à-dire à dater de la troisième ou quatrième année de la maladie. Mais il faut que vous sachiez que la syphilis osseuse peut éclater à des époques très éloignées du chancre : on l'a vue, en effet, apparaître dix, quinze, vingt et même quarante ans après le début de la syphilis. Ce sont ces cas tardifs qui méritent véritablement le nom de syphilis osseuse, attendu que, lorsque les os sont atteints dès la période secondaire, il s'agit de lésions superficielles et résolutives, beaucoup moins intéressantes que celles dont je vais parler.

Quelles sont les causes de la syphilis osseuse vraie? On a voulu d'abord incriminer le tempérament ; on a pensé que les scrofuleux et les arthritiques y étaient plus prédisposés; mais quand on songe au nombre prodigieux de sujets qui possèdent l'un ou l'autre de ces tempéraments, on s'explique que cette assertion n'ait pu être démontrée. Beaucoup plus importante est l'influence du froid et de l'humidité, des logements insalubres. Dans la plupart des cas, on voit survenir la syphilis osseuse à la suite d'un trauma; comme cause déterminante, cette action serait si fréquente, d'après Virchow, qu'il n'y aurait pas un cas de syphilis osseuse sans intervention d'un traumatisme quelconque. Ceci me paraît exagéré, mais il n'est pas moins certain que le trauma joue un grand rôle dans l'étiologie de ces lésions.

Est-il besoin de vous rappeler la légende d'après laquelle la syphilis osseuse serait le résultat de l'action destructive du mercure? Je crois qu'il existe, dans la science, une autopsie dans laquelle on aurait trouvé quelques globules mercuriels dans les os : mais qu'est-ce que cela prouve? Que le mercure s'est emmagasiné dans le tissu osseux comme il peut le faire dans d'autres viscères; cela ne démontre, en aucune façon, qu'il ait pu être nuisible. D'ailleurs, il y a assez de faits qui prouvent qu'il en est tout autrement. Ainsi, du temps de Fallope, au XVI[e] siècle, à une époque où l'on avait abandonné l'usage du mercure et où l'on traitait la syphilis par le gaïac, les cas de syphilis osseuse étaient beaucoup plus nombreux qu'aujourd'hui. Cette même expérience a été renouvelée au commencement du XIX[e] siècle sous l'influence de Fergusson : immédiatement, on a vu le chiffre de la syphilis osseuse s'élever. Il n'y a pas lieu d'insister.

La syphilis osseuse peut occuper tous les os. Mais elle siège surtout sur le tibia, puis sur les os de l'avant-bras et sur le crâne. Quels sont ses caractères cliniques? On peut les rattacher à trois types; il est impossible de séparer, dans la description, les lésions de la substance osseuse proprement dite de celles du périoste. Ces trois types de la syphilis osseuse sont : 1° l'*ostéo-périostite* à processus franchement inflammatoire; 2° l'*ostéo-périostite gommeuse superficielle*; 3° l'*ostéite gommeuse profonde* ou *ostéomyélite*.

1° *Ostéo-périostite*. — C'est assurément la forme la plus commune. Ses symptômes sont, en première ligne, la *douleur*; c'est là le premier signe révélateur de la syphilis osseuse. Cette douleur offre des caractères particuliers. Au début, elle est sourde, diffuse, le long de l'os. Mais elle se distingue surtout par ce fait que sa violence s'exagère le soir et pendant la nuit. C'est ce que les anciens appelaient la *douleur ostéocope*. Tantôt les souffrances sont supportables, tantôt extrêmement vives, même atroces; le malade les compare à celles que produirait la pénétration d'une vrille dans l'épaisseur de l'os ou à des coups de marteau, ou encore à l'étreinte d'un étau. A la douleur peut s'ajouter la sensibilité des parties; cette sensibilité, dans quelques cas, devient très vive, à tel point qu'on ne peut même pas effleurer l'os sans que le malade accuse une sensation très pénible. Parfois le poids des couvertures est intolérable. On conçoit facilement que, dans ces conditions, surviennent l'insomnie et même un mouvement fébrile, et, si l'ostéo-périostite occupe le tibia, comme c'est le cas le plus fréquent, il en résulte une impotence fonctionnelle du membre. Le malade marche avec la plus grande difficulté.

A ces signes subjectifs s'ajoute la tuméfaction de l'os; tantôt elle est considérable et frappe d'emblée la vue; d'autres fois, elle est à peine appréciable et il est nécessaire de passer la main à la surface de l'os pour s'en rendre compte. La tuméfaction offre une consistance dure, uniforme, le plus souvent circonscrite, à moins que l'exostose ne soit très étalée, comme on le voit dans un certain nombre de cas. La peau qui recouvre les parties malades est normale, parfois très légèrement œdématiée. Il faut savoir, cependant, que, dans quelques cas — exceptionnels il est vrai — le tégument devient rouge, en même temps que la douleur s'exaspère notablement; la tuméfaction acquiert des proportions considérables, et enfin l'ostéo-périostite peut suppurer : on voit alors la peau devenir adhérente à la tumeur osseuse qui se ramollit, devient fluctuante, et il se fait une ouverture par laquelle s'écoule le pus. Presque toujours cette ouverture reste petite, mais il persiste une fistule; celle-ci tient à l'existence d'un séquestre que l'on peut reconnaître en pénétrant à travers la fistule avec un stylet : on tombe sur une surface dure, sonore, indiquant qu'on est en contact avec une substance osseuse. Or, la

fistule persiste jusqu'à ce que le séquestre, qui est généralement superficiel, soit éliminé. Toutefois, ce mode de terminaison de l'ostéo-périostite est rare; dans la plupart des cas, il se produit une *exostose*, c'est-à-dire qu'on voit les douleurs cesser, la tuméfaction se limiter et diminuer, finalement aboutir à une bosse dure faisant corps avec l'os. La forme des exostoses est très variable. Tantôt elles sont hémisphériques, tantôt coniques, ou bien en forme de crête annulaire ou de pointes très rapprochées les unes des autres. Dans quelques cas, lorsqu'elles siègent, par exemple, sur les épiphyses, les exostoses ont la forme de massue; sur la diaphyse, elles sont parfois fusiformes. Leur longueur est variable; elle atteint exceptionnellement jusqu'à 20 centim.; généralement les exostoses restent stationnaires; mais, dans quelques cas, la douleur reparaît et la tumeur acquiert un nouvel accroissement.

Peu à peu, sous l'influence de la médication, la lésion reprend son aspect antérieur.

Je vais maintenant vous montrer deux malades atteints de syphilis osseuse.

Voici d'abord un homme âgé de trente-huit ans, serrurier, qui a contracté la syphilis en 1897, c'est-à-dire il y a six ans. La maladie a débuté par un chancre du filet. Six semaines plus tard la roséole s'est montrée. Pendant deux ans, le patient a fait une série de cures mercurielles. Ce n'est que vers le milieu de l'année 1902 qu'il a eu la jambe droite enflée. Il présente actuellement une exostose au niveau du tibia. Depuis qu'on lui a fait des piqûres mercurielles, la lésion a diminué de volume.

Le second malade, âgé de cinquante-sept ans, charron, a une exostose sur le tibia et une autre sur la région frontale; il présente, en outre, une mélanodermie généralisée, interrompue de distance en distance par des taches blanches, petites et rondes.

2° *L'ostéo-périostite gommeuse superficielle* se caractérise par le ramollissement de la tumeur qui, très rapidement, devient fluctuante et s'ouvre à l'extérieur; il se constitue alors un ulcère offrant tous les caractères des ulcères gommeux, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une perte de substance profonde; il y a, en effet, des ulcères gommeux d'origine osseuse qui ont jusqu'à dix millimètres de profondeur. Cette perte de substance est à bord circulaire, taillé à pic, non décollé; le fond est anfractueux, très souvent bourbilloneux. Dans d'autres cas, c'est une espèce de substance blanchâtre, crèmeuse; enfin, lorsqu'on touche le fond avec un stylet, on constate qu'on arrive sur une portion dure qui n'est autre que l'os dénudé. Celui-ci n'est pas nécrosé en général dans une épaisseur notable; il s'agit d'une nécrose superficielle; dans quelques cas, cependant, celle-ci est profonde, mais c'est l'exception. Néanmoins, quand l'ulcère s'est réparé, quand la gomme s'est cicatrisée, il persiste une fistule qui dure tant que le séquestre n'est pas éliminé. Or, cette élimination peut se faire attendre longtemps; dans quelques cas elle se produit spontanément; d'autres fois, il faut avoir recours à une opération chirurgicale pour débarrasser le malade d'un séquestre étendu, qui ne pourrait traverser l'étroit orifice fistuleux et entretiendrait ainsi une fistule interminable.

3° *L'ostéomyélite gommeuse, la gomme osseuse profonde.* — Cette forme clinique de la syphilis osseuse se révèle surtout, tout au moins pendant longtemps, par de simples troubles subjectifs; le malade n'accuse absolument que la douleur, une douleur profonde, diffuse, s'exasperant pendant la nuit. Mais, quel que soit le soin qu'on apporte à l'examen de l'os, on ne découvre absolument rien. Ce n'est que plus tard, lorsque la gomme a envahi l'os dans toute son épaisseur, qu'elle a gagné le périoste, que vous voyez se dessiner tous les signes rappelant la forme précédente, l'ostéo-périostite gommeuse superficielle.

Ces lésions osseuses peuvent-elles s'accompagner de *complications*? Certainement, et de complications graves. Elles sont, on le conçoit aisément, en rapport avec la localisation de la lésion osseuse. Lorsque celle-ci occupe les os longs et qu'elle s'est caractérisée par les signes de l'ostéo-myélite, on peut voir survenir des *fractures* avec une facilité extraordinaire, à l'occasion d'un effort ou d'un traumatisme minime. Ainsi, on a cité le cas d'un malade qui s'était brisé l'humérus en jetant une orange. Un autre malade eut le bras cassé en se penchant hors de son lit pour prendre son vase de nuit. Un troisième, la clavicule en ramenant les draps de son lit. Un quatrième enfin, une côte en toussant. Ces fractures siègent presque toujours sur les os longs. La douleur qui les accompagne est modérée. Il n'y a pas de crépitation nette; c'est une crépitation confuse qui demande à être recherchée avec soin. En outre, elles n'ont pas de tendance à la consolidation; constamment elles aboutissent à une pseudarthrose, si le traitement n'intervient. Mais, heureusement, sous l'influence de la médication mercurielle, la consolidation s'opère.

Si, maintenant, les lésions occupent la voûte du crâne, on comprend très bien qu'elles puissent déterminer des accidents graves du côté du cerveau. Bien entendu, quand la lésion est superficielle, il n'y a rien à craindre, mais s'il s'agit d'une ostéo-périostite profonde, il peut se produire des phénomènes d'irritation et de compression; on peut les redouter même avec des lésions superficielles, car celles-ci peuvent envahir les diverses couches de la table osseuse et devenir profondes. C'est dans ces cas-là qu'on voit, indépendamment de la céphalée qui est atroce, apparaître des *convulsions épileptiformes*, des *paralysies*, la paralysie monobrachiale en particulier; bref, on assiste à des accidents indiquant une lésion de l'écorce motrice (circonvolution frontale et pariétale ascendantes). Si la syphilis osseuse occupe les *vertèbres*, il peut se produire des accidents médullaires, variables suivant que la lésion est localisée au rachis cervical ou dorsal. Dans le premier cas, on observe des douleurs violentes, cervico-occipitales ou cervico-brachiales, des troubles de la déglutition; dans le second cas, la parésie des membres inférieurs, voire même la paraplégie, des troubles de la miction et de la défécation, de l'incontinence des matières ou, au contraire, une constipation très rebelle. D'autres fois, il survient des contractures (sclérose des cordons descendants de la moelle) et enfin de l'atrophie musculaire.

Supposons que la syphilis osseuse siège au sternum. Si elle est superficielle, il n'y a aucune complication. Si elle est profonde, au contraire, elle irrite et comprime les organes du médiastin, et on voit alors apparaître des palpitations violentes, de l'angoisse précordiale, de véritables signes d'angine de poitrine.

Lorsque les lésions osseuses occupent la face, et particulièrement le maxillaire supérieur, il peut y avoir une chute de dents, une ouverture du sinus maxillaire, des accidents du côté des fosses nasales (ozène).

Aux doigts on observe la *dactylite syphilitique*, entraînant quelquefois la destruction progressive d'une phalange entière. Ces cas sont exceptionnels.

Les lésions osseuses ont-elles, pour le diagnostic de la syphilis, une importance notable? Lorsque l'exostose est

globuleuse, sa valeur séméiologique est toute relative. En effet, il est assez difficile de la distinguer de certaines autres exostoses. Je ne parle pas de celles du rhumatisme et de la goutte, qui se montrent dans de telles conditions, s'accompagnent d'une déformation des mains si caractéristique qu'on ne saurait s'y méprendre. Mais je veux attirer votre attention sur les exostoses traumatiques et sur les exostoses de croissance.

Les *exostoses traumatiques*, celles qui surviennent par exemple chez les cavaliers, ont le même aspect extérieur que les exostoses syphilitiques, et, comme elles, ne frappent qu'un os ou deux. Pour faire le diagnostic différentiel, on n'a guère à sa disposition que les commémoratifs et l'absence de tout accident spécifique.

Dans les *exostoses de croissance*, on a des points de repère plus importants: d'abord, ces exostoses apparaissent à une époque particulière de la vie, où les cartilages de conjugaison ne sont pas encore ossifiés. C'est surtout de dix à vingt ans qu'on les voit se développer, à un âge, par conséquent, où on est rarement syphilitique. En outre, elles siègent aux épiphyses, à l'extrémité inférieure du radius ou du fémur, à l'extrémité supérieure de l'humérus ou du tibia. Leur nombre est considérable. On en a compté parfois plusieurs centaines sur le même sujet, ce qui n'existe pas pour les exostoses syphilitiques. Enfin, elles sont très souvent symétriques, fait rare dans la syphilis. De plus, elles se développent presque toujours à l'occasion d'un traumatisme. Ce dernier point n'a pas une grande importance, puisqu'on note le même fait dans la syphilis. Mais il existe, dans cette dernière, une déformation particulière, en « lame de sabre, » qui est tout à fait caractéristique. Il ne s'agit là que d'une déformation apparente, car, si le tibia présente au niveau de sa crête antérieure une convexité, il ne faut pas croire qu'il y ait du côté profond une concavité; celle-ci existe, au contraire, dans le rachitisme, ce qui est un signe différentiel. Dans la syphilis, la portion convexe est surajoutée à l'os, et elle est quelquefois tellement considérable que la crête du tibia a en quelque sorte disparu et se trouve remplacée par une sorte de face. Quoi qu'il en soit, cette forme dite en lame de sabre est pathognomonique de la syphilis et souvent permet de reconnaître à elle seule la syphilis héréditaire.

Le *pronostic* de la syphilis osseuse est sérieux d'une manière générale, par la double raison que ces lésions sont très sujettes à récidive et qu'elles peuvent provoquer, en outre, des accidents graves de voisinage.

Le *traitement* consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à haute dose, jointe à celle du mercure; c'est le meilleur moyen de faire disparaître rapidement les exostoses syphilitiques. J'ajoute que le mercure doit être administré même lorsque les exostoses ont disparu afin de prévenir autant que possible les récidives.

Je tiens, avant de terminer, à revenir sur les particularités que présente le second malade.

Il a de la dureté de l'ouïe, et, du côté de la peau, il offre des cicatrices blanches et de l'hyperpigmentation généralisée. La dureté de l'ouïe doit certainement être rattachée à la syphilis, attendu que c'est pendant la période secondaire qu'elle est survenue, alors que le patient avait sur le corps des syphilides ulcéreuses. Il faut que je vous énumère, à ce propos, très rapidement, les diverses lésions qu'on peut observer du côté de l'oreille à la période secondaire. Au niveau du pavillon, on peut voir toutes les formes de syphilides muqueuses, les syphilides érosives, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques, papulo-ulcéreuses. Les lésions de la trompe d'Eustache sont presque toujours consécutives à une angine. Mais il peut y avoir des plaques muqueuses autour de la trompe. C'est dans ces cas-là que vous verrez survenir la surdité ou les bourdonnements, les sifflements, les bruits de chute d'eau, et enfin les vertiges répétés lorsque l'oblitération est complète. Les lésions de l'oreille moyenne sont rares, presque toujours consécutives à l'inflammation de la trompe; on assiste alors à des douleurs auriculaires irradiant dans la tête et accompagnées de surdité. Si on regarde avec le spéculum auris, on trouve la membrane du tympan rouge, convexe en dehors, repoussée par l'exsudat purulent qui s'est produit à l'intérieur de la caisse. Les lésions de l'oreille interne sont heureusement exceptionnelles, car elles déterminent la surdité complète, laquelle s'établit parfois en quinze jours, voire même en l'espace de six jours, et celle-ci est irrémédiable. Il n'existe guère qu'une observation de Hirschfeld et Landowski, dans laquelle on l'ait vue disparaître sous l'influence de la médication mercurielle et iodurée intensive. Chose curieuse, lorsqu'on examine l'oreille avec soin, on ne découvre aucune lésion. On ne connaît, jusqu'ici, qu'une seule autopsie où on aurait trouvé une *lésion du périoste vestibulaire et de la lame spirale avec l'organe de Corti*. Mais cette autopsie est tout à fait insuffisante pour permettre d'affirmer l'existence habituelle de semblables lésions. Je vous répète que, dans tous les autres cas, aucune lésion n'a été trouvée.

Il est assez difficile de dire quelle a été, chez notre malade, la cause de la surdité. On ne peut pas incriminer une lésion de l'oreille interne, car il n'est que dur d'oreille, il n'est pas complètement sourd. Il est probable qu'il s'agit d'ulcérations semblables à celles qui occupaient le tégument, et dont la conséquence a été un rétrécissement notable du conduit auditif. Il est possible, aussi, que la trompe ait été atteinte à la suite d'une angine spécifique.

Passons aux cicatrices. Elles sont circulaires, pigmentées, presque noirâtres; quelques-unes sont blanches au centre et enserrées par un anneau pigmenté. D'une façon générale, elles sont minces et souples à la palpation. De pareilles cicatrices ont-elles une valeur séméiologique? Oui, cette valeur dépend surtout de leur configuration : vous avez remarqué que la plupart étaient circulaires; or, vous connaissez la prédilection de la syphilis pour les lésions circulaires. Mais, à la partie supérieure du dos il y a, également, des cicatrices blanches circulaires, qui ne sont pas autre chose que des cicatrices d'acné. L'orbicularité ne constitue donc, à vrai dire, qu'un signe de présomption.

Quant à la mélanodermie généralisée, c'est un état particulier de la peau, distinct de la syphilis. Quelle en est la cause? Vous savez que la peau contient deux sortes de pigments, la mélanine et le pigment ocre, qui provient de la destruction de l'hémoglobine; ce dernier est un pigment ferrugineux, qui donne par le ferrocyanure de potassium ou l'acide chlorhydrique dilué, une coloration bleuâtre, et une coloration noire par le sulfhydrate d'ammoniaque. Il y a une expérience très curieuse de Lapicque démontrant qu'il s'agit bien d'un pigment d'origine sanguine : il a inoculé, dans le péritoine d'un chien, du sang provenant d'un autre chien, et a vu le pigment ocre se répandre dans les ganglions du foie et de différents autres organes. Quant à la mélanine, elle est probablement produite par des cellules spéciales qui ont été désignées sous le nom de *mélanoblastes*, et qui occupent la couche la plus profonde de l'épiderme. Or, toutes les causes capables d'ir-

riter ces cellules peuvent déterminer l'hyperpigmentation, que ce soit la chaleur ou des médicaments caustiques ou rubéfiants, ou bien des actions mécaniques, comme le grattage.

Il faut aussi tenir compte de la stase sanguine; c'est ce qui explique l'hyperpigmentation des variqueux. Notre malade a précisément des varices, surtout marquées au niveau du jarret. Cette influence de la stase a été prouvée par un médecin russe, qui, en sectionnant le sympathique chez un lapin, a déterminé l'hyperpigmentation de l'oreille. Chez notre malade, la mélanodermie paraît être due à la fois au grattage (il raconte avoir été tourmenté par les punaises) et à la stase sanguine entretenue par ses varices.

(Leçon recueillie par M. le Dr Laporte et revue par le professeur).

VOIES URINAIRES

A propos de la néphrotomie dans les néphrites médicales

Par le Dr Ch. Mongour

Médecin des hôpitaux de Bordeaux
Agrégé de l'Université.

Lorsque M. Pousson présenta à la Société de médecine de Bordeaux (février 1902) le résultat de ses néphrotomies dans le traitement des néphrites médicales, je me crus autorisé à intervenir dans la discussion, car j'avais longuement étudié deux des malades en cause que je remis entre les mains de mon collègue après échec complet de toute thérapeutique médicale et dans l'imminence d'une mort prochaine. Ces deux malades survécurent, du reste, à des accidents urémiques extrêmement graves ; l'un d'eux, opéré le 3 juillet 1901, est mort subitement le 3 juin 1903, succombant à une vaste hémorragie cérébrale. Cette survie de deux ans rendait particulièrement intéressante l'examen *post mortem* dont je vais donner la relation.

Et d'abord, l'histoire de ce malade peut se résumer en quelques mots : il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, alcoolique et syphilitique ancien, dont je n'ai pu préciser les débuts du mal de Bright.

Il entre à l'hôpital Saint-André, en mai 1901, en pleine crise d'urémie dyspnéique avec œdème de la face et des membres inférieurs, oligurie et albuminurie légère. Pendant deux mois, il fut soumis au traitement par les diurétiques et le régime lacté ; il en retira quelques bénéfices temporaires, mais l'oligurie persistait, des accès d'asthme urémique se répétaient de plus en plus graves ; le 25 juin, je constate l'existence d'un hydropéricarde et d'un double hydro-thorax ; la situation s'aggrave à vue d'œil et je conseille à mon malade de courir les risques d'une néphrotomie, qui fut acceptée. L'œdème des membres inférieurs était plus prononcé à droite ; le taux des urines des vingt-quatre heures oscillait entre 200 et 300 centimètres cubes ; ces urines ne contenaient que des traces d'albumine ; glycosurie phloridzique négative.

Après différents accidents post-opératoires, sur lesquels je n'ai pas à revenir et qui sont consignés dans le travail de mon collègue (1), ce malade quitte l'hôpital le 1er février 1902, et reprend son métier de chanteur ambulant. M. Pousson avait pratiqué l'incision du rein droit. Depuis son opération, ce malade a fait plusieurs séjours à l'hôpital, où il était conduit chaque fois par la police, qui le ramassait sur le pavé en état d'ivresse. Il n'est plus dyspnéique ; au réveil, il présente toujours un peu d'œdème de la face et d'œdème péri-malléolaire; les urines sont légèrement albumineuses ; fait curieux, en août 1902, treize mois après l'intervention, la glycosurie phloridzique, négative avant l'opération, est positive ; à cette même date, l'élimination du bleu de méthylène commence à la première heure ; intermittence à la 10e heure ; à partir de la 48e heure les urines ne contenaient que du chromogène, jusqu'à la 72e où l'élimination peut être considérée comme terminée.

Pour la dernière fois, il entre à l'hôpital le 29 mai 1903, se plaignant d'être enrhumé ; mais, il continue à vivre du régime ordinaire des convalescents, refusant absolument, depuis son opération, de se soumettre au régime lacté.

Dans la journée du 2 juin, il ne se lève pas, contrairement à son habitude, et se plaint de vertiges. Le soir, vers 10 heures, il est pris d'une dyspnée intense et perd connaissance ; à minuit il meurt en état d'asphyxie.

Autopsie. — Je n'insiste pas sur les lésions cérébrales qui furent la cause immédiate de la mort ; il me suffira d'indiquer l'existence d'un vaste foyer hémorragique occupant le ventricule moyen et les ventricules latéraux.

Le cœur est considérablement hypertrophié, en dégénérescence graisseuse ; il pèse 640 grammes.

Le foie gras pesait 1480 gr.

Rein gauche (non opéré). — Entouré d'une couche adipeuse très épaisse et d'une capsule fibreuse peu adhérente qui présente à la surface un riche piqueté hémorragique. Il mesure 15 centimètres dans son axe vertical et 7 centimètres dans son diamètre transversal, à hauteur du hile. Il représente le type du gros rein blanc lisse, et pèse 180 grammes.

Rein droit (opéré). — Capsule fibreuse extrêmement adhérente au tissu du rein, dont il est impossible de la détacher, et à la gangue cellulo-adipeuse. Ce rein, mou, mesure en hauteur 9 centimètres et 6 en largeur ; il pèse 100 grammes. Sur la coupe, on distingue difficilement la limite séparative de la substance corticale et de la substance médullaire ; très congestionné, il présente de nombreux foyers hémorragiques et des kystes. Pas de traces de cicatrice.

Il s'agit d'un rein congestionné et kystique.

Examen histologique.

Rein gauche (non opéré). — Dans la substance corticale, on trouve quelques glomérules rétractés et ayant même subi une atrophie fibreuse : cette lésion est assez discrète. Les tubes contournés et les branches ascendantes de Henle présentent, par places, un épithélium très boursouflé dont le noyau se colore mal. En d'autres points, il existe une véritable décapitation des cellules épithéliales, et l'on retrouve, désagrégés à l'intérieur des tubes, des morceaux des cellules desquamées. Entre les tubes, abondante prolifération conjonctive et quelques cellules embryonnaires. Les vaisseaux situés au sein même de ce tissu intertubulaire, présentent des parois très épaissies qui envoient, dans diverses directions, des prolongements de tissu fibreux.

En somme, néphrite épithéliale et conjonctive.

Rein droit (opéré). — La coupe a passé par la cicatrice. A ce niveau, on trouve, sur une épaisseur de 5 millimètres, quelquefois plus, un tissu compact fortement coloré par l'éosine, nettement fibreux ; il est constitué par des fibrilles enchevêtrées contenant de rares cellules ; il envoie de nombreux prolongements dans le parenchyme rénal.

Les glomérules, fortement rétractés, sont, pour la plupart, réduits à de petits blocs fibreux ; les tubes urinifères sont étouffés par le tissu conjonctif, qui s'est développé autour d'eux, et les vaisseaux sont tous entourés d'une paroi fibreuse extrêmement épaisse, d'où partent quelques travées conjonctives.

L'épithélium des tubes présente les mêmes altérations que dans le rein gauche.

En résumé, dans les deux reins, lésions de néphrite parenchymateuse et interstitielle, mais beaucoup plus avancées et beaucoup plus diffuses dans le rein droit, qui fut seul opéré, et qui ne présente ni macroscopiquement, ni microscopiquement, la moindre trace de néo-canalicules. Sur le trajet de la cicatrice, néoformation conjonctive épaisse, mais pas de traces de régénération.

Cette observation permet de saisir le mode d'action thérapeutique de la néphrotomie. A la Société de médecine de Bordeaux (février 1902), j'avais attiré l'attention sur la sédation extrêmement rapide des troubles fonctionnels à la suite de la néphrotomie, et sur la polyurie précoce qui apparaît généralement dans les quarante-huit heures. J'admettais, avec Harrisson, que la section avait pour conséquence première de supprimer le « glaucome rénal », de lever l'étranglement des glomérules et des tubes encore capables de fonctionner, étranglement causé surtout par l'œdème intra-parenchymateux. L'obstacle supprimé, les organites encore sains peuvent fonctionner à nouveau, et, s'ils sont assez nombreux, assurer une diurèse compatible avec l'existence pour un temps plus ou moins long. Ce mécanisme s'imposait à l'esprit de l'observateur qui suivait at-

(1) Pousson. — De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales. (*Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, mai, juin, juillet, voir obs. IX.)

tentivement les modifications rénales au cours de la néphrotomie : le parenchyme rénal apparaît blanc, exsangue, de consistance molle, œdémateuse; puis, brusquement après l'incision, il se colore, saigne abondamment et devient plus ferme; sous les yeux, le rein se rétracte dans son ensemble ; alors, la perméabilité rénale est reconquise et une diurèse plus abondante peut s'établir. A mon avis, la décapsulation rénale n'agit pas autrement; mais son action doit être moins efficace, car elle ne permet pas une transsudation aussi rapide de la sérosité accumulée dans le parenchyme; de plus, l'hémorragie post-opératoire qui accompagne la néphrotomie et qui intervient certainement comme facteur thérapeutique est moins abondante que dans la décapsulation. A la faveur de cette décompression, grâce aussi à l'irritation causée par l'acte opératoire, il est probable que de nouvelles connexions vasculaires peuvent se former; on conçoit même la possibilité d'une régénération partielle du rein. Mais, ces modifications ne peuvent se produire qu'à la condition d'une survie de plusieurs jours au moins; elles rendent compte de la permanence de résultats acquis, mais n'expliquent pas la soudaineté de la crise favorable. L'interprétation que je propose est seule acceptable pour le cas du malade dont je viens de rappeler l'histoire clinique, puisque ni la capsule fibreuse, ni le parenchyme rénal ne présentaient la moindre trace de néo-formations vasculaires.

Un autre fait intéressant et digne d'attirer l'attention du chirurgien en raison des déductions thérapeutiques qu'il comporte est le suivant : l'œdème lombaire et l'œdème des membres inférieurs disparait en quelques heures du côté correspondant au rein néphrotomisé; sa résorption est beaucoup plus lente du côté opposé. Pour expliquer ce fait, j'avais émis l'hypothèse (Soc. méd. de Bordeaux, février 1902) qu'il existait un double courant dans la veine cave inférieure, par analogie avec la double circulation porte démontrée par Sérégé (1), de Bordeaux). Si le sang veineux, qui pénètre le rein droit, par exemple, ne se mélange pas au sang veineux qui se répand dans le rein gauche, le retour à la perméabilité du rein droit entraînera une résorption plus rapide des œdèmes du segment inférieur correspondant dans les cas de néphrite bilatérale. Or, ce double courant existe, en effet; la preuve vient d'en être faite par Sérégé à la réunion biologique de Bordeaux (séance du 10 novembre 1903).

Comme conséquence, les œdèmes doivent prédominer du côté du rein le plus malade; sur ce rein, le chirurgien interviendra tout d'abord, car il me semble dangereux de néphrotomiser d'emblée les deux reins.

On pourrait évidemment soutenir qu'il est préférable d'agir immédiatement sur le rein le plus apte à fonctionner, sur celui qui correspond aux œdèmes les moins volumineux; l'avenir décidera; en tous cas, les malades examinés par moi et que mon collègue Pousson a opérés, ont subi la néphrotomie unilatérale sur le rein qui paraissait le plus malade dans ma conception dont la justesse s'est vérifiée au moins pour le cas ci-dessus relaté.

(1) Sérégé. — Congrès de Toulouse, 1902.

En terminant, je voudrais dire quelques mots des indications de la néphrotomie dans les néphrites médicales, opération soi-disant bénigne d'après M. Jaboulay (1), puisque, sur 56 opérations, on ne relève que 7 morts, soit 12 % de mortalité; mais, sur ces 56 opérations, 19 appartiennent à Edebohls; il n'est vraiment pas possible de les comprendre dans une statistique globale, car les 19 malades en question (il suffit de lire attentivement les mémoires de l'auteur) étaient atteints d'albuminurie conséquence de nephroptose. Entre cette albuminurie plus ou moins transitoire et une néphrite caractérisée, la différence est considérable.

Les 6 brightiques opérés par Pousson ont donné les résultats suivants :

3 morts opératoires,
1 amélioration pendant un mois,
2 améliorations définitives.

A ces 6 cas, je puis en ajouter un autre inédit également opéré par M. Pousson.

Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans atteinte de néphrite subaiguë remontant, selon toute vraisemblance, au mois de novembre 1902. Cette malade est entrée à l'hôpital Saint-André le 19 juillet 1903, présentant un volumineux œdème des membres inférieurs occupant également les mains et la face; les urines contiennent de 6 à 8 gr. d'albumine par vingt-quatre heures. Sous l'influence du régime lacté, les œdèmes paraissent se résorber; mais l'amélioration ne dure pas et, le 17 juillet, elle présente une grande attaque d'urémie convulsive. Jusqu'au 24 juillet, grâce aux diurétiques de toute nature, à la saignée, les symptômes d'urémie disparaissent; mais, le 24 juillet, elle entre brusquement dans le coma. Malgré l'état extrêmement grave de cette malade qui présentait un refroidissement très accentué des extrémités, une diminution notable du deuxième bruit du cœur, M. Pousson, pour tenter une dernière chance de salut et par dévouement, veut bien intervenir. Néphrotomie gauche dans la matinée du 24; mort le 25, à 6 heures du matin.

Soit 4 morts opératoires sur 7 malades; pour cette statistique individuelle, nous sommes bien loin des 12 % de mortalité reconnus par M. Jaboulay; et si nous ajoutons les cas malheureux d'Elliot et Cabot, de Guitteras, d'Harrisson, de de Rowsing, nous arrivons à une mortalité qui dépasse 70 %. Evidemment, cette statistique ne comprend que des cas graves; mais elle me semble seule juste, car il n'est pas possible de confondre dans une même statistique les néphrotomies entreprises pour guérir l'albuminurie d'un rein flottant avec les néphrotomies d'urgence qui ont pour but de remédier aux complications les plus menaçantes du mal de Bright. Intervenir systématiquement, comme l'a fait Edebohls, dans tous les cas d'albuminurie en cours de néphroptose, c'est se ménager des succès faciles mais aussi des désastres impardonnables; qui oserait soutenir que toutes les albuminuries, même permanentes, accompagnées ou non de ptose rénale, soient justiciables du traitement chirurgical ? En suivant le raisonnement d'Edebohls, on arriverait cependant à cette singulière conclusion, au mépris de toutes nos connaissances acquises sur la marche et la lente évolution d'un très grand nombre de néphrites albuminuriques.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 17 novembre 1903.

Comme je l'ai déjà soutenu (1), la néphrotomie ou la décapsulation doivent être considérées comme des opérations d'urgence, applicables au traitement des complications les plus graves des néphrites médicales aiguës, subaiguës ou chroniques : l'anurie, la néphralgie rebelle, l'hématurie et l'urémie. Le chirurgien ne doit intervenir que sur les conseils du médecin, seul juge de l'indication opératoire, car il a seul qualité pour imposer le renoncement à la thérapeutique diététique ou médicamenteuse. Dans ces conditions, les statistiques ne seront pas brillantes et l'intervention chirurgicale, dans tous les cas de néphrites médicales, apparaîtra toujours comme très grave. Qu'importe ! notre mission est d'agir pour le mieux dans l'intérêt de nos malades, souvent contradictoire avec notre intérêt personnel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars.

Sur le cancer de la langue

M. Labbé, à propos de la présentation faite par M. Poirier, à la dernière séance, dit qu'il a préconisé depuis longtemps l'ablation simultanée de la tumeur et des ganglions. Il cite un cas de survie de dix ans.

Sur le catgut

M. Lucas-Championnière se sert, depuis vingt-cinq ans, de catguts qui ne s'éliminent jamais. Il a toujours eu recours au procédé employé par Lister pour conserver stériles les catguts. Il place ces derniers dans l'essence de térébenthine pure et les y laisse séjourner en permanence, se bornant, avant de s'en servir, à les faire macérer pendant un quart d'heure dans l'eau phéniquée pour les assouplir.

M. Moty place le catgut brut dans un

(1) Mongour. — Traitement chirurgical des néphrites médicales. (Congrès des Soc. savantes, Bordeaux, 1903.)

flacon renfermant du formol, lequel est séparé du catgut par de l'ouate. Le catgut se conserve ainsi parfaitement stérile.

Sur l'appendicalgie

M. Picqué communique une observation qui lui a été adressée par un médecin-major de l'armée, lequel désire garder l'anonymat. Il s'agit de neuf cas d'appendicalgie (sur un effectif de vingt-cinq officiers) observés à la suite de deux cas d'appendicite.

M. Guinard. — J'estime que l'appendice doit être enlevé toutes les fois que les douleurs éprouvées par le malade paraissent dépendre nettement de l'appendice. Dans les cas les plus trompeurs, les caractères de la douleur mettront sur la voie du diagnostic. Sans doute, il faut bien se garder de prendre pour une appendicite chronique une autre maladie abdominale quelconque, mais il vaut mieux, en ce qui concerne l'ablation de l'appendice, pécher par excès que par défaut. Je suis la même ligne que MM. Walther, Lejars et Routier, et j'enlève l'appendice, lorsqu'au cours d'une laparotomie je le trouve d'apparence saine mais de longueur au-dessus de la moyenne.

Il est possible qu'ainsi quelques appendices soient enlevés indûment. Il n'y a pas lieu d'en avoir de regret.

Sur le traitement de l'hypospadias

M. Felizet lit un rapport sur un travail de **M. Villemin** au sujet de l'application du procédé de Von Hacker au traitement de l'hypospadias.

M. Villemin apporte une série de dix-sept succès personnels, et il résume ainsi les avantages du procédé : guérison opératoire très rapide; pas de sonde à demeure, ce qui a son avantage chez les enfants; pas de cathétérisme dilatateur; enfin, méat en situation normale.

M. Kirmisson estime que cette opération de Von Hacker est une très bonne opération dans les cas d'hypospadias balanique et d'hypospadias pénien. Il en a obtenu personnellement d'excellents résultats.

Présentations

M. Tuffier : Jeune homme qui a reçu une *balle de revolver* à la tempe gauche, *au niveau du lobe frontal*. Le projectile a été extrait.

M. Quénu : Pièce intéressante d'*ulcère simple de l'estomac*.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 mars.

Résultats favorables de l'opothérapie hépatique dans la cirrhose du foie

M. Créquy. — L'observation que je vais brièvement vous relater n'offre rien de bien particulier par elle-même. C'est un cas de cirrhose vulgaire, d'une cirrhose atrophique de Laënnec, mais l'état extrêmement grave où elle avait amené le malade, l'influence heureuse que semble avoir eue chez lui la médication opothérapique m'ont paru de nature à appeler votre attention.

Il s'agit d'un alcoolique avéré, âgé de cinquante-huit ans, chez lequel, après insuccès du traitement classique (y compris les ponctions répétées pour ascite), je me décidais à essayer l'opothérapie hépatique. A ce moment, l'état du malade était précaire. Des hémorroïdes volumineuses, provoquant de grandes pertes de sang, déterminaient une anémie profonde; des ulcérations au sacrum faisaient craindre une fin prochaine.

Voici quelles furent nos prescriptions :

Continuation du régime lacté, un œuf par jour et une petite quantité de foie de porc;

Tous les jours, le matin, 1 gramme d'extrait hépatique dans une tasse de lait;

Prendre 0 gr. 50 de nitrate de potasse dans une tasse de chiendent.

Le mieux commença avec ce nouveau traitement; un des phénomènes les plus remarquables fut la cessation complète des hémorragies et des bourrelets hémorroïdaires.

L'œdème des jambes et des bourses fut le premier à disparaître, le liquide ascitique ne se reproduisit pas; après la dernière ponction, l'appétit fut meilleur; la maigreur disparut peu à peu; aujourd'hui les forces sont revenues, et, quatre mois après la dernière ponction, le malade a pu reprendre ses occupations habituelles. Un seul symptôme persiste, qui m'inquiète un peu. Il existe toujours du tympanisme; tant que la tempête dure, ne doit-on pas craindre l'arrivée de la pluie ?

M. Mathieu. — Je demanderai à M. Créquy si le foie de son malade était atrophié.

M. Créquy. — La présence d'une ascite considérable ne permettait pas une exploration minutieuse; toutefois, après les ponctions, on n'a jamais pu sentir le foie au bord des fausses côtes, et la percussion indiquait une diminution de volume.

M. Mathieu. — Ce point présente un intérêt capital, car les observations de cirrhoses guéries par l'iodure de potassium et le régime lacté concernent toutes des malades dont le foie était encore gros. Le traitement opothérapique constituerait donc un considérable progrès.

M. Danlos. — Comment a été préparé l'extrait hépatique employé par M. Créquy?

M. Chassevant. — L'extrait en question est préparé suivant les indications que M. le prof. Gilbert et moi avons publiées il y a quelque temps. Il s'agit d'un extrait aqueux évaporé à 35°.

M. Hirtz. — Je me suis bien trouvé, également, de l'opothérapie hépatique dans un cas de cirrhose, chez un homme âgé de cinquante-quatre ans, dont les habitudes alcooliques étaient poussées jusqu'à un véritable éclectisme œnophile. Il y avait ascite gênant la respiration, réseau veineux abdominal, œdèmes, mais le cœur et les urines ne présentaient rien d'anormal. Le régime lacté, le calomel à la dose de 0 gr. 05 par jour, les diurétiques et les ponctions répétées, avec lesquelles on évacuait en une fois jusqu'à douze litres de liquide ascitique, ne procurèrent pas d'amélioration sensible. J'eus recours alors à l'usage du foie de porc cru, dont le malade ingérait, par petits morceaux, 140 grammes environ par jour. A partir de ce moment, l'état du malade commença à s'améliorer visiblement, il survint de la polyurie, et l'ascite, ainsi que les œdèmes, diminuèrent rapidement. A l'heure qu'il est, l'état du malade est excellent; son foie paraît de volume à peu près normal.

Cette observation me semble bien démonstrative en ce qui concerne le succès de l'opothérapie hépatique. Je dois, cependant, dire que chez deux autres cirrhotiques, que j'ai eu l'occasion de traiter aussi par l'ingestion de foie de porc, le résultat n'a pas été plus brillant que celui du traitement classique.

Il est donc encore impossible de tirer des conclusions fermes sur la valeur de l'opothérapie hépatique dans les cirrhoses du foie.

M. Mathieu. — Il est souvent fort difficile de juger du volume de la glande hépatique dans les cas de cirrhose de cet organe. Lorsque le malade maigrit, une portion du foie peut échapper à la palpation et à la percussion. En pareil cas, un foie qui n'est pas diminué de volume peut être pris pour un foie atrophique.

Le procédé classique de traitement des cirrhoses peut donner de bons résultats. J'ai eu à soigner un cirrhotique qui, à trois reprises différentes, est entré dans mon service pour le quitter chaque fois très amélioré par le traitement classique. Si ce malade avait pris la peine de suivre un régime approprié, une fois sorti de l'hôpital, il aurait vraisemblablement guéri.

Il faut donc réunir un grand nombre d'observations avant d'être en mesure de se prononcer sur la valeur comparée du traitement classique et du traitement opothérapique de la cirrhose du foie.

L'apocynum cannabinum comme cardiaque et diurétique

M. Mendelssohn lit une note de **M. J. Pawinski** (de Varsovie) sur les propriétés thérapeutiques de l'apocyn à feuilles de chanvre (apocynum cannabinum), médicament peu usité en Europe, mais très employé en Asie et en Amérique, où il figure parmi les remèdes populaires.

La racine d'apocyn contient un poison exerçant sur le cœur une action spécifique, analogue à celle de la digitale, se manifestant par l'abaissement de la fréquence du pouls, alors surtout qu'il s'agit d'une hyperexcitabilité cardiaque avec arythmie. Ce ralentissement du pouls serait dû à l'action de l'apocyn sur le

pneumogastrique, action qui, d'après M. Pawinski, serait plus rapide et plus énergique, mais cependant plus passagère que celle de la digitale. En ce qui concerne la pression sanguine, elle serait plus influencée par la digitale que par l'apocyn.

L'action diurétique de l'apocyn se manifesterait très rapidement, souvent dès le lendemain de l'absorption de l'extrait fluide de ce médicament, à la dose de dix gouttes répétées deux ou trois fois dans la journée.

M. Pawinski n'a vu que fort rarement l'apocyn exercer une influence défavorable sur le tube digestif. Cependant, les doses très élevées de ce remède sont parfois susceptibles de déterminer des douleurs à l'épigastre, des nausées, des vomissements, voire même de la diarrhée.

L'apocynum cannabinum n'aurait pas d'action cumulative.

Les indications de l'emploi thérapeutique de l'apocynum seraient à peu près les mêmes que pour la digitale. Suivant M. Pawinski, l'apocyn est indiqué chaque fois qu'il s'agit de stimuler et de régulariser l'action du cœur et d'augmenter la diurèse, notamment dans les lésions valvulaires, à la période de décompensation et dans les affections du myocarde. Il serait d'un moindre effet dans les affections rénales et ne paraît exercer aucune influence dans les névroses cardiaques.

M. A. Robin. — Je me suis bien trouvé de l'apocynum cannabinum, en qualité d'adjuvant de la théobromine, chez une jeune fille atteinte d'insuffisance mitrale avec œdème généralisé. La théobromine a bien réussi ici contre les phénomènes hydropiques, mais, pour éviter l'accoutumance de la malade à ce médicament, dont on devait faire un usage prolongé, je l'ai administré d'une façon intermittente. En donnant à la malade, dans les intervalles, de l'extrait fluide d'apocyn à la dose de XXX gouttes, répétées trois fois par jour, j'ai pu, chaque fois, maintenir la diurèse à un taux suffisant jusqu'à la prochaine reprise de la médication théobromique.

Dans les autres cas où j'ai eu l'occasion de l'essayer, l'apocynum cannabinum ne m'a pas donné de résultats appréciables.

Discussion sur le régime alimentaire des hépatiques

M. A. Robin. — Le rapport de M. Linossier (voir *Bulletin médical*, 1904, n° 17, p. 196) est un travail de tous points remarquable qui a, pour nous, le grand avantage de représenter exactement l'état présent de l'opinion doctrinale française, relativement à la diététique hépatique. Mais, pour mon compte personnel, j'ai des idées diamétralement opposées à celles qui ont été si brillamment soutenues par votre rapporteur.

M. Linossier nous a fait l'aveu de l'impuissance des théories actuellement enseignées à établir un guide thérapeutique sûr. Je prétends, qu'au contraire, les bases du traitement diététique des maladies du foie sont très nettement établies, pour ceux qui veulent bien se tenir en dehors des questions d'école et de doctrine, et qui se contentent d'utiliser les renseignements fournis par la détermination des troubles fonctionnels observés dans les maladies du foie.

Si l'on s'en tient à l'examen clinique du malade — mais à la condition de faire cet examen d'une manière complète, et, par conséquent, de suivre l'état des échanges nutritifs, qui seuls peuvent nous donner la situation fonctionnelle du sujet — la question s'éclairera de façon surprenante. En effet, au point de vue pratique, pour l'exécution de notre rôle vis-à-vis du malade, toute la pathologie hépatique se résume dans les deux faits suivants, faciles à déterminer, quoi qu'en pense notre éminent rapporteur : *le foie est en hyperactivité* (cirrhose hypertrophique et états dyspeptiques ou nutritifs divers), ou bien, au contraire, *le foie est insuffisant*. Il n'en faut pas plus pour nous fixer sur le régime à prescrire et sur la médication à employer, car ces troubles ne sont pas toujours dépendants de la nature même de la lésion anatomique, si lésion il y a.

Voici des années que j'ai démontré, par des faits nombreux, frappants pour qui veut voir, que nous avions d'excellents moyens pour mesurer l'activité hépatique. Ces moyens constituent des syndromes, dont l'un des éléments est le rapport du soufre complètement oxydé au soufre total de l'urine, rapport que j'appelle coefficient de l'activité hépatique. Un foie qui travaille normalement, oxyde, à l'état de sulfates, le soufre de l'albumine dans la proportion de 88 à 90 % du soufre total éliminé, et, sans entrer dans plus de détails, on aura déjà une notion sur l'état fonctionnel du foie, en recherchant la valeur de ce coefficient. Toutes les fois où le coefficient baissera au-dessous de ce chiffre, il est fort probable que l'activité hépatique diminue, et, au contraire, quand le soufre urinaire sera presque tout entier à l'état de sulfates, c'est-à-dire quand le coefficient exprimera plus de 90 % en soufre complètement oxydé (sulfates), il y a de grandes chances pour que le foie travaille trop.

Connaître le taux de l'activité hépatique est une chose capitale en l'espèce, attendu que cela nous permet de savoir ce que nous faisons, en autorisant ou en interdisant les aliments ou médicaments qui peuvent exciter ou diminuer l'activité hépatique, leur action étant elle-même jugée par les effets produits aussi bien que par les changements déterminés par eux sur les échanges. Et, pour nous en tenir à la question régime, nous pouvons ainsi savoir que le meilleur moyen de diminuer fortement l'activité du foie, c'est de donner du lait, tandis que l'usage des graisses, des féculents et des azotés, sous forme d'œufs ou de viande, excite à des degrés divers l'activité du foie. Cela nous permet de juger en connaissance de cause la valeur du système diététique qui possède aujourd'hui la faveur du plus grand nombre des médecins et qui est qualifié de classique.

Il ressort de ces données que le genre de maladie importe beaucoup moins que la connaissance de la fonction hépatique, comme le confirme absolument la pratique journalière. Le régime lacté absolu, que tant d'auteurs français préconisent indistinctement et sans se préoccuper de l'état fonctionnel, dans l'ictère catarrhal, dans la lithiase biliaire et dans les cirrhoses, se montre très nuisible dans un très grand nombre de cas, c'est-à-dire toutes les fois où l'insuffisance fonctionnelle existe, parce que le lait a pour principal effet de diminuer l'activité du foie.

Remarquez que j'ai, comme tout le monde, accepté jadis l'origine microbienne et toxinique des maladies des voies biliaires, mais j'ai dû reconnaître que les traitements fondés sur cette notion échouaient misérablement et, après avoir prescrit, comme tous mes confrères, le régime lacté absolu à tous mes malades indistinctement, j'ai dû renoncer à cette pratique et reconnaître que certains sujets étaient incapables de le supporter et voyaient leur état s'aggraver.

Prenons, par exemple, l'*ictère catarrhal simple* ; mettons un malade au lait et laissons un deuxième sujet à un régime mixte léger, où dominent les végétaux, et dosé suivant l'appétit du sujet. A quantité égale d'aliments, c'est le second qui guérira le plus vite, tandis que le premier verra souvent son état se compliquer de divers malaises, dus à des fermentations gastriques anormales et à une insuffisance hépatique aggravée par le régime lacté.

Pour la cirrhose, j'ai passé par la même école ; mais l'expérience n'a pas tardé à me démontrer que les *cirrhoses hypertrophiques*, c'est-à-dire celles où l'activité hépatique était augmentée, sont les seules qui peuvent s'accommoder du régime lacté. Tout au contraire, les *cirrhoses atrophiques*, caractérisées par de l'insuffisance, supportent moins bien le lait, de sorte que j'ai dû le proscrire dans la plupart de ces cas, à moins que l'état de l'estomac ne soit tel qu'il lui soit impossible de supporter une autre alimentation ; alors seulement on est obligé d'accepter le lait comme pis aller et momentanément, jusqu'à ce que l'on puisse revenir à une alimentation plus variée et stimulante.

L'étude de la *lithiase biliaire* est tout aussi instructive ; examinez un malade qui vient d'avoir une crise de coliques hépatiques ; vous le trouverez fréquemment sujet à de petites crises d'acholie ou, tout au moins, d'hypocholie. Il est donc en état d'insuffisance, et c'est à ce malade que vous allez prescrire du lait, quand cet aliment a pour qualité principale d'être le meilleur agent de diminution de l'activité hépatique ! Cela me paraît tout à fait illogique. Ce serait exagérer encore la tendance morbide, et

il faut, tout au contraire, lutter contre cette insuffisance hépatique, consécutive au passage du calcul, et rétablir ainsi le fonctionnement du foie, par un régime substantiel, quoique mesuré, capable d'exciter l'organe.

(*A suivre.*) V. de H.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars

A propos d'entérite muco-membraneuse

A propos de la communication de M. Soupault, dans la dernière séance, sur l'entérite muco-membraneuse, **M. Le Gendre** insiste sur la prédominance de l'influence du système nerveux dans le syndrome « entérite muco-membraneuse » et, par suite, sur la grande utilité du traitement psychopathique, sans, pour cela, négliger le traitement approprié aux divers symptômes.

M. Linossier dit qu'on a rattaché l'entérite muco-membraneuse à la dilatation d'estomac, puis aux ptoses, puis à la constipation, puis à la déséquilibration nerveuse, en attendant qu'on la rattache peut-être à la cholémie familiale, pour peu qu'on trouve un léger degré d'ictère. Ce changement d'étiquette n'a rien de bien grave et il plaît plutôt aux malades, mais il entraîne des changements de traitement qui sont chose plus sérieuse. La vérité est qu'il s'agit d'un état complexe ne se rattachant pas plus spécialement à une cause qu'à une autre et qui demande, comme traitement, qu'on s'attaque au malaise prédominant au moment où on observe.

M. Barth, tout en admettant la mise en jeu de plusieurs causes, pense cependant, avec M. Le Gendre, que l'élément nerveux domine tous les autres. Ces malades sont des déséquilibrés du système nerveux. C'est de ce côté qu'il faut surtout chercher et c'est, comme l'a dit M. Le Gendre, le traitement psychopathique qui est le plus important.

Sur les modifications du processus d'ossification épiphysaire en rapport avec la castration

M. G. Variot. — A l'occasion des communications de nos collègues, MM. Widal et Launois, je crois utile de rappeler sommairement une série de faits qui établissent que la suractivité anormale du processus d'ossification épiphysaire est une des manifestations à peu près constantes de la dystrophie orchidienne.

Au mois de novembre 1903, j'ai revu un cryptorchide, âgé de quinze ans environ, que j'avais déjà observé en 1901, et dont j'ai relaté l'histoire dans les Bulletins de la Société de pédiatrie. Chez ce garçon affecté de cryptorchidie abdominale, on remarque déjà un allongement un peu anormal des membres inférieurs et supérieurs; il doit être classé dans la catégorie des *macroskèles* de Manouvrier; je n'ai malheureusement pas pris de mensurations précises.

Mais l'influence de la suppression des testicules sur le développement du squelette a été étudiée d'une manière tout à fait rigoureuse par M. Pittard, privat-docent à l'Université de Genève, dans son travail fort intéressant sur les « Skoptzy » (1). Les Skoptzy constituent une secte religieuse vivant en Roumanie, et confinée surtout dans la Dobrodia. « Pour eux, le rapprochement sexuel est un péché; les organes de la génération sont donc des objets d'horreur, il faut les faire disparaître: ils les mutilent en tout ou en partie... L'opération, qui consiste à enlever la verge, le scrotum et les testicules, se fait en un temps ou en deux. Elle laisse, suivant les cas, une cicatrice commune, ou deux cicatrices séparées par un lambeau de peau saine. » On mutile aussi les femmes en leur coupant les mamelons, le clitoris.

Les Skoptzy ont des mœurs assez douces, « mais ils essayent d'obtenir la castration par tous les moyens: citations de la Bible, prêts d'argent à des nécessiteux avec obligation, en cas de non paiement, d'entrer dans la secte; achats d'enfants sous la couverture de contrats de louage ou d'apprentissage, raccolage moyennant paiement, etc. » Il y a beaucoup de Skoptzy dans les grandes villes de Roumanie, à Bucarest et à Jassy; ils y exercent volontiers la profession de cocher.

Cette secte religieuse compte un grand nombre d'eunuques; M. Pittard avait donc un champ d'observation tout à fait unique pour étudier analytiquement sur le vivant les modifications du squelette sous l'influence de la castration. Il l'a fait en se servant de la méthode anthropométrique très exacte, créée par MM. A. Bertillon et Manouvrier; il a pu prendre des mensurations sur trente castrats, qu'il divise en deux groupes, les *poilus* et les *glabres*; comme M. Pittard n'a pu voir les organes génitaux de ces hommes, il est plus sûr de classer seulement comme eunuques, vrais et complets, les *glabres*, au nombre de vingt.

Sans entrer dans le détail des mensurations, nombreuses et précises de l'auteur, il me suffira de rappeler que la longueur des membres inférieurs de ces eunuques serait, relativement à la taille, de 6 à 8 centimètres plus grande qu'elle ne devrait être, d'après les tables dressées par M. Manouvrier.

L'allongement porte à peu près dans les mêmes proportions sur les membres supérieurs.

Coexistant avec cette longueur anormale des membres, les diamètres du crâne sont réduits dans tous les sens. Les Stroptzy auraient un petit crâne et, par suite, un petit cerveau. Ces observations sur l'arrêt de développement du système nerveux confirmeraient les conclusions des expériences de Huschke sur les animaux castrés.

Le beau travail de M. Pittard lui a permis de généraliser, sur un groupe d'individus, les constatations antérieures de Lortet (1) sur le squelette d'un eunuque rapporté d'Egypte.

Les remarques des zootechniciens se trouvent ainsi corroborées. « Le taureau toujours plus bas sur les jambes que le bœuf de sa race, a surtout les membres antérieurs plus élevés; tandis que c'est l'allongement des membres postérieurs qui, chez le bœuf, redresse la ligne du dos, généralement descendante chez le taureau. »

C'est à l'anthropométrie, méthode toute moderne, que nous devons de pouvoir analyser, avec plus de précision que par le passé, les modifications du squelette liées à la déficience de la sécrétion testiculaire. Non seulement on peut ainsi mesurer le degré d'intensité de la suractivité du processus ossifiant dans les épiphyses, mais on reconnaît en même temps que le développement du crâne est, en général, entravé.

Au XVIII[e] siècle, Buffon avait remarqué déjà que chez les cerfs qui avaient subi la castration la pousse annuelle du bois était supprimée. Le bois des cerfs est constitué par une substance osseuse très vasculaire dont la trame est formée par de l'osséine, comme l'ont démontré Ch. Robin et Herrmann.

En somme, la dystrophie orchidienne chez les cryptorchides abdominaux aussi bien que chez les eunuques qui ont été castrés dans le jeune âge, s'exerce donc sur tout l'organisme, mais les manifestations de la déficience de la sécrétion testiculaire sont prédominantes sur le squelette et le système nerveux.

On a tenté récemment de localiser dans des cellules distinctes des spermatoblastes, cette sécrétion qui a une action trophique si importante sur tout l'organisme. Dès 1892, en nous appuyant sur tout un ensemble d'observations anatomiques et cliniques, nous avons tenté, avec M. Bezançon, de distinguer la sécrétion testiculaire proprement dite de la spermatogenèse (2).

Epileptique traitée par l'hypochloruration instituée au cours d'une bromuration

M. Toulouse, à l'appui de ses communications sur la nouvelle méthode de traitement de l'épilepsie qu'il a imaginée avec M. Charles Richet, présente à la Société — à titre d'exemple exceptionnellement heureux — une femme de quarante-cinq ans. Elle était atteinte d'épilepsie depuis l'âge de onze ans et prenait, depuis plusieurs années, 2 gr. de

(1) Les Skoptzy, par M. Eugène Pittard. (*Bull. de la Soc. des sciences de Bucarest*, 1903.)

(1) Allongement des membres inférieurs dû à la castration (*Arch. d'anthropologie criminelle*, Lyon).

(2) Indépendance de la spermatogénèse et de la sécrétion testiculaire, par MM. G. Variot et P. Bezançon (*Bull. de la Soc. d'anthropologie*, 1892).

bromure, lorsque M. Toulouse la mit, le 3 mars 1900, au régime hypochloruré en continuant la même dose quotidienne de bromure. Un vertige se montra le premier jour du régime. Depuis cette époque, soit depuis quatre ans, la malade, qui avait eu, l'année précédente, 138 accès, n'a plus présenté aucun accident épileptique, ni crise convulsive, ni vertige.

M. Toulouse se sert de ce cas pour donner des indications pratiques sur la manière de relever progressivement, dans les cas favorables du même genre, les quantités de sel alimentaire, et, au contraire, d'abaisser les doses de bromure à mesure que l'amélioration se maintient.

Aphasie hystérique

M. Antony. — Ainsi que je l'avais prévu en présentant ce malade à la séance du 26 février (*Bulletin médical*, 1904, nº 16), il a recouvré la parole, le 8 mars dernier; l'agraphie et la cécité littérale ont disparu le lendemain.

Vous pouvez constater actuellement que la prononciation est encore gênée.

Cette difficulté est due à la persistance de la contracture de la langue. Le malade ne peut encore la faire sortir de la bouche.

Il persiste encore de l'hémi-anesthésie du côté gauche, mais qui tend chaque jour à diminuer sous l'influence de la rééducation. Les progrès ont été continus mais relativement lents.

Lymphadénome du médiastin antérieur avec pleurésie lymphocytique

M. L. Boidin. — Il s'agit, dans ce cas, observé dans le service de M. Chauffard, d'un gros lymphadénome rétro-sternal typique, ayant envahi la plèvre droite sous forme de tous petits nodules jaunâtres, que le microscope montre constitués par un réticulum renfermant des lymphocytes. Ces petits lymphadénomes sont tout à fait superficiels et on voit, sous les coupes, les lymphocytes tomber, pour ainsi dire, dans la cavité séreuse.

Cliniquement, la malade s'était présentée avec un syndrome basedowien et un épanchement pleural droit. L'examen cytologique ayant démontré une lymphocytose presque pure, avait fait porter, au début, le diagnostic de pleuro-tuberculeuse primitive évoluant parallèlement à un goître exophtalmique. Mais l'évolution de la maladie rectifia ce diagnostic et fit porter celui de tumeur médiastine.

L'examen anatomique permet d'interpréter cette lymphocytose pleurale, en montrant qu'elle est là, non pas fonction de réaction, mais fonction d'envahissement de la plèvre par une tumeur lymphocytique. Ce cas est semblable, à l'élément anatomique près, à ceux de tumeurs pleuro-pulmonaires, dans lesquels on a trouvé des cellules sarcomateuses ou épithéliales dans l'épanchement pleural.

Appendicite et hystérie

A propos de la communication, à la dernière séance, de M. Galliard, relative à une « fièvre hectique jugulée, chez une tuberculeuse, par l'ablation de l'appendice. » M. **Barth** dit qu'il a eu cette malade dans son service avant qu'elle fît séjour chez M. Galliard, et qu'il a observé, dans cette première phase de la maladie, à peu près tout ce qui se passe dans la phase suivante, celle qui a fait, précisément, l'objet de la communication de son collègue.

La température, notamment, resta pendant six mois aux alentours de 39°, 40° et cela sans altération de l'état général, sans amaigrissement, si bien qu'un beau jour la malade demanda à reprendre son service d'infirmière, ce à quoi M. Barth s'opposa parce qu'elle était tuberbuleuse et, de plus, hystérique de longue date.

Pour M. Barth, on n'est pas autorisé à rattacher, chez cette jeune femme, les oscillations extraordinaires de sa température à ce qu'elle pouvait présenter du côté de l'appendice. L'opération paraît avoir amené la guérison ; la fièvre a disparu, mais elle est de nature hystérique et pas hectique. Très probablement aussi, il s'agit d'une guérison par suggestion et il est vraisemblable que tout recommencera. « Si j'insiste sur ce fait, ajoute M. Barth, c'est qu'il est dangereux, à mon avis, de donner à croire au public médical que des lésions appendiculaires insignifiantes, aussi insignifiantes que celles rencontrées chez la malade dont il s'agit, peuvent entraîner des conséquences aussi graves et provoquer des températures aussi extraordinaires comme degré et oscillations. Même pratiquée à froid, l'opération de l'appendicite peut, en somme, entraîner la mort. Donc, il ne faut pas y pousser les malades sans raisons très sérieuses. »

M. Galliard dit qu'il a mis un point d'interrogation derrière son observation, qu'il suivra la malade attentivement, et que si les prévisions de M. Barth se réalisent, il s'empressera d'en informer la Société.

M. Merklen observe que la question de la fièvre des tuberculeux est extrêmement difficile. Parfois, avec des lésions insignifiantes ou même disparues, on trouve des températures très élevées et persistantes. On dirait qu'il y a, chez les tuberculeux, une véritable déséquilibration des centres thermiques et que, en raison de cette déséquilibration, ces centres entrent parfois en jeu pour des causes insignifiantes.

M. Barth partage cette manière de voir.

M. Hayem, comme suite à ses communications antérieures de juillet 1895, décrit les lésions microscopiques principales de la gastrite subaiguë.

J. J.

THÉRAPEUTIQUE

Observations sur la santhéose (théobromine française) et son action dans la maladie de Basedow

Le Dr H. Huchard a démontré péremptoirement dans son livre (*Les Consultations médicales*), l'excellence de la théobromine — alcaloïde du cacao — au point de vue de son action diurétique, qui la met bien au-dessus de la digitale et de la digitaline. Cette action est infiniment meilleure, plus longue, plus certaine, mieux connue, sans présenter aucun des dangers que l'on a à craindre dans l'emploi des préparations de digitale. Seulement, et M. Huchard insiste beaucoup sur ce point (en cela je suis pleinement de son avis), il faut se méfier de certaines théobromines qui occasionnent des nausées, des vertiges, même des anesthésies locales passagères. Et, pour éviter ces déceptions thérapeutiques, ces mécomptes souvent dangereux pour le malade, il recommande de s'adresser à une préparation présentant toutes les garanties possibles, après avoir demandé au microscope et à l'analyse chimique des témoignages de certitude indéniable. Cette préparation est la théobromine française (commercialement désignée sous le nom de *santhéose*). Comme M. Huchard, c'est à elle que j'ai donné la préférence, et c'est avec elle que j'ai obtenu, nombre de fois, des résultats certains et probants.

Rappelons pour mémoire que, pour répondre à la multiplicité de ses indications, la santhéose se présente sous trois formes : phosphatée, caféinée et lithinée.

La *santhéose phosphatée* m'a donné des résultats complets et indiscutables dans plusieurs cas de diabète insipide et de phosphaturie, ainsi que chez quinze malades atteints de neurasthénie avec ou sans complications viscérales. Chez tous ceux qui furent soumis à ce régime, j'ai pu constater, après cinq ou six jours de traitement, une amélioration très marquée, tant du muscle cardiaque que du système cardio-vasculaire. Les phénomènes de tachycardie se sont rapidement amendés — bien qu'on ait cru jusqu'ici que la théobromine n'avait aucune action sur le muscle cardiaque — la diurèse rénale s'établissait longuement et sans interruption, alors que d'autres diurétiques n'avaient jamais amendé l'état en question. Chez les diabétiques, la diminution de la glycose dans les urines a été remarquable; on obtenait une diminution à la suite de l'ingestion de santhéose phosphatée pendant dix à vingt-cinq jours; chez ces mêmes diabétiques, disparition rapide des phénomènes démangeaison et exfoliation. Chez l'un de mes malades (homme de quarante cinq ans, avec affaiblissement très marqué des fonctions génitales), relèvement complet de l'organisme et rétablissement des dites fonctions après trente-cinq jours de traitement.

Chez des arthritiques nerveux, ayant souvent des névralgies sciatiques, des névralgies de la face, l'amélioration, puis la cessation des accès ont été obtenues en quinze jours par suite de l'administration simultanée de santhéose phosphatée et de santhéose caféinée.

Suivant l'âge, ou plutôt suivant les idiosyncrasies particulières, il faut donner, par jour, de 2 à 4 cachets en les espaçant, c'est-à-dire en les administrant au moment des repas. Quand il s'agit d'associer la santhéose phosphatée avec la

santhéose caféinée, je donne un cachet de caféinée et deux de phosphatée par jour, pendant dix-huit jours au moins.

L'amélioration des douleurs sciatiques a lieu à la suite de l'absorption de deux cachets de santhéose caféinée et d'un cachet de santhéose phosphatée ou lithinée, suivant la diathèse, généralement pendant quatre ou cinq jours.

Mais ce que je tiens surtout à indiquer, c'est le traitement nouveau de la maladie de Basedow par la *santhéose lithinée* ou la *santhéose caféinée* donnée à la dose de un cachet par jour.

J'ai obtenu une guérison complète en n'ordonnant que la santhéose lithinée. La disparition progressive de tous les accidents de cette névrose, chez trois malades, au bout d'un mois de traitement, m'a incité à l'appliquer dans d'autres cas et à indiquer à mes confrères cette nouvelle médication du goitre exophtalmique, qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été signalée.

Une malade, surtout, présentait, au suprême degré, tous les caractères de la maladie de Graves; rien n'y manquait, pas même une dyspnée intense. La malade avait essayé sans succès appréciable tous les traitements possibles quand elle vint me consulter. Je lui ai ordonné la santhéose lithinée (un cachet par jour, pendant un mois), et j'ai été très agréablement surpris de constater la disparition presque complète de tous les symptômes. Par prudence j'ai fait continuer le traitement quinze jours encore après un repos de ce même laps de temps. Il n'y a pas eu récidive. Je serais heureux que l'expérience fut continuée par d'autres que par moi, car il serait intéressant d'enregistrer les résultats.

Je rappelle avec Patein et Huchard que trois caractères physiques prouvent si la théobromine est pure : 1° aspect général et caractéristique des cristaux; 2° constance du point de fusion; 3° solubilité dans un liquide alcalinisé. J'insiste, car avec certaines théobromines du commerce, il est permis de rester sur la méfiance.

Pas de toxicité, pas de troubles cardiaques ou viscéraux consécutifs à son ingestion, action parfaitement définie, toujours semblable, et régulatrice des grandes fonctions; voilà en quoi la *santhéose* constitue, pour la thérapeutique, un précieux et fidèle agent.

Dr François RASPAIL.
Lauréat de la Faculté de Paris.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Salle, à l'hôp. mil. de Nancy.
M. Liron, au 24e d'inf.
M. Bonnet, au 92e d'inf.
M. Petit, à l'hôp. mil. de Toulouse.
M. Medioux, au 144e d'inf.
M. Vogelin, à l'hôp. milit. Bégin à Saint-Mandé.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Bourdin, au 5e d'art.
M. Notin, au 130e d'inf.
M. Thirion, au 162e d'inf.
M. Gury, au 60e d'inf.
M. Pequot, au 4e zouaves.
M. Papon, au 9e d'art.
M. Cuvier, au 7e bat. d'art. à pied.
M. Lespinasse, au 37e d'art. et dét. à la dir. d'art. de Bourges.
M. Arnould, au 157e d'inf.
M. de Viville, au 145e d'inf.
M. Rouchaud, au 3e esc. du train.
M. Couturier, à la dir. du serv. de santé du 8e corps.
M. Mignon, au 4e cuirassiers.
M. Blum, au 8e esc. du train.
M. Duron, au 21e chass. à pied.
M. Cadet, au 8e chass. à cheval.
M. Larrieu, au 14e dragons.
M. Visbecq, au 19e esc. du train.
M. Derrie, au 11e d'art. à pied.
M. Matignon, aux sap.-pompiers de Paris.
M. Mathieu, au 5e chass. à cheval.
M. Binet, batt. à cheval du 13e d'art.
M. Labergue, au 88e d'inf.
M. Palet, maintenu au 96e d'inf.
M. Bar, au 75e d'inf.
M. Petges, au 14e d'art.
M. Delahaye, à l'école d'appl. de cav. de Saumur.
M. Paloque, au 100e d'inf.
M. Jacquemin, au 13e hussards.
M. Le Bihan, au 47e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

M. Drevet, au 4e tirail. algériens.
M. Vincent, au 44e d'inf.
M. Dupuy, au 149e d'inf.
M. Bobard, au 36e d'inf.
M. Poirée, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.
M. Saint-Martin, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie.

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

M. Doché, au 144e d'inf.
M. Ribaut, au 154e d'inf.
M. Beyne, au 137e d'inf.
M. Peloquin, au 3e cuirassiers.
M. Dreyfus, au 15e chass. à cheval.
M. Laurent, au 11e hussards.
M. Berge, au 114e d'inf.
M. Boneller, au 5e chass. à pied.
M. Millet, au 3e génie.
M. Delpy, au 26e dragons.
M. Etienne, au 17e chass. à pied.
M. Chambelland, au 13e dragons.
M. Gobinot, au 85e d'inf.
M. Varatges, au 152e d'inf.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Afrique occidentale

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Simon, en résidence libre.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Bresson, au 6e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :

M. Patterson, au 4e d'inf.
M. Gallier, au 1er d'inf.

Au Chari

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :

M. Bertholet, au 3e d'art.

En Indo-Chine,

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Perrot, au 2e d'inf.
M. Erdinger, au 4e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :

M. Le Gorgeu, au 2e d'inf.

A la brigade de réserve de Chine au Tonkin,

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Brachet, au 3e d'inf.

A Madagascar

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Battarel, au 21e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :

M. Carmouze, au 3e d'inf.
M. Noël, au 2e d'art.

A la Guyane.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Pinel, au 22e d'inf.

Les méd. aides maj. de 1re cl. stag. :

M. Morin, au 5e d'inf.
M. Cazanove, au 3e d'inf.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Hauer, au 8e d'inf. à Toulon.
M. Durand, au 2e d'inf. à Brest.
M. Pineau, au 3e d'art. à Toulon.
M. Martine, au 5e d'inf. à Cherbourg.

Les méd.-majors de 2e cl. :

M. Lefèvre, à la dir. du serv. de santé du corps d'armée des troupes col. à Paris.
MM. Vallet et Férand, au 3e d'inf. à Rochefort.
M. Ruelle, au 6e d'inf. à Brest.
M. Chaumanet, au 22e d'inf. à Hyères.
M. Le Strat, au 5e d'inf. à Cherbourg.
M. Thireau, au 4e d'inf. à Toulon.
M. de la Barrière, au 1er d'inf. à Cherbourg.
M. Le Groignec, au 2e d'inf. à Brest.

Les méd. aides maj. de 1re cl. :

M. Le Maout, au 3e d'art. à Toulon.
M. Le Strat, au 6e d'inf. à Brest.
M. Thibault, au 8e d'inf. à Toulon.
M. Bruas, au 4e d'inf. à Toulon.

Vient de paraître :

L'instinct d'amour, par le Dr Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne. 1 vol. in-16 de 288 pages : 3 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

L'hyperplasie fibreuse, d'origine inflammatoire, de la graisse sous rotulienne

Dans la pathologie du genou, les anomalies du tissu graisseux ont surtout figuré, jusqu'ici, comme causes du lipome arborescect (amenant la distension de la jointure par les masses adipeuses proliférées) et du lipome dit solitaire (de Kœnig). **M. A. Hoffa** (*Deuts. med. Woch.*, 3 et 10 mars 1904), professeur de chirurgie orthopédique à Berlin, décrit une troisième variété de ce genre d'affections liée également à une anomalie du tissu graisseux — l'hyperplasie fibreuse de la graisse située normalement sous le ligament rotulien. Cette forme morbide, qui paraît avoir été parfois confondue avec le lipome solitaire et dont un certain nombre de cas furent déjà publiés, n'est encore guère de connaissance vulgaire, bien qu'elle soit loin d'être rare. Dans son mémoire, l'auteur en relate sept observations typiques.

C'est sous l'influence d'un traumatisme du genou, qui n'a même pas besoin d'être violent (parfois il s'agit d'une traumatisation pour ainsi dire chronique, c'est-à-dire de petits traumatismes fréquemment répétés), que la graisse sous-rotulienne se trouve atteinte d'un processus d'hyperplasie phlegmasique. Elle forme alors, de chaque côté du ligament rotulien, des bourrelets épais et durs, simulant un lipome par leur aspect extérieur. L'examen histologique d'un fragment excisé de cette masse montre, cependant, qu'on a affaire, dans l'espèce, non pas à une prolifération de tissu graisseux normal, comme c'est le cas pour les lipomes, mais à une hyperplasie inflammatoire, la graisse se trouvant comme infiltrée par des éléments fibreux.

Il faut dire que cette anomalie peut reconnaître aussi pour cause un traumatisme interne ayant la jointure pour point de départ. C'est ainsi qu'elle se développe parfois à la suite de l'arrachement d'un cartilage intra-articulaire ou bien consécutivement à la présence de corps mobiles du genou.

Mais, quelle que soit l'origine de cette affection, c'est toujours le pincement des lobules graisseux hypertrophiés entre les extrémités articulaires qui est la cause des troubles amenant le malade à consulter le médecin.

Voici comment les choses se passent d'habitude :

Après un traumatisme quelconque du genou, tel que chute, heurt ou mouvement violent, de torsion de la jambe, le blessé éprouve une forte douleur au genou, sans que celui-ci accuse cependant un gonflement bien appréciable. D'autres fois il y a eu, à la suite de l'accident, un léger épanchement intra-articulaire, mais qui n'a pas tardé à disparaître. Le repos, les applications de glace, le massage amendent ces premiers troubles. Néanmoins, le malade continue à se sentir quelque peu gêné pendant la marche ; de temps à autre il ressent même de véritables douleurs, en particulier au bord interne de la jointure. On constate des troubles légers, mais toujours gênants, de la fonction du membre : un malade ne peut plus plier entièrement le genou, un autre est, au contraire, incapable de l'étendre d'une façon complète.

L'examen clinique révèle des signes objectifs pathognomoniques de l'affection dont il s'agit. On trouve d'abord une atrophie plus ou moins accusée du quadriceps fémoral, ainsi qu'une tuméfaction toute particulière de la jointure : elle siège, en effet, immédiatement au-dessous et de chaque côté du ligament rotulien, l'articulation elle-même étant absolument indemne. C'est un gonflement pseudo-fluctuant et qui soulève le ligament rotulien. Le cul-de-sac supérieur de l'article est libre ; il en est de même des culs-de-sac latéraux. Mais, explore-t-on les parties avoisinant la rotule, on sent aussitôt un gonflement de consistance pâteuse se laissant poursuivre jusqu'en-dessous du ligament rotulien. Il va de soi que, pour bien se rendre compte de ces altérations, la comparaison des deux genoux s'impose. A cet effet, on examine le malade debout, les membres inférieurs à nu, les genoux en hyperextension. On voit alors, très distinctement, une tuméfaction de chaque côté du ligament rotulien, au membre atteint. La jointure elle-même est indemne ; elle ne contient pas trace d'épanchement. La motilité du genou est le plus souvent normale. Pendant les mouvements du membre, la main, placée au niveau du genou, perçoit cependant de légers craquements qu'il n'est pas, d'ailleurs, difficile, pour un chirurgien expérimenté, de distinguer des craquements à la fois plus intenses et plus grossiers résultant de lésions des cartilages articulaires.

Tous ces signes sont si caractéristiques, dit M. Hoffa, qu'ils permettent d'établir le diagnostic avec une certitude presque absolue. Vu l'intégrité de l'articulation elle-même, le diagnostic différentiel n'est à faire qu'avec l'arrachement d'un ménisque cartilagineux et les corps mobiles articulaires.

C'est, généralement, chose facile. En effet, en cas d'arrachement du ménisque, on a le point douloureux caractéristique, parfois aussi une tuméfaction siégeant exactement dans l'interligne articulaire. Suppose-t-on un corps mobile, l'examen radiographique lèvera tous les doutes à ce sujet.

L'affection une fois reconnue, on essayera d'abord de combattre les troubles dont se plaint le malade par les révulsifs, les compresses humides, le massage, la compression au moyen d'une bande. Ces moyens ne suffisent-ils pas, il faut avoir recours à l'extirpation des masses adipeuses à travers une incision latérale pratiquée à la face interne de l'articulation. A peine aura-t-on ouvert la jointure, qu'on verra les lobules graisseux faire irruption au dehors, ce qui en facilitera singulièrement l'ablation. On opérera aseptiquement, évitant tout contact digital avec la plaie. Pratiquée de la sorte, l'opération est anodine en elle-même, sûre dans ses résultats. Les lobules graisseux ayant été extirpés, le malade se trouve délivré une fois pour toutes des troubles qu'il avait éprouvés auparavant. Tel fut le résultat opératoire dans les sept observations de l'auteur ; tel il a été également dans les cas opérés par d'autres chirurgiens.

En ce qui concerne le traitement post-opératoire, M. Hoffa conseille d'introduire dans la jointure, mais pour vingt-quatre heures seulement, une mèche de tarlatane stérilisée faisant office de drain. Les fils de suture sont enlevés au bout de huit à dix jours. Le malade doit aussitôt faire des mouvements actifs avec le membre opéré. Il se lève dix à quinze jours après l'opération. On lui prescrit alors la gymnastique et le massage. La guérison complète est obtenue en six à huit semaines.

L'insomnie cardiaque

D'après **M. L. Feilchenfeld** (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars 1904), il existerait une forme typique d'insomnie liée à l'insuffisance fonctionnelle du muscle cardiaque. Aussi, dans les affections valvulaires du cœur, n'observe-t-on cette insomnie que s'il survient de l'hyposystolie, tandis qu'on ne la rencontre pas à la période de compensation. Cette insomnie aurait ceci de particulier que, à l'encontre de ce qui se produit dans les troubles du sommeil chez les neurasthéniques, le malade, une fois couché, s'endort vite et profondément, mais, au bout d'une ou deux heures, il est réveillé en sursaut, ce réveil s'accompagnant de sensations angoissantes, d'oppression, de palpitations. Ensuite, pendant des heures, le malade se retourne dans son lit, pour ne s'endormir de nouveau que vers le matin.

Cette insomnie s'explique par certains facteurs mécaniques venant augmenter, pendant le décubitus prolongé, les troubles circulatoires dus à la défaillance cardiaque.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur a pu se convaincre de l'excellent effet, dans les cas dont il s'agit, de la digitale associée à la morphine, ces deux médicaments étant donnés à dose minime. Il suffirait de faire prendre au malade, le soir, au coucher, un mélange de 15 milligr. de poudre de digitale et de 25 milligr. de chlorhydrate de morphine pour le faire dormir toute la nuit d'un sommeil calme et réparateur.

V. DE H.

Vient de paraître :

La santé publique, législation sanitaire de la France, par H. Monod. 1 vol. in 8° de 371 pages. (Librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain, Paris.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôtel-Dieu de Lyon.*)

M. le prof. A PONCET

Rhumatisme articulaire tuberculeux

Ankylose ostéo-fibreuse, primitive, du coude droit. Ostéo-arthropathie chronique (carie sèche) de l'articulation de l'épaule gauche, le tout de nature tuberculeuse (1)

Je vous présente, Messieurs, une jeune fille qui est porteur d'une double affection articulaire, de caractères cliniques et anatomo-pathologiques très différents, et reconnaissant, cependant, une seule et même cause : le poison tuberculeux.

Ces lésions, si intéressantes dans leur dissemblance, soulèvent une grosse question doctrinale qui, vous le savez, sous le nom de rhumatisme tuberculeux, nous préoccupe depuis quelques années. C'est vraiment une bonne fortune de voir réunis sur un même sujet des accidents articulaires se rattachant, vous ai-je dit, à une cause unique, l'infection tuberculeuse, et réalisant deux de ses grandes modalités (2). Comme nous l'avons montré dans de nombreux travaux, à côté de la tuberculose que nous appelons spécifique en raison des produits tuberculeux bien définis qui, depuis Laënnec jusqu'à nos jours, lui ont créé des caractères spéciaux sur lesquels tout le monde s'accorde, anatomistes et cliniciens, il existe une tuberculose *simplement inflammatoire*.

Cette tuberculose inflammatoire, que nous a révélée la mise au jour du rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire, est loin d'être rare. Elle est appelée à prendre en pathologie, pensons-nous, une aussi grande place que son aînée, et ce n'est point une trop grande prétention que de supposer aux manifestations purement réactionnelles, inflammatoires de la bacillose, manifestations que j'appellerai volontiers *para-tuberculeuses*, un champ aussi vaste qu'à celui des manifestations inflammatoires de la syphilis par exemple, dont l'étude a été admirablement faite, dans ces dernières années sous le nom de lésions *para-syphilitiques*, par le professeur Fournier et son école.

Vous voyez, Messieurs, tout l'intérêt du problème que nous nous sommes proposés de résoudre, et vous ne vous étonnerez pas que, le cas échéant, j'utilise pour votre enseignement des malades comme celle que vous avez sous les yeux.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, Marie B..., qui est entrée, ces jours derniers, dans le service de mon collègue M. Rollet, pour la double lésion articulaire à laquelle j'ai déjà fait allusion. Elle vient, dit-elle, d'un petit village de la Haute-Savoie où depuis son enfance, elle vaque aux soins du ménage de sa famille. Nous ne trouvons, dans ses antécédents personnels ou héréditaires, aucune particularité qui mérite d'être signalée. Elle a eu onze frères ou sœurs, dont huit encore vivants sont très bien portants, et nous n'avons aucune raison pour incriminer la tuberculose dans cette nombreuse famille.

Elle a été réglée à l'âge de quatorze ans. C'est à quinze ans que commence son histoire pathologique. Elle s'aperçut alors que son coude droit, sans qu'un traumatisme, sans qu'une cause appréciable quelconque fut intervenue, s'enraidissait, mais, comme elle ne souffrait pas, « elle n'y prit, dit-elle, pas garde. » Elle consulta, cependant, sur ces entrefaites, un médecin qui fit appliquer plusieurs vésicatoires sur l'articulation malade. Elle continuait de se servir de son coude à peu près comme par le passé. Ce n'est qu'au bout de huit ou dix mois que, quelques douleurs étant survenues dans les mouvements, elle se rendit à Genève pour se mettre entre les mains d'un rhabilleur. Mal lui en prit, car cet empirique fléchit brusquement l'articulation déjà très enraidie (« il lui cassa le coude » suivant son expression) et la plaça en position vicieuse (presque dans l'extension), dans une sorte d'appareil plâtré qu'elle garda durant trois mois. Ce temps écoulé, elle retourna auprès du même rebouteur. Il se contenta alors de changer l'appareil, puis, sans d'autres manœuvres de redressement, dans l'espèce, cependant, bien justifiées, il immobilisa l'articulation dans une gouttière, qui resta en place pendant deux mois. La malade enleva elle-même cet appareil. Un médecin fit ensuite sur l'articulation, de plus en plus roide, quelques pointes de feu.

Depuis lors, c'est-à-dire de seize à dix-neuf ans, l'articulation du coude droit ne fut l'objet d'aucun soin. Elle était un peu douloureuse dans les mouvements, sans toutefois empêcher la malade de se servir du membre supérieur correspondant. Placée comme domestique, cette jeune fille était obligée de travailler; elle ne s'arrêta jamais, dit-elle, mais l'articulation s'enraidissait de plus en plus. Les mouvements ainsi progressivement limités finirent, dans la suite, par disparaître complètement, et aujourd'hui nous nous trouvons, Messieurs, en présence d'une ankylose complète et d'une synostose en apparence osseuse de l'articulation atteinte.

Marie B... est, dans son genre, non seulement un des plus beaux spécimens d'une arthrite sèche, plastique, ankylosante, d'une des grandes articulations du membre supérieur, mais aussi un des plus tristes exemples de position vicieuse à la suite d'un traitement malencontreux. Comme vous le voyez, l'avant-bras et le bras droit forment une seule tige rigide. La flexion de l'avant-bras sur le bras est si peu prononcée que, au point de vue fonctionnel, le membre peut être considéré comme étant dans l'extension complète, et l'articulation, par cela même, dans l'impossibilité de rendre les services les plus usuels. C'est ainsi que cette jeune fille ne peut porter sa main droite, même au voisinage de la face, qu'elle ne peut s'en servir pour manger, pour se coiffer, etc. Toutefois, l'absence de douleur, la solidité de l'ankylose permettent certains grands mouvements, certains travaux professionnels pénibles, et vous vous rendrez bien compte des services qu'une telle articulation est capable de rendre lorsque vous apprendrez que notre ankylosée n'est pas venue du tout à l'hôpital pour son coude droit, mais pour des accidents articulaires en évolution de l'épaule gauche.

Lorsqu'on examine, Messieurs, le coude en question, on reconnaît tous les signes d'une ankylose complète. Cette synostose articulaire est-elle constituée par une soudure fibreuse ou osseuse?

Cette question, purement anatomique, a un intérêt très secondaire, car, dans les deux cas, le pronostic et le traitement restent les mêmes. D'après l'examen du squelette, qui se dessine d'autant mieux sous la peau qu'il existe à ce niveau une atrophie marquée des parties molles, il est certain, ainsi que l'affirme du reste la malade, et comme l'indique également la marche de l'affection, qu'à aucun moment il n'y a eu, dans cette articulation, d'accidents inflammatoires aigus, de fongosités tuberculeuses, d'abcès, etc.

Les extrémités articulaires sont normales, sans signes d'hyperostose, sans jetées osseuses apparentes, capsulaires ou périostiques, et, encore une fois, le

(1) Leçon recueillie par le Dr Thévenot, assistant de la clinique et revue par le professeur.

(2) Tuberculose : septicémique, rhumatismale, spécifique. Trilogie anatomique et clinique de l'infection bacillaire, par M. A. Poncet, in *Arch. intern. de chir.*, Gand 1903).

diagnostic d'arthrite sèche ankylosante s'impose.

Mais où le problème paraît devoir être plus embarrassant, c'est, Messieurs, lorsqu'on se demande quelle est la cause initiale, déterminante, de ces accidents articulaires dont l'évolution terminale est tout à fait celle de certaines arthrites infectieuses, d'arthrites blennorragiques par exemple, dont une variété, vous le savez, s'ankylose parfois envers et contre tout. Dans le cas présent, cette dernière cause doit être complètement écartée. Nous avons affaire à une jeune fille venant de la campagne, offrant tous les attributs extérieurs d'une bonne santé et ne présentant aucun signe d'une infection gonococcienne. Trouve-t-on, d'autre part, une infection quelconque susceptible de faire croire à un pseudo-rhumatisme mono-articulaire et de jeter quelque lueur sur la pathogénie de cette arthrite du coude?

L'observation, que je vous ai exposée en détail, ne nous donne, de prime abord, aucune indication et, *à priori*, il pourrait paraître très osé de faire de cette arthropathie une arthropathie d'origine tuberculeuse, chez un sujet très bien portant, indemne de toute tare tuberculeuse, passée ou présente, dans ses antécédents personnels et héréditaires.

Mais cette incertitude, cette obscurité tendent à disparaître lorsqu'on examine l'articulation de l'épaule gauche, articulation, comme je vous l'ai dit dès le début, atteinte de lésions inflammatoires chroniques, qui ont décidé notre malade à entrer à l'Hôtel-Dieu. Ici, Messieurs, nous trouvons encore tous les signes d'une ostéo-arthrite sèche de l'articulation scapulo-humérale, et, pour mieux la définir d'emblée à vos yeux, dans sa pathogénie, d'une *carie sèche de l'épaule*.

Le début de ces dernières lésions articulaires remonte à deux ans. Elles sont survenues lentement, progressivement, présentant dans leur symptomatologie, dans leur marche, plus d'une analogie, d'après le récit de la malade avec les accidents bien antérieurs du coude gauche. Douleur modérée, raideur croissante, tels ont été, là encore, les deux phénomènes dominants. Aujourd'hui, l'examen local ne laisse aucun doute sur la nature des accidents ostéo-articulaires.

On est frappé, tout d'abord, par une atrophie considérable du deltoïde et des muscles voisins. Le moignon de l'épaule n'existe plus; elle est en coup de hache avec saillie exagérée du squelette acromio-claviculaire, et le bras, accolé au tronc, n'exécute volontairement et indirectement que des mouvements très limités se passant entre l'omoplate et la cage thoracique. Ces mouvements, lorsqu'on les fait exécuter avec la main, sont douloureux et donnent lieu à de petits craquements intra-articulaires. Nulle part d'empâtement fongueux, de menace d'abcès, mais la pression, soit sur la tête humérale, soit au niveau de l'interligne articulaire en avant et en dehors, là où l'articulation est relativement à découvert, provoque une vive douleur.

Il s'agit bien, Messieurs, à n'en pas douter, sans entrer dans un exposé symptomatologique local plus complet, d'une carie sèche de l'épaule, de cette maladie indiquée, il y a quelque trente ans, par Virchow, et bien décrite peu de temps après par Volkmann et nombre d'autres auteurs.

Cette variété d'ostéo-arthropathie se rencontre plus particulièrement à l'épaule; mais, comme on pouvait le supposer *à priori*, elle peut frapper d'autres articulations. Nous l'avons, maintes fois, rencontrée à la hanche, au poignet, aux articulations vertébrales, etc. (1). Nous avons montré que le processus était le même dans ces diverses articulations que pour l'épaule, et que la carie sèche s'y rencontrait également de temps à autre. A ce propos, je vous ferai remarquer que la pathogénie de cette maladie articulaire est aujourd'hui hors de toute discussion : de telles arthropathies avec usure, destruction plus ou moins complète, plus ou moins étendue des extrémités articulaires, sont toujours, nous pouvons le dire, de nature tuberculeuse.

La clinique dès le début, puis l'expérimentation et les recherches bactériologiques témoignent d'une telle pathogénie.

Cette étiologie ne s'est, cependant, comme beaucoup d'autres réalités cliniques, établie qu'avec le temps. Il ne faut pas remonter très loin pour voir dénier à la carie articulaire de Volkmann le nom d'ostéite, d'arthropathie tuberculeuse et, si je rappelle ici ce point d'histoire, c'est que nous avons vu, Messieurs, les mêmes objections se produire, il y a peu de temps encore, contre le rhumatisme articulaire tuberculeux, qu'autrefois contre la maladie de Volkmann, malgré d'excellentes raisons cliniques qu'il invoquait pour en démontrer la nature bacillaire.

L'existence de cette dernière ostéo-arthrite tuberculeuse chez notre malade jette, vous le reconnaîtrez aisément, un jour tout particulier sur la nature de l'arthrite du coude qui s'est terminée par ankylose. En dehors de toute autre infection qu'une infection tuberculeuse que mettent en vedette les lésions de l'épaule gauche, nous sommes bien obligés d'invoquer cette dernière infection dans la première manifestation articulaire.

A l'appui de cette opinion, je vous rappellerai que le rhumatisme dit *vrai* (type Bouillaud), dans ses manifestations aiguës ou subaiguës, se termine par résolution et non par ankylose. J'ajouterai que ce mode de terminaison est si bien réservé aux pseudo rhumatismes, aux rhumatismes infectieux, mono ou poly-articulaire, que, en pareille occurence, on cherche toujours l'infection déterminante, et qu'à son défaut le clinicien déclare son ignorance au point de vue pathogénique plutôt que d'invoquer le vice rhumatismal.

Ces considérations, Messieurs, et beaucoup d'autres, qui ont été du reste maintes fois développées (1), imposent pour le coude le diagnostic d'une synovite plastique, fibreuse, aboutissant en fin de compte à l'ankylose. Mais là où cette synovite mérite de nous arrêter, c'est qu'elle n'a jamais eu les caractères anatomiques des arthrites auxquelles on réservait jusqu'à nous le nom d'arthrites tuberculeuses. Il n'y a eu, dans cette articulation frappée, ni tubercules miliaires ou autres, ni infiltration caséeuse, ni abcès froid, ni fongosités, etc., mais seulement des lésions irritatives, inflammatoires, telles que peuvent les produire toutes les infections, toutes les intoxications, et qui, dans le cas présent, relèvent des toxines tuberculeuses.

Nous avions donc bien raison, dès le début, de vous signaler l'importance de ce cas clinique, dans lequel une manifestation tuberculeuse avérée, et reconnue telle par tous, vient établir le diagnostic d'une autre manifestation articulaire que nous avons depuis longtemps déjà, contrairement à toutes les idees reçues, rattaché aussi à la tuberculose (2). Ce n'est pas, en effet, la première fois que nous rencontrons des faits de ce genre. MM. Bérard et

(1) A. Poncet. — In « Traité de chirurgie », tome II (Masson, Paris 1897).

(1) Rhumatisme tuberculeux. A. Poncet et M. Maillant (Œuvre médico-chirurgical du Dr Critzman (Paris 1903).

(2) Rhumatisme tuberculeux ankylosant (Th. de Levot, Lyon 1903). — A. Poncet : Rhumatisme tuberculeux ankylosant (Soc. med. des hôp. de Paris, 1903). — Spondylose rhizomélique d'origine tuberculeuse (Thèse de Montet, Lyon 1904).

Maillant ont publié des observations semblables d'ankyloses ostéo-fibreuses, osseuses, primitives, d'origine tuberculeuse, chez des tuberculeux précisément où ce diagnostic de tuberculose articulaire ne laissait aucun doute (1).

Un tel diagnostic comporte naturellement un pronostic lointain des plus réservé. Ces malades, en effet, malgré la bénignité relative des tuberculoses locales, sont des candidats de choix pour d'autres tuberculoses plus graves, viscérales et autres.

J'ai terminé, Messieurs, mais je tiens cependant à vous dire un mot du traitement de ces deux arthropathies en face desquelles nous nous trouvons.

Pour l'épaule, qui amène cette malade à l'Hôtel-Dieu, et alors, ainsi qu'en font foi de nombreuses cicatrices de la peau qui la recouvre, que dix vésicatoires ont été appliqués et que treize séances de cautérisation au fer rouge ont eu lieu, le seul traitement est la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus. Si, en effet, on ne recourt pas à ce mode d'intervention, cette arthrite tuberculeuse peut devenir plus virulente ou bien encore se terminer par ankylose comme l'articulation du coude. Je vous ferai cependant remarquer que ce mode de guérison est, pour cette dernière articulation, beaucoup plus aléatoire. La tuberculose y est, en effet, plus virulente sous la forme de carie sèche que dans l'arthrite plastique fibreuse d'emblée du coude. J'ajouterai même qu'en pareil cas il ne s'agit pas d'ankylose osseuse vraie, mais de synostose incomplète dans une articulation déformée et dans laquelle les accidents inflammatoires peuvent à la rigueur se réveiller. La résection de la tête humérale, en dehors de sa bénignité, me paraît donc indiquée. C'est une opération dont, chez des malades similaires, j'ai retiré de bons résultats, mais encore faut-il, au point de vue fonctionnel, ne pas perdre de vue de tels sujets quelques semaines, quelques mois après l'opération, mais bien diriger avec soin le traitement orthopédique consécutif.

Quant à l'ankylose du coude, dont cette malade paraît au surplus avoir fait le deuil, elle n'est justiciable que de deux interventions : une résection méthodique, avec espoir de donner tous les mouvements, et un redressement violent, mais non brutal, sous anesthésie. C'est à cette dernière opération, à une arthroclasie manuelle mettant le coude dans une flexion voulue, c'est-à dire dans la meilleure position pour une ankylose nouvelle, que je donnerai la préférence. Dans ce dernier cas, la malade n'aura pas, il est vrai, de mouvements, mais elle aura un coude très solide, complètement guéri. Cette dernière opération comporte en plus un traitement de courte durée, et un pronostic immédiat des plus simples.

Une telle manière de faire, surtout en tenant compte aussi de la mentalité de cette jeune fille pour l'usage de son membre supérieur droit, a donc bien sa raison d'être, malgré les beaux succès qu'ont donnés, dans maintes circonstances, les résections orthopédiques pour ankyloses osseuses du coude (1).

(1) Rhumatisme tuberculeux (*Gaz. hebdom.*, 1900).

(1) M. Rollet a partagé l'opinion de M. Poncet quant à la préférence à donner, chez la malade, à l'arthroclasie sur la résection. Il a donc pratiqué chez elle, sous anesthésie, quelques jours après son entrée, le redressement manuel forcé du coude ankylosé dans une position vicieuse.

Il a pu, en même temps, se rendre compte qu'il s'agissait bien d'une ankylose ostéo fibreuse, tout à fait assimilable à semblable arthrite ankylosante d'origine blennorragique. Le coude fléchi a été maintenu dans une bonne position par un bandage. Marie B... quittait l'Hôtel-Dieu peu de temps après. Elle avait refusé toute intervention chirurgicale pour son épaule gauche.

GYNECOLOGIE

Un ovaire malade peut-il, par sa présence même (l'autre ovaire étant sain), entraîner la stérilité?

Par Mme le Dr P. Boyer

On sait en quoi consistent les phénomènes connus sous le nom de synergies pathologiques : lorsque, de deux organes symétriques à fonctionnement homogène, l'un est atteint de quelque maladie qui altère plus ou moins gravement sa fonction, l'autre accuse des influences morbides similaires.

Un chapitre considérable de la pathologie de l'œil est consacré aux ophtalmies sympathiques. Certaines maladies du rein présentent des accidents de même ordre, et, tout récemment encore, MM. Castaigne et Rathery ont publié une étude excellente sur les néphrites primitives unilatérales et les lésions consécutives de l'autre rein (*Semaine médicale*, 20 août 1902). En gynécologie aussi, le parallélisme de certaines affections est bien connu. La salpingite d'un côté peut devenir aisément et très vite salpingite double, soit que cette bilatéralité des lésions s'explique par cause directe (l'utérus propageant l'inflammation des deux côtés) — soit que l'ascendance et l'extension des lésions dépende plutôt de la richesse des anastomoses — soit, enfin, qu'il faille incriminer seulement l'exagération de vulnérabilité d'un organe demeuré seul pour suffire à une fonction à laquelle son homologue ne prend plus aucune part; et c'est pourquoi Lawson Tait et, avec lui, beaucoup des gynécologues de l'heure présente conseillent l'ablation des deux trompes, même alors que l'une des deux serait saine, celle-ci ne paraissant pas pouvoir échapper à la dégénérescence. Mais il semble qu'en gynécologie même la question des sympathies organiques n'ait pas été jusqu'ici étudiée avec l'attention qu'elle mérite : c'est ainsi que nulle part nous n'avons trouvé trace des faits, pourtant très dignes d'attention, qui sont l'objet de la présente note.

On reconnaît assez généralement qu'il existe trois ordres de causes gynécologiques de la stérilité chez la femme : les causes vulvo-vaginales (malformations des organes sexuels externes, vaginisme, etc.); les causes utérines (sténose, atrophie, déplacements); enfin, les causes tubo-ovariennes, celles-ci se ramenant toujours, suivant les auteurs, à des lésions bilatérales. Or, sans prétendre épuiser ici la pathogénie de la stérilité chez la femme, nous croyons qu'on a trop restreint le champ des causes tubo-ovariennes; souvent, en effet, et sans qu'il y ait bilatéralité apparente dans les lésions des annexes, la stérilité s'établit, — le tableau clinique étant le suivant : un seul des deux ovaires est malade (lésion scléro-kystique); l'utérus est sain; l'autre ovaire est indemne. Et pourtant, en dépit de cette immunité du second ovaire, la femme est stérile. Comment interpréter cette stérilité? Il semble légitime de penser que l'ovaire demeuré indemne est cependant dévié de sa fonction physiologique de glande à sécrétion interne : du fait même de l'état pathologique de l'ovaire malade, il est atteint d'une sorte de torpidité sympathique qui infirme sa sécrétion.

Mais on peut aller plus loin encore. Si certaines stérilités admettent pour cause l'influence morbide d'un ovaire malade sur le second ovaire encore indemne, il est permis de penser que tout obstacle à cette influence pourra contribuer à les guérir : si donc la femme atteinte d'une stérilité de cet ordre vient à être opérée de son ovaire malade, il n'est plus de raisons pour que le second ovaire, l'ovaire anatomiquement sain, subisse des influences dont la source même est détruite.

Libéré de cette symétrie dangereuse, l'ovaire sain doit recouvrer et son indépendance et l'intégrité de sa vigueur fonctionnelle : en d'autres termes, l'aptitude à la fécondation doit succéder à la stérilité.

En est-il bien ainsi dans la réalité des faits?

Les trois observations personnelles qu'on lira ci-dessous fournissent une réponse qui parait sans réplique. On verra, en effet, que ces trois observations se rapportent à trois cas de grossesse survenue après l'ablation d'annexes malades d'un seul côté et alors que, antérieurement à l'intervention chirurgicale, l'ovaire de l'autre côté se montrait inapte à accomplir sa fonction. On notera qu'en aucun des trois cas rapportés la stérilité ne peut s'expliquer par les causes habituellement invoquées : l'état général de ces malades était bon, les organes autres que les annexes d'un seul côté absolument sains.

Observation I. — Mme X..., âgée de trente ans, professeur libre. Réglée à treize ans. Règles douloureuses, surtout de dix-huit à vingt ans. Mariée à vingt et un ans; enceinte aussitôt après le mariage; accouchement normal, quoique très difficile; suites de couches normales. Un an plus tard, elle croit avoir fait une fausse couche, et, depuis, « elle ne se sent pas bien » : douleurs dans le bas ventre, surtout du côté gauche; pesanteur dans l'aine gauche; élancements. Désormais, règles avec léger retard, flueurs blanches. La malade subit différents traitements de métrite et de salpingo-oophorite : cautérisations, petits vésicatoires, bains. Elle ne se sent pas mieux et doit interrompre son travail à plusieurs reprises.

Je vois la malade pour la première fois en 1898. Etat général très satisfaisant. Estomac et intestin en bon état; de temps en temps un peu de gonflement, mais ni diarrhée, ni constipation; aucun trouble vésical. Mme X... est fort contrariée de se voir trop souvent obligée, par suite de ses douleurs trop vives dans le bas-ventre, d'interrompre son travail.

A l'examen par le toucher : vagin sain, utérus de volume normal et en antéversion, cul-de-sac droit absolument indemne. Dans le cul-de-sac gauche on sent une grosseur de consistance dure, immobile, et à contours limités. Toucher douloureux, surtout si on essaie de déplacer la grosseur. Diagnostic : salpingo-oophorite gauche. Traitement : irrigations chaudes, vaginales et rectales; grands bains et massage pelvien; columnisation à l'ichthyol. Après deux mois de traitement, un mieux réel est constaté : diminution notable de la grosseur dans sa zone périphérique, cessation des douleurs.

Malgré mes conseils d'éviter toute fatigue, la malade, se croyant guérie, ne se ménage pas assez. Elle se surmène et, en octobre 1900, à la suite d'un excès de travail, elle est prise à nouveau de douleurs dans le bas-ventre; obligée de garder le lit elle me fait appeler. A l'examen : annexes gauches augmentées de volume, empâtées; nouvelle poussée de pelvi-péritonite. Je conseille : repos au lit, chaleur intra et extra. Amélioration. Je préviens la malade que sa vie de fatigue n'est pas compatible avec sa lésion du ventre et, comme elle veut être débarrassée de son affection, je lui conseille de se faire opérer. Opération au mois de novembre 1900, par le prof. Bouilly. Trompe épaisse, non oblitérée; lésion de salpingite parenchymateuse; nombreuses adhérences; ovaire scléro-kystique : petits kystes de différentes grosseurs. Suites opératoires bonnes.

Un an après, Mme X... vient me dire qu'elle se croit enceinte : retard de deux époques. Elle était enceinte, en effet. Grossesse normale, accouchement à terme.

Obs. II. — Mme Y..., âgée de vingt-huit ans. Réglée à douze ans, bien réglée. Mariée à vingt ans; un an après, accouchement normal; mais elle a eu de la fièvre le dixième jour, avec un peu de phlébite et des douleurs dans le ventre; se lève au bout de trente-cinq jours. L'année suivante, elle fait un séjour à Bagnoles-de-l'Orne, ne se ressent plus de sa phlébite, mais accuse de la pesanteur dans le côté droit du ventre, avec élancements. Soignée pour un rein mobile et métrite. Un peu de flueurs blanches; règles non douloureuses, mais avec quelques retards. Pas d'autres grossesses.

Je vois la malade pour la première fois il y a de cela six ans. Elle désire être guérie et surtout elle désire un bébé. A l'examen : l'utérus sain, en antéversion; cul-de-sac postérieur libre; dans le cul-de-sac gauche, on sent l'ovaire un peu gonflé mais mobile; dans le cul-de sac droit, on sent une tumeur immobile, adhérente et douloureuse à chaque mouvement imprimé à l'utérus. Traitement comme dans l'observation précédente, avec recommandation d'éviter la fatigue et les exercices violents. Se trouve très bien de son traitement, mais toujours stérile.

Il y a trois ans, Mme Y... fait un voyage en automobile, monte à cheval, se fatigue outre mesure. Brusquement, au moment d'une époque, elle est prise de douleurs très fortes dans le ventre, surtout à droite; quelques nausées, ventre ballonné. Le diagnostic est hésitant : on croit à une poussée de salpingite, mais on craint aussi une appendicite. Pour plus de sûreté, une intervention chirurgicale est reconnue nécessaire : opération faite à l'étranger, septembre 1900. Pas d'appendicite, mais salpingo-oophorite droite, avec nombreuses adhérences. Suites opératoires bonnes.

Quatorze mois après, Mme Y... vient de nouveau à ma consultation pour un retard d'un mois et des douleurs de rein assez fortes. Repos et expectation. Un mois plus tard j'étais fixée : Mme Y... était enceinte. Accouchement à terme.

Obs. III. — Mme Z..., âgée de vingt-huit ans. Réglée à treize ans, avec douleurs violentes à partir de seize ans. Mariée à vingt et un ans; règles moins douloureuses depuis le mariage; stérile. Souffre du ventre, surtout du côté gauche, et aussi en arrière, du côté du rectum. Se sent triste, découragée, désire un enfant.

Au toucher : utérus en antéflexion avec sténose du col. Rien d'anormal dans le cul-de-sac droit. Dans le cul-de-sac de Douglas on sent une petite masse adhérente, douloureuse au toucher, et se prolongeant jusque dans le cul-de-sac gauche, où elle se confond avec les annexes gauches empâtées et immobiles.

Traitement : dilatation pour redresser l'antéflexion et drainer la cavité; massage pelvien, irrigations chaudes, vaginales et rectales. Amélioration considérable de la dysménorrhée, règles presque indolores; le cul de-sac de Douglas s'assouplit et les annexes gauches se dégagent de leur gangue d'adhérences. Etat général bon; stérilité inexpliquée.

Après les vacances passées au bord de la mer, Mme Z... rentre à Paris; les règles arrivent avec quinze jours de retard cette fois, et de nouveau avec des douleurs, douleurs beaucoup plus fortes qu'avant; obligée de garder le lit dans l'immobilité, douleurs et écoulement se prolongeant au delà du temps normal. Ces différents symptômes me font penser à une grossesse extra-utérine. La situation ne s'améliorant pas, je conseille une intervention chirurgicale.

Opération par laparotomie : trompe considérablement augmentée de volume et remplie de sang; une petite hématocèle dans le Douglas. Adhérences nombreuses autour de l'ovaire et de la trompe. Il s'agit, évidemment, d'une grossesse extra-utérine. Ablation par le professeur Bouilly. Guérison.

Dix mois après, nouveau retard. Repos, expectation. Bientôt le diagnostic de grossesse est hors de doute. Accouchement à terme.

Tels sont les faits : ils se peuvent résumer ainsi :

Une malade souffre d'une annexite *d'un seul côté*; cette malade est stérile; pour telle ou telle considération d'urgence ou de prévoyance, mais, à coup sûr, sans que la préoccupation de sa stérilité ait un seul moment guidé le chirurgien, cette malade est opérée de ses annexes *d'un seul côté*: et alors, stérile avant l'opération, elle devient enceinte après.

Ces faits appellent trois remarques.

1° Ils ajoutent un exemple nouveau à l'ensemble des faits englobés sous le nom général de synergies : ils montrent qu'à côté des synergies pathologiques, il en est d'autres qui accusent plutôt une *recrudescence de l'énergétique fonctionnelle*. Un ovaire peut ne pas assurer la conception tant qu'il est influencé par le voisinage d'un ovaire malade; mais, débarrassé de ce voisinage fâcheux, il reçoit comme un coup de fouet qui le stimule, et la conception se produit.

2° *Puisque la stérilité peut, dans certains cas, être guérie par l'ablation d'un seul ovaire malade*, l'autre ovaire étant indemne, le chirurgien, placé en face d'une stérilité rentrant dans le cadre de celles dont les trois observations ci-dessus offrent des exemples, peut se demander si, toute autre considération chirurgicale mise à part, il n'est pas en droit d'intervenir, simplement pour assurer à sa malade les chances d'une maternité qui, en l'état, demeurerait impossible ou, au moins, très douteuse.

3° L'ablation des annexes des deux côtés n'est légitime que si les annexes des deux côtés sont malades; en d'autres termes, et contrairement à l'avis de très éminents chirurgiens, *un ovaire indemne doit toujours être laissé en place*. Car, débarrassé du voisinage de l'ovaire malade, l'autre ovaire peut assurer la conception même alors que, antérieurement à l'intervention, l'aptitude à la fécondation paraissait définitivement abolie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 mars.

Variations de la chloruration et de l'hydratation de l'organisme sain

MM. **Widal** et **Javal**. — On sait que chez certains brightiques en état d'imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium, le sel alimentaire retenu dans les tissus occasionne le préœdème et l'œdème par hydratation. Nous avons cherché si, chez l'homme sain, on ne pouvait pas, dans une certaine mesure, faire varier parallèlement la chloruration et l'hydratation de l'organisme.

Nous avons étudié, à ce sujet, trois hommes normaux. Nous avons vu que, en passant brusquement d'un régime très chloruré à un régime aussi peu chloruré que possible et inversement, on pouvait observer un écart de poids maximum de 2 kilogrammes, et, parallèlement, une différence de chloruration de l'organisme variant de 10 à 12 grammes. Si on ne fait pas varier la chloruration de l'alimentation dans ces limites extrêmes, on constate des variations de poids beaucoup plus petites, et nous avons vu, dans un cas, qu'elles ne dépassaient pas 400 gr.; on voit donc toute la différence qui existe entre les variations de l'hydratation physiologique et les variations d'hydratation qui constituent le préœdème brightique.

Rappelons qu'un de nos brightiques devait s'hydrater de 6 kilogrammes avant que n'apparaissent les premières manifestations cliniques de l'œdème. Une certaine quantité d'eau flottante peut donc être reprise ou abandonnée par l'organisme normal; l'entrée ou la sortie en est réglée, en partie, par les variations de la chloruration. Ainsi s'expliquent ces variations de poids de quelques centaines de grammes, si rapidement et si facilement obtenues au début des cures d'amaigrissement, et qui sont dues, en grande partie, à la déshydratation.

Insuffisance de développement d'origine toxique (origine intestinale)

On sait que, depuis longtemps, **M. Charrin** poursuit des expériences relatives aux modifications que provoque, au sein de l'organisme, l'introduction par voie sous-cutanée et à doses répétées, de produits provenant, à l'état normal ou pathologique, du tube digestif d'une série de nouveau-nés. Dans la présente note, en collaboration avec **M. Le Play**, il donne les résultats d'expériences dans lesquelles on a injecté, sous la peau, une solution aqueuse de matières intestinales de nouveau-nés sains. Le résultat général a été une insuffisance de développement tendant à l'arrêt, au nanisme.

Variations de volume du foie dans le cours de la fièvre typhoïde

M. Mongour (Bordeaux). — Dans le cours de la fièvre typhoïde, le volume du foie est essentiellement variable; ces variations ne se produisent pas toujours dans le même sens pour les deux lobes, droit et gauche. Elles doivent être en rapport avec la part contributive que le foie doit apporter à la défense de l'organisme, part contributive qui n'est jamais fixe, mais qui varie suivant l'état des fonctions rénale, intestinale, cutanée, cardiaque, etc., etc.

Déjà, en 1902, au Congrès de Toulouse, M. Maurel avait démontré que trois influences au moins pouvaient modifier le volume du foie tout en le laissant normal : la radiation cutanée, le genre d'alimentation, la quantité de produits toxiques venus de l'intestin.

Les processus pathologiques exagèrent ces variations qui deviennent aussi faciles à déterminer et qui relèvent de la loi d'adaptation des organes aux besoins de l'organisme. Leur étude dans les affections primitives du foie, dans les cirrhoses notamment, est susceptible de fournir des indications précieuses au point de vue du pronostic et du traitement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 mars.

Les annonces médico-pharmaceutiques et la grande presse

M. Rocher. — Le 1er février 1803, divers journaux parisiens inséraient la circulaire suivante :

Le Conseiller d'État, préfet de police, aux rédacteurs des journaux.

Je m'aperçois chaque jour davantage, citoyens, que des individus qui n'ont aucun titre légal pour exercer la médecine et la pharmacie, font annoncer dans les journaux des médicaments et des compositions dont l'efficacité n'est nullement garantie. Comme la santé des citoyens pourrait être compromise par l'usage de ces remèdes, je vous recommande de n'en insérer dorénavant les annonces dans votre journal, qu'autant qu'elles auront été revêtues de mon approbation. Je compte sur toute votre exactitude à vous conformer à cette mesure.

Je vous salue.

Le Conseiller d'État, préfet
DUBOIS.

Voilà un siècle écoulé, et la situation est identique ! Tous les organes de la presse parisienne ou provinciale étalent à leur quatrième page des articles intitulés : « Causeries médicales » ou « Conseils du docteur », proclamant les résultats prestigieux de médicaments à dénominations retentissantes ou de traitements infaillibles pour les maladies les plus à la mode ou les plus invétérées, avec assurance de guérison à courte échéance, et le tout sous l'égide d'un docteur X, Y ou Z.

Cette pratique présente, à beaucoup de points de vue, les plus graves inconvénients, souvent même un véritable danger, et, dans un intérêt général, sur la dénonciation faite par le Syndicat des médecins de la Seine, M. le Procureur de la République s'est ému et a désigné un juge d'instruction pour étudier la question et voir s'il n'y avait pas lieu de poursuivre la production de ces réclames. Les articles ainsi répandus par la presse sont, ou anonymes, ou signés de noms de docteurs apocryphes.

Il y a lieu de rechercher si le fait de publier ainsi de véritables traitements de maladies, dont le diagnostic est donné avec détails, pour permettre au lecteur de penser reconnaître les symptômes dont il se croit atteint, ne pourrait pas tomber sous le coup de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

De plus, la loi du 30 novembre 1892, dans son article 9, ayant interdit d'exercer sous un pseudonyme la profession de médecin, le fait de signer lesdits articles d'un faux nom, même au cas où ils seraient l'œuvre de personnes ayant le titre légal, tomberait également sous l'application des peines édictées par l'article 18.

Enfin, il peut y avoir à rechercher si ces publications tendant à faire naître l'espérance de guérisons chimériques, ne pourraient pas tomber sous l'application de l'article 405 du Code pénal.

Il y là une série de questions d'un intérêt général et social, qui semblent rentrer dans la compétence de la Société de médecine légale, et qui pourraient être renvoyées à l'examen d'une Commission spéciale dont le rapport serait ultérieurement discuté.

Après un échange de vues entre divers membres, cette proposition est acceptée et la Commission composée de MM. Lefuel, Garnier, Rocher, Floquet, George Brouardel.

Médecins assermentés

A la séance du 9 novembre 1903, le Dr Floquet avait fait remarquer que les administrations de l'Etat demandent aux candidats, qui postulent un emploi, un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin *assermenté*, alors que les lois et règlements sont muets sur ce que peut être ce médecin assermenté.

M. le conseiller **Lefuel** avait signalé que l'obligation où sont les médecins experts de prêter serment pour chaque affaire, était la meilleure preuve qu'il n'y avait pas de médecins assermentés.

Mais, dans la séance du 14 décembre 1903, M. le Dr **Masbrenier**, de Melun, est venu dire qu'un arrêté préfectoral l'avait nommé, en 1873, médecin assermenté et que depuis il fonctionnait comme tel.

Les choses en étaient restées là quand M. Lefuel a communiqué, dans la séance de ce jour, un avis du conseil d'Etat (section des finances, de la guerre, de la marine et des colonies), en date du 4 novembre 1879, où il est dit que cette pratique du «médecin assermenté» est contraire à celles qui sont suivies par le département de la justice et a pour conséquence de faire disparaître complètement la plupart des garanties prévues par la loi. De plus, la Section invita l'Administration à préparer dans ce sens des observations aux divers départements ministériels.

La question est donc jugée. C'est à tort que les préfets assermentent des médecins.

La Société de médecine légale a mis son ordre du jour : Aliénation mentale et divorce.

GRANJUX.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 22 février

Sur les râles sous-crépitants permanents des bases des poumons

Sous ce titre **M. Perocpied** fait une communication que nous avons reproduite dans notre numéro du 27 février 1904, page 182.

M. Bouloumié. — En examinant systématiquement l'appareil respiratoire des arthritiques, on retrouve ces râles, d'après mon expérience, chez 6 à 7 % des malades. Cette proportion est la même, ce qui peut étonner tout d'abord, que l'on examine les arthritiques venus dans une station pour des troubles respiratoires ou ceux qui y viennent sans avoir de troubles respiratoires à soigner. Je pense que ces râles sont généralement unilatéraux, qu'ils changent de côté, disparaissent et reparaissent facilement ; ils sont plus fréquents chez la femme. Je les ai trouvés surtout à la partie inférieure des poumons, mais aussi à la partie moyenne. Ces bruits me paraissent d'origine pleuro-pulmonaire : ils sont superficiels et ne doivent pas être confondus avec ceux qui accompagnent le déplissement alvéolaire.

M. Cazaux. — Je pense que ces râles doivent avoir une interprétation différente, suivant qu'ils siègent à la partie postéro-inférieure des poumons ou à leur partie moyenne : dans ce dernier cas, ce sont des frottements pleuraux. S'il s'agit de râles de la partie inférieure, ils sont dus à un état de dilatation forcée des alvéoles, qui restent constamment encombrées d'exsudats à cause de leur position déclive. Ces bruits succèdent à un état congestif des poumons, mais ne répondent pas à un état pathologique actuel. Ils m'ont paru plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

M. Bouloumié présente un appareil entièrement métallique et peu volumineux, destiné à mesurer la tension capillaire en amplifiant les oscillations circulatoires dans une extrémité digitale, et en mesurant leur étendue par les mouvements d'une aiguille oscillant sur un cadran gradué en millimètres. M. Bouloumié ajoute qu'il communiquera ultérieurement les résultats cliniques auxquels pourra le conduire l'application de cet instrument.

A propos de tension vasculaire, **M. Moutier** dit qu'il a toujours constaté, avec l'hygiène et le régime approprié, l'influence manifestement hypotensive de la d'Arsonvalisation, influence qu'il ne croit comparable à celle d'aucun agent médicamenteux, puisqu'elle lui a permis d'abaisser, en quelques séances, la tension de 22 à 16, et de voir cet abaissement se maintenir ensuite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars

Puériculture

M. Pinard lit un rapport sur l'arrêté pris par M. le Dr **Morel de Villiers**, maire de Villiers-le-Duc, en vue d'arrêter la dépopulation.

Cet arrêté contient dix articles que voici :

1° Toute femme enceinte, mariée ou non, ne possédant pas des ressources suffisantes, pourra demander l'assistance de la commune.

2° Pour bénéficier de cette faveur, la femme devra déclarer à la mairie sa grossesse avant le septième mois et faire connaître la sage-femme qui lui donnera ses soins. Celle-ci sera invitée à visiter la femme, de façon à se rendre compte de la présentation et examiner si les urines contiennent de l'urine. Pour cela, il lui sera alloué 5 fr., qui seront payés par la commune sans participation ni de l'Etat ni du département.

3° Si la sage-femme prévoit que l'intervention d'un médecin est nécessaire, elle en avise la mairie. Celle-ci demande le médecin, qui est payé au tarif de l'assistance par la commune, sans participation ni de l'Etat, ni de la commune.

4° Toute accouchée assistée reçoit 1 fr. par jour pendant dix jours, à condition qu'elle reste couchée ce laps de temps. Si elle se lève auparavant, il ne lui est rien alloué.

5° Toute femme qui prendra un nourrisson élevé à l'allaitement mixte, devra avoir un appareil à stériliser le lait avec ses accessoires, et le présenter à chaque visite du médecin inspecteur.

6° Les nourrissons des femmes assistées seront pesés tous les quinze jours à la mairie, ou à défaut à domicile. Les résultats de ces pesées seront inscrits à la mairie.

7° Tout nourrisson atteint de diarrhée ou de troubles respiratoires devra être signalé à la mairie dans les vingt-quatre heures.

8° Les nourrices qui ne se conformeraient pas aux prescriptions des articles ci-dessus se verraient retirer leur autorisation.

9° La mairie possédera des appareils à stériliser le lait qui seront vendus à prix réduits aux nourrices et prêtés gratuitement aux femmes assistées.

10° Toute nourrice ayant élevé un enfant et qui le présentera à un an aura droit à 2 francs par mois depuis la naissance. Cette somme sera payée par la commune sans contribution, ni de l'Etat, ni du département.

Cet arrêté est en vigueur depuis dix ans : 1893-1903. Ses conséquences sont mises en évidence par la comparaison des chiffres de la mortalité infantile dans cette décade avec ceux correspondant aux périodes précédentes.

De 1801 à 1893, la mortalité des enfants de 0 à 1 an, dans la commune de Villiers-le-Duc, a été de 22 % en moyenne. Dans la période de 1893 à 1903, elle est tombée à zéro !

Dans ce même laps de temps, aucune mère n'a succombé en couches.

Pendant la même période de temps, dans une commune voisine, distante de 7 kilomètres, et qui pendant de longues années a fait partie de la commune de Villiers-le-Duc, cette mortalité des enfants âgés de moins de un an est demeurée à 12,3 %.

Dans la période qui s'étend de 1801 à 1893, on trouve deux décades dans lesquelles la mortalité de la première année tombe brusquement à 15 %. La première correspond à l'arrivée à la mairie du père de M. le Dr Morel de Villiers. Il s'occupa d'une façon toute particulière de l'hygiène des enfants, et obtint ainsi une réduction dans les décès des nourrissons, qui étaient de 30 % avant son intervention.

Quand il quitta les fonctions municipales on cessa de s'occuper spécialement des enfants, dont les décès recommencèrent à devenir plus nombreux, et il en fut ainsi jusqu'au jour où M. Morel de

Villiers, fils, fut nommé maire. A ce moment il venait de donner sa démission d'officier, et en fait d'hygiène ne put que reprendre les traditions paternelles de sollicitude pour les tout petits. Cela suffit pour faire retomber de nouveau leur mortalité à 15 %.

Un exemple de ce que peut faire en pareil cas l'action du médecin est donnée par la statistique du village voisin de Villiers, dont il a été parlé plus haut. La mortalité de l'enfance y est de 12 % depuis qu'un médecin vient dans ce pays régulièrement deux fois par semaine. Auparavant elle atteignait 38 % !

Le Dr Morel de Villiers eut à lutter contre l'administration préfectorale qui, à diverses reprises, le mit en demeure de modifier son arrêté, auquel on reprochait d'empiéter sur le terrain médical, d'imposer des obligations illégales, etc.

M. Pinard espère que M. Monod, loin d'imiter ces regrettables errements, s'efforcera de généraliser les mesures si efficaces dues à l'initiative si remarquable du maire de Villiers-le-Duc.

Le lieutenant-gouverneur du Sénégal, après avoir lu dans le « Bulletin de l'Académie » l'indication sommaire des résultats obtenus à la suite de l'arrêté en question, a écrit pour demander communication de ce document et voir ce qu'on pourrait en adapter à cette colonie dont la prospérité est compromise par l'excessive mortalité infantile. Cette demande est le plus beau compliment qu'on puisse faire au Dr Morel de Villiers. (*Applaudissements.*)

Fractures du radius par manivelle d'automobiles

M. Lucas-Championnière. — Au cours de la mise en marche du moteur des automobiles, la manivelle que manœuvre le chauffeur peut revenir brutalement en arrière. Cet accident produit la fracture du radius par des mécanismes divers intéressants à étudier.

Si la main qui tenait la manivelle ne s'est pas dégagée, elle est renversée violemment en arrière. Dans ce mouvement d'hyperextension du poignet, il se produit une fracture du radius par arrachement, fracture absolument typique, dont voici trois radiographies.

La fracture, peu distante de l'épiphyse, a peu de déplacement.

Dans les cas que j'ai observés, sans appareils inamovibles, quinze jours de mobilisation et de massage ont guéri les sujets en leur rendant des mouvements sans raideur.

J'ai observé une autre forme de fracture. La manivelle, lâchée par la main, fait un tour et vient frapper l'avant-bras qui n'a pas été retiré du champ. Le choc porte sur le point le plus saillant, c'est-à-dire le tiers inférieur du radius qui est brisé. Fracture plus élevée que la précédente, toujours avec peu de déplacement, mais avec un peu plus de mobilité. Toutefois, elle a pu être traitée de même, sans appareil.

Enfin, d'autres auteurs, M. Dagron, admettent un troisième mécanisme. La fracture peut résulter du choc de la manivelle sur le talon de la main. Ce mécanisme n'est pas très vraisemblable; tout au moins, il est le plus rare.

A ce propos, il faut rappeler que la doctrine de l'arrachement était opposée à la doctrine de la percussion et de l'enfoncement.

Ce qui paraît vrai et bien démontré par le cas de cette curieuse fracture, c'est que, dans la chute sur la paume de la main, l'arrachement fait la fracture du radius. Le choc ou le poids du corps fait l'enfoncement ou la déformation. Aussi la fracture d'automobile que ne produit pas le choc, mais seulement l'arrachement, donne moins de déplacement que les fractures par chute sur la paume de la main.

En ce qui concerne la prophylaxie, il faut remarquer que cette fracture, qui a été déjà vue souvent, serait infiniment moins fréquente si le chauffeur, au moment de la mise en marche, ne laissait l'avance à l'allumage, qui produit l'incident du moteur lançant la manivelle à contre sens.

Cette fracture aurait au moins la même fréquence, chez l'automobiliste, que la fracture de clavicule chez les cyclistes et chez les jockeys.

Syphilis intestinale

Après avoir rappelé l'absence à peu près complète de documentation dans les ouvrages classiques sur la syphilis intestinale, M. le Dr **Suarez de Mendoza** (Paris) relate un cas intéressant de diarrhée syphilitique, prise pour de la « diarrhée des pays chauds » par un grand nombre de médecins, et qui guérit par l'emploi de hautes doses de mercure (hermophényl) en injections hypodermiques.

Les conclusions sont les suivantes :

1° La syphilis intestinale est une affection beaucoup moins rare qu'on ne le croit; 2° elle frappe surtout la portion terminale de l'intestin grêle et du gros intestin; 3° elle se manifeste par des symptômes si peu nombreux et si disparates qu'ils rendent le diagnostic très mal aisé; 4° les erreurs de diagnostic tiennent autant à ce manque de symptômes précis qu'à ce fait que cette entité morbide n'a pas encore droit de cité; 5° quand une diarrhée chronique est rebelle à tous les moyens thérapeutiques ordinaires, il sera sage de penser à la syphilis intestinale, acquise ou héréditaire, pour instituer le traitement de choix.

GRANJUX.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

M. le méd.-insp. Vaillard, membre du comité tech. de santé, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, dir. du service de santé du 1er corps à Lille, en rempl. de M. Pierrot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 23 mars. — *M. Degonville* : Sarcomes primitifs de la clavicule. — *M. Goulard* : Des ostéo-arthrites fongueuses du genou avec épanchement. Traitement par la méthode Selingen et des injections intra-articulaires. — *M. Katzenelenbogen* : Cancer simultané des deux seins. — *M. Le Berre* : Contribution à l'étude de la botryomycose. — *M. Sourdin* : Accidents causés au niveau du membre supérieur par des piqûres d'arêtes de poissons. — *M. Serrant* : Traitement orthopédique de la fracture de Dupuytren récente. — *M. Bruzon* : La médecine et les religions. — *M. Gaultier* : Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine (méthode Lancereaux-Paulesco). — *M. Roujas* : La maladie du sommeil. — *M. Gauthier* : Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage : rôle du spasme. — *M. Abadie* : Des propriétés physiques, biologiques et thérapeutiques de la lumière et de ses applications à la dermatologie.

Jeudi 24 mars. — *M. Druhem* : Législation comparée des accidents du travail au point de vue médical. — *M. Privat de Fortunié* : Étude sur les délires post-partum, envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie. — *M. De La Couture* : Bourbon-l'Archambault et ses termes. Contribution à l'étude descriptive et clinique des eaux chlorurées sodiques de Bourbon-l'Archambault. — *M. Durozoy* : La tuberculose au village. — *Mme Lanos* : De la cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant. — *M. Bouquerel* : Étude statistique sur 72 appendicites opérées à l'hôpital Saint-Antoine (service du Dr Monod, avril 1902-décembre 1903). — *M. Le Lorier* : Contribution à l'étude de l'aménorrhée primitive. — *M. Coudert* : Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. — *M. Chauvin* : Séméiologie de l'hyphéma chez les iritiques. — *M. Bruneau* : Du nanisme mitral. — *M. Devaux* : De l'ictère acholurique dans la néphrite interstitielle. — *M. Laborde* : Les spasmes de l'intestin d'origine génitale chez la femme. — *M. Lippmann* : Le microbisme biliaire normal et pathologique. — *M. Pautré* : Des propriétés cholagogues du fiel de bœuf; de son efficacité dans l'ictère catarrhal du chien; son application au traitement de la lithiase biliaire.

COURS DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
(Hôpital Broca.)
(Fondation de la Ville de Paris.)

M. le prof. S. Pozzi continuera ce cours les vendredis et lundis, à 10 h. du matin.

Programme de l'enseignement :

Lundi. — 10 heures : Leçon clinique, par le professeur.

11 heures : Visite des malades, par le professeur.

Mardi. — 9 heures : Maladies des voies urinaires de la femme : cystoscopie, uroscopie, par M. Estrabaut, ancien interne des hôpitaux (service des consultations).

10 heures : Opérations par le professeur.

Mercredi. — 9 heures : Anatomie et histologie normales de l'appareil génital de la femme, en 8 leçons (amphithéâtre des cours), par M. Dartigues, chef de clinique adjoint (suppléant).

10 heures : Examen clinique des malades

du service par les élèves, par M. Jayle, chef de clinique (amphithéâtre des cours), sous la direction du professeur.

Jeudi. — 9 heures : Anatomie et histologie pathologiques de l'appareil génital de la femme (amphithéâtre des cours), par M. Bender, préparateur.

10 heures : Opérations par le professeur.

Vendredi. — 9 heures : Electrothérapie gynécologique (laboratoire d'électrothérapie, service des consultations), par M. Zimmern, ancien interne des hôpitaux.

10 heures : Leçon clinique par le professeur.

11 heures : Visite des malades, par le professeur.

Samedi. — 9 heures : Anatomie pathologique et démonstrations histologiques avec projections (laboratoires d'anatomie pathologique et de bactériologie), par M. Latteux, chef du laboratoire.

10 heures : Opérations par le professeur.

EXERCICES OPÉRATOIRES

(Ecole pratique)

Sous la direction de M. le prof. X... et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

Deuxième cours

M. le Dr Lenormant, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 21 mars 1904 à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 7.

TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE

Sous la direction de M. le prof. X..., et de M. Hartmann, agrégé.

Cours de M. P. Lecène, prosecteur.

Chirurgie de la tête et du cou.

Ouverture le lundi 16 mai 1904.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les droits à verser sont de 50 fr.

S'inscrire au secrétariat (guichet 3), de midi à 3 h., les lundis, mardis, jeudis et samedis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

(*Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1903-1904 (6 novembre-29 janvier)*.

Testut. — Contribution à l'étude thérapeutique du collargol avec application dans diverses maladies infectieuses.

Ribéreau. — De la forme pseudo-phymique du cancer pulmonaire primitif.

Janicot. — Hématocolpos, hématométrie et hématosalpinx consécutifs à l'atrésie congénitale du vagin.

Challier. — Du pronostic du gliome de la rétine.

Jollé. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

Jarland. — Des résultats éloignés de la symGinoux. — Des psychoses consécutives à l'opération de la cataracte.

Pouillot. — Diagnostic et appréciation clinique des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires et pleurales de l'enfance.

Mignon. — Du traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire.

Vaillant. — Folie et divorce.

Méline. — Etude sur l'emploi de la cryogénie dans la fièvre des tuberculeux.

Augé. — Statistique raisonnée de la consultation des maladies mentales de Bordeaux (1898-1903).

Pezet. — De l'état mental dans les tumeurs cérébrales.

Orgebin. — Des traumatismes auriculaires par balles de revolver.

Collin. — De la valeur de la méthode mixte asepso-antiseptique en chirurgie abdominale.

Brimont. — Romanciers et chirurgiens.

Guérard. — Des altérations dentaires dans la paralysie générale.

Guillon. — De la pneumonie évoluant concurremment avec la grippe.

Hénault. — Des tics obsédants.

Fonteneau. — Du décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius.

Madamet. — Des blépharoplasties à pédicule. Méthode italienne et méthode indienne.

Izard. — Séquestration des aliénés dans la famille.

Cozanet. — De la syphilis d'emblée.

Gatrot. — Prophylaxie du paludisme et de la fièvre jaune à bord des navires en station ou en relâche aux colonies.

Cavaud. — Des kystes dermoïdes du plancher buccal.

Millous. — Essai sur la médecine officielle dans l'antiquité gréco-latine.

Rouch. — Notes sur la vie et l'œuvre du Dr Povar Roussel (1744-1802).

Colomb. — Rôle de la femme dans l'assistance aux blessés et malades militaires.

Foll. — Médecine et superstitions populaires en Bretagne.

Wadoux. — Valeur diagnostique et pronostique comparée de l'inversion de la formule et de la secousse lente dans l'électro-diagnostic.

Fatome. — Traitement des cancers superficiels et des cancers du sein par les rayons X.

Lalagüe. — De la tuberculose de l'œsophage.

Kervern. — Du cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal.

Combe. — De l'influence des parfums et des odeurs sur les névropathes et les hystériques.

Fockenberghe. — De l'introduction électrolytique de l'ion salicylique dans le traitement local des arthrites rhumatismales.

Poncin. — De la résistance électrique du corps humain.

Lebœuf. — Des branchiomes épithéliaux de la région cervicale.

Robert. — De la tuberculose du pubis.

Lestage. — Etude critique des principaux procédés de désinfection des navires (procédés anciens; procédés nouveaux).

Duviella. — Sur quelques cas de délire d'origine onirique dans la paralysie générale.

Hébras — Existe-t-il un délire vaccinal?

Fulconis. — De la tuberculose génitale chez l'enfant et son traitement.

Duvard. — Des corps étrangers de la vessie chez l'enfant; diagnostic; extraction.

Dupuy. — De l'hématurie dans la tuberculose rénale.

Bodion. — De l'hématocèle de l'épididyme.

Guégan. — Des tumeurs du sein chez l'homme.

Tujague. — De la saignée dans la pneumonie franche aiguë ou fluxion de poitrine.

Gauzère. — La saignée; ses vicissitudes; sa valeur thérapeutique.

Vielle. — L'appendicite gangréneuse d'emblée.

Alzien. — Traitement du rhumatisme articulaire par les injections isotoniques péri-articulaires de salicylate de soude.

Garnier. — De l'épithélioma sénile de la main.

Bernard. — L'ophtalmie granuleuse dans le département de la Gironde.

Naureils. — Des névrites puerpérales.

Hutin. — Théobromine et perméabilité rénale.

Bertholet. — L'appendicite parasitaire.

Chevallier. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la queue du sourcil.

Cartron. — De la conservation dans les ruptures sous-cutanées du rein.

Sinan. — Du procédé de Mirault d'Angers pour l'opération du bec-de-lièvre simple.

Carmouze. — De la prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne.

Quéré — De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate.

Morin. — De la greffe cutanée.

Lecalvé. — Le vol au début de la paralysie générale.

Cazanove. — Les femmes dans la foule. Leur responsabilité criminelle.

Caille. — Considérations sanitaires sur les expéditions coloniales.

Patterson. — De l'opportunité de l'intervention chirurgicale et de son pronostic chez les glycosuriques.

Niel. — Essai sur l'étiologie et le traitement du prolapsus utérin chez les vierges et les multipares.

Gallier. — Régurgitations et vomissements de vers intestinaux (ténias et ascaris).

Le Gorgen. — De la pathogénie du mal des montagnes.

A. Lantagnac. — Sur l'épuration bactérienne des eaux résiduaires.

Busquet. — De la torsion des salpingites kystiques.

Garrot. — Des angiomes des paupières; leur traitement par l'électrolyse.

Cotard. — Contribution à l'étude séméiologique des idées délirantes de négation.

Cazeneuve. — La cellule sympathique normale et ses altérations dans la paralysie générale.

Perret. — Des paralysies toxiques consécutives aux applications externes des préparations arsenicales.

Gaubin. — Des tumeurs de la parotide accessoire.

Lailhengac. — De la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.

Javelly. — De la tuberculose galopante du testicule.

Bellonne. — Tumeurs malignes bilatérales du sein.

Gauvin. — Hématologie des affections du foie et de la maladie de Banti.

Passa. — Des prurits apparaissant sans lésions cutanées.

Goéré. — Contribution à l'étude de la cardiographie clinique.

Gendre. — Du cerveau antérieur des mammifères; le carrefour olfactif et le septum lucidum.

Moitron. — De l'emploi thérapeutique des injections d'air stérilisé.

Gauthier. — Etude critique sur l'emploi de l'opothérapie en ophtalmologie.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Séance du 11 mars

Questions : Uretère. Colique néphrétique

17 Fiessinger, Molinard — 15 Grimbella — 14 Dubois, Chazarain — 13 Chastagnol, Moyrand, Guérin, Bourdier — 12 Billaudet — 11 Lamy.

12 mars

Questions : Rapports du rectum. Hématocèle rétro-utérine.

16 François — 15 Fage, Brûlé, Desmoulins, Planson, Coutelas — 12 Tournay, Hovelacque, Feuillié — 11 Schaeffer.

13 mars

Questions : Pylore. Signes et diagnostic du cancer du pylore.

16 Raymond — 14 Moulu, Lasnier, Burnier, Barbé — 13 Grandchamp, René Vincent — 12 Sauphard, Privat, Aynaud.

14 mars

Questions : Configuration externe et rapport du bulbe rachidien. Signes et diagnostic de l'épilepsie.

17 M. Barbier — 15 Milhit, Carlotti — 14 Villandre — 13 Friedel, Perrigault — 11 Jouvin — 10 Vannier, Doury.

CONGRÈS NATIONAL PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IV[e] session. — Rouen, 5-10 avril 1904.

Nous rappelons à nouveau que la quatrième session du Congrès périodique national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Rouen, du 5 au 10 avril 1904, sous la présidence de M. Richelot, prof. agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine.

La section de gynécologie sera présidée par M. Richelot, président général du Congrès; la section d'obstétrique, par M. Guibourt, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; la section de pédiatrie par M. le professeur Kirmisson, membre de l'Académie de médecine.

Les rapports mis à l'étude sont les suivants :

De la malignité des kystes de l'ovaire, par M. le prof. Cerné, de Rouen.

De l'hystéropexie au point de vue des grossesses consécutives, par M. le prof. agrégé Oui, de Lille.

De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la puerpéralité, par M. le prof. agrégé Legueu, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Du lait cru dans l'alimentation des nourrissons, par M. le prof. agrégé Méry, médecin des hôpitaux de Paris.

La maladie de Barlow, par M. le prof. agrégé Ausset, de Lille.

Des infections cutanées chez les nourrissons, par M. d'Astros, médecin des hôpitaux de Marseille.

Des invaginations intestinales chez l'enfant, par M. Grisel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Des résultats éloignés fournis par la transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie infantile, par M. Derocque, chirurgien des hôpitaux de Rouen.

Les leucocytes dans le lait, par M. le prof. agrégé Wallich, de Paris.

Tout médecin, administrateur, philanthrope, étudiant en médecine ou sage-femme, peut adhérer au Congrès.

Le montant de la cotisation pour les membres du Congrès est de 20 fr. Il donne droit aux comptes-rendus imprimés, à la réduction de 50 % que le comité a obtenu pour les billets de chemins de fer des compagnies de l'Ouest, du Nord et de l'Etat, à la diminution qu'il a également obtenu sur les frais de séjour dans les principaux hôtels de Rouen.

Les Dames appartenant aux familles des membres du Congrès sont invitées à assister aux séances et à prendre part aux excursions et aux fêtes organisées par le comité. Elles jouiront des mêmes avantages matériels accordés aux adhérents du Congrès. Le montant de la cotisation qu'elles auront à verser est de 10 fr.

Les adhésions et cotisations sont reçues par le secrétaire général du Congrès, M. Albert Martin, professeur à l'Ecole de médecine, 6, place de la Cathédrale, à Rouen.

Dès le versement de leur cotisation, un reçu, signé du secrétaire général et du trésorier du Congrès, sera adressé immédiatement à chaque adhérent.

Un résumé des rapports et le programme détaillé seront envoyés aux membres inscrits du Congrès, quinze jours au moins avant l'ouverture.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre aux secrétaires des sections, avant la levée de la séance, un résumé de leurs objections.

En même temps que le bulletin d'adhésion, prière d'adresser de suite à M. Albert Martin l'itinéraire à suivre sur les compagnies du Nord, de l'Ouest et de l'Etat. Cet itinéraire doit répondre à la distance la plus courte entre la gare de départ et celle de Rouen.

VISITE DES HOPITAUX DE LONDRES

Au mois d'octobre prochain, un certain nombre de médecins français pourront visiter les hôpitaux de Londres, sous la conduite du D[r] Klefstadt-Sillonville.

L'excursion durera cinq jours. Des réductions sur le trajet et le séjour à Londres sont d'avance assurées aux membres de la caravane, de sorte que la dépense totale ne dépassera pas 200 francs.

Le nombre des excursionnistes devant être limité, prière d'envoyer dès à présent son adhésion à M. le D[r] Klefstad-Sillonville, ainsi que toute demande de renseignements complémentaires à M. le D[r] Klefstad-Sillonville (Aix-les-Bains).

RADIOLOGIE MÉDICALE

(1904 — 7[e] année.)

Cours de vacances par le D[r] BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint Antoine.

Tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 27 mars au samedi 2 avril.

Matin, 10 heures. — Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

11 heures. — Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

Soir, 2 heures. — Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 27 mars, à 10 heures du matin*, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 fr. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 28 mars dans le laboratoire du D[r] Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

COLLÈGE DE FRANCE

M. J. Jolly commencera, le mardi 19 avril 1904, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie.

Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

On est prié de s'inscrire d'avance.

AVIS

Place d'interne en médecine vacante à l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

Traitement : 800 fr. par an.

Avantages en nature : nourriture, logement, chauffage, éclairage et blanchissage; salle d'autopsie, laboratoire, bibliothèque dans l'asile. Deux internes attachés au service médical.

Conditions : être Français et posséder au moins douze inscriptions de doctorat.

Adresser les demandes au médecin en chef, directeur de l'asile.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Une hérésie médicale : l'alimentation substantielle dans le traitement de l'ulcère gastrique

S'il est une règle thérapeutique bien établie et sur laquelle tout le monde paraît d'accord, c'est la nécessité de mettre au repos un estomac atteint d'ulcère rond en activité, surtout s'il y a eu hémorragie gastrique. C'est pourquoi, en présence d'un cas de ce genre, on commence par instituer la diète absolue, puis on alimente au moyen de lavements nutritifs, on prescrit ensuite le régime lacté, et ce n'est que longtemps après qu'on passe peu à peu, avec grande circonspection, à un régime moins sévère.

Or, dans une des dernières séances de la Société de médecine de Hambourg, **M. Lenhartz** (*Deuts. med. Woch.*, 10 mars 1904) s'est élevé contre cette diététique classique qu'il trouve en contradiction avec les moyens généralement adoptés pour le traitement des autres hémorragies graves. Ne soumet-on pas à un régime reconstituant, au lieu de les affaiblir davantage par la diète, les sujets ayant eu des pertes sanguines abondantes? Appliquant ce même principe diététique au traitement de l'ulcère rond de l'estomac, l'auteur a essayé de donner des aliments riches en substances protéiques aux malades atteints de cette affection, alors même qu'une hémorragie venait de se produire chez eux. Cela lui semblait d'autant plus licite que, dans la majorité des cas d'ulcère rond, il existe, comme on sait, de l'hyperacidité gastrique. Et de fait, ces essais paraissent avoir donné des résultats encourageants chez les 60 malades que l'auteur a eu jusqu'ici l'occasion de traiter de la sorte.

Dès le premier jour, *quelques heures après l'hémorragie gastrique*, M. Lenhartz fait prendre au malade, dans le courant de la journée, deux œufs crus battus et 200 grammes de lait glacé, à ingérer par cuillerées. On augmente ensuite d'un œuf et de 100 grammes de lait par jour. A partir du troisième jour, on ajoute, au lait, 20 grammes, puis 30, 40 et 50 grammes de sucre. Le sixième jour le malade reçoit sept œufs crus battus, 700 grammes de lait, 30 grammes de sucre et, en plus 35 grammes de viande crue hachée. Dès le septième jour, le nombre d'œufs demeure définitivement fixé à huit, dont quatre sont avalés crus, les autres étant mangés à la coque ; le malade ingère 800 grammes de lait, 40 grammes de sucre, 75 grammes de viande crue hachée, pris en deux fois, et 100 grammes de riz au lait. Ensuite on augmente encore l'alimentation et on y introduit des biscuits, du jambon cru et du beurre, de sorte que, le quatorzième jour après l'hémorragie gastrique, voici quel est le menu : huit œufs (4 battus et 4 à la coque), un litre de lait, 50 grammes de sucre, 75 grammes de viande crue hachée, 300 grammes de riz au lait, 100 grammes de biscuits, 50 grammes de jambon et 40 grammes de beurre.

Il va sans dire que le malade garde le lit — un mois pour le moins — s'il y a eu hémorragie. Les premiers jours on lui applique une vessie de glace à l'épigastre. On donne aussi du bismuth, mais l'emploi des préparations opiacées n'est nullement nécessaire, un des effets du régime alimentaire, qui vient d'être décrit, consistant précisément à supprimer très vite tout phénomène douloureux.

C'est du moins ce qui s'est produit dans les observations de l'auteur. Sur 60 malades, 35 n'ont éprouvé aucune douleur pendant toute la durée du traitement. Chez les autres, les sensations douloureuses ont disparu en un laps de temps variant entre deux et huit jours. Dans deux cas seulement les douleurs furent tenaces : chez l'un de ces malades, elles persistèrent pendant deux semaines ; l'autre malade, atteint d'un ulcère chronique de l'estomac, conserva indéfiniment un point douloureux à la pression.

Les vomissements ont toujours cédé très rapidement.

La mort n'est survenue qu'une seule fois, bien que, dans ces observations, on ait eu souvent affaire à des sujets ayant subi plusieurs hémorragies avant leur admission dans le service hospitalier de l'auteur, à Eppendorf. Dans ce cas mortel, il s'agissait, comme le montra l'autopsie, d'ulcères multiples dont trois siégeaient à l'estomac et deux se trouvaient au niveau du duodénum.

Chez quatre malades on vit survenir des hémorragies gastriques au cours du traitement. Ce fait, dit l'auteur, ne saurait être invoqué comme argument contre sa méthode, les hémorragies dans l'ulcère rond étant, d'après les recherches rétrospectives auxquelles il s'est livré, bien plus fréquentes chez les sujets tenus à la diète. Il en fut ainsi autrefois à l'hôpital d'Eppingen, où, sur 100 cas d'ulcère rond de l'estomac, soumis au régime alimentaire classique, 20 nouvelles hémorragies, parfois mortelles, ont pu se produire.

Considérations sur la structure de la cellule nerveuse

Dans une récente séance de l'Académie royale de médecine de Belgique, **M. Van Gehuchten** a exposé l'état actuel de la question de la structure de la cellule nerveuse, et le résultat de quelques recherches que, tout dernièrement, il a entreprises à ce sujet.

On a beaucoup discuté sur la structure interne de la cellule nerveuse. La structure réticulée de ce protoplasme cellulaire a rallié, il y a quelques années, un bon nombre de partisans. Depuis les recherches de Bethe (1898), la structure fibrillaire semble mieux correspondre à la réalité. D'après cet auteur, les fibrilles du protoplasme seraient indépendantes les unes des autres ; ces fibrilles, nettement visibles dans tous les prolongements protoplasmatiques, s'écarteraient entre elles, dès leur entrée dans le corps cellulaire, pour se rendre soit dans un prolongement protoplasmique voisin, soit dans le cône d'origine de l'axone.

Les résultats fournis par une nouvelle méthode de Cajal ne viennent pas du tout à l'appui des conclusions que Bethe a tirées de ses observations histologiques contre la doctrine des neurones.

Pour M. Van Gehuchten, il n'y a actuellement qu'un seul fait en opposition avec cette doctrine. C'est l'*autorégénération* des nerfs, démontrée tout récemment par Bethe. M. Van Gehuchten a repris les recherches expérimentales de cet auteur. Il a arraché le nerf sciatique à six chiens âgés de un jour. Quatre-vingt-trois jours après l'opération, il a, chez un de ces chiens, mis à nu le nerf sciatique dans le creux poplité, et l'a excité par le courant faradique ; tous les muscles de la jambe et du pied se sont contractés énergiquement. A l'autopsie, le bout périphérique était séparé sur une distance de trois centimètres du bout central ; il était, de plus, intimement adhérent à la masse musculaire voisine. *Macroscopiquement*, les deux bouts du nerf étaient donc indépendants, et, malgré cela, le bout périphérique, séparé des centres médullaires, a récupéré sa conductibilité.

Il reste encore à faire l'examen histologique de ce bout périphérique. Si, conformément aux observations de Bethe, les fibres nerveuses se sont régénérées, il faut bien admettre que le cylindre-axe d'une fibre nerveuse ne doit pas être inévitablement le prolongement d'une cellule nerveuse.

L'auteur se propose de revenir sur cette question dans une séance ultérieure, lorsque ses animaux en expérience auront survécu assez longtemps pour pouvoir juger du sort définitif de ces nerfs régénérés.

V. DE H.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS LIBRES

Autorisés pour le 2e semestre de l'année scolaire 1903-1904, par le Conseil de l'Université de Paris, le 29 février 1904.

Amphithéâtre Cruveilhier.

M. Bérillon. — Psychologie normale et pathologique ; l'hypnotisme et la psychothérapie ; lundi et jeudi, à 5 h. (ouverture le 18 avril 1904).

M. Darier. — Applications médicales du radium ; le mardi, à 6 h. (ouverture le 26 avril 1904).

M. Foveau de Courmelles. — Electrothérapie, radiographie et photothérapie ; radium ; lundi, à 6 h. (ouverture le 18 avril 1904).

M. Frumesan — La physiothérapie ; mardi, à 5 h. (ouverture le 19 avril 1904).

M. Gaube. — Indice de réfraction des solutions salines dans ses rapports avec le coefficient de diffusion des sels ; eaux minérales ; mardi et samedi, à 4 h. (ouverture le 16 avril 1904).

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Hospitalisation des maladies contagieuses. Etude à propos de 2000 malades traités à l'hôpital Pasteur

Par M. le Dr Louis MARTIN
Médecin-résident de l'hôpital Pasteur.

On sait que la question de l'hospitalisation et de l'isolement des malades contagieux est tout à fait à l'ordre du jour, depuis, surtout, l'intervention de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose et la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur.

La communication ci-dessous, que M. Louis Martin, médecin-résident de l'hôpital Pasteur, vient de faire à l'instant à la « Société médicale des hôpitaux », représente un document très important dans la question. Il s'agit, en effet, comme on le verra, d'une expérience d'isolement portant sur trois années consécutives et sur plus de 2000 malades.

J. J.

Depuis l'année 1900, nous hospitalisons, à l'hôpital Pasteur, dans un même pavillon, mais dans des chambres séparées, toutes les maladies contagieuses.

Après avoir pris connaissance de la discussion soulevée par M. Debove à la Société des hôpitaux dans sa séance du 26 février, j'ai pensé qu'une expérience de plus de trois années pourrait vous intéresser et contribuer à la solution du problème si difficile de l'*hospitalisation des maladies contagieuses*.

Pour donner une idée générale de l'hôpital Pasteur, il suffit de dire que c'est un *hôpital cellulaire* où tous les efforts ont été concentrés sur les points suivants : 1° isoler le malade en vue d'éviter la contagion; 2° permettre une désinfection efficace des locaux occupés, pendant et après la maladie; 3° réaliser les deux choses avec une installation simple, sans luxe, mais très confortable.

Cette idée de l'hôpital cellulaire est déjà ancienne. M. Borne, dans son travail sur les hôpitaux, signale une maladrerie, située sur la route de Laon à La Fère, où il existait des cellules d'isolement (1).

Après l'incendie de 1772 qui détruisit l'Hôtel Dieu, on s'occupa de la reconstruction des hôpitaux. La Commission de l'Académie des sciences discuta beaucoup sur l'isolement des salles; M. Borne nous parle d'un projet de Petit dans lequel « les pavillons ont une disposition absolument originale : une vaste salle sans plancher depuis le sol jusqu'au faîtage, et, sur chaque mur, une série de petites loges desservies par des passerelles », et M. Borne ajoute : « ce serait peut-être la moins mauvaise manière de faire un pavillon n'occupant que peu d'espace en plan et ne réservant à chaque malade que 40 mètres cubes d'air. La grande difficulté consisterait à assurer un chauffage uniforme à tous les étages du pavillon ». M. Borne pense que, de ce plan de Petit, sont peut-être nées les prisons cellulaires. Si nous acceptons cette hypothèse, il est curieux de voir qu'on a su résoudre d'abord l'isolement pour les prisonniers en partant d'un plan d'hôpital. En revanche, la prison de Fresnes, où tant de difficultés ont été vaincues, nous permet d'espérer que, par un juste retour, l'essai tenté pour les prisonniers servira aux malades.

L'Académie des sciences, en 1788, dressa un programme qui fut mis en pratique dans la construction de l'hôpital de Lariboisière, 70 ans plus tard, en 1854.

Dans les années qui suivirent, on discuta fortement pour savoir s'il fallait ou non des étages à un hôpital. On demanda, avec raison, de diminuer le nombre des lits dans chaque salle, on s'occupa beaucoup de la meilleure disposition pour obtenir un bon chauffage, une bonne installation; la « Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle » publia, en 1883, un rapport, rédigé par M. Jules Rochard, dont les conclusions très précises ont servi de base à la construction des hôpitaux modernes; mais nous avons vainement cherché, dans ce programme, les chambres d'isolement; on parle surtout de l'isolement des pavillons.

Les découvertes de Pasteur étaient nécessaires pour nous orienter vers l'isolement du malade; c'est la chirurgie qui, la première, a su profiter des travaux du Maître (1), et ce sont les chirurgiens qui, les premiers, ont réclamé, pour leurs grands opérés, des chambres séparées. Puis Tarnier a vigoureusement mené la lutte pour obtenir l'isolement des accouchées infectées et l'amélioration des maternités. Parmi les médecins, M. Bourneville, depuis longtemps, dans son pavillon de Bicêtre, nous a montré comment, dans un même pavillon, on pouvait soigner les différentes maladies infectieuses, et l'hospice des Enfants-Assistés a aussi esquissé quelques tentatives d'isolement sous la direction de nos maîtres, MM. Sevestre et Hutinel. A l'étranger, quelques chambres d'isolement ont été bientôt annexées à des services généraux, mais, avant 1894, sauf à Bicêtre, au pavillon de M. Bourneville, on n'a jamais tenté d'installer l'hôpital cellulaire.

C'est en 1894, à la suite d'une remarque du Dr Roux (2), que l'administration de l'Assistance publique songea à isoler les diphtériques aux Enfants-Malades et fit construire un pavillon où se trouvent de nombreuses cellules. Je suis cependant persuadé que M. Marfan, le chef actuel du service, serait heureux de voir leur nombre s'augmenter encore. Quelque temps après, l'Assistance créa le service des douteux, dirigé depuis peu par M. Moizard, où tous les malades sont isolés les uns des autres; on y reçoit indistinctement tous les malades contagieux dont le diagnostic est douteux; et ce service fonctionne très bien.

Les nouveaux hôpitaux d'enfants ont profité de ces idées; les cellules ont été prévues un peu petites, les cubes d'air sont parfois insuffisants, mais, de l'avis de tous, dans ces nouveaux hôpitaux, un grand progrès a été réalisé.

Ce qu'on a fait pour les enfants, on hésite à l'appliquer aux adultes, et même pour l'hôpital d'Aubervilliers, qui, cependant, a les mêmes besoins qu'un pavillon de la diphtérie, on ne parle pas d'hôpital cellulaire. Bref, malgré notre essai, l'hôpital cellulaire est encore regardé comme un hôpital idéal, qu'on peut admirer, mais non imiter. Je vais le décrire succinctement et j'espère démontrer que d'autres pourront et devront nous imiter.

Dans son ensemble, l'hôpital comprend cinq bâtiments :

1° Un pavillon de consultation servant aussi, au rez-de-chaussée, à l'admission des malades, et, aux étages, au logement du personnel.

2° Un bâtiment pour les services généraux : cuisine, office, magasins, lingerie, buanderie et désinfection.

3° Le logement du médecin-résident.

4° et 5° Deux pavillons de 58 lits chacun.

Chaque pavillon comporte un rez-de-chaussée et un étage dont les dispositions sont assez semblables; au centre, sont 24 chambres d'isolement; aux extrémités des salles de convalescence pour 24 malades; enfin, au deuxième étage, 5 chambres à deux lits sur la grande tête du pavillon, tandis que, pour la petite tête, le deuxième étage est occupé par le logement de l'interne.

Il existe, en outre :

Une chambre des entrants où sont reçus les malades; une chambre des sortants pour baigner les malades quittant l'hôpital; une salle d'opérations; une petite pharmacie; trois offices, un pour chaque étage; un petit laboratoire pour l'examen des urines et les examens microscopiques rapides ; enfin, un vestiaire pour les médecins, un autre pour les sœurs.

Dans les sous-sols se trouvent: une réserve pour le linge et les couvertures, une salle de bains, une salle de douches et un vestiaire pour les habits des malades.

D'une façon absolue, tous les sols sont en grès cérame et tous les murs sont peints à l'huile; dans les parties basses, il existe jusqu'à 1 m. 20 de hauteur, un revêtement en grès cérame vernissé. Tous les angles sont arrondis, pour tout l'hôpital, par conséquent, le nettoyage des pièces est rendu aussi simple que possible.

Voici maintenant quelques détails sur les 24 box qui ont été plus particulièrement disposés pour nous servir de chambres d'isolement.

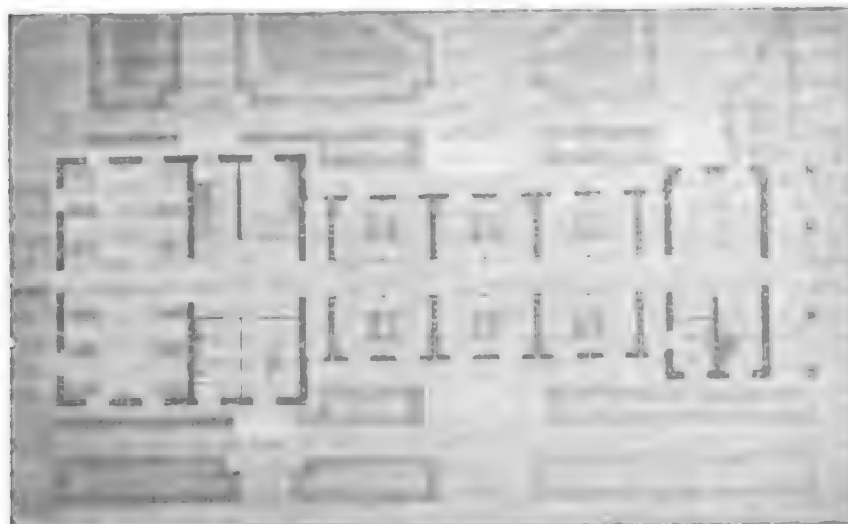
12 de ces chambres sont au rez-de-chaussée et 12 au premier étage.

Comme on le voit sur le plan, ces 12 chambres sont incluses entre deux couloirs d'isolement et deux balcons. Chaque chambre a une sortie sur ces balcons, mais, en plus, chaque chambre a une sortie sur un couloir central qui divise les 12 chambres en 6 chambres de droite et 6 chambres de gauche. Toutes sont indépendantes. Dimensions : 3 m. 40 de lon-

(1) L. Borne. — « Construction des hôpitaux », page 6.

(1) Programme de la Société de chirurgie.

(2) *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1894, p. 661.



Pavillon (plan du rez-de-chaussée).

gueur, 2 m. 75 de largeur et 4 m. 60 de hauteur, ce qui donne un cube de 43 mètres.

Chaque cellule est accotée à un mur creux par où passe toute la tuyauterie pour les eaux, les vidanges et le gaz, et qui loge également les gaines de chaleur et de ventilation. D'autre part, la cellule est séparée de la chambre voisine par une paroi de verre. Rien n'est apparent comme tuyauterie et tout est lavable à grande eau. Dans chaque cellule on trouve eau froide et eau chaude; les robinets ont un débit suffisant pour donner un bain rapidement.

Notre box étant une véritable cuvette cimentée, il fallait prévoir une bonde pour évacuer les eaux de lavage qui servirait aussi pour vider la baignoire.

Dans chaque pièce, il y a une bouche de chaleur et un orifice pour la ventilation, une lampe électrique avec prise de courant et prise de gaz que le malade ne peut ouvrir

Comme on le voit, chaque cellule est absolument indépendante et autonome ayant deux entrées, l'une sur le couloir central, qui permet l'accès des pièces en temps ordinaire, l'autre donnant sur le balcon, qui pourra servir lorsque le malade devra être isolé d'une façon rigoureuse. Dans quelques cas, on peut avoir besoin d'isoler et le malade et le personnel qui le soigne; le fait est prévu; il existe, en effet, des portes de communication qui permettent d'aller d'un box dans l'autre, sans passer par les couloirs En cas d'isolement absolu, on placerait le malade dans une chambre et l'infirmière dans une chambre voisine où, avec le gaz, on pourrait désinfecter, par l'eau bouillante, tout ce qui servirait au malade.

Pour compléter cette chambre aseptique, il fallait un mobilier simple et désinfectable; il se réduit à un lit en fer avec sommier métallique, une table de nuit en fer ouverte, avec deux plateaux de faïence, une chaise vernie en bois recourbé et un évier lavabo.

Après avoir ainsi décrit l'instrument qu'on a mis à notre disposition, voyons de quelle façon nous nous en sommes servi et les résultats que nous avons obtenus.

Notre première idée fut de recevoir seulement des diphtériques, mais, rapidement, nous dûmes nous rendre à l'évidence. Il était impossible d'avoir constamment 60 malades tous atteints de la même maladie. Nous pensâmes alors à diviser l'hôpital en deux compartiments, un étage étant réservé à la variole, l'autre à la diphtérie. Ce système n'a pu fonctionner; lorsqu'il existait des places aux diphtériques, c'était un varioleux qui se présentait. Force fut donc de supprimer toute systématisation. Nous avons alors agi avec une grande prudence, en multipliant les précautions, et grâce au local, grâce surtout au personnel (1), nous avons obtenu de très bons résultats.

En effet, du 1er octobre 1900 au 19 avril 1903, nous avons soigné 2000 malades répartis comme il suit :

143 diphtéries;
166 angines non diphtériques;
524 varioles;
55 varicelles;
126 rougeoles;
92 scarlatines;
163 érysipèles;
20 phlegmons de l'amygdale;
7 rages déclarées;
26 traitements antirabiques;
7 traitements préventifs antidiphtériques;
192 mères d'enfants malades ou enfants de mères malades;
179 maladies qui ne rentrent pas dans la nomenclature précédente.

Pour obtenir un résultat satisfaisant dans les conditions où nous avons dû nous placer, il ne faut rien laisser au hasard: tout doit concourir au même but: éviter la contagion.

Voici les moyens que nous avons employés, en prenant un malade depuis son entrée jusqu'à son départ.

Le malade admis est envoyé à la salle des entrées (chaque pavillon a sa salle des entrants). Lorsqu'il se présente, deux sœurs le reçoivent et, revêtant une blouse, procèdent à son installation.

On prépare d'abord un lit roulant, qui doit le conduire dans sa chambre ; sur ce lit en fer, recouvert de coussins en toile caoutchoutée, on place une couverture, puis un drap. Le lit préparé, on déshabille complètement le malade, et tous ses effets sont mis dans une poubelle cylindrique, de 60 centimètres de haut et de 40 centimètres de diamètre, fermée par un couvercle. On évite ainsi la dispersion des microbes et de la vermine. Le malade, recouvert d'une simple chemise, monte sur le lit roulant ; il est enveloppé complètement dans le drap et la couverture, et on le conduit dans son box, mais, auparavant, les sœurs, après s'être lavé les mains au sublimé, prennent les renseignements sur l'état-civil, demandent aux parents qui, le plus souvent, accompagnent les malades, de se laver les mains, et les renvoient, après leur avoir donné toutes les indications qui peuvent leur être utiles.

Dans le cas de variole, les parents sont aussitôt vaccinés, et ils sortent de l'hôpital sans passer par les salles d'attente.

Ceci fait, les sœurs quittent leurs blouses ; un garçon en prend une et roule le malade jusqu'au box qu'il doit définitivement occuper. Ce même garçon revient aussitôt à la salle des entrants, pour emporter la poubelle à la désinfection, laver la pièce des entrants, la chaise, le lit roulant et ses coussins, avec une solution d'eau de Javel au cinquantième, et placer une nouvelle poubelle désinfectée pour qu'on puisse faire entrer sans crainte, dans cette pièce, un nouveau malade. En opérant ainsi, nous recevons en moyenne quatre à cinq malades par jour ; plusieurs fois, nous avons eu neuf entrants atteints de maladies contagieuses différentes, et, à chaque fois, on a procédé comme je viens de l'indiquer.

Nous pensions, tout d'abord, donner au malade les soins de propreté dans la salle même des entrées, mais nous avons reconnu, à l'usage, qu'il était préférable de baigner le malade dans son box.

Arrivé là, il trouve une pièce désinfectée, chauffée et meublée; tout a été préparé d'avance. On le couche, on le laisse reposer quelques instants, puis la sœur prend sa température et lui donne un grand bain.

Tout malade, en arrivant, est vu par un interne de garde, qui le vaccine immédiatement lorsque nous avons des varioleux. Les enfants au-dessous de trois ans, lorsque nous avons des diphtériques, reçoivent préventivement 5 cc de sérum antidiphtérique.

(1) L'hôpital Pasteur, conçu par M. Roux, a été construit par M. Florentin Martin, architecte. Nous avons assuré son fonctionnement en collaboration avec M. Veillon, avec l'aide de MM. Loiseau et J. Girard. Dans la première année, MM. Salimbeni et Vaudremer nous ont prêté un précieux concours. Nous tenons à remercier tout particulièrement nos sœurs infirmières pour leur dévouement de tous les instants.

Voici le malade dans son box ; désormais, *tout ce qui sortira de sa chambre sera désinfecté, tout ce qui pénétrera devra, autant que possible, être aseptique.*

La formule que je viens d'énoncer estelle réalisable ? Nous le pensons ; voici, en quelques mots, les précautions que nous croyons indispensables.

Il y a d'abord celles que le personnel doit observer d'une façon absolument rigoureuse. Les médecins et les infirmières ont, dans l'hôpital, un costume et des chaussures spéciales, qu'ils doivent quitter chaque fois qu'ils sortent du pavillon.

Les médecins ou les infirmières ne doivent pas pénétrer chez les malades sans utilité ; lorsqu'ils sont obligés d'entrer dans une cellule, ils prennent une blouse qui protège leurs vêtements. Tous les linges qui leur servent pour examiner ou nettoyer les malades restent dans le box, tous les instruments, stéthoscopes, abaisse-langue, etc., sont aussitôt bouillis ; enfin, lorsque médecins ou infirmières sortent d'un box, ils doivent quitter leur blouse, se laver les mains au savon et au sublimé, s'essuyer avec une torchonnette, et, au besoin, se laver la figure, si elle a été souillée. Toutes ces précautions prises, ils peuvent, sans inconvénient, visiter un autre malade.

Telle est la règle que doit suivre le personnel. Voyons maintenant comment, chaque jour, nous procédons, pour éviter la contagion par le linge et par les ustensiles de ménage.

Lorsque le malade est gravement atteint, qu'il use beaucoup de linge, on place dans chaque box une poubelle fermée, qui reçoit tout son linge, et chaque jour la poubelle est roulée à la désinfection. Pour les malades qui usent peu de linge, chaque chambre a, sous le lavabo, un seau contenant de l'eau, où l'on jette mouchoirs, torchonnettes, serviettes, etc. Tous les matins, ce linge humide est recueilli dans une boîte métallique et désinfecté.

Comme notre linge est souvent souillé de sérosité ou de sang, nous ne le passons pas à l'étuve, nous le désinfectons en le trempant pendant douze heures dans des bacs contenant la solution antiseptique suivante :

Eau.................	10 litres
Cryséline..........	200 gr.
Savon noir.........	100 gr.
Carbonate de soude.	50 gr.

Dans ces bacs, dont l'eau est portée à 60 degrés, se font l'essangeage et la désinfection ; après douze ou vingt-quatre heures de trempage, le linge est envoyé à la buanderie, toujours humide et encore imprégné de solution antiseptique. En résumé, nous ne manipulons que du linge humide, que nous désinfectons le plus tôt possible.

Toutes les couvertures, toute la literie sont désinfectées après chaque malade. Pour la literie, on se sert de l'étuve à vapeur fluente de MM. Vaillard et Besson. Pour les couvertures, les bas et les autres objets de laine, nous les désinfectons dans les bacs comme les linges. Mais, à la buanderie, l'eau de la machine à laver ne doit pas dépasser 70°.

Ces précautions prises par le personnel, cette désinfection du linge et de la literie, sont de rigueur ; elles ne suffisent cependant pas à éviter la contagion et il a fallu trouver un moyen pour désinfecter les ustensiles de ménage qui servent pour la toilette ou pour la nourriture.

Pour la toilette, nous donnons à chaque malade une brosse à dents, un peigne qui sont mis hors service au départ du malade, vu la difficulté qu'on a pour désinfecter ces deux objets.

Pour la vaisselle, nous avons fait construire un modèle spécial de couteau pouvant supporter l'ébullition, et tous nos ustensiles, après chaque repas, sont bouillis pendant un quart d'heure dans de l'eau alcalinisée avec du carbonate de soude. On procède de la façon suivante trois fois par jours, après le repas, deux sœurs stérilisent la vaisselle. L'une d'elles prend une grande bassine, qui doit recevoir les ustensiles infectés ; l'autre, un torchon humide à la main, pénètre chez le malade, prend sur sa table de nuit tous les objets souillés et les place dans la bassine. Quand la bassine est remplie d'objets, la même sœur les sort de la bassine pour les placer dans un réservoir où se trouve l'eau bouillante carbonatée. En résumé, tous ces objets sont désinfectés dans le pavillon même, le plus près possible du malade ; aucun ne doit être transporté à la cuisine centrale.

Ces mesures de précaution, que je viens de détailler un peu longuement, sont indispensables ; j'ai insisté pour bien montrer que, dans la mesure du possible, nous n'avons rien livré au hasard.

J'ajoute que le sol doit être aussi désinfecté, deux fois par jour autant que possible, le matin avant la visite, le soir, avant la contre-visite. On le lave avec un torchon humide, trempé dans une solution d'eau de Javel à 1/50, ou dans une solution de crésyline à 1/200. Deux fois par semaine, le sol de tout l'hôpital est lavé à l'eau et au savon noir.

Chaque box est entièrement nettoyé, comme nous l'avons déjà indiqué, à chaque changement de malade.

Nous avons dû ajouter quelques précautions suivant les différentes maladies, je les indiquerai dans une communication ultérieure, en étudiant séparément chaque groupe de maladies. Voyons les résultats que nous avons obtenus.

On ne s'attendra pas à me voir affirmer que notre pavillon a été tellement parfait, et le service tellement irréprochable qu'il ne nous est pas survenu d'accrocs. Il y a eu, en effet, quelques contagions, qui, presque toujours, ont été expliquées, et qui, désormais, je l'espère, seront évitées.

La variole a causé un cas de contagion chez une malade, entrée la nuit en pleine éruption, avec des symptômes généraux assez marqués ; on pouvait croire à un rash de variole et on ne fit pas la vaccination. Toujours est-il qu'une femme, entrée pour scarlatine grave, a eu, quatorze jours après son arrivée, une variole intense, dont elle a cependant guéri.

De l'hôpital d'Aubervilliers, on nous a signalé trois cas de contagion, qui peuvent nous incomber. Dans l'un, il s'agissait d'une varicelle abondante, qui fut prise pour une variole et, placée dans la salle des varioleux convalescents, la malade y contracta la variole.

Une autre femme était entrée chez nous pour accompagner son enfant au sein, atteint d'angine ; elle resta peu de temps au pavillon, mais bien qu'ayant été revaccinée, elle fit une variole légère.

Un troisième malade a eu la variole en sortant de notre hôpital, mais il avait été en contact avec un varioleux la veille de son entrée. Il ne nous incombe probablement pas ; il a été revacciné chez nous sans succès.

Il est curieux de voir que, sauf la varicelle, dans les trois cas que nous venons de signaler, la variole a débuté de dix à quatorze jours après l'arrivée. C'est donc dès le début que les sujets ont dû s'infecter.

Nous avons eu, en outre, deux contagions d'érysipèle, le même jour, dans la même salle ; les malades étaient des convalescents de variole. Une enquête nous a permis d'attribuer cette contagion à une désinfection insuffisante de peignes ayant servi à des érysipèles, et qui, trempés encore gras dans du sublimé au 1/1000, ne furent pas suffisamment désinfectés. Depuis ce jour, nous avons adopté des peignes en métal qui, après chaque malade, sont désinfectés par l'ébullition, dans de l'eau à laquelle on ajoute un peu de carbonate de soude.

Il n'y a pas eu d'autres contagions, j'ai voulu m'assurer qu'après leur départ de l'hôpital, les sortants n'avaient pas de maladie à longue incubation ; j'ai donné à chacun une carte postale, qui devait m'être renvoyée quinze jours après le départ. Sauf les trois varioles déjà signalées, et traitées à Aubervilliers, je n'ai pas eu connaissance d'autres cas de contagion. J'estime que le résultat est très encourageant, d'autant plus que, presque toujours, l'explication de chaque contage a pu être trouvée.

Depuis le 19 avril 1903 jusqu'à ce jour, nous avons reçu 745 nouveaux malades, et je dois signaler deux nouvelles contagions. Un malade a eu la variole ; je n'ai pu en découvrir la cause. Une fillette, convalescente de scarlatine, a eu la diphtérie ; elle a été seule atteinte dans une salle de convalescentes où se trouvaient plusieurs malades ; j'ai trouvé ici plusieurs fuites : 1° l'enfant avait reçu du dehors des objets pour habiller une poupée qui avait servi à une malade en ville ; 2° la corde du store qui, dans la salle des convalescents, est à l'intérieur de la chambre, n'avait pas été désinfectée suffisamment.

En résumé, nous avons eu 8 contagions : 5 varioles, 2 érysipèles et 1 diphtérie, pour

un total de 2745 malades, soit un peu moins de 3 °/₀₀. Y en a-t-il moins lorsqu'on hospitalise les maladies contagieuses par pavillons séparés? Je ne le pense pas.

Après avoir ainsi accusé tout le passif du pavillon, voyons l'actif. Il faut le chercher tout d'abord dans le pourcentage des décès.

Pour la variole, nous avons une mortalité de 18 °/₀, au lieu de 24 °/₀ à Aubervillers, pour la même épidémie.

Pour la diphtérie, 11 °/₀ de mortalité globale.

Pour la scarlatine, 2 17 °/₀.

Pour l'érysipèle, 6.5 °/₀.

Enfin — et j'insiste sur ce point — pour la rougeole, *sur 126 malades nous avons 2 décès*. Il est difficile d'avoir mieux, même dans les familles.

Je ferai remarquer, en outre, que nous avons hospitalisé, indistinctement, des enfants et des adultes; dans un même box, nous pouvons facilement loger une mère et son enfant, et nous en avons largement profité.

Lors de deux épidémies de diphtérie et de rougeole, chez des femmes enceintes, nous avons pu hospitaliser ces malades et les accoucher dans leur box sans avoir aucun accident.

Plusieurs fois nous avons reçu des phlegmons, pris pour des érysipèles, et nous avons dû conserver ces malades pour ne pas infecter un service de chirurgie.

Enfin, dans quelques cas de morsures graves, nous avons hospitalisé des malades en traitement au service de la rage, qui, porteurs de blessures très étendues, ont guéri sans accidents.

Tout le monde sait que la diphtérie frappe fréquemment plusieurs membres d'une même famille; or, bien souvent, dans nos chambres du deuxième étage, nous avons reçu une mère avec ses enfants, alors que, dans l'organisation actuelle des hôpitaux, la mère aurait dû aller à Aubervilliers avec son nourrisson, et les enfants dans un pavillon de diphtérie.

Je crois inutile d'insister plus longuement sur ces faits. J'espère avoir suffisamment indiqué quel esprit nous a guidés, quels résultats nous avons obtenus dans notre premier pavillon. Désireux de terminer le second, nous avons cherché à profiter de notre expérience. Nous avons proposé de diviser la chambre des convalescents. Au lieu de conserver des chambres de douze lits, nous nous limiterons à des chambres de trois lits; c'est la seule modification importante.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer, à un point de vue général, de cette expérience de quatre années?

Il serait évidemment désirable que toutes les maladies aiguës fussent traitées dans des box; mais, qui demande trop, risque fort de ne rien obtenir. Nous n'en avons pas moins, croyons-nous, le devoir d'insister sur les bons résultats auxquels nous sommes arrivé en isolant, de la façon que j'ai dite, les maladies contagieuses.

Ce que M. Roux a demandé pour la diphtérie, il faut le demander pour la rougeole, pour la variole, pour la scarlatine, etc. Peut-être, dans une grande ville comme Paris, pourrait-on avoir un pavillon pour chaque maladie contagieuse; mais, je reconnais que ce serait coûteux; et puis, on n'aurait jamais assez de places en temps d'épidémie, et on en aurait toujours trop en temps ordinaire. Si on accepte, au contraire, pour le nouvel hôpital d'Aubervilliers, le principe de l'hôpital Pasteur, on pourra, suivant les services, affecter un ou deux pavillons à la maladie régnante, et un autre pavillon aux autres maladies. En province, dans les villes de moins de 100 000 habitants, un pavillon Pasteur répondrait à tous les besoins, et il est difficile, dans ce cas, de défendre les pavillons isolés et spécialisés. Mais, à Paris, on devrait aussi, dans les nouveaux hôpitaux, prévoir un pavillon Pasteur pour éviter, dans la mesure du possible, les transports de malades gravement atteints. On y hospitaliserait, sans inconvénients, les érysipèles, les rougeoles, etc.

En outre, je crois qu'il faut demander, dans chaque service, quelques chambres d'isolement, d'abord pour permettre aux gens de mourir tranquilles, et éviter à leurs voisins la vue de leur agonie, ensuite, pour isoler, aussi rapidement que possible, les malades douteux suspects de maladies contagieuses.

En résumé, les hôpitaux nouveaux ne devraient plus contenir de grandes salles, mais des salles de trois, six, ou, au maximum, douze malades.

Chaque service devrait avoir à sa disposition quelques chambres d'isolement.

Dans chaque hôpital important, il devrait y avoir un ou deux pavillons avec chambres séparées, pour isoler les contagieux en temps d'endémie. Ces chambres seraient insuffisantes en temps d'épidémie; c'est pourquoi je crois qu'il faut maintenir Aubervilliers pour hospitaliser les varioles, comme le demande M. Debove, et aussi pour hospitaliser les malades enfants ou adultes en cas d'épidémie. Je dirai plus. Cet hôpital d'Aubervilliers devrait être une école où l'infirmier, pour se perfectionner, se trouverait aux prises avec les difficultés, apprendrait l'hygiène, l'asepsie, et pourrait, après son séjour dans cette école, fortement instruit par les leçons des maîtres et par l'expérience journalière, rendre les plus grands services.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 mars.

Influence de la sténose cicatricielle sur la stérilité

M. Siredey rapporte le cas d'une femme mariée depuis quinze ans ayant une sténose du col presque complète, consécutive à des cautérisations pour métrite, et cause de dysménorrhée pour laquelle il pratiqua, avec beaucoup de difficultés, la dilatation, l'orifice admettant à peine un stylet. L'amélioration dura deux ou trois mois, mais la sténose avait reparu six mois après. Toutefois, cette femme devint enceinte à cette époque et put accoucher à terme sans que le col ait opposé de résistance pendant la période de dilatation.

M. Pozzi pense que dans le rétrécissement congénital ou acquis du col, il ne faut pas invoquer seulement le fait mécanique comme cause favorisante de stérilité; un rétrécissement très prononcé peut bien, en effet, laisser pénétrer un spermatozoïde, qui est capable de passer à travers l'orifice tubaire. Mais ce rétrécissement prédispose au catarrhe du col, n'ayant pas de tendance à guérir spontanément et formant un bouchon muqueux permanent qui peut mettre obstacle à la pénétration du spermatozoïde.

De la restauration de la paroi abdominale pour éventration ou après la cure radicale des hernies ombilicales

M. Hartmann décrit tout au long le procédé de restauration qu'il emploie dans ces cas et qui consiste, en particulier, dans l'exploration du contenu du sac sans ouverture de celui-ci, ce qui permet de le réséquer en masse lorsqu'il ne contient que de l'épiploon. La consolidation de la paroi est réalisée par le doublement des tissus fibreux pris de part et d'autre de la ligne médiane et croisés au devant comme une redingote à deux rangs de boutons.

Ce procédé de suture par doublement des tissus fibreux lui a donné des résultats parfaits, depuis 1895 qu'il l'emploie.

MM. Richelot, Routier, Doléris, Pozzi décrivent chacun leur *modus faciendi*, qui consiste également dans le doublement de la paroi. Ils insistent sur la nécessité d'entrecroiser, non seulement les plans fibreux, mais le plan musculaire formé par les muscles droits, qui sont quelquefois difficiles à trouver et à saisir, mais qu'on peut cependant généralement amener sur la ligne médiane, en pratiquant en dehors d'eux des incisions libératrices.

Il paraît également indispensable de

faire de larges résections de la peau et du tissu cellulaire de façon à constituer une sangle solide.

M. Lucas-Championnière fait observer que ce procédé n'est autre que celui qu'il a décrit, en 1892, pour la cure de la hernie inguinale.

Hystérectomie pour infection puerpérale

M. Doléris. — Il s'agit d'une femme qui fut amenée dans mon service avec un état infectieux grave consécutif à un accouchement prématuré avec fœtus mort et putréfié. Son état restant grave, je me décidai à pratiquer l'hystérectomie, bien que la constatation de la présence du streptocoque dans le sang m'eût indiqué qu'il y avait généralisation de l'infection. Au cours de l'opération je trouvai les veines utéro-ovariennes augmentées de volume et les sectionnai le plus haut possible.

La femme ayant succombé trois jours après l'opération, on trouva, à l'autopsie, les viscères farcis d'abcès miliaires. Les veines contenaient du pus. Il fut isolé quatre variétés de microorganismes, anaérobies et aérobies.

Je crois pouvoir conclure de cette observation, contrairement aux partisans de l'hystérectomie, que cette intervention ne donne pas de meilleurs résultats dans les cas de forme phlébitique comme celui-ci, que dans les autres formes d'infection puerpérale.

Myomectomie au cours de la grossesse

M. Gross (Nantes) lit l'observation d'une femme, opérée au cours de sa grossesse dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes, pour des accidents dus à la torsion du pédicule d'un fibrome.

Cette femme a conduit ensuite sa grossesse jusqu'à terme.

Un cas de placentophagie

M. Pozzi lit une observation qui lui a été communiquée par M. Reverdin (de Genève) et relatant l'histoire d'une femme qui, après son accouchement, s'empara du délivre qui avait été mis dans un plateau et mordit à belles dents dans le placenta, disant qu'elle ne pouvait résister à cette envie. Cette femme ne paraît cependant présenter rien de particulier au point de vue mental, et n'est pas une hystérique.

Présentations

M. Doléris apporte des pièces provenant :

1° D'une femme ayant une série de tumeurs, à savoir : un sarcome kystique du mésentère, des fibromes multiples du corps utérin, un allongement hypertrophique du col, un papillome verruqueux du col. Cette malade avait déjà subi antérieurement une myomectomie.

2° D'une femme de quarante-trois ans, chez laquelle il enleva un fibrome inséré sur la partie moyenne du ligament rond.

3° D'une malade ayant présenté des suites de couches fébriles et chez laquelle il trouva une tumeur se développant assez rapidement, qu'il put enlever par le cul-de-sac postérieur ; il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Mauclaire présente un malade porteur d'un *bec-de-lièvre guéri pendant la vie intra-utérine*. Malformation héréditaire dans un cinquième des cas.

MM. Lucas-Championnière et Routier citent des observations tendant à démontrer cette influence héréditaire.

M. Delestre.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 15 mars

Arthralgies diphtériques ou arthralgies sériques

M. Barbier. — Sur 800 enfants hospitalisés à Hérold pour diphtérie, et traités par le sérum, j'ai observé six fois des arthropathies. Ces arthropathies apparaissent pendant la convalescence, tantôt en même temps qu'une paralysie sérique, tantôt en même temps qu'une paralysie diphtérique. Dans le premier cas, il est certain que l'opinion actuellement classique, qui considère ces arthropathies comme un accident sérique, est justifié ; dans le second cas, on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un accident dû à la diphtérie elle-même ; cette opinion tire un grand degré de probabilité du fait que de telles arthropathies avaient déjà été notées avant la sérothérapie. Le cas suivant semble, en outre, la justifier pleinement.

Chez un enfant convalescent de diphtérie bénigne, traitée par 20 cc de sérum, la température s'éleva le quatorzième jour, et atteignit rapidement 40° ; en même temps, les articulations étaient le siège d'une péri-infiltration séro-sanguinolente et de douleurs terribles, plus à la pression qu'au mouvement, sans qu'il y ait aucune altération du fonctionnement cérébral. Au vingt-cinquième jour, des tuméfactions fluctuantes apparurent sur le crâne, puis à la malléole externe ; il ne s'agissait pas d'abcès, mais, comme l'incision et la ponction l'ont démontré, d'accumulation sous-cutanée de sérosité sanguinolente. Une culture du sang resta stérile. Le malade mourut par affaiblissement progressif du pouls, à la façon des diphtéries toxiques : à l'autopsie, thrombose cardiaque, culture pure de diphtérie par ensemencement de la sérosité du poumon. Il est difficile de ne pas rapporter ces arthropathies à la diphtérie elle-même.

M. Guinon. — Les arthropathies sont incomparablement plus fréquentes depuis la sérothérapie. Relativement rares encore chez l'enfant, elles sont, chez l'adulte, très fréquentes, à la suite des injections de sérum, même préventives.

M. Barbier. — L'augmentation de cette fréquence ne tient-elle pas à ce qu'autrefois les diphtéries graves mouraient avant l'époque d'apparition des arthropathies.

M. Moizard. — Avant la sérothérapie, je n'ai vu que trois arthropathies dans la diphtérie ; deux fois des arthralgies assez vagues, une fois une arthrite suppurée à streptocoques par infection secondaire.

M. Comby. — Chez les rougeoleux injectés préventivement de sérum antidiphtérique, j'ai observé 2 % d'arthropathies. J'ai eu absolument la même proportion dans la rougeole compliquée de diphtérie.

M. Broca. — J'ai observé, au cours d'une diphtérie, une arthrite suppurée du coude avec épanchement abondant. Le pus, cultivé par Achard, s'est montré stérile, et, après ouverture de l'articulation, la guérison a été rapide et complète, sans trace d'ankylose.

M. Ausset. — J'ai observé des arthralgies sériques graves dans des cas où la toxine diphtérique, ni même l'antitoxine, ne peuvent être aucunement incriminées. J'avais cherché à vérifier l'assertion d'auteurs étrangers sur l'action curative sur le cancer du sérum normal de cheval ou d'âne. Non seulement je n'ai eu aucun résultat favorable, mais j'ai provoqué des arthropathies très sérieuses. De même avec le sérum antistreptococcique.

M. Guinon. — J'observe au pavillon de la scarlatine de l'hôpital Trousseau, beaucoup plus de rhumatisme scarlatineux, depuis que j'y fais la sérothérapie préventive antidiphtérique.

M. Gillet. — La proportion d'accidents sériques est plus élevée que ne le disent les statistiques hospitalières, car nous voyons souvent, dans les dispensaires d'enfants, des enfants sortis de l'hôpital guéris de diphtéries bénignes, et qui nous sont amenés, quelques jours plus tard, avec des accidents sériques.

Péritonite généralisée insidieuse d'origine appendiculaire. Drainages multiples. Guérison

M. Mauclaire. — Il s'agit d'un enfant qui eut une crise d'appendicite le vendredi ; il fut alors purgé par la mère, et il n'entra à l'hôpital que le dimanche soir. Examiné à ce moment par M. Mauclaire, il n'avait aucun signe bien net de péritonite généralisée ; la température était à 39°, le pouls à 120 ; pas de ballonnement du ventre ; douleur légère dans la fosse iliaque droite, diffusant un peu vers la ligne médiane. La laparotomie exploratrice fut pratiquée à droite ; la cavité péritonéale était remplie de pus. Drainage du pelvis et drainage de la région lombaire. Mêmes drainages à gauche. L'enfant a guéri.

Dans un autre cas, l'évolution insidieuse de la péritonite généralisée était semblable. La laparotomie exploratrice permit d'enlever l'appendice et de drainer l'abdomen en étage. L'enfant guérit. Il ne faut pas, dans ces cas, désespérer de la laparotomie pour péritonite générali-

sée suppurée. Dans un travail récent, M. Beck a montré que cette laparotomie a été suivie de succès dans la proportion de 60 %.

La laparotomie exploratrice s'impose donc dans les cas où il y a un doute sur l'existence possible de la généralisation de l'infection à toute la cavité péritonéale.

Fièvre typhoïde débutant comme l'appendicite

M. Simon relate un cas de fièvre typhoïde chez un enfant du service de M. Guinon, ayant débuté brusquement par une douleur au point de Mac Burney avec résistance de la paroi. Un peu de diarrhée éveilla cependant l'attention. Le sérodiagnostic, négatif encore le quatrième jour, fut positif le huitième, puis des taches rosées survinrent. Y a-t-il eu attaque d'appendicite au début d'une fièvre typhoïde ou seulement signes trompeurs simulant une appendicite qui n'existait pas? Les symptômes étaient assez nets pour que nous penchions en faveur de la première hypothèse.

M. Comby. — J'ai connaissance d'une opération pour prétendue appendicite, qui aboutit à l'ablation d'un appendice absolument sain; le malade était au début d'une fièvre typhoïde, qui évolua ensuite comme de coutume.

M. Simon rappelle un cas semblable, relaté par M. Guinard.

M. Moizard a observé un cas semblable terminé par la mort du malade. Le diagnostic est parfois des plus difficiles; on est trompé par des douleurs dans la fosse iliaque, très vives et spontanées, toutes différentes de celles qui marquent habituellement le début de la fièvre typhoïde. C'est l'aspect général du malade, la langue, le pouls, qui doivent faire penser à la fièvre typhoïde.

M. Barbier a eu connaissance de deux opérations d'urgence, faites à l'hôpital Hérold, pour prétendue appendicite, alors qu'il s'agissait de début de fièvre typhoïde.

M. Broca. — J'ai commis l'erreur une fois. J'ai été trompé par la constatation d'une matité de la fosse iliaque droite qui m'a été expliquée, à l'opération, par la présence d'un très gros paquet ganglionnaire iléo-cæcal; l'appendice était complètement sain; j'ai simplement refermé le ventre; la fièvre typhoïde a évolué normalement; le malade a parfaitement guéri.

Au moins une fois par an, il m'est adressé, à l'hôpital, des enfants avec le diagnostic ferme d'appendicite aux fins d'opération, alors qu'il s'agit de début de fièvre typhoïde.

M. Gillet présente un enfant atteint de malformation congénitale du cœur, type de Franck.

MM. Babonneix et **Vitry** présentent trois enfants atteints d'atrophies musculaires de causes diverses (poliomyélite antérieure, atrophie réflexe).

M. P. Teissier relate un cas de leucémie chez un nourrisson avec adénopathie trachéobronchique et cornage.

E. APERT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars

Traitement chirurgical du cancer de la langue

M. Ricard. — Tant qu'on n'aura pas découvert un moyen de guérir radicalement le cancer, le bistouri restera le meilleur moyen d'en arrêter l'évolution. Je n'envisagerai aujourd'hui que la technique opératoire, dont M. Poirier s'est seulement occupé. Comme notre collègue, je suis partisan de l'exérèse la plus large; cependant, je ne puis adopter entièrement son procédé. Sa technique est trop ou trop peu anatomique; elle l'est trop pour cette raison qu'elle comprend l'ablation bilatérale des ganglions du cou; or, nous savons qu'il est exceptionnel de voir la récidive ganglionnaire survenir du côté opposé où siégeait le cancer lingual; quant aux ganglions médians, je ne les enlève que s'ils sont perceptibles. D'autre part, notre collègue se montre trop peu anatomique, puisqu'il respecte le plancher buccal. A mon avis, son ablation est nécessaire.

Il est des cancers auxquels je ne touche pas: ce sont ceux qui se compliquent d'un engorgement étendu de la base du cou à la base du crâne. Pour les autres, voici comment j'opère : après l'extirpation des ganglions carotidiens et sous-maxillaires et suture des surfaces cruentées, je fais la large incision sus-hyoïdienne, je luxe la langue par cette brèche et j'enlève le tout en bloc. C'est le meilleur moyen de se mettre à l'abri des inoculations. Grâce à cette précaution et à l'asepsie buccale anté-opératoire la plus complète possible, on n'observe plus aussi rapidement les récidives et les décès qu'on notait autrefois. Il importe aussi beaucoup de faire un drainage sérieux et de nourrir les malades avec la sonde nasale. En résumé, les survies dépendent surtout d'une ablation large et faite en bloc et de la nature du cancer.

M. Quenu. — Il y en a, en effet, des cas spéciaux et des conditions générales qui entrent en jeu dans les suites opératoires. Je ne crois pas que la gravité réside dans la localisation ou dans l'étendue du cancer. Elle est surtout en rapport avec la dépression nerveuse des malades et l'état plus ou moins septique de l'ulcération. Ainsi j'ai vu deux opérés, atteints d'un petit cancer du bord de la langue, succomber le quatrième et le sixième jour à des accidents septiques. Or, ces malades étaient tous deux en état de dépression considérable.

Comme manuel opératoire, je commence par l'ablation des ganglions carotidiens et sous-maxillaires en ne touchant pas à la glande sous-maxillaire, car sa sécrétion est utile plus tard, comme moyen de défense, puis, après avoir réuni la plaie sans drainage, je fends la symphyse des maxillaires, ce qui donne un énorme jour, j'enlève ainsi facilement la langue et le plancher de la bouche et je termine par la suture des lambeaux muqueux latéraux. Cette opération n'a lieu, bien entendu, que lorsqu'il s'agit de l'ablation totale de la langue.

M. Poirier. — La récidive ganglionnaire du côté opposé n'est pas aussi rare que le pense M. Ricard. Je viens de l'observer pour un sarcome, qui a d'abord récidivé du côté direct et ensuite du côté opposé. Actuellement, j'ai dans mon service trois malades qui présentent cette généralisation. J'ajoute, d'ailleurs, que dans les ganglions que j'ai enlevés des deux côtés, on a presque toujours trouvé malades ceux du côté opposé.

Si je ne touche pas au plancher de la bouche, c'est pour cette raison que les troncs lymphatiques qui communiquent avec les ganglions malades, ne sont pas toujours infectés en même temps.

M. Berger. — Le procédé, préconisé par notre collègue, complique et allonge l'opération, ce qui est une condition défavorable au succès, bien plus que ne l'est la septicémie. Et si l'on veut que l'opération soit complète, il est nécessaire, à mon avis, de ne laisser aucun tronc lymphatique; ils sont plus souvent infectés qu'on ne pense : ce qu'on observe pour les cancers du sein et les traînées lymphatiques, qui sont à l'aisselle sous forme de petits cordons, en est une preuve. Il doit en être de même au cou, ce qui ne peut que rendre l'opération encore plus longue.

Comme procédé opératoire, j'ai abandonné celui qu'emploie M. Ricard, car il ne donne pas un jour suffisant; pour l'ablation totale de la langue je préfère faire la section des maxillaires, après avoir pratiqué l'ablation des ganglions et la ligature des faciales et des linguales. J'enlève également la glande sous-maxillaire, car elle offre souvent un prolongement au-dessus du mylohyoïdien qu'accompagnent des vaisseaux lymphatiques. Comme à tous les chirurgiens, les grandes ablations du cancer lingual m'ont donné une forte proportion de mortalité, pour laquelle il faut faire jouer le principal rôle à l'affaiblissement, bien plus qu'à la septicémie.

M. Delbecq (Gravelines) lit une observation de *calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux* introduite dix ans auparavant dans la vessie.

Présentations

M. Walther. — Hommes : *Ectopies testiculaires opérées.*

M. Kirmisson. — *Abcès multiples du mésentère consécutifs à une appendicite.*

M. Gosset. — *Sarcome de l'intestin grêle réséqué il y a huit mois.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mars.

Délire aigu au cours d'une grippe chez une hystérique

M. Sergent, à propos de la communication de M. Antony, apporte une observation qui tend à montrer, une fois de plus, le rôle capital joué par l'hystérie, à titre de cause prédisposante, dans la pathogénie des délires des maladies aiguës et, en particulier, de la grippe. Il s'agit d'une femme de trente cinq ans, confite en dévotion, qui, à la suite d'une retraite faite dans un couvent, contracta la grippe et fut atteinte, à propos de cette légère infection, d'un accès de délire d'abord religieux, puis furieux, accompagné d'hallucinations terrifiantes et d'impulsions irrésistibles, le tout évoluant sur un fond de confusion mentale qui persista pendant plus d'un mois et cessa complètement sous l'action de la suggestion. Ce qu'il convient de noter, c'est que cette femme, outre son hystérie, présente des tares multiples de dégénérescence; elle a un rétrécissement mitral congénital; ses deux frères ont dû être internés, l'un en bas-âge, l'autre à quinze ans, et sont restés aliénés. Il est intéressant de constater ici la notion, bien établie aujourd'hui, du rôle des prédispositions et, particulièrement, de l'hystérie, dans le délire des maladies aiguës.

Anémie pernicieuse

MM. Vaquez et Aubertin rapportent un cas d'anémie pernicieuse survenue chez un jeune sujet sans cause apparente et ayant entraîné la mort en quelques mois. Le chiffre des globules rouges, qui était de 800000 à l'entrée, s'abaissa progressivement jusqu'au moment de la mort, où il n'était plus que de 300000. Les globules blancs ne dépassaient pas le chiffre de 600 avec prédominance des éléments lymphocytaires. En dehors de cette anémie extrême sans leucocytose, il n'était possible de retrouver dans le sang aucune des modifications que l'on dit accompagner habituellement l'anémie pernicieuse. Pas de déformation globulaire, absence de globules rouges nucléés et de tout élément d'origine médullaire; les hématoblastes paraissaient peu nombreux. A l'autopsie on constata que la moelle diaphysaire et épiphysaire était complètement jaune, sans aucun indice d'activité physiologique.

Ce cas rentre dans la catégorie d'anémie dénommée par Ehrlich : anémie à forme aplastique, et dont il n'y a actuellement que trois cas complètement étudiés. Ils ont servi à l'auteur pour démontrer que, contrairement à l'opinion de Lazarus, l'anémie pernicieuse ne pouvait être toujours, au point de vue anatomique, caractérisée par la réaction mégaloblastique du sang.

Actuellement, on ne saurait non plus faire résider l'anémie pernicieuse dans l'absence de conditions étiologiques, en faire, en un mot, une anémie cryptogénitique ou essentielle, car de simples hémorragies (Ehrlich), la botriocéphalose peuvent provoquer l'apparition de l'anémie pernicieuse la mieux caractérisée.

Il ne faut pas, non plus, la considérer comme l'aboutissant accidentel de toute anémie, ou seulement comme le degré ultime de cette dernière, car il est des cas où, avec un chiffre de globules encore assez élevé, on peut déjà affirmer le diagnostic de l'anémie pernicieuse (Engel).

Ces caractères diagnostiques, qui permettent une classification raisonnée et qui comportent aussi l'affirmation du pronostic, sont tirés exclusivement de l'examen méthodique du sang. Or, la définition de l'anémie pernicieuse réside avant tout dans une question de pronostic.

L'anémie, quelle que soit sa cause première, détermine l'apparition de phénomènes organiques réactionnels qui varieront avec l'intensité de l'anémie d'une part, et, d'autre part, avec l'aptitude physiologique du sujet atteint.

Dans ses degrés les plus faibles et dans les conditions physiologiques normales, l'anémie ne provoquera dans le sang que quelques modifications des formes globulaires, avec parfois apparition de quelques globules rouges nucléés. Ce sera la forme orthoplastique de l'anémie.

Dans des cas plus graves et surtout quand les organes hématopoiétiques seront en état d'inaptitude fonctionnelle, on verra la déformation globulaire prendre un caractère plus accentué, on constatera, dans le sang, la présence d'éléments nucléés de dimensions variables (mégaloblastes et métrocytes), ou bien d'autres organites de provenance médullaire (myélocytes, cellules de Turck, etc.); ce sera la forme métaplastique d'Ehrlich dont le pronostic sera habituellement fâcheux, mais non certainement fatal.

Enfin, dans les cas les plus sérieux semblables à celui que nous rapportons et où l'insuffisance médullaire paraît jouer le rôle primordial, on ne constatera plus aucune réaction myeloïde et le sang, si ce n'est son extrême appauvrissement et un certain degré de leucopénie, conservera tous ses caractères habituels. Ce sera la forme aplastique, dans laquelle la moelle est jaune, inactive, tandis que, dans le cas précédent, elle est redevenue rouge et a repris l'aspect fœtal. La mort est ici fatale.

L'anémie pernicieuse, d'après les conceptions actuelles, ressortit à ces deux dernières catégories, la dernière répondant à ce que M. Hayem a appelé l'anémie par anhématopoïèse.

Il sera désormais nécessaire, lorsqu'on parlera d'anémie grave et que l'on voudra en faire le pronostic, de spécifier d'une façon précise la formule hématologique à laquelle elle correspond. La présence d'éléments anormaux (mégaloblastes, métrocytes), qui caractérisent la forme métaplastique, quoique témoignant d'un effort maladroit et insuffisant, indique au moins une réaction organique qui laisse quelque espoir ; l'absence complète de ces éléments et des modifications qui accompagnent leur présence dans la forme aplastique, est la preuve définitive de la mort du sang.

Infantilisme pottique

MM. P. Marie et Leri présentent deux malades atteints du mal de Pott et chez lesquels on trouve un certain nombre de caractères d'infantilisme. L'infantilisme génital est peu prononcé et l'un d'eux, surtout, a la verge et les testicules d'aspect et de dimensions à peu près normaux.

C'est surtout par des mensurations sur les proportions des diverses parties du corps qu'on peut mettre en relief les caractères infantiles. C'est ainsi que la tête est petite; elle correspondrait à une taille très inférieure à la normale; au contraire, les membres sont allongés, et, de par leurs dimensions, on devrait, d'après les canons anthropologiques, attribuer aux sujets une taille élevée.

Comment peut-on expliquer ces phénomènes? S'agit-il d'un retentissement de la lésion de la colonne vertébrale sur le reste du squelette? doit-on supposer que la tête se développe incomplètement, parce que la colonne vertébrale, dont elle n'est, en somme, que l'extrémité antérieure modifiée, est elle-même lésée?

Pour élucider cette question, les auteurs ont recherché si la topographie de la lésion avait une influence; ils ont vu qu'elle n'en avait pas; la localisation de la lésion à un niveau correspondant aux centres trophiques des membres, paraît sans influence spéciale sur les troubles de développement.

M. Apert. — Je ne crois pas que l'infantilisme de ces malades soit directement sous l'influence de la lésion de leur colonne vertébrale; à mon avis, il est dû beaucoup plus à la nature tuberculeuse de cette lésion qu'à sa localisation; les malades pour lesquels Lorain a créé le terme d'infantilisme étaient précisément des tuberculeux, et des tuberculeux pulmonaires. Les proportions minimes du crâne et l'allongement des membres se voient chez tous les sujets dont le développement a souffert du fait de maladies.

La cinquième Commission du Conseil municipal a demandé à la Société médicale des hôpitaux son avis sur la prophylaxie de la syphilis.

Dans le comité secret qui a suivi la

séance publique, la Société a émis les vœux suivants :

1° La Société médicale des hôpitaux, sans vouloir soulever la question des dispositions légales et administratives à prendre pour empêcher la propagation des maladies vénériennes, se borne à exposer quelques principes d'ordre exclusivement médical.

2° Sans vouloir rechercher les conditions d'application de ces principes, elle estime qu'une surveillance médicale exercée sur les prostituées et surtout sur les prostituées mineures, peut avoir une influence heureuse pour la prophylaxie de la syphilis.

3° Elle estime qu'il y a un intérêt capital à favoriser le séjour à l'hôpital, pendant la durée des accidents contagieux des femmes atteintes de maladies vénériennes et n'ayant pas de moyens d'existence réguliers.

4° Elle estime que toutes les mesures susceptibles de faciliter le traitement des syphilitiques doivent être rangées parmi les moyens les plus efficaces de la prophylaxie antisyphilitiques.

5° Elle pense en conséquence qu'il y a lieu de rendre aussi accessibles que possible aux syphilitiques les consultations hospitalières et, pendant la période d'activité des accidents contagieux, le séjour à l'hôpital.

6° Dans ce but, elle pense que, dans aucun hôpital et à aucune consultation, il ne doit être établi de mesures d'exception spéciales aux vénériens ou de mesures pouvant faire connaître la nature de la maladie dont ils sont atteints.

7° Les consultations pour les maladies vénériennes devront, pour cette raison, être confondues avec les consultations pour les maladies de la peau.

8° Les médicaments nécessaires au traitement des maladies vénériennes devront être distribuées gratuitement, dans les consultations, à tous les malades qui ne peuvent en faire les frais.

On remarquera que la Société, obligée de donner très rapidement son avis, s'est cantonnée sur le terrain des soins hospitaliers à donner aux vénériens.

J. J.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le service des étudiants en médecine en Italie

Dans l'assemblée générale de la Société centrale de l'A. G., nous avons indiqué sommairement (*Bulletin médical*, 1904, n°15, p. 172) que dans les principales armées européennes les étudiants en médecine étaient mis en sursis jusqu'à leur réception au doctorat, et appelés seulement à ce moment à faire leur service militaire. Il nous a paru intéressant, au moment où l'application de la loi de deux ans est imminente en France, d'exposer avec un peu plus de détails comment à l'étranger on utilise, pour le mieux des intérêts du pays, cette force vive représentée par le corps médical civil. Nous commencerons aujourd'hui cette étude par ce qui se passe en Italie, et pour cela nous utiliserons le très remarquable article «Service de santé de l'armée italienne», publié par le médecin principal de 1re classe Antony, professeur au Val-de-Grâce, dans les *Archives de médecine militaire* (1904).

Les etudiants en médecine peuvent, s'ils le désirent, se soumettre aux obligations militaires communes; ils suivent, dans ce cas, le sort de leur classe. Lorsqu'ils ont obtenu le diplôme de docteur, *laureati in medicina e chirurgia*, ils sont nommés sous-lieutenants médecins de complément (c'est-à-dire de réserve) à condition d'avoir justifié de leur aptitude à cet emploi.

Dans les deux ans qui suivent leur nomination, ils sont astreints à un stage de trois mois.

En général, les étudiants en médecine aptes au service préfèrent demander des sursis d'appel. Leur doctorat conquis, tous, sans exception, sont convoqués, au mois de novembre suivant, à l'École d'application de santé militaire qui fonctionne à Florence. Ils portent le titre de « élèves officiers-médecins », suivent pendant huit mois des cours théoriques et pratiques et, après examens, sont nommés sous-lieutenants-médecins de complément.

Après un mois de repos, ils accomplissent une année de service dans un régiment, mais contribuent au fonctionnement de l'hôpital de leur garnison, dont ils assurent le service de garde.

Cette période terminée, on prend parmi ces docteurs 20 à 35 — et ce sont, en général, les premiers de la promotion — qu'on nomme médecins dans l'armée active. Les autres retournent dans leurs foyers, en congé illimité. Ils sont inscrits dans l'armée active jusqu'à trente-deux ans, et dans la milice mobile jusqu'à trente-neuf ans, et même jusqu'à quarante-cinq ans, s'ils le demandent. Ceux qui consentent à effectuer un stage de quelques mois et à subir des examens d'aptitude peuvent être nommés lieutenants, puis capitaines-médecins de réserve.

Les résultats de cette façon d'opérer sont appréciés en ces termes par M. Antony :

« En soumettant tous les médecins à une instruction technique uniforme, l'autorité italienne a su créer un corps médical homogène et parfaitement apte à remplir ses obligations militaires; c'est un résultat des plus favorables au bon fonctionnement du service de santé en campagne.

« L'effectif du corps de santé a été réduit dans ces dernières années, on a augmenté, par contre, la proportion des grades supérieurs. Une notable partie des sous-lieutenants médecins appartient à la réserve. »

Ainsi donc, en n'appelant sous les drapeaux les étudiants en médecine qu'après leur réception au doctorat, l'Italie a obtenu les résultats suivants :

1° Homogénité du corps de santé militaire ;

2° Personnel médical en quantité suffisante pour assurer tout le service de santé, y compris la garde dans les hôpitaux militaires.

3° Personnel médical de réserve à hauteur de son service en cas de guerre ;

4° Réduction de l'effectif des médecins du cadre actif, avec augmentation de la proportion des grades supérieurs;

5° Inutilité d'une école spéciale du service de santé militaire pour assurer le recrutement du corps de santé, où se portent les meilleurs des jeunes médecins.

L'exemple serait bon à suivre, puisqu'il y aurait tout à la fois meilleur rendement et économie.

GRANJUX.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J.-B. Baillière

Aide-mémoire de médecine opératoire, par M. le Dr Paul Lefert. (1 vol. in-18 de 314 pages).

Tout le monde connaît cette série des aides-mémoire, destinés aux étudiants en médecine qui veulent revoir rapidement les points essentiels des cinq examens qu'ils ont à subir.

La 2e édition de l'*Aide-mémoire de médecine opératoire* qui vient de paraître, représente une innovation : car elle renferme, en outre de la médecine opératoire proprement dite, la technique des principales opérations de chirurgie courante. Cette innovation répond aux améliorations que nous avons vu se produire dans l'enseignement de la médecine opératoire. Autrefois, en dehors des ligatures, des amputations et des désarticulations, il n'y avait place pour aucune de ces opérations courantes que tout praticien doit savoir faire. Les temps sont changés— pour le grand bien des malades, esperons-le — et le petit volume de M. Lefert montre le souci qu'a son auteur de suivre les progrès accomplis de nos jours. Il ne peut être que des plus utiles à tous ceux qui ont besoin de se rafraîchir la mémoire sur toutes les questions de médecine opératoire.

Librairie Masson

L'élongation trophique, par M. le Dr Chipault. (1 brochure de l'Œuvre médico-chirurgicale.)

La méthode de traitement des troubles trophiques par l'élongation des nerfs correspondant à leur territoire compte, aujourd'hui, neuf ans d'existence. Aussi était-il intéressant de grouper les observations parues dans ce laps de temps et de déterminer la base expérimentale, les indications, la théorie et la technique de la méthode.

C'est ce travail qu'a entrepris M. Chipault. Le dépouillement des observations établit les heureux résultats de l'élongation trophique dans certaines affections rebelles aux autres traitements, telles que le mal perforant, les ulcères variqueux. La méthode de Chipault s'est ainsi acquis droit de cité parmi les opérations usuelles de la chirurgie courante.

ED. L.

THÉRAPEUTIQUE

Observations nouvelles sur le traitement médicamenteux de la Tuberculose pulmonaire et de la Scrofule (1).

Par le Professeur M. Mendelsohn (de Berlin).

Il y a déjà plus de trois ans que nous avons démontré l'importance thérapeutique du Thiocol, par les recherches que nous avons faites à la Polyclinique de Berlin. Depuis cette époque, nous nous sommes servis de plus en plus de ce médicament, et les résultats que nous en avons obtenus sont venus nous confirmer dans nos idées premières. Nous pouvons donc affirmer, aujourd'hui, avec plus d'autorité encore que, grâce au Thiocol, « le traitement par la créosote est devenu une réalité absolument pratique ». Notre opinion est certainement partagée, d'ailleurs, par la majorité des médecins.

Sans doute, le Thiocol occupe une place prépondérante dans la thérapeutique antituberculeuse, mais il ne faudrait pas pour cela négliger les autres moyens de traitement, car un médicament, pour excellent qu'il soit, ne peut être une panacée. Il faut se souvenir, en effet, que nous sommes à une époque de recherches incessantes et de découvertes scientifiques remarquables : aussi les théories médicales se succèdent-elles avec une grande rapidité et se transforment-elles sans cesse. On a encore présent à l'esprit le moment où la tuberculine fut considérée comme héroïque; puis, après l'échec de ce nouveau moyen thérapeutique, ce fut la période des sanatoriums, d'où furent exclus tous les médicaments, sans exception. Cette mise à l'index systématique de toute préparation pharmaceutique nous a toujours surpris, car, non seulement elle rend service dans les sanatoriums, mais encore c'est souvent le seul moyen efficace dont dispose le médecin, pour les malades peu fortunés ou les petits employés, qui ne peuvent aller passer, dans les sanatoriums, les nombreux mois qui seraient nécessaires à leur guérison.

Nous devons donc nous féliciter de posséder aujourd'hui, dans le Thiocol, un médicament qui, sans doute, n'est pas spécifique, mais qui présente néanmoins des propriétés thérapeutiques si importantes, tout en étant dépourvu d'inconvénients fâcheux, que nous le considérons, pour notre part, comme un agent indispensable de la phtisiothérapie.

Depuis trois ans, nous avons employé ce produit, d'une manière, pour ainsi dire, systématique, et nous avons analysé minutieusement ses effets; nous avons même pu le comparer à d'autres médicaments, car notre expérimentation a porté sur des sujets dont nous connaissions parfaitement la constitution, l'allure de la maladie, la façon de réagir aux procédés thérapeutiques; nous sommes donc bien en droit d'affirmer que le Thiocol est un produit d'une haute importance thérapeutique.

Nous ne nous sommes pas contentés de l'administrer dans la tuberculose, où il a fait ses preuves, nous l'avons donné également à des enfants scrofuleux; le Thiocol n'agit ni comme un spécifique, ni comme un bactéricide; cependant, il a une action remarquable dans la tuberculose et il nous a donc semblé qu'il pouvait rendre des services dans la scrofule.

Le Thiocol, en effet, nous a été très utile chez les enfants : il n'a absolument aucune odeur, et une saveur légèrement amère, mais nullement désagréable; il est, d'ailleurs, toujours admirablement supporté, et il ne provoque jamais ni nausées, ni même éructations; sa parfaite solubilité, qui est due à sa pureté chimique, et qui constitue un si précieux avantage sur la créosote et le gaïacol, permet de l'employer sous toutes les formes et de le faire entrer dans toutes les préparations galéniques. Le Sirop Roche, au Thiocol, est un liquide de très bon goût, que les enfants prennent très volontiers; sans doute, le prix en est un peu élevé, mais on peut aussi associer le Thiocol à d'autres poudres inertes, on peut en faire des comprimés, etc., dont le prix est très abordable, et qui sont aussi facilement acceptés par les enfants.

Le Thiocol possède une autre propriété importante, qui rend son emploi très pratique chez les enfants. Il n'est ni caustique, ni toxique, et il peut être ingéré à hautes doses et en solutions concentrées, sans amener le moindre accident, pas même la moindre irritation du côté du tube digestif. De plus, c'est un stomachique remarquable, car, même dans le cas où la marche du processus morbide n'est pas influencée par son emploi, il exerce cependant une action favorable sur l'appétit et sur l'état général.

C'est sans doute de cette manière qu'il agit dans la scrofule. Des enfants qui ne voulaient prendre aucune nourriture ont commencé, dès les premières doses de Thiocol, à avoir de l'appétit et à augmenter de poids, ont retrouvé leur teint frais et leurs belles couleurs : les modifications qui se produisaient chez ces enfants étaient dues à l'amélioration de la crase sanguine et à une assimilation plus parfaite des matières alimentaires, et non à une augmentation exagérée du tissu adipeux, comme il arrive souvent après la suralimentation. Il faut se méfier de ces augmentations de poids rapide. Nous avons toujours constaté que le corps de chaque individu a un poids moyen, autour duquel il oscille, et si ce poids augmente d'une façon très rapide, c'est du tissu adipeux qui s'amasse dans les tissus et qui disparaîtra très vite, dès que le régime sera suspendu.

Il faut donc chercher à stimuler la nutrition et l'assimilation des cellules, de façon à produire une augmentation des tissus essentiels du corps. On a proposé bien des médicaments pour réaliser ce mécanisme, difficilement explicable, d'ailleurs. Il est facile de comprendre que les excitations chimiques des médicaments véhiculés par le sang et portés, par conséquent, dans les parties les plus intimes des tissus, seront les plus efficaces. De cette façon, l'appétit ne viendra qu'en second lieu, car il exprimera simplement l'exaltation des facultés assimilatrices des cellules de l'organisme : on voit que c'est tout le contraire qui se passe dans la suralimentation : les cellules essentielles de l'organisme n'ont ni le besoin, ni le pouvoir d'assimiler l'excédent de matériaux nutritifs qu'on leur fournit; cet excédent n'est pas utilisé, ou, s'il l'est, il se dépose dans les tissus, sous forme de surcharge graisseuse, qui s'élimine dès que cesse la suralimentation.

Notre longue et complète expérience du Thiocol nous a persuadé qu'un tel produit agit sur les éléments nobles de l'organisme, et exalte peu à peu les fonctions assimilatrices des cellules. C'est pourquoi nous lui devons tant de succès dans la scrofule.

De même, dans la tuberculose, nous avons pu constater les excellents effets du Thiocol; nos malades sont devenus plus alertes et plus forts; les lésions pulmonaires ont rétrocédé, et même nous avons pu observer six cas de guérison. Malgré qu'il convienne d'être très sceptique en la matière, nous ne pouvons nous empêcher de considérer ces six cas comme six guérisons. L'appétit a été augmenté dans des proportions extraordinaires; les sueurs nocturnes, même rebelles, ont disparu; l'expectoration est devenue plus facile, et la toux est devenue moins fréquente, moins intense et moins fatigante.

Cette dernière propriété du Thiocol nous a même engagé à l'essayer dans le catarrhe par congestion et la toux quinteuse, si fréquents chez les cardiaques : ici aussi ce produit nous a rendu de réels services, entre autres chez un malade atteint d'un volumineux anévrysme de l'aorte; mais nous ne pouvons nous prononcer encore d'une façon définitive sur ce point, car nos expériences continuent sur ce sujet.

Depuis dix ans, les fabriques de produits chimiques ont lancé une très grande quantité de médicaments nouveaux, qui disparaissent presque dès leur naissance, mais le Thiocol a conquis, de haute lutte, une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique.

(1) *Deutschen Aerzte-Zeitung* n° 2, 15 janv. 1904.

Essai sur les paralysies intestinales post-laparotomiques, par le Dr P. Batigne. (Broch. 1903, L. Naud, éditeur, Paris).

Les paralysies intestinales post-laparotomiques sont un fait depuis longtemps connu. Il n'en est pas de même de leur interprétation et de leurs conséquences, ce qui s'explique par la variété de l'étiologie et de la symptomatologie qu'engendre la paralysie des tuniques de l'intestin.

Il est d'abord à remarquer que, d'après l'observation clinique, cet état existe dans tous les cas, affectant tantôt un type bénin, tantôt un type de gravité plus ou moins accentué; à ces divers degrés correspondent des symptômes locaux et des signes de réaction générale avec prédominance des premiers s'il n'y a que simple parésie, avec prédominance des seconds dans les cas plus élevés en gravité. En cette dernière circonstance, il est des facteurs multiples, dont le rôle n'est pas nettement défini.

Pour la genèse de ces phénomènes de paralysie ou de parésie, l'infection est le principal élément étiologique, mais il ne faut pas refuser une certaine action aux agents physiques ou chroniques, autrefois invoqués; ils agissent comme de précieux adjuvants en affaiblissant la résistance individuelle.

Ces considérations posées, l'auteur s'efforce de mettre en lumière les conséquences directes de la paralysie. Il étudie d'abord l'action du contenu intestinal sur l'intestin normal de l'homme sain, puis les effets de la rétention fécale sur les tuniques intestinales, à nutrition pervertie, et il discute les raisons naturelles de l'intoxication intestinale: virulence exaltée, absorption facilitée, résistance diminuée ou abolie.

La conclusion de cette étude est qu'il est nécessaire de combattre, dès son début, la paralysie intestinale, car elle est constante et elle tire sa gravité de l'absorption intestinale des poisons et d'un non-fonctionnement de l'émonctoire intestinal. Pour y arriver, on mettra en pratique différents moyens préventifs: purgatifs, antiseptiques et régime particulier, et après l'opération on aura recours, suivant les cas, aux lavements, aux purgatifs, à l'électricité et, en cas d'échec, à l'intervention chirurgicale directe pour combattre l'occlusion intestinale ou la septicémie péritonéale subaiguë.

Ozenne.

Vient de paraître:

Organes génitaux urinaires de l'homme, par le Dr H. Hartmann. 1 vol. in-8 avec 412 figures dans le texte Prix : 15 fr. (Librairie Steinheil, 2, rue Casimir Delavigne.)

Précis d'électricité médicale, par M. Ch. Chardin, électricien. 1 vol. de 840 pages, 200 figures. Prix : 10 francs. (A. Maloine éditeur, 25-27 rue de l'Ecole-de-Médecine)

Essais sur la pelade d'origine gingivo-dentaire, par Ed. Patte. 1 vol. in-8 de 136 pages. (Librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir Delavigne, Paris.)

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Fossard emb. sur la défense mobile d'Alger, en rempl. de M. Mourron.

M. le méd. de 2e cl. Delaporte est dés. pour emb. sur le *Borda*, en rempl. de M. Charnel.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. : 1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe : 1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Duval, 4 Couteaud, 5 Ludget.

MM. les médecins principaux : 1 Alix, de Gouyon de Pontouraude, Féraud, Cognes, Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau, Rousseau.

11 Mercier, Thémoin, Michel, Laffont, Bourdon, Damany.

MM. les méd. de 1re cl. : 1 Fossard, L'Helgoualch, Pervès, Sisco, Glérant, Fournes, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine.

11 Lallemant, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng.

21 Tricard, Titi, Viguier, Bourrit, Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch.

31 Aubry, Seguy, Bartet, Castaing, Labadens, Valence, Durand, Liffran.

MM. les médecins de 2e cl. : 1 Delaporte, Ratelier, Bertaud du Chazaud, Dufour, Coquelin, Lemaitre, Parrenin, Duchateau, Cristol, Bourges.

11 Lucciardi, Balcam, Chapuis, Dargein, Vialet.

NOUVELLES

CONCOURS DES HOPITAUX

Médecine

Admissibilité. — Ordre de lecture des copies :

1 Bigart, Milian, Marcel Garnier, Jean Camus, André Jousset, Deguy, Marcel Sée, Léopold Lévi, Bensaude, Coyon.

11 Rabé, Comte, Gérandel, Castaigne, Leven, Sainton, Hauser, Poulain, Papillon, Lœper.

21 Ribierre, Merklen, Guillemot, Kahn, Nobécourt, Tollemer, Léon Bernard, Decloux, Schaeffer, Auscher.

31 Guillain, Gasne, Lereboullet, Lacapère, Clerc, Lesné, Emile Weil, Thomas, J.-Ch. Roux, Pagniez.

41 E. Terrien, Ferrand, Rist, Brodier, Griffon, M. Herscher, Thiercelin, Cavasse, Ghika, Lenglet.

51 Louis Le Sourd, Rosenthal, Nattan-Larrier, Laignel-Lavastine, Gaston, Gandy, Ravaut, Ramond, Lejonne, Londe.

61 Hallé.

La première section du jury entendra la lecture des copies, en commençant par le no 1 pour terminer par le no 61.

La deuxième section entendra la lecture des copies du no 32 au no 61, puis du no 1 au no 31.

Les séances de lecture ont commencé, pour la première section, le 17 mars, à 4 h. 1/2 du soir, à la Charité (amphithéâtre Velpeau); pour la deuxième section, hier 18 mars, à 10 heures du matin, à Beaujon.

Chirurgie

Le jury de ce concours est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Perier, Hartmann, Reurnier, Routier, Segond, Humbert et Le Noir.

M. le Dr Cadéot, médecin sanitaire maritime, qui avait été nommé médecin de la santé au Havre, ayant donné sa démission avant d'avoir pris possession de son poste, M. le Ministre de l'Intérieur a nommé à sa place M. le Dr Gorse, également médecin sanitaire maritime, présenté en même temps que M. Cadéot par le jury chargé de l'examen des titres des candidats aux fonctions dont il s'agit.

Cette nomination confirme les renseignements que nous avons à diverses reprises donnés dans ce journal sur les dispositions de l'Administration sanitaire à l'égard de nos confrères de la marine de commerce.

Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Vignard.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. Courtès.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Emploi de l'adrénaline pour empêcher la reproduction d'épanchements dans les cavités séreuses après ponction évacuatrice

Une application nouvelle des propriétés vaso-constrictives de l'adrénaline a été faite par M. J. Barr (*British med. Journ.*, 19 mars 1904), chirurgien en chef de la Liverpool Royal Infirmary, à l'effet d'enrayer la réapparition indéfinie, à la suite de la ponction évacuatrice, de certains épanchements séreux — pleurétiques, péricardiques ou ascitiques.

C'est chez une femme atteinte de pleurésie cancéreuse avec épanchement séro-sanguinolent très abondant, se reproduisant en quelques jours après chaque nouvelle thoracentèse, que l'auteur a injecté pour la première fois, immédiatement après la ponction, 4 gr. d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000e dans la cavité de la plèvre. A partir de ce moment, le liquide pleural ne se reproduisit plus jusqu'à la mort de la malade, qui survint assez tardivement par cachexie cancéreuse.

Depuis lors, M. Barr a eu l'occasion de pratiquer l'injection d'adrénaline, à la même dose et avec le même succès, chez plusieurs sujets présentant des épanchements pleurétiques à répétition, d'origine rhumatismale ou tuberculeuse.

Il a eu recours aussi à ce procédé thérapeutique chez un jeune garçon atteint de péricardite séreuse. Dans ce cas, on fit d'abord une simple ponction du péricarde, laquelle donna issue à 270 gr. de liquide. L'épanchement s'étant reproduit avec plus d'abondance encore, déterminant des phénomènes inquiétants de défaillance du cœur, l'auteur, après une nouvelle ponction, qui releva aussitôt le pouls, injecta, dans la cavité du péricarde, 40 gouttes de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰. L'effet immédiat de cette dose, un peu forte, fut de produire un collapsus cardiaque qui, heureusement, ne tarda pas à se dissiper à la suite de l'injection sous-cutanée d'une solution de nitro-glycérine et d'atropine. Quant à l'épanchement péricardique, il ne se reproduisit plus.

M. Barr a pratiqué encore des injections intra-péritonéales d'adrénaline dans des cas d'ascite liée soit à la cirrhose du foie, soit à une péritonite tuberculeuse. Le résultat a été moins rapide que dans les observations sus-mentionnées, mais cependant favorable. Le liquide ascitique, qui se reproduisait avec une abondance croissante après la simple paracentèse abdominale, disparaissait définitivement sous l'influence de deux ou trois injections intra-péritonéales de solution d'adrénaline à 1 ‰, à la dose de 8 ou de 12 grammes (chez l'adulte). Ces injections étaient généralement bien supportées. Une d'elles a cependant provoqué des phénomènes passagers d'affaiblissement cardiaque.

Il est évident que l'injection d'adrénaline ne saurait être d'aucune utilité dans les exsudats purulents.

Disons, en terminant, que, dans quelques cas d'épanchements séreux, pleurétiques ou ascitiques, traités par l'adrénaline, l'auteur, après ponction de l'exsudat, introduisait, dans la cavité séreuse une certaine quantité d'air stérilisé (la moitié environ du volume du liquide extrait) dans le but d'empêcher la formation d'adhérences et aussi pour prévenir les phénomènes de collapsus résultant parfois d'une évacuation brusque du liquide épanché.

Succès de l'ostéotomie linéaire oblique du fémur dans l'ankylose osseuse du genou chez un enfant

On a pu croire, pendant un certain temps, qu'un traitement chirurgical énergique, appliqué dès les premiers symptômes de la tumeur blanche du genou, devait amener la disparition de la tuberculose articulaire et conserver au membre sa rectitude.

L'expérience a malheureusement démontré le contraire. Chez l'enfant la résection hâtive du genou aboutit à une déformation, le plus souvent complexe (flexion de la jambe sur la cuisse combinée au valgum ou au varum), que la résection se soit terminée ou non par une ankylose osseuse.

De plus, les résections des extrémités fémorale et tibiale intéressent les cartilages d'accroissement; il en résulte pour l'avenir un raccourcissement plus ou moins considérable suivant l'âge auquel l'opération a été pratiquée.

Toute opération exigeant l'ablation partielle ou totale des cartilages de conjugaison est donc à rejeter chez l'enfant. Faut-il attendre que le petit malade ait atteint l'adolescence avant de tenter le redressement du membre déformé?

M. A. Delcroix (*Presse méd. belge*, 13 mars 1904) ne le croit pas et, pour sa part, il estime qu'il est possible, à tout âge, d'obtenir la correction de l'attitude vicieuse de la jambe due à une ankylose du genou, de ramener le membre dans une position voisine de la rectitude, permettant aisément la marche, par une opération, n'intéressant pas les cartilages d'accroissement, pratiquée en dehors des tissus malades et permettant même un allongement immédiat du membre.

Pour montrer le bien-fondé de ce qu'il avance, l'auteur relate l'observation que voici :

Il s'agit d'une ancienne tumeur blanche du genou traitée par l'arthrectomie et l'ébouillantement. Actuellement, le malade est âgé de quatorze ans.

La jambe est repliée et placée à angle aigu sur la cuisse. Les tendons du creux poplité, fortement rétractés, forment cordes sous la peau. On voit à la région externe de la cuisse, au-devant du tendon du biceps, une profonde cicatrice. Amaigrissement notable du membre.

Ankylose complète de l'articulation; la rotule est fixée au condyle externe. Le tibia, subluxé en arrière sur le fémur, a décrit un mouvement de rotation suivant son axe vertical de façon à porter le péroné en arrière et la pointe du pied en dehors.

Le raccourcissement fonctionnel est de 10 centimètres.

La marche, on le conçoit, est des plus pénibles, l'enfant devant, pour prendre point d'appui sur la pointe du pied droit, s'abaisser fortement.

Après section des tendons et des tissus cicatriciels situés dans le creux poplité, on essaie vainement de redresser le membre. Le fémur est alors mis à nu à sa partie interne et inférieure: section oblique de l'os de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors sur une longueur de 8 centimètres. La section du fémur terminée, la jambe est attirée fortement vers le bas et en avant; le redressement du membre se produit. En même temps la jambe s'allonge de 4 centimètres. Appareil plâtré de contention. Suites de l'opération bénignes. Après guérison opératoire, le raccourcissement fonctionnel est réduit à 7 centimètres.

Les cartilages de conjugaison, qu'une résection classique de l'articulation eut fatalement enlevés, ont été respectés; dans l'avenir, l'accroissement normal du membre opéré est donc sauvegardé.

L'ostéotomie linéaire oblique du fémur, précédée de la ténotomie des tendons et de la section des tissus rétractés du creux poplité, a donc permis d'obtenir, non seulement le redressement d'une ankylose osseuse du genou à angle aigu, mais ce redressement a été accompagné d'un allongement réel immédiat. Ce point est important à noter, car le raccourcissement du fémur malade est notable.

A constater encore que l'ostéotomie linéaire oblique a produit la correction du membre, sans amener une déformation angulaire au point opéré. La solidité du cal englobant les extrémités osseuses sectionnées n'a pas été mise en défaut.

Les résultats acquis par l'intervention se maintiennent et l'opéré peut, sans aucune assistance, se livrer sans fatigue à ses occupations, demandant chaque jour 8 à 10 heures de marche.

V. DE H.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Durand est dés. pour remplir les fonctions de méd. résident à l'hôp. maritime de Cherbourg, en rempl. de M. Bonnefoy.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MM. les aides majors de 1re cl. Bougenot, du 5e d'inf. col., et Manaud, du 23e chass. à pied, ont été autorisés à permuter.

M. Manaud a été classé au 4e d'inf. col. à Toulon.

OPHTALMOLOGIE

Rapports des affections oculaires avec les maladies organiques

Par M. E. Valude

Médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Dans une précédente leçon (1), nous avons énuméré les manifestations oculaires des maladies générales, constitutionnelles et infectieuses; aujourd'hui nous passerons en revue les affections *organiques*, avec les accidents qu'elles peuvent déterminer du côté de l'organe de la vision.

Les maladies de l'*appareil digestif*, prises dans leur ensemble, sont susceptibles d'agir surtout de deux façons, sur l'œil, pour y provoquer des troubles : par auto-intoxication ou par une asthénie généralisée.

Dans le premier cas il s'agit d'une action toxique directe, qui a pour agents les produits d'une fermentation stomacale ou intestinale, incomplète ou altérée. Les toxines gastro-intestinales sont capables de provoquer des catarrhes conjonctivaux chroniques, rebelles aux moyens ordinaires de traitement et que nul topique n'améliore complètement. Ces conjonctivites sont plus douloureuses que les inflammations simples et superficielles de la conjonctive. On doit ranger dans le même ordre de faits les cas d'amblyopie brusque qui se développe au cours d'un embarras gastro-intestinal; cette amblyopie a pour caractéristique de disparaître après les vomissements ou les évacuations intestinales.

Les maladies chroniques de l'appareil digestif, maladies de l'estomac ou de l'intestin, aboutissent fréquemment à une neurasthénie profonde, susceptible de s'accompagner des troubles oculaires propres à cet état nerveux : asthénopie accommodative ou insuffisance de la convergence; kopiopie, ou fatigue nerveuse rétinienne, qui ne permet de supporter aucune fixation; photophobie, migraine ophtalmique ou scotome scintillant; perceptions d'images complémentaires provoquées par des objets fortement éclairés. Féré raconte quelque part qu'après une nuit d'insomnie passée en chemin de fer, il s'aperçut, au moment du lever du jour, que le disque solaire, encore très pâle, se dédoublait sous l'apparence de disques verdâtres, d'une teinte complémentaire à celle du soleil levant. Ces images complémentaires étaient ici l'expression d'un épuisement nerveux passager; on peut le retrouver dans tous les états neurasthéniques et, notamment, dans ceux qui résultent des maladies chroniques de l'appareil digestif.

Parmi les maladies de l'*estomac* les ulcérations sont capables de causer des troubles visuels, résultat de l'abondance de la perte sanguine. Ces troubles visuels consistent en une amaurose qui survient brusquement; elle est causée par une ischémie de la papille qui peut aboutir à une atrophie optique entraînant une perte plus ou moins complète de la vision.

On a constaté, chez les sujets atteints d'*entérite* (Förster, Wicherkiewicz), des accès de glaucome ou le développement d'un glaucome chronique, alors que des observations de ce genre manquent pour les maladies de l'estomac. S'agit-il de troubles circulatoires généraux retentissant sur le globe de l'œil ou d'une action toxique, il est impossible de le dire à l'heure présente, où la pathogénie du glaucome est encore entourée d'obscurités.

Dans l'entérite des enfants du premier âge, on observe la kératomalacie ou ramollissement de la cornée, qui est une véritable athrepsie de cet organe. Nous devons mentionner ici l'action réflexe sur l'œil des vers intestinaux; elle est bien connue et consiste, comme on sait, surtout en mydriase et parfois en amblyopie, ou même en amaurose. Borel, qui a étudié cette action des vers intestinaux, a établi que ces phénomènes n'étaient que les signes oculaires d'un état hystérique secondaire à la présence des parasites dans l'intestin.

Les maladies du *foie* ont une action profonde et très particulière sur l'appareil de la vision, à ce point que la constatation de certaines lésions oculaires spéciales doit provoquer aussitôt l'examen clinique de cet organe.

Ces lésions spéciales ou troubles de l'œil sont, le xérosis conjonctival ou xérophtalmie, l'héméralopie avec ou sans altérations du fond de l'œil, et, dans une plus faible mesure, le xanthélasma des paupières. Le xérosis et l'héméralopie sont deux symptômes associés qu'on retrouve dans un certain nombre de dyscrasies, dans l'impaludisme, dans l'albuminurie, mais surtout dans l'ictère et les maladies du foie. Le xérosis consiste dans un dessèchement de la muqueuse conjonctivale; il débute sur la conjonctive bulbaire et gagne celle des angles. Progressivement la muqueuse s'épaissit, se recouvre d'un magma mousseux blanchâtre, et finalement se dessèche, se cutise. Plus tard, l'état xérotique gagne la surface de la cornée, qui devient terne et rugueuse, mais cet envahissement cornéen est moins fréquent dans le xérosis essentiel dont il s'agit ici, que dans le xérosis secondaire au trachome ou à l'ophtalmie phlycténulaire.

Quant à l'héméralopie ou cécité nocturne, elle est trop connue pour que nous insistions.

Le xanthélasma, que nous avons cité aussi plus haut comme accompagnant souvent les maladies du foie, ne leur appartient pas toutefois sans conteste. Chauffard a cité un cas de xanthélasma où l'état du foie s'est révélé tout à fait normal. On rencontre souvent, cependant, le xanthélasma dans les congestions chroniques du foie avec un ictère plus ou moins marqué. Le xanthélasma, qui siège aux paupières et, de préférence, à la paupière supérieure et vers l'angle interne, consiste dans des taches un peu surélevées sur la peau, lisses, d'un jaune foncé, safrané. Le traitement de ces taches consiste à les détruire au galvano-cautère si elles sont petites, à en pratiquer l'excision suivie d'un point de suture quand elles sont grandes.

La simple congestion hépatique, par l'intermédiaire de la pléthore abdominale qu'elle occasionne, peut provoquer l'apparition de troubles visuels, mais moins spéciaux que les précédents; ce sont des douleurs de tête à la lecture, des vertiges qui sont dus à la diminution de l'amplitude de l'accommodation. Förster a constaté parfois, dans l'hyperhémie hépatique, des opacités équatoriales du cristallin et, dans ce cas, un traitement par les alcalins a pu suspendre, pendant un temps assez long, la marche de l'opacification cristallinienne.

Les maladies du *pancréas* ne retentissent pas directement sur l'appareil oculaire; mais le diabète consomptif qui suit les altérations de cet organe peut s'accompagner des troubles oculaires habituels du diabète ordinaire.

Les maladies de l'*appareil respiratoire* n'agissent guère que d'une façon mécanique sur l'organe de la vision, soit par le fait de l'effort, dans la toux, soit par la gêne apportée à la petite circulation dans les affections pulmonaires chroniques. On pense de suite ici à ces ecchymoses conjonctivales qui servent à reconnaître de loin, et en dehors de l'accès de toux, les enfants qui ont la coqueluche; ces ecchymoses sont dues à l'excès de l'effort dans la toux convulsive de la

(1) *Bulletin médical*, 1904, 9 mars.

coqueluche, et on les retrouve dans toutes les affections pulmonaires capables de provoquer des accès de toux violente. Chez les vieillards emphysémateux, à ces hémorragies conjonctivales peuvent s'ajouter des hémorragies rétiniennes. Dans l'emphysème, on rencontre plus souvent encore une stase veineuse rétinienne, appréciable à l'ophtalmoscope, et significative d'une gêne dans la circulation du sang veineux.

D'après ce qui précède, on comprendra que les maladies de l'*appareil circulatoire*, et surtout les lésions des vaisseaux, doivent retentir sur les yeux d'une façon beaucoup plus importante et plus directe.

La faiblesse des *contractions cardiaques*, après de grandes hémorragies, dans la fièvre typhoïde, par exemple, peut entraîner une obnubilation de la vue allant jusqu'à l'amaurose. De Graefe et Knapp ont observé qu'il s'agissait d'une ischémie de la rétine, que la pupille optique était pâle et que les vaisseaux rétiniens se montraient fortement rétrécis. Dans ces cas, et quand l'état général du sujet permet qu'on se préoccupe de l'état de ses yeux, il est indispensable, d'après Knapp, de pratiquer une ponction de la chambre antérieure, dans le but d'abaisser la tension intraoculaire et de faciliter la pénétration du sang dans les artères rétiniennes. Les piqûres stimulantes d'éther suffisent parfois à amener, plus simplement, une amélioration de la vision. Par contre, une augmentation de l'énergie des contractions cardiaques, dans l'hypertrophie du cœur, par exemple, provoquera facilement des ruptures vasculaires et des hémorragies rétiniennes, s'il existe de l'athérome artériel, ce qui est presque toujours le cas.

Dans les *affections valvulaires* et dans l'*endocardite* surtout, il peut se produire des embolies des vaisseaux rétiniens, encore que le fait soit plus rare qu'on ne le pense généralement. En effet, bon nombre des cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine ou de ses branches, ne sont que des thromboses vasculaires dues à l'artérite, ou encore des hémorragies des gaines optiques, faciles à confondre avec l'embolie de l'artère centrale. En tout cas, l'embolie de l'artère centrale se manifeste par une cécité brusque et totale de l'œil atteint (car l'affection n'est jamais, ou à peu près jamais, binoculaire), cécité qui ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucune sensation quelconque, et qui ne se traduit par aucun signe visible à l'extérieur. Très rarement, l'embolie est précédée de quelques obnubilations passagères, lorsque l'obturation complète de la lumière du vaisseau central a été précédée d'une phase d'oblitération incomplète. Le plus souvent la cécité est brusque, totale, et ce caractère très particulier fait aussitôt songer à l'embolie de l'artère centrale, surtout si le sujet est un cardiaque, car il n'y a guère que l'embolie ou l'hémorragie des gaines, en dehors des phénomènes d'amaurose hystérique, qui soient susceptibles d'occasionner une amaurose ainsi totale et subite. L'ophtalmoscope montre un fond d'œil gris, nuageux, avec des vaisseaux artériels vides de sang, filiformes, et surtout un aspect rouge foncé, caractéristique, de la macula qui ressemble, ainsi qu'on l'a dit, à une piqûre de puce, par le contraste que sa coloration habituelle fait avec le reste du fond de l'œil.

A côté de ces embolies du tronc principal de l'artère centrale de la rétine, on peut rencontrer, chez les cardiaques, des embolies d'une branche seulement de cette artère. Dans ces cas ce n'est plus une cécité totale, mais une amblyopie partielle, bien que tout aussi brusque, qui survient. Les sujets accusent la perte d'une part plus ou moins importante de leur champ visuel et ce signe, joint à la brusquerie de l'apparition, fait ressembler l'embolie partielle au décollement de la rétine. On devra songer à cette dernière hypothèse surtout si le sujet est myope, et plutôt à l'embolie s'il est atteint d'une affection cardiaque; en tout cas, l'examen ophtalmoscopique lèvera immédiatement tous les doutes en révélant les caractères distinctifs très particuliers des deux maladies. Dans l'embolie on voit le vaisseau artériel exsangue, filiforme, qui commande un territoire rétinien nuageux; dans le décollement on observe un soulèvement bleuâtre de la rétine, et les vaisseaux y apparaissent d'un noir foncé.

Les affections *des artères*, l'artério-sclérose, par les altérations propres des vaisseaux rétiniens, occasionnent directement des désordres variés dans le globe de l'œil. L'artérite, dans les fines terminaisons de l'artère centrale de la rétine, se manifeste d'abord par une diminution dans la clarté du reflet vasculaire; la paroi du vaisseau prend ensuite un double contour, puis apparait blanchâtre, et de plus en plus, jusqu'à former un cordon blanc qui peut n'être plus perméable à la colonne sanguine. Les territoires rétiniens, qui sont imparfaitement irrigués ou même qui cessent complètement de l'être, sont alors incapables de donner aucune réaction visuelle, et leur région devient le siège d'un scotome très facile à constater. Nous observons, en ce moment, à notre consultation des Quinze-Vingts, une malade qui présente ainsi une zone d'ischémie rétinienne correspondant au territoire d'une branche artérielle complètement oblitérée et qui apparait à l'ophtalmoscope comme un cordon entièrement blanc. Chez cette malade, très artério-scléreuse, les autres artères rétiniennes offrent les signes d'artérite que nous venons de mentionner, et elle présente, en outre, des symptômes cérébraux et des paralysies périphériques, symptomatiques d'altérations analogues du côté de ses petites artères cérébrales.

Dans d'autres cas, l'artérite rétinienne, au lieu d'aboutir à la dégénérescence totale du vaisseau, produit des dilatations sacciformes en certains points de son parcours, ou même de petits anévrysmes. Ces anévrysmes peuvent être le point de départ de ruptures, et occasionner des hémorragies rétiniennes.

Les hémorragies de la rétine sont, en effet, fréquentes, et plus fréquentes que toute autre manifestation oculaire, dans l'artério-sclérose, surtout quand il s'y ajoute de l'hypertrophie cardiaque. Ces hémorragies rétiniennes se présentent sous deux formes principales : en vastes nappes sanguines, épaisses, ou en flammèches et en pointillé. Les flammèches suivent assez souvent le cours des vaisseaux. Fréquemment le raptus vasculaire dépasse les limites de la rétine, et le sang se répand en plus ou moins grande abondance dans le corps vitré. Ces hémorragies rétiniennes de l'artério-sclérose sont souvent le prodrome du glaucome hémorragique.

En même temps que les hémorragies de la rétine et indépendamment de celles-ci, les artério-scléreux présentent souvent des ecchymoses sous-conjonctivales qui surviennent à l'occasion d'un effort, du coït fréquemment, mais même aussi spontanément. On a voulu faire de ces manifestations oculaires hémorragiques l'annonce et l'indice d'une hémorragie cérébrale prochaine; le fait est, sans doute, exagéré, mais elles signifient pourtant que l'athérome artériel est arrivé à une phase assez avancée de son développement, ce qui implique des précautions et nécessite une hygiène sévère.

Les *anévrysmes* de la carotide primitive et de la crosse de l'aorte déter-

minent du myosis du côté de la lésion, par le fait de la compression du grand sympathique cervical à leur niveau. Nous rappelons simplement ici ce fait bien connu, parce qu'il constitue un élément de diagnostic de ces anévrysmes.

Les altérations *des veines* occasionnent, en général, moins de désordres oculaires que les lésions des artères, et cependant on observe aussi une lésion de la veine centrale dans l'artériosclérose, une thrombose qui peut être totale ou partielle. Les veines du fond de l'œil se montrent alors très sinueuses, et on rencontre des hémorragies nombreuses, en même temps que les limites de la papille sont effacées. Cet état, comme le précédent, peut se compliquer de glaucome, et il n'en diffère guère que par le volume des veines et leur aspect sinueux, contrastant avec l'intégrité des artères. La thrombose veineuse s'observe encore dans certains états infectieux d'origine utérine, surtout, en particulier, dans la phlegmatia *alba dolens*.

Il nous faut citer à part les troubles oculaires symptomatiques de la thrombose du sinus caverneux, et qui en font une maladie spéciale, à la fois cérébrale et orbitaire. On sait que cette affection survient au cours d'une infection — générale ou localisée — voisine (sinusite le plus souvent), et qu'elle s'annonce par une exophtalmie, qui se produit en quelques heures et progresse rapidement au milieu des phénomènes cérébraux les plus graves. L'exophtalmie et le gonflement de la région orbitaire donneraient à penser qu'il s'agit d'un phlegmon de l'orbite, si l'on n'assistait à l'envahissement de l'orbite de l'autre côté, ce qui est un signe caractéristique de la thrombose du sinus caverneux ou thrombo-phlébite orbitaire. Cette bilatéralité de l'exophtalmie, signe distinctif de la thrombose du sinus caverneux d'avec le phlegmon de l'orbite, s'explique par le fait anatomique de la communication des deux sinus caverneux par l'intermédiaire du sinus coronaire La thrombose du sinus caverneux est une affection presque toujours mortelle, et les sujets atteints succombent aux progrès des accidents cérébraux. Parfois l'exophtalmie reste monolatérale et demeure peu accentuée; il s'agit alors de cas où la thrombose, au lieu de s'étendre jusqu'au sinus, est restée limitée à la veine ophtalmique, et la gravité de l'affection devient beaucoup moindre. J'ai observé une de ces thromboses ophtalmiques chez un sujet porteur d'une sinusite du même côté, et le malade a parfaitement et rapidement guéri d'accidents oculaires ou cérébraux qui n'étaient que menaçants.

Les altérations du *liquide sanguin* retentissent directement ou indirectement sur l'organe de la vision. Dans l'*anémie*, on observe presque toujours un degré assez marqué d'asthénopie accommodative, et ici, en même temps que des verres convexes destinés à soulager l'accommodation, il faut prescrire aux malades du fer et des toniques. Les anémiques présentent souvent aussi, dans les culs-de-sacs conjonctivaux, dans l'inférieur notamment, une série de petites végétations papillaires qui occasionnent de la cuisson et de la gêne. Cette affection se traite par des attouchements à la pierre d'alun. Les chloro-anémiques sont également sujets à des hémorragies assez graves des membranes profondes de l'œil, qui peuvent se produire dans la rétine ou dans les gaines optiques, provoquant l'apparition d'une névrite avec stase papillaire. D'autres fois, et le fait est assez fréquent, l'épanchement sanguin a lieu dans le corps vitré, amenant un trouble plus ou moins complet des milieux de l'œil. Ces hémorragies vitréennes surviennent brusquement et se manifestent par les signes d'un voile épais, parfois rougeâtre, qui semble étendu sur tous les objets. La vue est quelquefois presque totalement abolie, ou libre seulement en quelques places, si une partie du corps vitré est demeuré translucide aux rayons lumineux. La résorption des masses sanguines infiltrées dans le corps vitré est lente et difficile, et ici encore le traitement général tonique est de toute importance.

Dans l'*anémie pernicieuse*, les hémorragies du fond de l'œil existent, plus fréquentes encore, et ce sont surtout des hémorragies rétiniennes qui, d'ailleurs, ne provoquent pas d'aussi grands troubles de la vue que les hémorragies du corps vitré. Les hémorragies rétiniennes de l'anémie pernicieuse peuvent offrir un aspect tout à fait analogue à celui de la rétinite albuminurique.

La *leucémie* donne lieu, dans sa période avancée, à une rétinite qui, comme la rétinite précédente, s'attaque à la fois aux deux yeux. La vision est d'abord peu atteinte, et quand le malade se plaint de troubles visuels, la lésion est déjà accentuée. L'ophtalmoscope révèle une teinte chamois caractéristique du fond de l'œil, avec des hémorragies qui occupent surtout les parties équatoriales de la rétine.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

La gravelle phosphatique primitive existe-t-elle?

Par M. le Dr Bazy
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

La réponse à cette question me paraît difficile à donner. Si la plupart des médecins admettent que certains sujets nerveux, que d'autres atteints de troubles digestifs ou autres peuvent émettre par l'urine des phosphates en plus ou moins grande quantité (diabète phosphatique), cependant l'existence de la gravelle phosphatique primitive n'est, en général, pas admise.

La gravelle phosphatique, d'une manière générale, serait secondaire, et secondaire à une altération des voies urinaires. La pyélite, l'urétérite, la cystite seraient les conditions nécessaires à la formation des graviers. Cependant, si l'on admet la phosphaturie, si l'on admet que l'urine puisse charrier des phosphates précipités, non dissous, on est bien près d'admettre l'existence de la gravelle phosphatique. Car au fond tout cela n'est qu'une question de forme, ou plutôt de dimensions.

Nous savons bien que beaucoup de graveleux uriques ont du sable rouge dans l'urine et qu'ils en ont avant que leurs calculs ne se soient formés, pendant qu'ils se forment et grossissent, après qu'ils ont été évacués avec ou sans opération.

Si l'on admet que le malade rendant du sable urique peut rendre des graviers et fabriquer des pierres, pourquoi n'admettrait-on pas que celui qui rend des phosphates puisse rendre des graviers phosphatiques, et cela sans l'intervention d'une infection quelconque de l'arbre urinaire, sans l'intervention de la pyélite ou de la cystite.

Quand je dis sans l'intervention de la pyélite ou de la cystite, je veux dire sans infection appréciable des voies urinaires; car si l'on admettait les idées soutenues par Kuhne, Waldeyer et Galippe, il faudrait reconnaître qu'aucun calcul ne peut se développer dans les voies urinaires sans la presence d'un microbe qui déterminerait la précipitation de l'acide urique; de même un microbe déterminerait la précipitation des phosphates.

Mais ce n'est pas dans ce sens que nous l'entendons, car en clinique nous admettons fort bien que la présence d'un calcul urique, soit dans la vessie, soit dans l'appareil urinaire supérieur, n'est pas suffisante pour nous permettre d'affirmer l'infection urinaire et nous disons couramment que nous avons fait une néphrolithotomie dans un rein sain, et une lithotritie dans une vessie saine, et je ne compte comme néphrolithotomie que les opérations de calcul dans un rein non in-

fecté cliniquement, fournissant de l'urine limpide, tous les autres cas devant être considérés comme des néphrotomies, comme des ouvertures d'abcès ou de collections infectées, l'ablation du calcul étant secondaire.

Si l'on devait admettre l'intervention microbienne dans la production des calculs uriques, il faudrait ou bien dire que tous les calculs sont secondaires, ou bien reconnaître qu'il est des microbes non pathogènes pour les voies urinaires, mais capables de déterminer la précipitation de l'acide urique et la formation des calculs.

Quoi qu'il en soit de ces considérations théoriques, si l'on pouvait montrer qu'il existe des tophus phosphatiques comme il existe des tophus uratiques, la question serait peut-être un peu plus avancée.

Or, j'ai eu la bonne fortune de voir un malade qui présentait aux deux mains des tophus très nombreux, les uns ulcérés et suintants, les autres fermés et faisant des saillies plus ou moins volumineuses, d'autres sur le point de s'ulcérer. Ces tophus étaient blancs, la substance qui les constituait était analogue à de la craie, à du plâtre frais, différent des tophus ordinaires.

Cet aspect me frappa; c'est pourquoi j'en recueillis une assez grande quantité pour les faire analyser par mon pharmacien, alors que j'étais assistant de mon maître, M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière.

Or, voici cette analyse, telle qu'elle a été faite par l'interne en pharmacie du service.

Examen des tophus.

Aspect. — Les tophus examinés ressemblent à de petites concrétions calcaires blanc-jaunâtre.

Action de la chaleur. — Soumis à la calcination sur une lame de platine, la substance ne laisse qu'un résidu peu volumineux, ce qui indique la présence d'une forte proportion de matières organiques ou d'urates volatils et acide urique.

Urée. — En cherchant à produire la réaction de la murexide, on obtient un résultat négatif, ce qui élimine la présence de l'urée ou de l'acide urique.

Donc, il ne peut rester comme principes, ou destructibles ou volatils, que la cystine, la xantine et la fibrine.

Cystine, xanthine. — Les réactions pratiquées sur la substance prouvent l'absence de cystine et de xanthine.

Fibrine. — Au contraire, le traitement par la potasse caustique dissout la fibrine que l'on met en évidence par l'acide acétique qui la précipite.

Substances minérales. — Les tophus pulvérisés et traités par l'acide chlorhydrique donnent une effervescence qui indique la présence de *carbonates.*

Chaux, magnésie. — L'oxalate d'ammoniaque décèle la chaux et le phosphate de soude indique la magnésie.

Acide phosphorique. — Le molybdate d'ammoniaque donne la certitude de la présence d'acide phosphorique.

Soude. — Enfin la substance étant calcinée, le résidu soumis à l'action de la chaleur donne une masse fusible qui est formée de carbonates alcalins.

La flamme se colore en jaune par un fil de platine sur lequel on a déposé un fragment du résidu.

On révèle ainsi la présence de la soude.

En résumé, les tophus contenaient :

Fibrine : chaux, magnésie, soude à l'état de carbonate et de phosphate.

L'absence de l'urée et des urates est certaine.

Si des sels de phosphate et de carbonate peuvent se déposer dans les tissus, et en dehors de ceux qui auraient pu fournir des phosphates et des carbonates, si des sels de cette nature peuvent ainsi se déposer comme le feraient l'acide urique et l'urate de soude, il n'y a aucune raison pour ne point admettre l'existence de concrétions phosphatiques primitives dans les voies urinaires. Le fait est rare, exceptionnel, comme les tophus phosphatiques, mais il peut exister.

C'est pourquoi j'ai fourni, à l'appui de cette manière de voir, l'analyse chimique ci-dessus, dont la netteté ne peut laisser place à aucun doute.

Ai-je besoin de rappeler une observation d'Arnozan, qui a vu un enfant rendre une concrétion phosphatique après trois coliques néphrétiques, pour avoir été soumis à l'usage, pendant un mois consécutif, de 2 grammes de chlorhydrophosphate de chaux par jour? D'autres auteurs ont cru aussi pouvoir attribuer ces coliques néphrétiques à l'usage d'un traitement phosphaté longtemps continué.

REVUE DE CHIRURGIE

La prostatectomie

Par M. le Dr Ed. Laval

Depuis quelques années, la prostatectomie a été mise en pratique par un certain nombre de chirurgiens des voies urinaires, avec des résultats généralement favorables. Pourtant la question n'est pas encore assez mûre pour que l'accord parfait règne sur les indications et la technique opératoire de cette intervention. Comme l'expérience ne pourra vraisemblablement se prononcer que dans plusieurs années sur la solution définitive que comporte le problème, il nous paraît utile d'exposer l'état actuel de la question et d'établir les points qui semblent acquis.

L'insuccès du traitement médical dirigé contre l'hypertrophie de la prostate fatalement progressive et condamnant le malade à des cathétérismes perpétuels, devait orienter la thérapeutique vers la chirurgie. On sait que les premières tentatives n'osèrent porter sur la prostate elle-même, l'intimité et la solidarité des rapports qui unissent cet organe à l'urètre et à la vessie, le nombreux appareil vasculaire dont il est enveloppé devaient le rendre d'accès difficile, sinon périlleux.

Imitant donc la conduite des assiégeants d'une place forte, on commença par essayer de réduire la prostate en supprimant plusieurs de ses rapports de voisinage; c'est ainsi qu'on pratiqua successivement la castration double, la castration unilatérale; puis, pour faire mieux accepter l'opération par le malade, la résection des canaux déférents, l'angionévrectomie ou résection d'un segment des éléments vasculaires et nerveux du cordon.

De toutes ces opérations, la castration double est la seule qui ait donné quelques résultats; la prostate a, dans un certain nombre de cas, nettement diminué de volume et la dysurie s'est beaucoup améliorée.

Mais ces résultats sont loin d'être constants. Aussi, devait-on chercher et est-on parvenu à aborder directement la prostate elle-même, pour l'enlever tout à fait complètement (opération totale) ou pratiquement complètement (opération subtotale). Il faut dire, d'ailleurs, que la conception ancienne du prostatisme s'était transformée, grâce à l'anatomie pathologique, et que la prostate hypertrophiée, véritable tumeur adéno-fibromateuse, avait été reconnue comme l'obstacle mécanique qui s'oppose à l'évacuation régulière du réservoir vésical, alors qu'autrefois elle était interprétée comme l'expression d'un processus de sclérose progressive de tout l'appareil urinaire.

Deux voies d'accès principales ont été employées: d'un côté, la *voie haute* ou *sus-pubienne*, préparant la prostatectomie transvésicale, opération employée jusqu'ici, surtout, en Angleterre et en Amérique; — et, d'autre part, la *voie basse* ou *péritonéale*, utilisée généralement par les chirurgiens français. Due à Dittel, modifiée dans la suite par Nicoll (en Angleterre), Pyle, Alexander, Macias et Rodriguez (en Amérique), la prostatectomie périnéale a été l'objet de travaux intéressants de la part de Gosset et de Proust, et d'Albarran, qui en ont été les champions les plus ardents.

La prostatectomie périnéale était donc, dans notre pays, considérée comme l'opération de choix, lorsqu'au dernier Congrès de l'Association française d'urologie (1), un courant se dessina en faveur de la prostatectomie sus-pubienne. M. Proust fit justement valoir à l'actif de cette méthode, la persistance des fonctions sexuelles, l'absence d'une incontinence temporaire d'urine possible, la facilité du cathétérisme dans la suite; mais il reconnut également que cette opération ne donne de bons résultats que dans les cas de grosses prostates ayant accompli une évolution vésicale.

Il ressort des observations publiées et des discussions qui eurent lieu à l'Association d'urologie, que la prostatectomie ne saurait être pratiquée suivant une technique invariable pour tous les cas. Il y a prostates et prostates: les unes sont

(1) In *Bulletin médical*, 18 nov. 1903.

hypertrophiées au voisinage de l'urètre, sous la vessie, sans proéminer dans la cavité de cette dernière d'une façon appréciable; les autres offrent, de la part d'un de leurs lobes, un prolongement, une saillie intravésicale (dénommée lobe moyen), qui augmente d'autant la profondeur du bas fond de la vessie.

A ces différences de développement doivent répondre des différences dans les voies d'accès. Tandis que la prostatectomie périnéale semble convenir aux faits de la première categorie, c'est à l'opération transvésicale qu'il paraît préférable de recourir dans ceux de la seconde. M. Reynès ne cite-t-il pas un cas où, n'ayant pu par voie périnéale enlever complètement la prostate, il dut, quelques jours après, recourir à la voie sus-pubienne, pour enlever un bloc considérable qui bombait dans la vessie?

Un autre facteur est susceptible d'entrer en ligne de compte dans l'adoption de la voie transvésicale: c'est l'âge relativement jeune du malade et l'intérêt que peut avoir pour lui la conservation des fonctions sexuelles, la prostatectomie périnéale entraînant dans la plupart des cas la disparition de ces fonctions.

Enfin, M. Albarran estime qu'il faut encore, dans la question des indications respectives de la voie haute et de la voie basse, tenir compte de la nature microscopique de la glande malade; en effet, dans les formes d'hypertrophie glandulaire, par exemple, l'énucléation est impossible parce qu'il n'existe pas de plan de clivage.

Mais ce ne sont là que des indications encore mal précisées; nous ne saurions avancer davantage dans la question sans préjuger peut-être à la légère de l'avenir.

Bref, la prostatectomie jouit actuellement d'une très grande faveur: quelle est la technique opératoire de ses deux moyens d'exécution: voie haute et basse? Quels sont les résultats enregistrés? Quelles semblent être les indications et les contre-indications de l'emploi de cette méthode en général? Telles sont les questions que nous essaierons de résoudre.

***

Voie basse. — La prostatectomie périnéale se fait généralement par le procédé d'Albarran, c'est-à-dire par morcellement méthodique. La technique en a été exposée longuement à l'Association d'urologie en 1901 (1); la voici résumée:

Les instruments nécessaires sont: un bistouri et des ciseaux, quelques pinces hémostatiques de Kocher; une sonde métallique à petite courbure (courbure de l'explorateur de calculs n° 2) et à robinet présentant sur sa convexité une large cannelure; des pinces capsulaires (pinces hémostatiques ordinaires portant à l'extrémité du mors aplati quatre petites dents); un écarteur mécanique composé de deux pièces: 1° une large plaque métallique qu'on place au-dessous du malade; cette plaque porte une tige qu'on peut tirer plus ou moins au moyen d'une crémaillère et l'extrémité périphérique de cette tige porte une encoche latérale, dans laquelle vient se fixer par une vis le manche de la valve de l'écarteur; 2° la seconde pièce est une valve creusée d'avant en arrière, assez profondément, et terminée par un manche destiné à s'articuler avec la tige de la plaque, après que la valve a été mise en place.

Le malade est mis en position sacro-verticale (Gosset et Proust), c'est-à-dire qu'il est placé sur une plan incliné articulé qui lui soutient le dos et la région lombaire, en le repliant de telle manière que son siège en entier déborde le bord de la table ou, plus exactement, s'élève au-dessus de lui; car la grande inclinaison de la colonne lombaire oblique à plus de 45°, jointe au rabattement des cuisses, relève le sacrum jusqu'à la verticale et le périnée se présente horizontalement sous les yeux de l'observateur. C'est l'attitude d'un individu assis, le haut du corps penché en avant, mais individu qu'on aurait exactement retourné « sens dessus dessous. »

Avant de placer le malade dans cette position on a lavé la vessie et on y a laissé 300 grammes d'eau boriquée. Aussitôt avant d'inciser la peau, on place dans l'urètre la sonde conducteur qui servira de point de repère pour trouver la portion membraneuse.

L'incision transversale, d'un ischion à l'autre, légèrement concave en arrière, aura son milieu correspondant à la dépression rétro-bulbaire, point qui se trouve à un large travers de doigt au devant de l'anus.

Dirigeant le bistouri en avant, on va à la recherche de la portion membraneuse de l'urètre en se guidant sur la sonde introduite dans le canal. Cette portion membraneuse et par suite le bec de la prostate trouvés, on procède au décollement du rectum; le plan du clivage est facile à trouver, mais il faut bien se rappeler que c'est tout contre la prostate que les doigts doivent travailler. Le meilleur moyen d'éviter la blessure du rectum est, suivant le conseil de Desnos, d'y introduire l'index gauche, un gant de caoutchouc préservant la main.

On décolle aussi haut que possible le rectum de la prostate et on récline en arrière le premier. La valve de l'écarteur est mise en place suivant la face postérieure de la prostate, qui apparaît alors nettement. L'écarteur poussé à fond, on le fixe en introduisant son manche dans la cannelure de la plaque métallique.

Sur la ligne médiane, à partir du bec de la prostate, on sectionne le plus loin possible, en arrière, la capsule prostatique. Soulevant alors la lèvre gauche avec la pince capsulaire, on décolle au doigt la prostate; on fait de même à droite. En cas d'impossibilité de décoller la capsule, on peut faire l'extirpation aux ciseaux, ce qui a l'inconvénient de donner lieu à un saignement assez abondant.

Il s'agit maintenant d'ouvrir l'urètre: le bistouri plonge au niveau de l'encoche du bord antérieur de la prostate, à travers la glande, dans l'urètre, allant à la rencontre de la cannelure de la sonde. L'incision s'étend, de ce point, à trois ou quatre centimètres en arrière. La sonde est alors retirée. Avec une pince à traction on saisit, entre la capsule et la coupe de l'urètre, le tissu prostatique en faisant une prise aussi large que possible, et on sectionne la prostate le long et en dehors de la section médiane; on s'efforce de venir en avant jusqu'à la partie antérieure des lobes latéraux, en arrière, à peu près au niveau de l'extrémité postérieure de la section urétrale. On enlève ainsi, par morcellement, toute la partie antérieure de la prostate.

Introduisant l'index gauche dans l'urètre, puis dans la vessie, on accroche et fait saillir la portion vésicale de la prostate qui s'avance dans la plaie, où il est aisé de la réséquer.

Il peut être nécessaire, lorsque le lobe médian vésical est très développé, de sectionner la paroi inférieure de l'urètre jusqu'à près du col vésical et d'enlever ce prolongement glandulaire de dedans en dehors. Il ne reste pratiquement plus de prostate. L'opération est presque terminée.

Avant de suturer l'urètre par points séparés au catgut, il faut introduire une sonde-béquille dans la vessie par le méat urétral: s'il y a trop d'étoffe, on peut en réséquer une bande sur chaque lèvre de l'incision urétrale. Lorsqu'il ne reste plus qu'un centimètre et demi d'urètre à suturer, la sonde est retirée et on met, bien enfoncé dans la vessie, un drain n° 20 qui est fixé à la peau au milieu de sa lèvre antérieure.

Le pansement est fait avec des mèches de gaze stérilisée qui bourrent la plaie. La valve de l'écarteur est alors enlevée et on rétrécit la plaie par deux ou trois points de suture.

Les suites sont généralement simples: le drain périnéal est laissé cinq jours, au bout desquels on lui substitue une sonde à demeure qui est elle-même enlevée six à sept jours après. Dans les bons cas, l'urine ne passe plus par le périnée du quinzième au vingtième jour; d'autres fois ce délai est plus long; M. Albarran n'a vu aucun de ses malades rester fistuleux.

La gravité opératoire est assez restreinte puisque, sur 57 opérations personnelles, M. Albarran a eu 55 guérisons opératoires; sur 20 cas, M. Rafin (de Lyon) cite une seule mort; sur 8 cas, M. Loumeau (de Bordeaux) relève également un décès; M. Reynès (de Marseille), sur 4 cas, indique une mort due à un état général des plus mauvais (1). L'opéré de M. Tes-

(1) Assoc. franç. d'urologie (Ve session, 1901, O. Doin, 1902, page 336)

(1) Cette statistique est relevée dans les communications faites au dernier Congrès de l'Association d'urologie (*loc. cit.*)

son (d'Angers) a été guéri au point de vue opératoire (1). Les 9 opérés de M. André (de Nancy) ont tous guéri (2).

Quant aux résultats fonctionnels, ils sont généralement parfaits. Les malades, à la suite de l'opération, vident spontanément, facilement et complètement leur vessie. Par exception, de vieux rétentionnistes complets peuvent conserver un résidu de 40 à 50 grammes. Les urines infectées avant l'opération deviennent limpides, sans dépôt purulent. Chez les malades atteints de pyélonéphrite, le rein s'améliore beaucoup : la sensibilité à la pression disparaît et le volume du rein diminue progressivement. Il convient d'ajouter que les fonctions génitales disparaissent d'habitude chez les opérés. M. Loumeau cite pourtant un cas où elles ont été totalement conservées.

* * *

Voie haute. — La prostatectomie transvésicale ou méthode de Freyer a été étudiée par MM. Jarvis et Proust (3) qui exposent, dans les termes suivants, la technique de l'auteur anglais :

« Ayant pratiqué une cystostomie sus pubienne, alors qu'un cathéter est laissé dans l'urètre, l'opérateur vient d'un doigt explorer la cavité vésicale pendant que l'index de l'autre main, introduit dans le rectum, vient rendre la prostate plus saillante. Sur le point culminant de cette prostate, c'est-à-dire au niveau d'un des lobes latéraux, la muqueuse vésicale est incisée ou même éraillée avec l'ongle. Le doigt arrive ainsi au contact du lobe simplement recouvert de sa capsule; il commence à l'énucléer, le séparant d'abord de la muqueuse vésicale, plus loin de la gaine prostatique. Lorsque la *capsule* est ainsi séparée de la gaine, d'un mouvement circulaire on amène le doigt sur la face interne du lobe et on le sépare de l'urètre qu'on sent engainant le cathéter. Le canal et sa tunique musculaire se trouvent refoulés vers la symphyse et le lobe est enlevé par simple traction. On isole ensuite l'autre lobe en se servant de la même brèche muqueuse, et on l'enlève de la même manière. L'urètre reste intact appliqué contre la symphyse.

Lorsque les commissures trop résistantes ont empêché les lobes de s'écarter et de se séparer, ce qui, du reste, est l'exception, l'urètre, alors, vient avec la prostate, le tout formant un seul bloc. On ne suture la muqueuse ni dans un cas ni dans l'autre. On ne tamponne pas la cavité qui revient sur elle-même : la paroi vésicale se rabat contre les parois de la gaine. La légère hémorragie résultant de l'énucléation est arrêtée par une irrigation chaude faite à l'eau boriquée. On pratique un large drainage sus-pubien, grâce auquel la vessie est soigneusement lavée les jours qui suivent. »

(1) *Anjou méd.*, janvier 1903.

(2) *Revue méd. de l'Est*, 15 déc. 1903.

(3) La méthode de Freyer (*Presse méd.*, 19 août 1903).

Lorsque les lobes viennent séparément, les canaux éjaculateurs sont intacts; mais ils sont déchirés, ou arrachés, lorsque la prostate vient en masse. C'est une raison pour laquelle il faut s'attacher à bien énucléer les lobes l'un après l'autre.

Comment se rétablit la continuité entre l'urètre et la vessie, lorsque l'urètre prostatique est, ainsi que cela arrive parfois, déchiré ou enlevé en totalité? Les autopsies ont permis de constater l'abaissement de l'extrémité infundibuliforme de la vessie et sa soudure à l'origine de l'urètre membraneux. Si nous nous rappelons que le seul sphincter utile est le sphincter membraneux, nous comprendrons que c'est à sa persistance seule qu'est due la continence parfaite observée chez les malades. Ces cas sont ce que l'on peut appeler des véritables cas d'extirpation totale.

Voyons maintenant quels sont, au juste, les résultats. Sur 45 prostatectomies transvésicales (1) pratiquées sur des sujets variant de cinquante-neuf à soixante-dix-neuf ans, M. Freyer a obtenu 40 succès, les cinq décès ne ressortissant pas à l'opération, pour la plupart. Et ces succès visent non seulement les suites immédiates, mais aussi les suites relativement éloignées, puisque la durée d'observation, pour plusieurs malades, a été prolongée jusqu'à deux ans. Tous les malades étaient obligés, auparavant, de se sonder, et la plupart ne pouvaient uriner sans sonde; l'un même était rétentionniste depuis vingt-quatre ans. Tous purent uriner sans sonde et furent parfaitement continents, ayant des urines claires et sans résidu.

Il en est de même des cas que M. Harrison a rapporté au dernier Congrès d'urologie : il s'agit de sept observations de prostatectomie sus-pubienne, dont il a présenté les pièces, avec six guérisons. Le septième opéré est mort quatre jours après, des suites d'une hernie étranglée.

Comme on le voit, les résultats obtenus par l'opération sus-pubienne semblent comparables à ceux fournis par l'opération périnéale.

* * *

Il nous reste à exposer les indications et contre-indications de la prostatectomie en général.

Sur les indications, on peut être bref : elles se résument dans l'hypertrophie prostatique, quelle que soit sa nature. Il est juste de dire que les plus brillants succès sont obtenus dans les cas de grosses prostates fibro adénomateuses.

Quant aux contre-indications, elles sont peu nombreuses. Tout d'abord, il semble que l'opération doive être évitée chez les malades trop infectés ou trop âgés. D'autre part, elle est nettement contre-indiquée par l'existence, soit de suppurations péri-vésicales ou péri-prostatiques, soit de lésions rénales doubles et graves, soit enfin d'un état général grave du sujet (cachexie...). Il va de soi que l'intervention doit être, autant que possible, ajournée dans les périodes d'infection fébrile ou de rétention aiguë. La sonde mise à demeure pendant quelques jours préparera admirablement le terrain, dans ces dernières conditions.

(1) *The Brit. med. Journal*, 21 juillet 1901; *The Practitioner*, juin 1903.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le service militaire des étudiants en médecine en Allemagne, en Autriche, en Russie

Dans notre précédent numéro nous avons indiqué comment, en Italie, était réglé le service militaire des étudiants en médecine. Nous allons, aujourd'hui, voir successivement comment les choses se passent en Allemagne, en Autriche, en Russie, et, pour cet exposé, nous utiliserons les renseignements inédits qu'a bien voulu nous donner M. le médecin principal de 1re classe Antony, professeur au Val-de-Grâce.

I. Allemagne. — Les étudiants en médecine peuvent effectuer leur service de trois façons différentes :

a) Au même titre que tous les étudiants, ils obtiennent, sans difficulté, l'autorisation de ne remplir leurs obligations militaires qu'à la fin de leurs études, l'extrême limite étant l'âge de vingt-sept ans.

b) Ils ont aussi la faculté de servir une année comme simple engagé volontaire d'un an, et de se faire nommer sous-officier de réserve et plus tard officier de réserve;

c) La plupart passent six mois sous les armes comme engagés volontaires d'un an, ils quittent ensuite le régiment pour terminer leurs études. Leur diplôme de médecin obtenu, ils reviennent au corps en qualité d'*aides-médecins engagés volontaires d'un an*, à la condition, toutefois, qu'ils aient mérité à la suite de leur premier séjour à l'armée le *certificat de service*.

Cette qualité d'aide-médecin peut être conférée, sur leur demande, aux étudiants que nous avons classés dans la catégorie *b*, et qui figurent sur les contrôles du recrutement comme sous-officiers de réserve, lorsqu'ils ont passé leurs examens de doctorat.

Tous les docteurs qui ont obtenu le titre d'*aides-médecins engagés volontaires d'un an* peuvent demander à faire partie du corps de santé de l'armée active.

Voici les conditions qui leur sont imposées :

Après quatre semaines de service, ils adressent une demande à leur chef immédiat. Si ce dernier leur délivre un certificat attestant qu'ils sont dignes d'être candidats, le médecin du corps d'armée transmet au médecin général de l'armée une proposition pour le grade d'aide-médecin au titre actif. Les nouveaux promus s'engagent par écrit à res-

ter dans l'armée au moins un an après avoir accompli leur volontariat.

A dater du jour de leur nomination, ces aides-médecins jouissent des mêmes prérogatives que les élèves de l'Ecole de médecine militaire versés dans les corps de troupe avec le même grade.

Durant leur séjour à l'armée, les médecins engagés volontaires d'un an sont astreints à suivre des cours sur l'organisation de l'armée, les règlements du service de santé à l'intérieur et en campagne, et à prendre part à des exercices pratiques sur la manière de procéder à l'examen des hommes en vue de leur aptitude au service, de leur réforme ou de leur retraite, sur la rédaction des certificats, etc., etc... A la fin du cours ils subissent des examens dont le résultat est des plus importants lorsqu'il y aura lieu de leur délivrer le certificat d'aptitude, indispensable pour être proposé au grade de médecin aide-major de la réserve.

En attendant, tous les médecins qui ne sollicitent pas leur admission dans l'armée active sont classés dans la réserve comme aides-médecins, c'est-à-dire dans une position analogue à celle de nos médecins auxiliaires. Quant aux étudiants qui ont accompli six mois de service, comme soldat, et qui retournent à leurs études, ils sont inscrits sur les contrôles du recrutement comme sous-officiers de santé.

Il est de règle dans l'armée allemande que tout candidat officier doit, avant d'être nommé par l'empereur, être accepté par le corps d'officiers. Cette obligation est appliquée strictement aux aides-médecins qui aspirent à faire partie du corps des officiers de santé de l'armée active ou de la réserve. Leur candidature est soumise à l'élection d'un comité électoral composé de tous les médecins militaires tenant garnison sur le territoire occupé par une division et présidé par le médecin divisionnaire.

Les aides-médecins de l'armée active ne peuvent être soumis à l'élection qu'après avoir accompli trois mois de service; toutefois, les aides-médecins provenant de l'Ecole de médecine militaire peuvent être dispensés de cette obligation, à moins que leur chef de corps n'y fasse opposition.

La candidature de l'aide-médecin doit être proposée par le médecin-chef du corps ou du service, avec l'assentiment du chef de corps; il est indispensable qu'elle soit appuyée de certificats, délivrés par le médecin-chef, attestant que la conduite, le zèle au service, la moralité, les qualités du candidat et sa situation sociale sont à l'abri de tout reproche.

En cas de refus ou d'insuccès, l'aspirant officier continue à remplir ses fonctions; il lui est possible de se représenter à l'élection quand ses chefs l'en jugent digne.

Pour les candidats au grade de médecin aide-major de réserve, les certificats précédents sont de même exigés, mais ils ne peuvent les obtenir qu'à la suite d'une période de service d'une durée de six semaines accomplie en qualité d'aide-médecin de la réserve; parfois même on exige une nouvelle période d'instruction quand leur manière de servir n'a pas donné toute satisfaction.

Voici comment on procède à ces élections :

Le médecin divisionnaire convoque tous les médecins de la garnison et des garnisons voisines; il leur expose les titres du candidat et y ajoute une déclaration écrite de sa main qu'il n'a point de dettes. Après cet exposé, le président invite les assistants à voter d'après l'ordre d'ancienneté; le plus jeune des médecins commence et dépose un bulletin signé. Les médecins qui n'ont pu assister à la convocation envoient un bulletin par la poste, après avoir été avisés du résultat exprimé par leurs collègues dans la réunion.

Le vote des médecins ne doit pas être basé sur des considérations d'ordre militaire ou technique, mais de préférence sur la valeur morale du candidat et sur sa situation sociale.

Si la majorité est opposée à l'élection, le candidat est rejeté sans autre forme de procès; dans le cas où quelques membres ont fait de l'opposition à l'acceptation du candidat, les opposants sont invités à formuler leurs raisons par écrit et le médecin de corps est appelé à décider, après avoir pris connaissance du dossier.

La nomination est faite par l'empereur sur la proposition du médecin général de l'armée.

L'avancement des médecins de réserve a lieu à l'ancienneté sur la proposition du médecin général de l'armée, qui demande au préalable l'avis du commandement du recrutement.

Pour être nommés médecin-major-stabsarzt, les médecins de réserve sont tenus de suivre un cours d'instruction dans les universités de l'empire ou d'effectuer un certain temps de service dans l'armée et de justifier de leur aptitude au grade supérieur.

Le cours d'instruction dure trois semaines; il comprend des leçons sur la chirurgie d'armée, sur la médecine et les méthodes de traitement en temps de guerre, et des conférences sur les questions du règlement du service de santé en campagne. Les premières matières sont traitées par des professeurs de l'Université, les dernières par des médecins militaires.

Les médecins aides-majors de 1re classe de la réserve sont invités à suivre ces cours d'après leur ordre d'ancienneté; ils ne peuvent obtenir un sursis que pour des raisons majeures; leur nomination au grade supérieur dépend de l'étendue des connaissances tant médicales que militaires dont ils justifient dans les épreuves finales.

II. Autriche. — Les étudiants en médecine accomplissent, dans l'infanterie, comme engagés volontaires d'un an, un premier stage de six mois. Les huit premières semaines sont consacrées à l'instruction militaire; les quatre mois suivants sont employés à suivre les cours de brancardiers et d'infirmiers.

Le deuxième stage se fait après la réception au doctorat; il est également de six mois et a lieu dans un des grands hôpitaux de garnison. Les engagés volontaires portent alors le titre d'assistants auxiliaires. Ils suivent des cours spéciaux et participent au service d'hôpital. S'ils passent avec succès un examen d'aptitude ils sont nommés assistants de réserve. L'assistant correspond dans la hiérarchie militaire au grade de sous-lieutenant.

Les médecins de réserve ou engagés volontaires, qui désirent entrer dans les cadres actifs, sont tenus d'effectuer un stage, d'octobre à juillet, à l'Académie Joseph, ou école d'application du service de santé. Après l'examen de sortie ils sont nommés oberarzt ou lieutenant.

III. Russie. — Tous les étudiants en médecine sont dispensées du service militaire, mais ils sont astreints à rester comme médecin, pendant quinze ans, à la disposition de l'armée en cas de guerre.

Il vient d'être fait application de cette mesure à nos confrères, et le Dr Marcou dit que « 200 médecins de Saint-Pétersbourg sont déjà partis. L'on ne prend pas seulement les jeunes, mais les médecins de tout âge. J'ai vu des hommes d'une quarantaine d'années, mariés et pères de familles. La dépêche néfaste arrive. Dans cinq jours il faut partir, quitter sa situation et abandonner le foyer pour un sort incertain.

Les médecins russes payent très cher l'avantage qu'ils ont de ne pas faire le service militaire pendant leurs études » (1).

Quels services peuvent rendre en campagne ces médecins qui ignorent tout de l'armée et du service de santé en campagne?

Seront-ils même assez nombreux, pour remplir les cadres. « On peut en douter, surtout si l'on songe que les 12000 à 15000 médecins civils de l'empire ne peuvent déjà pas parer aux besoins de son immense population » (2).

Cette insuffisance du corps médical de réserve n'est-elle pas la cause de l'immense effort fait par la Russie vers sa Croix-Rouge, dont la richesse et la puissance soulignent la pauvreté du service de santé !

IV. *Conclusions.* — Sauf en Russie, où le service de santé est organisé dans les conditions précaires que nous avons indiquées, dans toutes les grandes armées européennes les étudiants en médecine

(1) Notes de guerre (*Arch. génér. de méd.* 1904, n° 11).

(2) Antony. — Service de santé de l'armée russe (*Arch. de méd. et de ph. milit.*, 1903).

sont préparés au service qu'ils auraient à accomplir en cas de guerre. En Allemagne, en Autriche, ils font, pendant la durée de leurs études, six mois de service pendant lesquels ils apprennent le métier de brancardier et d'infirmier, et six mois de service après leur réception au doctorat; ils font alors le service d'aides-major. En Italie, les médecins ne sont appelés qu'une fois docteur, et alors pendant un an ils sont utilisés au mieux de l'intérêt du service et font réellement l'apprentissage du métier de médecin militaire.

C'est, en somme, l'organisation italienne qui est la plus logique, la plus profitable, et la Société centrale de l'A. G. a fait œuvre patriotique en demandant que ce système fut appliqué à l'armée française.

GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars.

A propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine

MM. A. Poncet et L. Bérard. — Le but de notre communication est de montrer que, contrairement aux assertions de certains chirurgiens, de plus en plus le médecin praticien doit chercher à reconnaître l'actinomycose, comme il reconnaît la syphilis, la tuberculose et le cancer, et à la distinguer de ces diverses affections au lit du malade, d'après les seuls résultats de l'enquête clinique.

Contrairement à l'opinion émise par M. Le Dentu dans la séance du 9 février dernier, le praticien ne doit pas renoncer à déceler lui-même la maladie, sous prétexte qu'il n'a pas à sa disposition l'outillage de laboratoire et les moyens d'investigation nécessaires pour découvrir les *actinomycoses* dans les préparations microscopiques obtenues avec les lésions.

Avec la tuberculose et la syphilis, la confusion peut s'éviter assez facilement, si le médecin a vu antérieurement quelques cas d'actinomycose. Pour la tuberculose, en particulier, il serait parfois dangereux de s'en remettre uniquement aux données de l'examen microscopique, car on a décrit une forme saprophytique du bacille de Koch qui ressemble, à s'y méprendre, au mycélium du champignon rayonné (Fischl).

Pour le cancer, nous admettons que les éléments du diagnostic clinique sont parfois moins précis, bien qu'un tableau comparatif des signes cardinaux de ces deux maladies permette d'établir les différences suivantes:

Actinomycose.	Cancer.
Les malades sont ordinairement des sujets jeunes. L'agent de la contagion, lorsqu'on le retrouve, est un végétal.	La plupart des cancéreux ont dépassé 40 ans. L'étiologie de leur affection est des plus vagues.
L'évolution des lésions n'est pas fatalement progressive. Elle peut être aiguë ou torpide, avec des intervalles possibles de rétrocession ou de guérison apparente.	Les lésions ont un développement nettement progressif, que leur marche soit aiguë ou lente.
L'œdème, l'induration des parties molles s'étendent loin du foyer mycosique, même quand les lésions ne semblent pas en imminence de suppuration, et même quand il n'y a pas de compression des gros troncs veineux.	Les œdèmes sont, ou d'origine infectieuse, par l'inoculation secondaire d'agents microbiens, ou mécaniques, par compression, par thrombose.
L'infiltration du parasite dans les plans musculaires et conjonctifs simule une injection coagulante poussée dans ces tissus, qui prennent une consistance scléreuse, en plastron, et deviennent rapidement inextensibles (trismus).	Le sarcome et l'épithéliome s'étendent rarement aussi loin que l'actinomycose par infiltration large de voisinage.
Les ulcérations des téguments ont des bords plutôt décollés qu'indurés. Certaines d'entre elles se cicatrisent, tandis que se font, à leurs côtés, des pertes de substance nouvelles.	Quand le cancer ulcère la peau, il empiète, de plus en plus, sur les téguments encore sains. Les ulcérations ont des rebords indurés. Elles ne se cicatrisent pas spontanément.
Les adénites sont exceptionnelles, lorsqu'il ne s'est pas fait secondairement d'infection pyogène des foyers parasitaires. C'est surtout cette septicémie secondaire qui altère l'état général, plus que la résorption des toxines mycosiques.	Les adénites, par propagation du cancer aux lymphatiques de la région, sont précoces, même dans les cancers fermés. L'état général est modifié rapidement et profondément (teint jaune paille).

Sans doute, ces caractères différentiels n'ont rien d'absolu. Leur groupement s'impose pour qu'ils gardent quelque valeur, et même, dans ces conditions, ils peuvent induire en erreur l'observateur le plus avisé. Témoin le cas cité par M. Le Dentu (1). Outre les formes phlegmoneuses, aiguës ou chroniques, du cancer, il existe des hybridités pathologiques multiples, qui peuvent occasionner des erreurs: telle l'hybridité du cancer et de la tuberculose, du cancer et de la syphilis, et même du cancer et de l'actinomycose.

Même dans des cas plus simples, la recherche des grains jaunes peut rester infructueuse, alors que, cependant, l'actinomyces a bien été la cause primitive des lésions.

(1) *Bulletin méd.*, 1904, nº 11, p. 127.

Il ne faut donc pas toujours exiger la constatation du mycélium, avec ou sans les massues, pour arrêter son diagnostic, et surtout il ne faut pas, comme on le fait trop volontiers, rejeter l'hypothèse d'actinomycose sous le prétexte qu'un examen, et même quelquefois plusieurs, auront été négatifs. En agissant comme nous le conseillons, peut-être risquera-t-on parfois de soumettre pendant quelques semaines au traitement ioduré et à quelques incisions intempestives un cancer ulcéré et fistuleux, dont on pourra ainsi hâter l'évolution, mais plus souvent, grâce à un diagnostic précoce et à un traitement rationnel, on aura la satisfaction d'enrayer à son premier stade une actinomycose encore facilement guérissable et qui, abandonnée à elle-même, eût révélé sa nature par l'issue au dehors des grains jaunes, mais souvent trop tard pour bénéficier des ressources de la thérapeutique.

En résumé, on doit savoir, aujourd'hui, que l'actinomycose humaine est relativement fréquente, et dans tous les milieux; on doit se méfier des suppurations locales tenaces, récidivantes, des phlegmons chroniques, fistuleux, ligneux, en placard, surtout lorsque les abcès rebelles n'ont pas un point de départ articulaire ou osseux, lorsqu'ils occupent les lieux d'élection de l'actinomyces (face, cou, ventre, poitrine, région ano-rectale).

En dehors de ces lésions à marche sournoise, à suppuration plutôt séreuse, exhalant souvent une odeur fétide, nauséabonde, quelquefois *sui generis*, odeur *actinomycosique*; il faut, malgré tout, considérer comme des plus suspects les néoplasmes qui suppurent; non pas — MM. Cornil, Le Dentu l'ont bien montré — que de vrais cancers ne puissent suppurer, mais parce qu'un des meilleurs signes des manifestations actinomycosiques est l'*association des caractères d'un néoplasme et d'une lésion inflammatoire*.

M. Le Dentu. — La compétence de M. Poncet sur cette question de l'actinomycose est bien connue et j'admets en bloc les diverses propositions qu'il nous a exposées. Mais pour les formes hybrides, notamment quand il y a l'épithélioma, j'estime que la constatation de l'actinomyces est nécessaire pour affirmer le diagnostic d'actinomycose.

ÉLECTIONS

A deux places de correspondant national
(2e division, pathologie chirurgicale.)

Le classement des candidats était le suivant :

En 1re ligne, M. Jeannel (Toulouse); 2e ligne, M. Fontan (Toulon); 3e ligne *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lagrange (Bordeaux), Malherbe (Nantes), Masse (Bordeaux), Maunoury (Chartres).

Adjoint à la présentation, M. Bruch (Alger).

1re élection

Nombre de votants : 74. — Majorité : 38.

Au premier tour, MM. Jeannel et Maunoury ont obtenu chacun 32 voix; MM. Fontan et

Lagrange, 1 voix; MM. Malherbe et Bruch, 4 voix.

Au second tour, sur 80 votants, M. Maunoury est élu par 52 voix contre 25 à M. Jeannel, 1 à MM. Malherbe et Bruch, et 1 bulletin blanc.

2e élection

Nombre de votants : 71. — Majorité : 36.

Ont obtenu :

MM. Jeannel...	39 voix	Élu
Fontan...	20	—
Malherbe.	11	—
Masse....	1	—

G.

DÉPARTEMENTS

Photothérapie du lupus

Le Dr **Carle**, ancien chef de clinique à l'Antiquaille, a commencé en 1901, à la Faculté de Lyon, au laboratoire des sciences physiques et naturelles, des essais de photothérapie du lupus et les a continués à la clinique de l'Antiquaille, où deux appareils Lortet-Genoud ont fonctionné depuis le début de l'année 1902.

Dans ce laps de temps, 33 malades ont été soumis au traitement, mais 19 seulement peuvent entrer en ligne de compte, les 14 autres étant venus aux séances d'une façon tout à fait insuffisante. Les 19 malades restant ont été suivis pendant leur séjour à l'hôpital, puis revus par la suite, si bien qu'il a été impossible de noter les récidives.

Sur ces 19 malades on a obtenu:

6 guérisons définitives, c'est-à-dire telles que toute la surface lupique était entièrement remplacée par un tissu cicatriciel blanc, scléreux, dur, indolore, et que jusqu'à ce jour aucune récidive n'a été constatée.

3 améliorations telles que les malades se sont considérés comme suffisamment guéris pour ne pas continuer le traitement. Cependant quelques points persistaient ni ulcérés, ni nodulaires, mais encore rouges.

6 récidives portant sur des lupus de diverses espèces, survenues de trois à huit mois après la guérison apparente.

4 insuccès : 1 lupus nodulaire, étendu et disséminé du front et de la racine du nez; 1 tuberculose verruqueuse du poignet droit; 1 lupus fongueux condylomateux et ulcéré, par plaques disséminées sur toute la face; 1 lupus érythémato-nodulaire des deux joues, avec hypertrophie très marquée de la lèvre supérieure.

En somme, la proportion des guérisons complètes, totales, sans récidives, s'élève à 31 %, et arrive à 47 %, si on compte les guérisons très probables, mais non revérifiées. En comparant ces résultats à ceux des autres expérimentateurs, on trouve que les chiffres sont sensiblement les mêmes.

De cette expérience, M. Carle tire les enseignements suivants :

1° On a cru pendant longtemps qu'une séance d'un quart d'heure environ, suffisante pour déterminer l'apparition d'une phlyctène, devait également produire l'effet thérapeutique voulu. Au début M. Carle faisait une séance d'un quart d'heure à vingt minutes tous les trois jours environ. Les résultats immédiats étaient satisfaisants. Or, presque tous les malades ainsi traités sont revenus.

Pour que l'action des rayons chimiques soit efficace, il est de toute nécessité qu'elle se fasse sentir dans la profondeur des tissus. Or, l'expérience a démontré que la production de la rougeur et même de la phlyctène ne signifie rien. Une exposition d'un quart d'heure aux rayons chimiques ne donnera qu'une sclérose superficielle, comparable à celle que l'on obtient avec les caustiques liquides. On doit faire une séance d'une demi-heure au moins, pour commencer, pour tâter la susceptibilité du malade; puis de trois quarts d'heure et même d'une heure, si les réactions consécutives n'ont pas été trop violentes. De plus, on peut faire à chaque séance plusieurs applications. Certains malades en ont supporté jusqu'à cinq ou six par jour. L'indolence de l'opération et la réaction minime qui s'ensuit ordinairement les autorisent.

2° On ne doit pas se contenter d'un aplanissement des nodules, d'un nettoyage de la surface, on doit revenir plusieurs fois sur les mêmes points, propres et guéris en apparence; au besoin on peut laisser reposer le malade quelque temps, un mois ou plus, si on le croit guéri, puis soumettre, passé ce délai, les points douteux à un nouveau traitement, pour peu que la rougeur reparaisse ou que le malade ressente à leur niveau une sensation bien spéciale de démangeaisons.

M. Carle ne croit pas que tout lupus soit systématiquement justiciable de la photothérapie. Il les divise à ce point de vue en trois classes:

1° D'abord ceux qui sont justiciables d'une autre médication.

a) *Les lupus des membres* en premier lieu, sauf peut-être quelques lupus des mains. On est autorisé à employer contre ces lupus des méthodes rapides et énergiques, l'enlèvement de tout le mal par l'ablation, si possible; sinon le raclage à la curette tranchante, suivi de cautérisation forte au thermo cautère ou au chlorure de zinc. Car le point de vue esthétique ne joue qu'un rôle secondaire; l'opération est facile, les suites simples, la cicatrisation rapide, les récidives plus rares.

b) *Les petits lupus érythémato-nodulaires de la face* sont justiciables de l'ablation au bistouri avec suture immédiate. Quelquefois le voisinage d'un orifice devra faire respecter un lupus de petit diamètre, parce que l'ablation entraînerait des déviations ou des atrésies regrettables. Mais il est certain que pour nombre de cas l'ablation, suivie ou non d'autoplastie, présente l'avantage de la guérison rapide et souvent radicale.

c) *Les lupus des muqueuses ou des orifices* peuvent être traités par la lumière, grâce au compresseur imaginé par Lerédde, ceux des joues, du palais, par exemple. Mais d'autres, ceux du voile, des gencives, de la cloison, subiraient malaisément une application prolongée. Pour les premiers, *lupus des muqueuses profondes*, l'électro-cautérisation répétée, suivie de badigeonnage à l'acide lactique 30/10, a donné d'excellents résultats. Pour les autres, *lupus strictement limités aux orifices*, les scarifications bien faites doivent être conseillées de préférence.

d) Enfin, lorsqu'un malade se présentera ayant subi au préalable de multiples traitements, il faudra faire un pronostic réservé. Sur les quatre insuccès, deux d'entre eux avaient été plusieurs fois raclés, cautérisés et scarifiés, ce qui n'avait pas empêché la récidive, en sorte qu'on se trouva en présence d'un tissu scléreux superficiel, mais très suffisant pour gêner d'une façon sérieuse l'action de la lumière.

2° Lupus qui exigent, avant toute application photothérapique, une préparation, un traitement préalable destiné à les rendre aptes à subir avec succès ces applications.

a) Lupus exubérants, papillomateux, saignotants et friables. Il faut, avant tout, calmer ces bourgeons exubérants par des pansements humides permanents, et mieux les supprimer avec la curette et le thermo-cautère, sous anesthésie. Reste une surface plane et saignante, qui se cicatrise sans pansement. Le tort est de s'en tenir là, car, dans ces conditions, la récidive est certaine. C'est le moment de faire intervenir la photothérapie.

b) Lupus infectés secondairement, ulcéreux, pustuleux, lymphangitiques, œdématiés, sur lesquels M. Carle a observé de véritables réactions érysipélatoïdes à la suite des premières applications photothérapiques. Il faut, tout d'abord, traiter ces manifestations infectieuses. Elles s'apaisent en quelques jours sous l'influence des pansements humides permanents au sublimé faible ou au permanganate de potasse, en solution variable de 1/1000 à 1/100. Quelques pointes de feu profondes, sur les pustules ou les bourgeons, achèveront l'œuvre préparatoire de désinfection.

c) Lupus étendus tout autour de la face, en colliers, passant sous les régions maxillaires et sous-mentales. Ils sont généralement consécutifs à des ganglions tuberculeux abcédés, et, sans être bien profonds, ils sont particulièrement tenaces. Les applications photothérapiques dureraient des années. Il vaut mieux établir un traitement mixte, enlever avec le bistouri les traînées lupiques courrant le long des joues, racler ou cautériser les bourgeonnements, et faire agir les rayons chimiques sur les cicatrices ainsi obtenues.

3° Ces restrictions faites — et elles comprennent, en somme, la minorité des malades — on peut dire que tout autre lupus est incontestablement justiciable de la photothérapie.

M. Carle résume son opinion en ces termes :

« Cette méthode implique certainement beaucoup plus de temps et de surveillance qu'on ne l'avait pensé tout d'abord. De plus, si simplifiés que soient les appareils et leur installation, certaines conditions de local, de personnel, de source électrique et aussi de finances, sont nécessaires. Aussi ce procédé reste-t-il un procédé « urbain » accessible seulement à quelques malades et dans certaines localités. Et c'est là, en réalité, la grosse objection. Entre le scarificateur qui, habilement manie, peut donner d'excellents résultats, et un appareil compliqué, l'avantage restera longtemps au premier.

Il reste, sans conteste, à la méthode de Finsen, l'avantage de pouvoir pénétrer, sans douleur aucune, dans l'intimité des tissus, d'agir sur les lupomes profonds, sur les traînées fongueuses, même non visibles, errant autour de la lésion principale, sous un couvert de peau saine. Ceci joint à la parfaite régularité des cicatrices obtenues par suite de l'homogénéité de l'action sclérosante de la lumière, suffit amplement à placer le traitement photothérapique au premier rang des méthodes thérapeutiques employées contre le lupus tuberculeux.» (*Lyon méd.*, 1904, n° 12).

G.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Hachette

La santé publique, par M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

C'est la législation sanitaire de la France que le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques présente dans ce volume. Il se divise en deux parties bien tranchées. La première, la plus courte, puisqu'elle n'a que 87 pages sur les 371 que renferme le livre, est doctrinale. Elle est constituée par trois chapitres dont les titres parlent d'eux mêmes : Légitimité de la législation sanitaire; Législation sanitaire de la France avant 1902; Loi du 15 février 1902. La seconde partie, intitulée « Annexes », est exclusivement documentaire.

En somme, ce livre constitue un commentaire administratif de la législation en vigueur, commentaire dû à une plume particulièrement autorisée, et caractérisé par cet aveu de l'auteur que le vote de la loi du 15 février 1902 a été une des joies de sa vie.

« Si, en invoquant la décentralisation, écrit M. Monod, on veut dire que ce sont les départements qui doivent, par l'organe des conseils généraux élus, organiser les services de protection de la santé publique, que ce sont les communes qui doivent, par leurs maires, par leurs conseils municipaux, veiller de près à l'exécution de la loi, je n'objecte rien. Mais si, en se réclamant de la décentralisation, on revendique pour le pouvoir local le droit de ne pas organiser le service, de ne pas protéger la santé publique, c'est-à-dire de ne pas remplir une des tâches en vue desquelles il existe, c'est une autre affaire. Il n'y a plus ici ni centralisation ni décentralisation; il y a le manquement à un devoir positif. »

On ne saurait indiquer avec plus de netteté et plus de force les droits de l'Etat dans cette œuvre à laquelle l'auteur s'est si étroitement associé. Nous sommes convaincu que, le cas échéant, M. Monod ne mettrait pas moins d'énergie à défendre, contre les abus de pouvoir des préfets, les maires qui organiseraient, dans leur commune, d'une façon pratique et efficace, comme notre confrère le Dr Morel, de Villiers-le-Duc, l'hygiène publique.

Nous savons, du reste, que M. Monod se propose de répondre à l'appel de M. Pinard et de donner la plus grande publicité possible aux mesures prescrites par le maire de Villiers-le-Duc. En agissant ainsi, M. le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques met ses actes administratifs en complet accord avec ses théories exposées dans son livre, et nous lui adressons toutes nos félicitations pour ce spectacle auquel les fonctionnaires ne nous ont pas habitués.

GRANJUX.

Vient de paraître :

Traitement chirurgical des néphrites médicales, par le Dr A. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné : 1 fr. 50 (*Actualités médicales*). (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Guide pratique d'urologie clinique, par le Dr J. André, chef du laboratoire des cliniques à l'École de médecine de Marseille. 1 vol. in-18 de 238 pages, avec figures, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.)

Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des substances étrangères à l'organisme, par le Dr Jacques Carles, médecin des hôpitaux (Travail couronné par la Faculté de médecine de Bordeaux. Prix Godard de 200 fr.). Paris 1904. In-8 avec 5 planches en couleurs : 6 fr. (Vigot frères, éditeurs).

NOUVELLES

CONCOURS POUR L'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS POUR LES PLACES VACANTES DE MÉDECINS DES HOPITAUX

Séance du 19 mars.

Anatomie pathologique. — 10 L. Bernard, Gasne, Guillain — 9 Dufloux, Lereboullet, Lesné, Thomas — 8 Auscher — 7 E. Weill — 6 Lacapère.

20 mars

Symptomatologie. — 10 Griffon — 8 Cavasse, Ferrand, Le Sourd, Rist, Rosenthal, L.-Ch. Roux, Terrien, Thiercelin — 7 Lenglet, Pagniez.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR

Chirurgie et accouchements

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or. — M. Lecène.

Médaille d'argent. — M. Piquand.

Mention.— M. Chevrier.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Séance du 19 mars

Questions : Gaines synoviales de la face palmaire de la main. Panaris.

13 Huchet — 12 Bory, Louis Lemaire — 10 Dalimier — 9 Flurin, Cornélius — 8 Dupouy.

Ce concours s'est terminé par les nominations ci-après :

Internes titulaires

1 Poisot, Morquot, Merry, Fiessinger, Blanluet, Küss, Ferrand, Baudouin, Moncany, Beniker.

11 Desmoulins, Coutelas, Pappa, Germain, Simon, Molinard, François, Kauffman, Hébin, Chochon-Latouche.

21 M. Barbier, Carlotti, H. Bendu, Trouvé, Esmein, Norero, Huchet, Rabinovitch, Rouhier, Ameuille.

31 De Fourmestraux, Labarrière, Oppert, David, Billaudet, Amblard, Camus, Bertinan, Nathan, Groget.

41 Demanche, Francoz, E. Cottard, Tessière, Barbé, Villandre, Krantz, Renaudin, Filhoulaud, Guimbellot.

51 Favreul, Caron, Gougerot, Mougeot, J. Lemaire, Burgand, Daversin, Baldenweck, Matry.

Internes provisoires

1 L. Durand, G. Durand, Grandchamps, Fage, Dubois, Vigneron-d'Eucqueville, Brault, Bory, Lian, Gy.

11 Rœderer, Perrin, Hubert, Hérisson, Giroux, Barvier, L. Cotard, Gomand, Buvier, Lebras.

21 Planson, P. Ménard, Milhit, Sourdat, Chauvois, C. Vincent, Raymond, de Gandt, Moulu, Garban.

31 Privat, Lasnier, Senlecq, Le Moyne, Morand, Boivin, Bourdier, Burnier, Blairon, Ch. Benoît.

41 Feuillé, A. Guérin, Ferté, Chazeaux, Gimbert, Giraudeau, Guyader, Bour, R. Vincent, Bord.

51 Chenot, Reubsaët, Vezard, Chastagnol, Sauphar, Tournay, Jouvin, L. Lemaire, Dupouy, Trèves.

61 Quinsac, F. Marsan, Doury, Vouters, Perigault, Bonvoisin.

Dimanche 27 mars, à 2 heures très précises, Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Ordre du jour :

1° Lecture du compte rendu de l'année 1903 par le secrétaire général.

2° Election d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général.

MM. Brouardel, président sortant; Guyon et Fernet, vice-présidents sortants; H. Barth, secrétaire général sortant, sont rééligibles et se présentent de nouveau aux suffrages.

3° Renouvellement par tirage au sort de 22 membres titulaires de la Commission générale; désignation de 44 suppléants.

NÉCROLOGIE

M. Jalaguier (Evian).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Embolie croisée consécutive à la persistance du trou de Botal

Dans la dernière séance de la Société médicale de Genève, M. H. Revilliod (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, février 1904) a relaté un cas d'embolies multiples chez une malade dont le trou de Botal était demeuré ouvert.

Il s'agissait d'une femme, âgée de quarante-sept ans, qui vint consulter pour une phlébite circonscrite à une varice superficielle de la jambe droite. Trois jours plus tard, malgré l'immobilisation du membre souffrant, elle est prise brusquement d'une très violente douleur dans l'avant-bras et la main gauches; le membre reste inerte, tout mouvement y est aboli, les extrémités des doigts sont bleues, froides et le moindre attouchement y éveille une douleur intolérable. Le pouls radial gauche est aboli, tandis qu'à droite il est fort, régulier (84 pulsations). Le diagnostic d'embolie dans l'artère sous-clavière gauche s'impose. Au cœur on ne constate aucun signe de lésion valvulaire ou de dilatation des cavités. Aucun symptôme pulmonaire. L'urine est normale.

Les jours suivants, l'avant-bras gauche est le siège d'une douleur sourde présentant, plusieurs fois par jour et sans cause apparente, des paroxysmes aigus. La malade, très émotive, se plaint de palpitations et de douleurs précordiales pendant les deux semaines qui suivent les premiers accidents.

Puis apparaissent des signes thoraciques plus nets que précédemment : douleur dans l'hémithorax gauche, point dans la région axillaire; une légère toux amène quelques filets de sang dans les crachats spumeux.

Une violente douleur dans le pied droit, analogue à celle de la main gauche, semble révéler une nouvelle embolie; immobilité et hyperesthésie des orteils.

Après une augmentation de la toux, de l'expectoration sanguinolente et de la dyspnée, la malade est prise d'une violente crise d'étouffement.

Plus tard, des symptômes douloureux, analogues à ceux du bras gauche et de la jambe droite, se manifestent dans la fosse iliaque et la cuisse gauches.

La malade souffre aussi beaucoup du ventre et de la cuisse gauche, elle présente un état saburral plus accentué, des nausées et un léger ictère.

Enfin, elle meurt subitement dans une crise d'étouffement. Elle n'a présenté aucun phénomène cérébral.

A l'autopsie, l'examen du cœur montre un trou de Botal largement ouvert, laissant facilement passer l'index; les cavités remplies de caillots ne sont pas dilatées; le myocarde et les orifices valvulaires ne présentent aucune altération. Les deux artères pulmonaires sont obstruées par des thrombus; le poumon gauche est le siège d'un infarctus au début. Il n'y a pas d'épanchement pleural. Les autres organes et les artères des membres n'ont malheureusement pas pu être examinés.

En résumé, cette malade a présenté une thrombose veineuse développée dans une varice de la jambe droite et ayant donné naissance à des embolies multiples : embolies croisées par passage par le trou de Botal (embolies de l'artère sous-clavière gauche, de la fémorale droite, des artères iliaque et mésentérique); embolies directes dans les deux artères pulmonaires.

Lésions oculaires causées par la foudre

M. le Dr **Gonin**, de Lausanne, a publié dans les *Annales d'oculistique* (février 1904) un mémoire sur les lésions oculaires causées par la foudre qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Les lésions oculaires causées par l'action directe de la foudre sur les tissus de l'œil, diffèrent de celles qui résultent uniquement de l'action lumineuse d'un éclair ou d'une étincelle électrique.

2° Dans la grande majorité des cas, le seul symptôme commun à ces deux genres d'accident consiste dans l'hyperhémie conjonctivale et l'injection ciliaire; le trouble diffus de la cornée, la cataracte, les lésions graves du fond de l'œil et les paralysies motrices sont des conséquences de l'électrocution.

3° Ces lésions consécutives à la décharge électrique peuvent être imputées à une action mécanique du courant sur l'intégrité des éléments histologiques et sur la cohésion des tissus de l'œil, aussi bien qu'à des phénomènes électro-chimiques développés par ce courant.

V. DE H.

QUESTIONS DE TUBERCULOSE

La tuberculose à l'orphelinat militaire Hériot. Un sanatorium de fortune

Les pertes totales (réformes et décès) par tuberculose à l'orphelinat militaire Hériot sont 6,4 fois moins fortes que dans l'armée.

La mortalité tuberculeuse y est trois fois moins forte que dans la population civile du même sexe et du même âge, et inférieure d'un tiers à celle des enfants assistés de la Seine, élevés à la campagne.

Le Dr **Caziot**, qui donne cette statistique (1), fait remarquer que ses résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'un grand nombre de ces orphelins présentent des tares pathologiques. De ces enfants, 18 °/. ont perdu père et mère; 12 leur mère; 70 leur père. La tuberculose représente 48 °/. dans la mortalité des ascendants. Les stigmates du scrofulo lymphatisme se rencontrent chez 12 °/. des enfants; l'hérédo-syphilis se montre chez 10 °/. Et l'hérédité alcoolique? Malgré cela, en quatorze ans, on n'a eu à déplorer que 1 cas de réforme par tuberculose pulmonaire et 2 décès de cette cause sur un effectif moyen de 160 élèves, dont l'âge va de cinq à treize ans.

Aussi, notre confrère estime que cette proportion minime de lésions bacillaires, malgré une si lourde hérédité, tient à ce qu'à l'orphelinat les enfants sont «autant que possible, à l'abri de la contagion aérienne ou alimentaire, et dans des conditions d'hygiène générale et de grand air pur qui les mettent à même de résister à l'infection tuberculeuse. »

M. Caziot estime, du reste, que l'orphelinat Hériot constitue un sanatorium de fait sinon de nom, en raison de son isolement de toute habitation, de sa situation à mi-côte, à quelques centaines de mètres de la forêt de Rambouillet, du cubage des pièces, de l'hygiène des bâtiments et de la nourriture, de la cure d'air faite par les élèves qui sont dehors cinq heures par jour et passent assez souvent, quand le temps le permet, la journée entière à jouer dans les bois où le repas de midi leur est apporté.

« L'orphelinat Hériot est, dit-il, un sanatorium sans le savoir, un établissement quelconque au point de vue architectural et art sanitaire, devenu sanatorium du fait de son exposition et de ses alentours. C'est un collège sanatorium, une école comme il devrait en exister beaucoup, comme elles devraient être toutes. »

Inutile de dire qu'après cette expérience M. Caziot déclare qu'il ne lui « paraît pas permis de répéter avec M. Sersiron : le sanatorium de fortune n'est qu'une mesure transitoire, un pis-aller. Nous croyons, au contraire, que le grand sanatorium, calqué sur les fameux établissements de la Suisse et de l'Allemagne, doit être l'exception, et que le petit « sanatorium de fortune », répandu à profusion, construit ou aménagé à peu de frais et surveillé par un médecin, doit être la règle générale. »

G.

(1) La tuberculose à l'orphelinat Hériot. Un sanatorium militaire. (*Arch. méd. milit.*, déc. 1903.)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

M. le méd. aide-major de 1re cl. Sylvestre est dés. pour les hôp. mil. de la div. d'Alger.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

M. le méd. de 1re cl. L'Helgouac'h est dés. pour emb. sur le croiseur le *Forbin* à Rochefort.

CLINIQUE MÉDICALE

Deux cas de méningite lymphocytique dans les oreillons

Par MM. A. Chauffard et L. Boidin

La fièvre ourlienne est trop souvent considérée comme une infection toujours bénigne, alors que des complications très nombreuses peuvent en aggraver singulièrement l'évolution Deux cas que nous venons d'observer nous paraissent de nature à jeter un certain jour sur la question encore très discutée des méningites ourliennes.

C'est qu'en effet, des accidents cérébraux graves, coïncidant souvent avec l'apparition d'une orchite, ont été, à maintes reprises, signalés, et sont cités dans les monographies classiques, sans grands détails, du reste, et parfois même avec doutes et restrictions (1). « Il est prudent de ne pas trop vite affirmer la méningite ourlienne; on ne doit, dit Laveran, admettre la nature ourlienne des accidents cérébraux, que si on les voit survenir avec une fièvre très vive, peu de temps avant l'apparition de l'orchite ou en même temps qu'elle; si l'orchite est déjà en décroissance, si la fièvre est tombée lors de la survenue des accidents cérébraux, ce ne sont point des accidents d'origine ourlienne. »

D'autre part, les recherches systématiques faites par la ponction lombaire, au cours des diverses infections aiguës ou chroniques, ont révélé ce fait assez inattendu, que, dans les oreillons, la lymphocytose rachidienne est chose relativement assez fréquente.

La constatation de ce fait est due à M. le Dr René Monod (2) : « Sur huit cas, dit cet auteur, nous avons trouvé six fois la même abondance de lymphocytes dans le liquide céphalorachidien. Aucun de ces enfants n'avait présenté de symptômes indiquant une infection, même légère, des méninges C'est au huitième jour de la fièvre ourlienne que cette réaction leucocytaire nous a paru surtout très marquée Les observations que nous avons pu recueillir ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de conclure d'une façon satisfaisante. Un fait demeure acquis, c'est que l'on peut trouver, en dehors de la méningite tuberculeuse, des lymphocytes en très grand nombre dans le liquide céphalo-rachidien. Or, on sait combien les enfants atteints d'oreillons sont susceptibles de présenter des phénomènes méningitiques inquiétants, et M. Lamouroux, dans sa thèse, en rapporte quelques exemples intéressants. Si l'on pratique, dans ce cas, l'examen du liquide, il faut être prévenu de la possibilité de trouver des lymphocytes en aussi grand nombre que dans le cas de méningite tuberculeuse. »

Voilà donc la question bien nettement posée : il peut apparaître au cours de l'infection ourlienne un véritable processus méningitique, la clinique le démontre; la lymphocytose rachidienne est également un fait d'observation; mais il ne semble pas, d'après les faits observés par R. Monod, qu'il y ait évidence d'un rapport de cause à effet entre ces deux ordres de manifestations objectives. Ajoutons que les faits de R. Monod ont été observés chez l'enfant, c'est-à-dire sur un terrain essentiellement propice aux réactions méningées, et que, de plus, nous n'avons pas trouvé d'autres documents sur cette question de la lymphocytose ourlienne.

Voici nos deux faits cliniques; nous verrons plus loin quelles conclusions il est permis d'en déduire.

Observation I. — M. Joseph, vingt-sept ans, cocher d'omnibus, entre à l'hôpital Cochin le 15 février 1904. On ne note rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Il n'a jamais eu de maladies infectieuses, pas de syphilis.

Le 12 février dans la soirée, il ressent une légère douleur dans l'oreille droite, en même temps qu'un peu de dysphagie.

Le 13, il a de la fièvre, la région parotidienne droite est tuméfiée.

Le 14, la région parotidienne gauche est prise à son tour.

Le 15, le malade entre à l'hôpital. Les deux régions parotidiennes sont volumineuses, rosées, œdémateuses; il s'agit d'oreillons absolument nets.

Le malade, très vigoureux, présente une intégrité absolue des autres organes. La température est à 38°2, le pouls à 85, la langue est légèrement blanche, l'appétit nul, les urines non albumineuses contiennent une notable quantité d'acide urique.

Du 15 au 20, la température descend rapidement à 37°, la parotide droite diminue progressivement, tandis que la gauche, prise la dernière, reste encore volumineuse.

Dans la nuit du 19 au 20 le malade dort mal, il se plaint de céphalée.

Le 20 février au matin, la température est à 37°9, le soir à 38°1. On examine tous les organes sans découvrir la cause de cette céphalée et de cette élévation de température : pas de douleurs testiculaires, pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig, signe de Babinski en flexion, réflexes normaux, pas de vomissements ni de constipation. Reins, cœur, poumons sains. Les yeux, examinés par M. Roche, sont absolument normaux.

Le 21 février, le malade se plaint encore d'insomnie et d'une légère céphalée. La température est à 38°8 le matin, 38°5 le soir, le pouls est à 56.

Le 22 février, la température est tombée à 37°, le malade a dormi, il se sent bien.

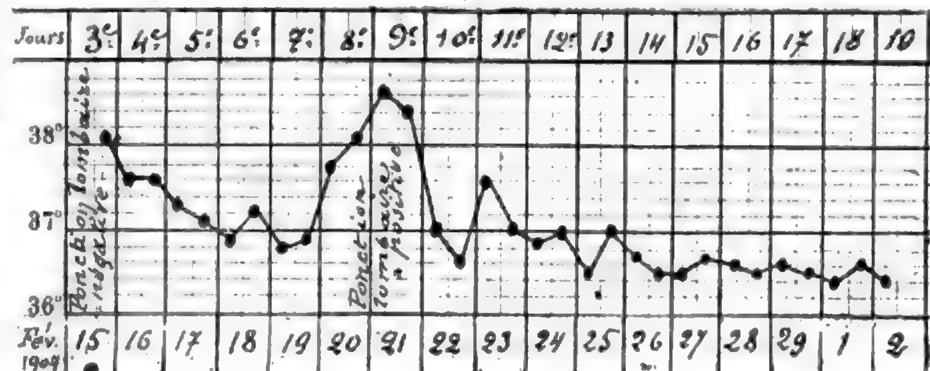
Du 22 au 26 février, il s'achemine vers la convalescence, la température reste à 37°; le pouls reste cependant lent, entre 56 et 60. Le poids baisse encore progressivement, le malade a maigri de 2 kilos et demi pendant ces six derniers jours.

Le 26 février, la convalescence est installée, la tuméfaction parotidienne est à peu près disparue, la température oscille entre 36°6 et 36°8. Le pouls est à 80.

Le 2 mars le malade sort guéri, le pouls est toujours à 80, la température à 36°8. Il ne s'est produit aucune complication; les yeux sont de nouveau examinés, ils sont absolument sains. La tuméfaction parotidienne a totalement disparu. Le malade a augmenté de 2 kilos et demi pendant ces six derniers jours.

Obs. II. — Dul. Jean, âgé de trente-six ans, journalier, entre à l'hôpital Cochin le 2 décembre 1903.

Dans l'histoire de ce malade, on note une hémiplégie à l'âge de vingt-sept ans. A cette époque il travaillait dans les champs, en plein été, par une température très élevée; au repos de midi, il se couche sous un arbre, s'endort, et se réveille hémiplégié du côté droit. L'hémiplégie n'était pas complète et le malade put se lever et marcher. Il fut soigné par l'électricité, sans traitement antisyphilitique. Depuis, il travaille, il ne lui reste qu'une



(1) A. Legroux et L. Hudelo. — Traité de médecine de MM. Brouardel et Gilbert, t. 1, p. 459.

(2) René Monod. — Réactions méningées chez l'enfant (Thèse de Paris 1902).

légère parésie faciale droite, que nous notons encore actuellement. Les reflexes ne sont pas exagérés de ce côté, le signe de Babinski est en flexion, la marche est normale, il n'y a pas d'affaiblissement de la force musculaire à droite.

Le malade affirme n'avoir jamais eu la syphilis; on n'en retrouve pas l'histoire par l'interrogatoire, et l'examen n'en décèle aucun signe.

Maladie actuelle. — Le 21 novembre 1903, il remarque qu'il a le cou un peu plus gros, sans dysphagie, ni douleurs auriculaires. Il ne prête pas attention à cette tuméfaction.

Tout cela disparait, d'ailleurs, en deux jours, mais à ce moment, le 26 novembre dans la nuit, sans traumatisme, sans blennorragie, actuelle ou ancienne, il ressent une vive douleur dans les bourses.

Le 27 novembre, cette douleur le force à rester couché. En même temps il se sent mal entrain.

Le 28, il souffre beaucoup, la douleur gagne le bas-ventre, il a de la fièvre. L'état reste identique jusqu'au 2 décembre où il entre à Cochin.

On le trouve abattu, la face vultueuse, avec 41°2 de température. Il se plaint d'une vive douleur dans les bourses. Le testicule et l'épididyme droits sont très volumineux. Les parotides sont encore un peu grosses.

Le 3 décembre au matin, la température tombe à 38°8; l'orchi-épididymite est toujours identique. Pas de céphalée, pas de Kernig, pas de vomissements. Pouls ralenti (68). L'examen des yeux, pratiqué par M. Roche, ne donne lieu qu'à des constatations négatives.

Les 4 et 5 décembre, l'état s'améliore, l'orchite est moins douloureuse, la température tombe à la normale pour ne plus jamais s'élever au-dessus de 37°. Le pouls est toujours lent, il descend à 52

Depuis le 5 décembre, les phénomènes douloureux s'atténuent; le testicule devient même progressivement insensible et s'atrophie. Le pouls reste encore quelques jours entre 52 et 60, puis se relève pour se maintenir définitivement autour de 70.

Chez les deux malades dont nous venons de rapporter l'histoire clinique, nous avons pratiqué une série de ponctions lombaires, qui nous ont donné des résultats très intéressants. Ce sont eux que nous allons, maintenant, rapidement énumérer.

Ponctions lombaires. Observation I.

Quatre ponctions lombaires ont été faites

La première au 4° jour de la maladie. — Liquide absolument normal.

La seconde au 9° jour (alors qu'il existait de la céphalée, de l'hyperthermie, du ralentissement du pouls). — Ponction dans le 4me espace. Ecoulement en gouttes lentes d'un liquide nettement trouble. Après centrifugation, culot abondant constitué par des lymphocytes en nombre considérable, formant, sur les trois préparations faites avec un seul tube, une véritable mosaïque, ne laissant pas d'espaces entre les éléments. Cette lymphocytose est pure, formée de gros lymphocytes. Le liquide est, après centrifugation, très légèrement albumineux.

La troisième au 11° jour. — Gouttes lentes. Liquide moins trouble Culot un peu moins abondant. Lymphocytose pure, à éléments plus petits et un peu moins nombreux. Cryoscopie — 0,65.

La quatrième au 19° jour. — Gouttes lentes. Liquide clair. Lymphocytose pure, encore abondante. L'iodure de potassium, ingéré à la dose de 3 grammes pendant deux jours, n'est pas décelé dans le liquide.

Cinq centimètres cubes de liquide retiré à la troisième ponction ont été ensemencés en cultures aérobies et anaérobies, et n'ont donné aucun résultat.

Il en a été de même de l'ensemencement en ballon de 500 grammes d'eau peptonée, fait quelques jours auparavant, avec 5 centimètres cubes de sang pris aseptiquement dans la veine.

Ponction lombaire. Observation II

Sept ponctions lombaires ont été pratiquées.

La première au 9° jour de la maladie ourlienne. — Gouttes lentes. Liquide clair légèrement albumineux. Après centrifugation, lymphocytose pure et abondante (30 environ par champ d'immersion).

La deuxième au 12° jour. — Liquide clair, légèrement albumineux. Lymphocytose pure et toujours très abondante.

La troisième au 33° jour. — Gouttes lentes. Liquide clair. Lymphocytose un peu moins abondante qu'aux précédentes ponctions.

La quatrième au 46° jour. — La lymphocytose diminue.

La cinquième au 58° jour. — Lymphocytose identique.

La sixième au 75° jour. — Lymphocytose minima (2 ou 3 lymphocytes par champ d'immersion).

La septième au 80° jour donne des résultats à peu près analogues. On compte 4 ou 5 lymphocytes par champ. Le liquide est toujours clair, sous faible pression. La lymphocytose est toujours absolument pure.

Au point de vue de l'évolution de la lymphocytose, nos deux faits n'ont pas même valeur, et le premier est de beaucoup le plus probant : alors, en effet, qu'au quatrième jour de la maladie, le liquide céphalo-rachidien était absolument normal, au neuvième jour il présentait une énorme lymphocytose. Aucun doute, par conséquent, n'est possible au point de vue de la subordination de cette exsudation leucocytaire à l'infection ourlienne.

Chez notre second malade, la ponction n'est intervenue qu'au 9e jour des oreillons, en pleine évolution de la complication orchitique. De plus, l'existence ancienne, chez ce malade, d'une hémiplégie par insolation, complique un peu les choses ; nous croyons cependant que la lymphocytose observée n'a relevé que de la maladie ourlienne; à part un léger degré d'hémiplégie faciale, l'hémiplégie était guérie depuis neuf ans, les réflexes étaient normaux, enfin, et surtout, la lymphocytose a évolué comme une manifestation aiguë, très comparable dans ses allures dans les deux cas. Pour l'observation I, où trois fois la lymphocytose a été étudiée, elle a été énorme d'abord, puis, à la dernière ponction au 19e jour, elle avait considérablement diminué, bien que les éléments fussent encore trop nombreux par champ pour pouvoir utilement être numérés. Le malade, guéri, a voulu alors quitter l'hôpital et n'a pu être suivi plus longtemps.

Si, dans ce dernier fait, nous avions pu surprendre à ses débuts la lymphocytose, mais non la suivre jusqu'à sa terminaison, dans notre seconde observation, l'inverse s'est produit. La lymphocytose, pleinement constituée dès la première ponction au neuvième jour de la maladie se maintenait aux douzième, trente-troisième, quarante-sixième et cinquante-huitième jours, était en diminution très notable aux soixante-quinzième et quatre-vingt-neuvième jours, si bien qu'on pouvait la considérer comme presque terminée (3 à 5 éléments par champ).

Dans aucune des ponctions que nous avons pratiquées, le liquide n'était sous pression; il s'écoulait goutte par goutte et ne différait de l'aspect normal que dans l'un des examens, celui pratiqué au neuvième jour dans la première observation. Là, par exemple, il était nettement trouble et tellement chargé de lymphocytes que, sauf en ce qui concerne la variété morphologique des leucocytes, il était vraiment comparable à un liquide de méningite cérébro-spinale. On pourrait presque dire, à cet égard, qu'il y avait en dilution, dans le liquide céphalo-rachidien, une véritable *suppuration lymphocytique*.

Signalons enfin l'absence de fibrine, la teneur en albumine pas sensiblement plus élevée que dans un liquide normal, l'absence de perméabilité de la méninge pour l'iodure de potassium ingéré.

Ces modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien se sont-elles accompagnées cliniquement de symptômes suffisants pour légitimer un diagnostic de méningite ourlienne ? A coup sûr, bien des symptômes, et des plus importants ont fait défaut : pas de raideur de la nuque, ni de signe de Kernig, ni de raie méningée, pas de vomissements ni de constipation, pas de signes oculaires ou cutanés, pas d'albuminurie.

Et, cependant, quelques signes révélateurs permettaient de dépister ces formes frustes et atténuées de l'infec-

tion ourlienne des méninges. La fièvre d'abord, tout à fait inattendue et significative dans le premier cas. Voilà un malade qui semble terminer normalement une attaque forte mais non compliquée d'oreillons; les fluxions parotidiennes sont en pleine décroissance et la température est redescendue à 37°, tout d'un coup la fièvre reprend, s'élève successivement à 38°1, 38°8, pour s'abaisser ensuite à 38°5 le lendemain et à 37° le surlendemain. Il semble donc bien certain qu'une complication est survenue, et, cependant, l'examen le plus minutieux du malade ne révèle aucune trace de lésion viscérale, articulaire ou tendineuse. Deux symptômes seulement permettent de soupçonner l'origine méningitique de la fièvre : la *céphalée*, assez intense pour avoir causé deux nuits d'insomnie au malade, passagère du reste et ne durant pas plus de deux jours; et le *ralentissement du pouls* très notable, puisque le nombre des pulsations a oscillé pendant cinq jours entre 56 et 60; puis le pouls remonte à 80 et la convalescence définitive commence.

Dans l'observation II le tableau clinique a été rendu moins net par l'intensité des symptômes réactionnels que provoquait l'évolution d'une grave orchite ourlienne; l'hyperthermie (41°2) était suffisamment expliquée par la complication testiculaire et la céphalée faisait défaut peut-être à cause du caractère très douloureux de l'orchite. Mais, en revanche, la bradycardie était très nette : alors que le thermomètre marquait 38°8, le pouls ne donnait que 68 pulsations, tombait, les jours suivants, à 52 avec une température centrale de 37°, puis oscille pendant huit jours entre 52 et 60 pour remonter ensuite progressivement au chiffre normal et définitif de 70.

Dans nos deux cas il s'est donc agi de formes méningitiques très frustes, très atténuées, nullement comparables aux accidents bruyants qui ont été signalés dans d'autres observations. Cependant, l'un des symptômes, tout au moins, parmi ceux que nous avons observés, nous paraît très significatif, *la bradycardie*, dont on connaît toute la valeur dans le diagnostic de la méningite tuberculeuse. L'existence de ce symptôme bulbaire, et d'un autre symptôme directement cérébral, la céphalalgie, contraste avec l'absence de tout symptôme d'origine spinale.

Peut-être est-ce dans la coexistence d'une réaction méningitique qu'il faut chercher l'explication de ces accidents cérébraux graves que l'on a vus précéder et accompagner l'orchite ourlienne, et dont Trousseau, dans sa Clinique, cite quelques exemples saisissants.

En tout cas, il est certain que la lymphocytose est bien, dans nos observations, l'indice d'une localisation méningée et non le fait de l'évolution normale de l'infection ourlienne; et ce qui le prouve, c'est que le malade de l'observation I, ponctionné au quatrième jour, avait un liquide normal, tandis qu'au neuvième jour une lymphocytose considérable était constatée, en même temps qu'apparaissaient des signes cliniques méningitiques. D'ailleurs, R. Monod n'avait eu de résultats positifs que dans six ponctions sur huit faites chez des enfants atteints de cette maladie.

Le fait de la *lymphocytose pure*, constatée dans le liquide céphalo-rachidien, suscite un rapprochement assez naturel avec la formule hématologique des oreillons. On sait que, dans l'infection ourlienne, d'après Sacquepée, existe une hyperleucocytose modérée et que l'augmentation des globules blancs porte surtout sur les mononucléaires dont le pourcentage s'élève à 50 ou 60 %. Cette mononucléose, nous l'avons constatée, dans le premier de nos cas, aux sixième et douzième jours; au vingtième jour, elle était remplacée par une légère polynucléose.

	Jours de la maladie		
	6e jour	12e jour	20e jour
LEUCOCYTES....	6400	3200	4800
Polynucléaires neutrophiles........	52 %	58 %	80 %
Polynucléaires éosinophites.........	2 »	1 »	1 »
Mononucléaires....	46 »	41 »	19 »

N'est on pas en droit de rapprocher l'une de l'autre cette double mononucléose du sang et du liquide céphalo-rachidien, de les considérer toutes deux comme des réactions cytologiques homologues et connexes provoquées par une même infection spécifique. Ce serait, pour prendre le cas inversement symétrique, l'analogue des réactions polynucléaires que suscite le pneumocoque dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Peut-être des constatations analogues pourraient-elles être faites dans d'autres maladies à mononucléose, dans la coqueluche, par exemple, au cours de laquelle des accidents cérébraux si graves peuvent éclater.

Reste enfin une dernière question qui se pose et dont l'observation ultérieure seule pourra décider. De plus en plus on tend à étendre, en neurologie, le rôle pathogène de l'infection, à se demander si l'apparition tardive de myélites lentes, de scléroses en plaques, ne peut pas être l'aboutissant d'infections antérieures latentes de l'axe cérébro-spinal. Il est possible que, dans ce déterminisme infectieux, il convienne de réserver une place aux oreillons, à cette maladie si commune, et dont la réputation de bénignité est peut-être moins légitime qu'on ne le croirait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars.

Traitement chirurgical du cancer de la langue

M. Sébileau. — La gravité de l'opération du cancer de la langue dépend de son étendue, mais surtout de son siège; à ce point de vue, il y a une différence très notable entre celui de la partie antérieure et celui de la partie postérieure, pour lequel le pronostic est d'autant plus sombre qu'il est plus étendu au pharynx. La raison en est que la déglutition après l'opération a beaucoup plus de difficulté à se faire; aussi voit-on les opérés maigrir peu à peu et au bout de quelques mois devenir cachectiques.

Il est certainement d'autres facteurs de gravité, tels que l'état nerveux, le shoc, les hémorragies et surtout la septicémie; c'est à la septicémie respiratoire ou stomacale que succombent la plupart des malades.

On peut toutefois atténuer cette gravité en mettant les malades, après l'opération, dans le décubitus dorsal, les pieds plus élevés que la tête, pour faciliter l'expulsion des mucosités par la bouche. C'est, au point de vue thérapeutique, un facteur d'une certaine importance.

Comme technique opératoire, l'opération par la voie naturelle, toutes les fois qu'elle est possible, est toujours moins grave, car il n'y a pas communication de la bouche avec les régions cervicales. L'ablation des ganglions doit être faite avec soin, mais dès qu'on est forcé d'en faire une recherche minutieuse, on est bien près de l'insuccès.

Si le cancer doit être extirpé par une voie artificielle, il faut faire tout son possible pour ne pas sectionner les maxillaires, ce qui, d'ailleurs, ne donne pas beaucoup plus de jour, et à plus forte raison pour ne pas faire de résection, car la gravité de l'opération en serait aug-

mentée. La voie sous-maxillaire latérale est celle qui permet d'atteindre presque tous les néoplasmes. Un large drainage est un complément nécessaire.

M. Walther. — A part les cas où il y a un envahissement général de tous les ganglions du cou, je suis prêt à mettre en pratique la méthode recommandée par M. Poirier. Je reprocherai toutefois à ce procédé de laisser intact le plancher de la bouche qui recèle des lymphatiques infectés. Pour la glande sous-maxillaire j'ai pris l'habitude de l'enlever, depuis que j'ai constaté dans un cas des îlôts cancéreux siégeant dans sa loge.

Comme procédé opératoire, j'ai adopté la voie sus-hyoïdienne latérale, après avoir donné des soins d'asepsie buccale les jours précédents et après avoir cautérisé la surface ulcérée. J'insiste ensuite beaucoup sur un double drainage buccal et cervical pour prévenir les accidents de septicémie et sur de fréquents lavages de la bouche, l'opéré reposant sur le côté. Grâce à ces divers moyens, l'opération ne comporte pas une gravité aussi considérable qu'on l'a dit. Les résultats éloignés sont malheureusement toujours mauvais; toutefois je n'ai eu que fort peu de récidives sur place. C'est presque toujours à distance que je l'ai vue se produire, particulièrement dans une zone ganglionnaire à laquelle je n'avais pas touché; aussi suis-je disposé à l'avenir à étendre l'ablation de ces ganglions.

M. Faure. — Le traitement du cancer de la langue ne doit pas être, en la circonstance, la seule question à envisager. Elle mérite qu'on la considère à un point de vue plus général et qu'on l'étudie sous cette forme : peut-on guérir le cancer? On s'occupera ensuite de la cure de ses différentes localisations. En un mot, c'est une question de doctrine qui doit être soulevée et discutée.

Le mot de guérison est absolument rejeté par quelques auteurs pour cette raison que la récidive se reproduit toujours un jour ou l'autre. Si cette opinion est acceptable, quand la récidive, ou plutôt la continuation, se montre rapidement, elle ne l'est plus sans contestation dans les cas où l'on voit le mal reparaître 10, 15 ou 20 ans après l'opération, car il faudrait prouver que ce ne sont pas de nouveaux cancers qui reparaissent.

Le mot de guérison, a-t-on encore dit, est incompatible avec la conception de maladie générale, dont le cancer serait un type. Cette conception est inacceptable, car on ne peut expliquer comment une opération modifierait une diathèse. A notre avis, le cancer est une affection, tout d'abord locale, qui s'étend ensuite peu à peu. Il est donc possible d'en enrayer la marche et de le guérir, ce qui existe, bien que nous ne puissions pas toujours nous en rendre compte, car nous perdons de vue beaucoup de nos opérés. On doit compter comme guéri tout opéré qui n'a pas eu de récidive après trois ans. Pour mon compte, j'en ai une douzaine de cas, dont la survie est actuellement comprise entre trois et sept ans. Je crois donc que nous devons combattre le cancer de toutes façons dès le début et par les ablations les plus larges possibles, en nous efforçant de faire pénétrer dans l'esprit des médecins que nous guérissons les cancers.

M. Hartmann. — Pour le cancer de la langue, dont je m'occuperai seulement, je me limite, lorsqu'il est mobile et sans ganglions appréciables, à en faire l'extirpation seule; je ne pratique aucune recherche de ganglions et j'ai eu ainsi des succès assez nombreux sans récidive pendant trois, quatre et cinq ans.

Lorsqu'il y a engorgement ganglionnaire, il faut aussi enlever les ganglions, car lorsque la récidive paraît, elle se montre ordinairement à distance et l'on évite ainsi aux malades de vives souffrances. Pour ces opérations il est préférable de faire l'ablation en bloc par une large incision sus-hyoïdienne latérale, ce qui ne donne pas plus de gravité à l'intervention. Un drainage bien fait et de fréquentes irrigations sont de toute nécessité. C'est à ces conditions qu'on peut obtenir de très bons résultats.

M. Poirier. — On m'a reproché de ne pas enlever le plancher de la bouche en affirmant que les lymphatiques intermédiaires doivent être infectés. Or, d'après de nombreux documents français et étrangers, il est prouvé que ces intermédiaires entre le néoplasme et les ganglions sont très souvent intacts. Bien entendu, je sacrifie ce plancher, quand il est lui même nettement malade.

Comme M. Sébileau je m'abstiens de sectionner la mâchoire, car ces larges débridements augmentent la gravité de l'opération. D'ailleurs, cette section n'est pas nécessaire. L'important est de vider absolument toutes les sphères ganglionnaires. A ce prix on obtiendra la guérison, à laquelle je crois, partageant sur ce point l'opinion de M. Faure.

A propos du décubitus acutus post-opératoire

M. Picqué. — **M. Vanverts**, de Lille, nous a adressé un mémoire sur ce sujet. Il rappelle, qu'accident rare, il se montre, le plus souvent, à la suite des opérations sur l'utérus. Comme cause prédisposante, il invoque une insuffisance de vitalité des tissus et, comme causes déterminantes, la compression et l'ischémie. Au point de vue pathogénique l'auteur discute les origines nerveuse, inflammatoire et infectieuse que l'on a mises en avant.

M. Richelot communique deux notes de MM. Treub et Auguste Reverdin relatives à la préférence que l'on doit donner à l'hystérectomie totale sur la subtotale dans les cas de fibromes, en prévision de la dégénérescence cancéreuse du moignon qu'ils ont observée.

ÉLECTION

M. Arrou est élu membre titulaire.

OZENNE.

La Société ne tiendra pas séance les mercredis 30 mars et 6 avril.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 mars

Action des métaux à l'état colloïdal et des oxydases artificielles sur l'évolution des maladies infectieuses

(Note de **MM. Albert Robin** et **G. Bardet**, communiquée par M. Armand Gautier).

Les travaux de M. Trillat et de MM. Lumière et Chevrottier ont appelé l'attention sur le rôle des métaux dans les phénomènes d'oxydation, et sur l'action thérapeutique qu'ils peuvent exercer quand ils sont combinés à la matière organique. M. Trillat a reconnu que les préparations métalliques albuminoïdes ou colloïdes étaient arrêtées dans leur action par les agents susceptibles d'entraver les fermentations.

Considérant que cet arrêt des oxydations s'observait également sur l'être vivant, au moyen des mêmes substances, nous avons pensé que les métaux colloïdaux et les oxydases artificielles pourraient peut-être favoriser les oxydations de l'organisme humain. Après des essais physiologiques sur l'animal, nous avons poursuivi nos recherches en injectant, à un ou deux jours d'intervalle, à des malades atteints de maladies infectieuses, le plus souvent à forme hypertoxique, 5 cc des solutions métalliques, 2 cc d'oxydases, ou 10 cc de sérums thérapeutiques, et en observant les résultats obtenus sur la nutrition.

a) *Solutions colloïdales métalliques.* — Nous avons employé dans dix-huit cas les solutions d'*or*, de *palladium*, d'*argent* et de *platine*, dissous à l'état colloïdal, dans l'eau distillée, au moyen de l'étincelle électrique. La quantité de métal dissous correspondait au titre de 5 à 10 % de milligramme par centimètre cube. Quel que soit le métal employé, le chimisme urinaire ou respiratoire (quand il a été fait) démontre une augmentation des échanges organiques caractérisée surtout par l'augmentation de l'urée, de l'acide urique, parfois énorme, et l'apparition d'une quantité régulièrement croissante d'indoxyle urinaire. Ces phénomènes sont surtout remarquables par leur intensité et leur constance, dans les états infectieux graves, et notamment dans la pneumonie.

b) *Oxydases.* — Cinq malades (2 pneumonies, 2 tuberculoses, 1 tuberculose avec pneumonie) ont reçu des injections d'oxydase de la levure de bière. Les effets ont été les mêmes que précédemment, mais avec une intensité moindre, diffé-

rence peut-être attribuable à ce que la dose était moindre.

Le phénomène bien connu sous le nom de *crise favorable* ou de *défervescence* des maladies infectieuses, notamment dans la pneumonie, s'accompagne toujours de la réapparition de l'urée en grande quantité et de surproduction d'acide urique, indiquant une poussée leucocytaire importante et une reprise du travail hépatique. Or, c'est exactement ce qui s'observe avec les oxydases et avec les métaux colloïdaux. Ces phénomènes s'accompagnent d'une amélioration plus ou moins durable; chez les pneumoniques, nous avons souvent constaté une défervescence définitive anticipée, se produisant dès le cinquième et le sixième jour.

c) *Sérums thérapeutiques*.— Nous avons utilisé le sérum antidiphtérique dans 3 cas de pneumonie et le sérum de cheval dans 1 cas de tuberculose péritonéale avec pneumonie, 1 fièvre typhoïde simple, 1 fièvre typhoïde avec pneumonie, 1 pneumonie franche, 1 pleuropneumonie. Dans tous ces cas, l'analyse urinaire dénota une augmentation notable des phénomènes d'oxydation, avec une poussée leucocytaire, surtout importante chez les pneumoniques, et une surproduction d'indoxyde. Ce dernier phénomène, très constant, indique une désintégration cellulaire en rapport avec une active réaction de défense.

Tous ces faits semblent autoriser à attribuer une action analogue à toutes les préparations susceptibles de rendre complètes les oxydations et à assimiler les oxydases artificielles aux sérums thérapeutiques. Ils confirment les résultats rapportés par MM. Lumière et Chevrottier.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance de mars

Technique de l'opération césarienne

M. Fournier (Amiens) — Je considère que l'opération césarienne, qui m'a donné une mortalité de 10 %, ne devrait pourtant pas être plus grave qu'une hystérectomie pour fibrome qui, elle, donne trois à quatre cas de mort pour cent. Je crois que cette gravité est due au suintement qui se fait dans la cavité péritonéale au niveau de la suture. Si la moindre faute d'asepsie a été commise, ce suintement devient une cause d'infection. Je propose, pour l'éviter, de marsupialiser une partie de l'utérus et de placer un drain à travers la boutonnière ainsi créée.

M. Bar. — Je ne crois pas que le suintement soit une cause d'infection, d'autant plus qu'il ne se produit pas à travers la suture utérine. Ce qu'il faut éviter, c'est de prendre la muqueuse avec son fil. Avant de refermer le ventre, j'ai toujours soin d'abaisser l'épiploon au devant de l'utérus; il joue le rôle de voile protecteur.

M. Boissard. — Je pense que la substance avec laquelle on fait la suture a une certaine importance. C'est ainsi que le catgut est mauvais parce qu'on serre mal. Il vaut mieux employer la soie.

La courbe alimentaire des hérédo-syphilitiques

MM. Boissard et Devé. — Quand les enfants syphilitiques naissent avec des lésions, rien n'est plus simple que de faire le diagnostic et d'instituer le traitement. Il en est de même lorsque les mères présentent des accidents. Mais il n'est pas rare de voir, en clinique courante, des enfants nés de parents syphilitiques venir au monde à terme et avec toute l'apparence de la santé. Ces enfants sont cependant malades et la maladie se traduit chez eux par un trouble dans la nutrition. La courbe alimentaire présente alors une importance considérable. Malgré des quantités de lait normales, malgré une digestion parfaite, ces enfants n'augmentent pas. La courbe est en plateau et les différents modes d'alimentation n'y font rien. Ce qui prouve que cette insuffisance de nutrition est bien sous la dépendance de la syphilis, c'est que si l'on donne de la liqueur de Van Swieten à ces enfants (40 gouttes par jour), on voit la courbe s'élever régulièrement. Ce traitement doit être continué pendant longtemps et souvent. Quand on le cesse trop tôt, la courbe reprend les caractères qu'elle avait avant le traitement. En pratique, quand un nourrisson n'augmente pas de poids malgré une digestion normale et des quantités de lait suffisantes, on doit penser à une syphilis atténuée et donner immédiatement le traitement mercuriel.

Hystérectomie subtotale dans un cas d'hémorragie pendant la grossesse

M. Souligoux. — Il s'agit d'une malade qui présentait des hémorragies avec une augmentation de l'utérus. L'organe était volumineux et douloureux et en aucun point on ne pouvait trouver les parties fœtales. Le diagnostic posé fut celui de fibrome utérin. On fit l'hystérectomie sus-vaginale et je m'aperçus qu'il s'agissait d'une grossesse de cinq mois environ avec hémorragie rétro-placentaire considérable. Les caillots qui entouraient l'œuf étaient la cause qui faisait qu'on ne sentait nulle part de partie fœtale. Suites opératoires normales.

Lésions de la caduque dans certains cas d'avortement

MM. Maygrier et Blondel. — L'endométrite déciduale est une cause fréquente d'avortements. Nous venons d'en observer un cas très net. Le lambeau de caduque expulsé était très épais et volumineux. Au microscope on trouva des lésions profondes, caractérisées par une infiltration des cellules embryonnaires, par une hypertrophie des cellules déciduales et une thrombose des vaisseaux.

Vomissements incoercibles et avortement provoqué

M. Tissier. — J'ai eu l'occasion de soigner une femme atteinte de vomissements incoercibles extrêmement graves. Après avoir essayé tous les traitements médicaux possibles et devant l'amaigrissement considérable de la malade, les médecins traitants furent d'avis d'interrompre la grossesse. Je dilatai le col avec des bougies de Hegar, puis je plaçai un ballon Tarnier dans le col. Les vomissements augmentèrent encore, si bien que je me demandais si la femme n'allait pas mourir. Quelque temps après l'œuf se décolla et vint tomber sur le col. Les accidents s'arrêtèrent alors immédiatement et la malade put se nourrir très rapidement. J'insiste sur ce fait que la mort de l'œuf a pu amener la guérison de ces vomissements. Il faut donc admettre que les vomissements incoercibles sont dus à la présence d'un œuf vivant dans la cavité utérine, puisque le décollement de l'œuf amène la cessation brusque des accidents.

M. Fournier. — *Un cas de hernie ombilicale opérée.*

MM. Legueu et Durante. — *Etudes anatomiques sur un achondroplasique.*

M. Legrand (Issy). — *Deux années de consultations de nourrissons.*

M. Mercier (Tours). — *Un cas de surélévation de l'omoplate.*

A. Brindeau.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance des 9 et 23 mars

Discussion sur le régime alimentaire des hépatiques (1)

M. Linossier. — M. Robin a fait à mon rapport, avec une compétence à laquelle nous rendons tous hommage, et une courtoisie dont je tiens personnellement à le remercier, un certain nombre d'objections auxquelles je demande à répondre quelques mots.

Tout d'abord, M. A. Robin exprime le regret que ce rapport soit plus un reflet des traditions actuellement acceptées en médecine que l'exposé des idées personnelles du rapporteur. C'est, en effet, l'état actuel de nos connaissances que je me suis efforcé d'établir, et ma contribution personnelle a été exclusivement critique. C'est le désir de ne pas faire place dans notre actif aux acquisitions incertaines, qui m'a inspiré une prudence, peut-être exagérée, puisque je me la vois reprocher.

(1) V. *Bulletin méd.*, 1904, n° 17, p. 196 et n° 20, p. 233.

C'est ainsi que M. A. Robin regrette que je n'aie pas établi une distinction entre les régimes des hyperhépatiques et des hypohépatiques. Tel eût bien été mon désir, et je l'ai nettement exprimé; mais, au moment où il m'a fallu spécifier ces deux régimes, je me suis aperçu bien vite que la distinction serait tout à fait artificielle, et cela pour deux raisons.

Nous ne possédons pas de moyen précis et sûr pour doser le fonctionnement du foie et, dans certains cas, il est même difficile de dire si un foie est en hyper ou en hypofonction, d'autant plus qu'il n'est pas théoriquement impossible que certaines fonctions du foie soient surexcitées, les autres restant normales ou insuffisantes.

Nous sommes encore moins en mesure de doser l'action excitante des divers aliments sur le foie, en général, ou les diverses fonctions du foie.

Il est toutefois un point sur lequel on est généralement d'accord, c'est que le lait est un aliment, sinon sédatif (car je ne crois pas qu'aucun aliment mérite cette qualification), du moins très peu excitant du foie. Aussi M. Robin, qui s'accorde avec moi pour le prescrire, quand le foie est en hyperfonction, le considère-t-il comme absolument contre-indiqué quand le foie est insuffisant et a besoin d'être excité. Pour ma part, j'ai expliqué que je ne crois pas qu'on puisse impunément soumettre un organe altéré à une excitation continue, et qu'il est de meilleure politique de lui donner le moins de travail possible, ce que réalise le régime lacté.

Mais, dit M. A. Robin, chez les cirrhotiques, on voit fréquemment le lait mal toléré provoquer des troubles digestifs. D'accord et, dans ce cas, je suis moi-même d'avis d'y renoncer en vertu du principe que j'ai inscrit au début de la seconde partie de mon rapport, « que le régime des hépatiques doit, avant tout, ménager les fonctions gastro-intestinales. » Mais je ne crois pas qu'il faille conclure de cette intolérance que le lait a une action fâcheuse sur le foie. C'est l'estomac et l'intestin qui ne tolèrent pas le régime lacté, et les troubles qu'il provoque ne sont que des troubles digestifs. Si ces troubles digestifs sont plus fréquents chez les hypohépatiques que chez les hyperhépatiques, c'est que les premiers sont le plus souvent hypochlorhydriques, et les seconds hyperchlorhydriques. Or, les hypochlorhydriques supportent fréquemment mal le lait. Ainsi, malgré nos opinions sur certains points opposées, nous sommes d'accord, M. Robin et moi, pour proscrire le lait à certains hépatiques; la cause seule qui nous détermine n'est pas la même. Il craint l'action sédative du lait sur un foie insuffisant; je redoute les troubles digestifs qu'il provoque.

Au point de vue du rôle de l'infection dans la pathogénie des voies biliaires, je me trouve encore en contradiction avec M. Albert Robin, qui ne lui attribue aucune importance. Il me semble, pour ma part, que les recherches récentes ont mis hors de conteste le rôle de l'infection. Il n'y a pas de sanction thérapeutique, nous dit M. A. Robin. C'est possible, mais la sanction thérapeutique est elle le critérium nécessaire et suffisant, comme disent les mathématiciens, de la valeur d'une théorie pathogénique? Je ne le pense pas. Nous admettons tous aujourd'hui la nature microbienne de la syphilis. En quoi cette conception nouvelle a-t-elle modifié son traitement.

Pour les affections des voies biliaires il y a, d'ailleurs, ceci de particulier, c'est qu'elles paraissent le plus fréquemment être l'œuvre du plus banal des microbes intestinaux, le coli-bacille, si bien qu'il n'y a pas à songer à l'éliminer de l'orifice des voies biliaires. Nous ne pouvons que nous efforcer de développer la résistance naturelle qu'offrent ces voies à sa pénétration.

J'ai imprimé jadis que, infectieuse en fait, la lithiase biliaire reste pour le thérapeute une maladie de la nutrition. Je ne puis que répéter cette affirmation, et nous voici encore d'accord avec M. Robin sur le terrain de la pratique, et séparés seulement par une considération théorique.

M. A. Robin. — L'argumentation que vient de faire M. Linossier aux objections que j'ai apportées à la dernière séance, me permet de développer plus complètement que je n'avais pu le faire, ma conception des signes cliniques qui permettent de guider le médecin au lit du malade, pour savoir si le sujet est en insuffisance ou en hyperactivité hépatique.

Mais il existe un produit qui est nettement un indice d'insuffisance hépatique, c'est l'*uro-érythrine*, à tort dénommée dernièrement hématoporphyrine. Ce produit, nous le connaissons tous, car c'est la matière colorante des dépôts uratiques briquetés, c'est la matière colorante qui rougit les urines alcalines ou hypoacides de certains malades, après des crises de suspension momentanée du fonctionnement hépatique. Toutes les fois que l'on reconnaît la présence habituelle de l'uro-érythrine dans une urine, on peut être sûr que l'insuffisance du foie est réelle, mais, bien entendu, à la condition que la présence de cette matière soit permanente, comme il arrive, par exemple, à la fin des cirrhoses.

Mais, je le rappelle, c'est surtout la notion de l'oxydation du soufre qui donne le meilleur renseignement sur l'état de la fonction hépatique. Un foie normal ou un foie excité qui tranforme bien les albumines, fournit un résidu soufré à l'état de sulfates, tandis qu'un mauvais foie, insuffisant, laisse un déchet organique qui contient encore du soufre. Normalement, le rapport du soufre complètement oxydé au soufre incomplètement oxydé est, je l'ai dit, de 88 à 90 %, il passe à 95 ou 98 %, dans l'hyperfonction du foie et s'abaisse jusqu'à 60 %, dans les cas d'insuffisance et, dans ce dernier cas, les différences sont tellement fortes qu'il est impossible de s'y tromper.

Mais ce n'est pas tout, l'examen des matières fécales pourra encore fournir au médecin des signes importants au point de vue traitement. Il est bien évident que la couleur seule des garde-robes permet de savoir s'il y a acholie ou hypocholie, mais, en dehors de cette indication, si banale qu'elle en est grossière, l'étude chimique des selles permet d'établir le bilan nutritif du malade, d'apprécier par le résidu les quantités de substances alimentaires qui ont été transformées, soit comme graisse, albumine ou hydro carbone et, par conséquent, cet excellent renseignement est un guide sûr pour l'établissement du régime.

M. Mathieu. — Je serais désireux de voir M. Robin définir nettement les cas dans lesquels il considère le régime lacté comme indiqué.

M. A. Robin. — Je considère le régime lacté comme rigoureusement indiqué dans la cirrhose hypertrophique, à la période congestive qui précède l'établissement de la cirrhose atrophique et chez les sujets à gros foie accompagnant la maladie de Reichmann, quand il y a ectasie gastrique.

Dans la cholélithiase, j'ai dit que je blâmais l'usage du régime lacté, mais il est un cas où je l'emploierai, c'est quand, à la suite de crises fréquentes, la question d'une cystotomie se présente. Souvent on a besoin de se recueillir avant de fournir un avis approfondi; dans ce cas-là il est indiqué de fixer les calculs et d'essayer d'en empêcher l'entraînement de crainte qu'ils ne soient trop volumineux. Le régime lacté est alors le meilleur procédé pour éviter l'irritation hépatique alimentaire, mais à la condition de le donner par très petites quantités à la fois. Mais, dans ce cas particulier, l'usage du lait est un moyen d'opportunité et non pas un régime adapté à l'état pathologique lui-même, car je me préoccupe alors seulement du calcul et non pas de l'état hépatique.

M. Mathieu. — Je vois avec satisfaction que M. Robin ne restreint pas, autant qu'aurait pu le faire croire sa communication de la dernière séance, les indications du régime lacté.

Il y a quelques années, dans une discussion soulevée à la Société de thérapeutique, j'ai soutenu que les toxines gastriques ne jouaient, dans l'intoxication alimentaire, qu'un rôle secondaire, mais que l'intoxication intestinale, au contraire, jouait un rôle capital. Or, pour combattre cette intoxication, si importante dans les affections distinctives du foie, il faut accorder un rôle prépondérant au régime lacté.

Dans des cas d'urémie avec petit rein, chez un artério-scléreux, rien ne vaut le régime lacté uni à l'usage répété des laxatifs pour s'opposer aux fermentations, aux putréfactions, aux intoxications intestinales. En dehors de ces acci-

dents à grand orchestre, la dyspnée toxi-alimentaire, les vertiges, les attaques épileptiformes, accidents dus à l'intoxication intestinale, sont justiciables du même traitement ou même du régime lacto-végétarien. Je citerai encore les migraines tardivement aggravées, vers quarante-cinq ans, moment de la vie où elles diminuent d'ordinaire d'intensité; ces migraines disparaissent dès que l'on institue le régime lacto-végétarien.

Pour en revenir au foie, je rappellerai que si cet organe est atteint d'une façon chronique (cirrhose) ou aiguë (angiocholite), il est fort important de prescrire ce régime, surtout si le rein est insuffisant. La plupart des malades dont le foie est lésé présentent en même temps de l'artério-sclérose, de la sclérose rénale, etc., et l'auto-intoxication s'établit d'autant plus facilement que les toxines, mal détruites par le foie, incomplètement brûlées dans l'organisme, sont encore mal éliminées par le rein.

Le régime carné peut, dans tous ces états, devenir un danger.

M. Albert Robin. — Je croyais avoir dit avec assez de précision dans quels cas je proscrivais le lait, à savoir : dans l'*ictère simple*, dans la *lithiase biliaire* et dans la *cirrhose atrophique*. Et je défends le lait dans ces cas parce que, comme l'expérience le fait constater, l'usage *exclusif* du lait a pour effet de diminuer l'activité hépatique; il est donc absolument illogique d'ordonner un régime qui ne peut avoir pour effet que d'atténuer encore une activité déjà compromise.

Il va sans dire que j'admets, comme M. Mathieu, l'intoxication d'origine intestinale. J'ai toujours nié les toxines gastriques parce qu'on n'est pas arrivé à démontrer leur existence, mais on connaît et on a décelé les toxines intestinales.

Comme M. Mathieu, dans les cas où le foie est en hypofonctionnement, je prescris le régime lacto-végétarien, mais en ajoutant les végétaux on ne fait plus de régime lacté, attendu que ces aliments excitent l'activité du foie. Il ne faut donc pas parler de *régime lacté* et de *régime mixte lacto-végétarien* comme de deux choses comparables, et M. Mathieu ne l'a certainement pas voulu faire.

M. Linossier. — Je demande à ajouter un mot à propos de l'usage du lait dans l'insuffisance hépatique. M. Robin le proscrit parce qu'il n'est pas excitant, et recourt à des aliments plus capables, pense-t-il, de réveiller l'activité d'une cellule défaillante. J'accepte le raisonnement de notre collègue s'il s'agit d'une insuffisance fonctionnelle, transitoire, par inhibition momentanée de cellules hépatiques saines. Qu'après une colique hépatique, on cherche à fouetter en quelque sorte un foie qui tarde à récupérer son fonctionnement normal, rien de mieux. L'indication me paraît précise. Mais, est-il bon d'exciter un foie anatomiquement insuffisant, un foie atteint de cirrhose de Laënnec, par exemple? Je n'en suis pas aussi convaincu. En général, toute stimulation longtemps prolongée d'un organe insuffisant se paie au bout d'un certain temps par une aggravation de l'insuffisance. C'est pour cela que l'on doit éviter l'action continue de la digitale sur un myocarde malade, l'action continue des aliments excitants, alcool, épices, eaux minérales gazeuses, sur une muqueuse gastrique dégénérée, etc.

Pour en revenir au foie, si le lait est l'aliment qui l'excite le moins, c'est parce qu'il est celui qui exige de la cellule hépatique le moindre travail; et, d'une manière générale, on peut affirmer que l'action excitante d'un aliment quelconque sur le foie est proportionnelle au travail qu'il lui impose. Nous sommes donc appelés à choisir entre deux lignes de conduite : ou n'exiger du foie épuisé que le minimum de travail indispensable pour l'entretien de la vie (c'est ce que nous réalisons par le régime lacté), ou surexciter son activité en lui imposant un effort. Il me semble que la première politique est la plus sage, sous la réserve que le régime lacté soit bien toléré par les voies digestives. Je n'insiste pas sur l'absence de toxicité du lait, puisque sur ce point nous sommes tous d'accord.

M. A. Robin. — Si je recommande, dans la cirrhose atrophique, d'éviter le régime lacté, c'est parce que dans un foie de ce genre il reste toujours des éléments actifs qu'il faut stimuler, sans cela ils succombent sous l'action enserrante du tissu conjonctif. Il faut donc recommander un régime mixte tant que des accidents ne viennent pas nous forcer à l'abandonner; c'est là une question de doigté.

Intoxication par la résorcine chez un enfant

M. Dalchez. — La résorcine est considérée généralement comme peu toxique. En dehors des faits expérimentaux, c'est à peine si on trouve dans la littérature médicale des indications sur ses effets toxiques chez l'homme. C'est pourquoi il me paraît opportun de signaler un cas d'empoisonnement par cette substance, qu'il m'a été donné d'observer récemment chez un enfant âgé de cinq ans.

Ce petit malade ayant été atteint d'angine grippale à forme pultacée, je lui ai prescrit, en même temps que de l'huile de ricin, des badigeonnages de la gorge avec :

Résorcine.......	3 gr.
Glycérine.......	30 gr.

Par inadvertance, la garde pratiqua des attouchements de la gorge avec l'huile de ricin et fit ingérer le collutoire résorciné. L'enfant en avala deux tiers environ soit 2 grammes de résorcine. Il fut pris aussitôt de collapsus avec algidité et émission d'urines absolument noires. Un médecin, appelé en toute hâte, administra un vomitif, puis du café, du thé et de l'eau albumineuse. Lorsque, le lendemain, je revis l'enfant, son état s'était déjà sensiblement amélioré. Les urines, encore noires, étaient hypochloruriques, et renfermaient un excès d'urée. Le surlendemain, on nota un état ictérique des conjonctives oculaires et des éruptions rubéoliques de la peau. Longtemps encore l'affaiblissement persista. La guérison ne fut complète qu'au bout d'une dizaine de jours.

V. de H.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mars.

Anévrysme post-traumatique de la crosse de l'aorte avec myosis et signe d'Argyll sans syphilis antérieure avérée

MM. P. Merklen et Pouliot présentent un malade âgé de quarante-sept ans, pris, à la suite d'une violente contusion du thorax, accident de travail, de douleurs précordiales avec irradiations brachiales, d'abord intermittentes, puis permanentes. Examiné sept à huit mois après l'accident, cet homme, qui n'a aucun souvenir de syphilis, est manifestement atteint d'un anévrysme fusiforme de la portion transverse de la crosse de l'aorte, avec inégalité des deux pouls. L'on constate en même temps du myosis et le signe d'Argyll Robertson.

L'origine traumatique de cet anévrysme n'est pas contestable. Le cas est comparable à une série de faits d'anévrysmes traumatiques publiés par les auteurs. Mais, devant la constatation du signe d'Argyll, et malgré les dénégations du malade, faut-il admettre l'existence d'une syphilis ignorée?

Il semble difficile aux auteurs d'être sur ce point affirmatifs, d'autant plus que les réflexes rotuliens et achilléens sont absolument normaux et que l'on ne constate ni troubles de la sensibilité, ni autre signe de tabes. Une affirmation est d'autant plus difficile, qu'elle entraînerait d'importantes conséquences au point de vue médico-légal. M. Merklen pense que ce malade aurait droit, s'il le demandait, à une indemnité pour accident du travail, et l'origine traumatique de son anévrysme pourrait être contestée s'il était scientifiquement prouvé qu'il est syphilitique.

MM. Vaquez, Sicard, Chauffard croient que le signe d'Argyll suffit pour faire admettre, malgré l'absence de tous autres signes et les affirmations du malade, la probabilité de l'existence de la syphilis; mais cette opinion ne signifie nullement que le traumatisme n'a pas joué un rôle très important dans la production de cet anévrysme. Sans cet accident, la syphilis aurait pu rester latente au point de vue aortique, ou ne se manifester que beaucoup plus tard et sous une forme bien moins grave.

M. Siredey appuie, après M. Merklen, sur l'importance qu'aurait, au point de vue de l'indemnité pour accident du tra-

vail, l'affirmation plus ou moins nette d'une étiologie syphilitique.

M. Barbier présente deux jeunes enfants atteints de la *dysostose cléido-cranienne héréditaire* de Marie.

J. J.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 14 mars

Nécessité de donner au médecin l'autorisation morale d'indiquer sur ses ordonnances le nom du pharmacien auquel il désire adresser ses malades

M. Leredde. — L'origine de la note que je communique à la Société médico-chirurgicale se trouve dans des faits personnels. Comme ils permettent d'agiter une question d'intérêt général, je désire les exposer ici.

Parmi les médicaments que je prescris à des malades atteints d'affections cutanées, je distinguerai deux catégories. Tantôt il s'agit de spécialités, comme de certains emplâtres, il est tout à fait naturel, et tous les dermatologistes font de même, que j'indique sur l'ordonnance le nom du spécialiste chez lequel le malade peut les trouver. Tantôt il s'agit de préparations « magistrales » pour employer un mot que je trouve un peu suranné. Celles-ci sont d'une exécution qui n'est pas difficile,mais exige beaucoup de soin. Lorsque le dermatologiste fait une thérapeutique active, ce qui est fréquent, il est particulièrement nécessaire que l'exécution des formules soit tout à fait exacte. Nous savons aujourd'hui, par exemple,à quel point la consistance d'une préparation est importante et quand je prescris une pâte : vaseline, oxyde de zinc ââ, je n'ai pas du tout le même effet que lorsque je prescris une pommade : vaseline 10, oxyde de zinc 2.

Or, il m'arrive souvent, j'ai le regret de le dire, de constater que mes ordonnances n'ont pas été exécutées d'une manière exacte. Et il m'est arrivé assez souvent d'y trouver la cause d'accidents autrement inexplicables.Par exemple, je prescrivis il y a quelque temps, à une dame que je voyais pour la première fois, une pâte contenant 10 °/° de soufre. Cette dame eut un érythème intense. Comme j'étais convaincu, par l'examen que j'avais fait à sa première visite, de la tolérance de sa peau,avant de m'accuser moi-même, je lui demandai de m'apporter la préparation qui lui avait été livrée. Il s'agissait d'une pommade,la consistance était grasse et molle.

Je n'insiste pas sur les inconvénients que des faits de ce genre ont pour les malades... et aussi pour les médecins. Car, souvent, les malades les accuseront des accidents qui se produisent. Comme,pour ma part, je cherche à faire toujours une thérapeutique réelle, active, j'ai été exposé à des ennuis. Je veux les éviter et je cherche le meilleur moyen et le plus simple.

Il arrive souvent, je dois le dire, qu'un dermatologiste envoie à un pharmacien qu'il connaît. Je l'ai fait moi-même. Mais il y a à cela un inconvénient, c'est qu'à dire simplement au malade qui lui demande — cela arrive souvent — chez quel pharmacien il doit s'adresser, le médecin semble reculer devant une responsabilité intégrale.

Je suis donc décidé, à l'avenir, à inscrire sur mes ordonnances le nom du pharmacien chez lequel le malade doit s'adresser. Bien entendu, si celui-ci me dit j'ai un pharmacien, je n'insisterai pas. Je dirai seulement : « en êtes-vous sûr? recommandez-lui de faire exactement l'ordonnance qui est d'une exécution difficile.» Je considère ainsi ma responsabilité comme à couvert.

La mesure que je propose me semble intéresser d'autres médecins que moi. La pharmacie subit une crise, due à ce que le public, non éclairé, va de plus en plus au bon marché. Le pharmacien a deux manières de faire bon marché : d'abord de ne pas livrer les produits qu'on lui demande, mais d'autres moins chers, puis de ne pas mettre à l'exécution d'une formule le soin et le temps nécessaires. Les malades en sont victimes. Leur intérêt seul doit nous guider dans notre manière d'agir. Seuls nous pouvons les diriger. Conseillons leur d'aller au besoin dans des pharmacies chères, mais où ils seront certains d'une exécution correcte. Expliquons-leur qu'un mauvais produit est toujours d'un prix trop élevé. Il me semble, en faisant ma proposition, agir dans l'intérêt des malades, des médecins et même des pharmaciens consciencieux. L'appui du médecin ne peut que les encourager à bien faire. A ma proposition, il n'y a qu'une objection, on me dit : le médecin va être soupçonné! A notre époque, tout le monde soupçonne et accuse son voisin, chacun se sent honnête, mais se croit entouré de gens peu honnêtes, et toute action, même naturelle, s'explique par les plus petits et les plus bas motifs. Que nous prenions un parti ou le parti contraire, nous serons blâmés! Agissons donc comme il nous plaît en suivant notre conscience. Le seul mal est de ne pas oser faire ce qu'on juge juste.

M. Moutier dit que la question est très difficile à résoudre, car il est très fâcheux de pouvoir être soupçonné. S'il y a de mauvais pharmaciens, il y en a encore un grand nombre d'excellents. Les pharmaciens préparant bien devraient s'unir ensemble et se surveiller les uns les autres, et nous serions à l'abri de tout soupçon.

M. Vigier dit qu'il existe un comité disciplinaire des pharmaciens qui fait des prélèvements de médicaments dans certaines pharmacies et analyse leurs médicaments, mais sans sanction. Du reste, il croit que le médecin peut très bien, sans pouvoir être soupçonné, envoyer chez un pharmacien de son choix.

M. Jaboin. — Je veux bien constater, avec mon honorable collègue M. Vigier, que la pharmacie n'est malheureusement pas toujours faite avec tous les soins qu'elle nécessite Cependant le médecin doit agir avec la plus grande prudence dans les cas qui nous occupent.

Il y a, en effet, plusieurs sortes de pharmacies.

Il y a d'abord les grandes pharmacies, dans lesquelles les directeurs s'efforcent de bien faire, mais dans lesquelles, également, il est souvent impossible de surveiller le trop nombreux personnel. Il y a ensuite les pharmacies purement commerciales, ainsi qu'elles s'intitulent elles-mêmes, où l'on s'attache surtout à faire *des affaires*.

Mais il y a aussi la généralité des pharmaciens, ceux dont le public, mal éclairé sur son intérêt propre, tend à s'éloigner, guidé par l'idée du bon marché. Il faut dire bien haut que les praticiens consciencieux et instruits sont nombreux parmi ces pharmaciens.

D'autre part, quelquefois, le médecin sera embarrassé — cela est souvent difficile au pharmacien lui-même — pour juger si une préparation est bien faite.

Il faut donc agir avec circonspection. Ceci posé, le médecin, avec sa grande pratique, jugera sainement sur la décision qu'il devra prendre.

M. Guillon. — Quand j'ai une ordonnance importante à exécuter, je demande d'abord à mon malade où il fera exécuter cette ordonnance, et alors je n'hésite pas à lui dire : n'allez pas chez X... ou allez chez Y..., et je lui cite encore quelques noms.

M. de Ranse dit qu'il est certain qu'il n'y a pas à hésiter à indiquer un pharmacien de son choix et dont on est sûr, quand il s'agit de l'exécution d'une prépartion importante.

M. Leredde. — M. Vigier nous dit que l'École de pharmacie doit contrôler les pharmaciens. Je ne vois pas pourquoi ce contrôle est fait par une administration officielle. Il semble, du reste, ne pas être très bien fait! Je suis absolument de l'avis de M. Moutier qui demande que les pharmaciens se contrôlent les uns les autres. Le contrôle des médecins par leurs confrères peut être difficile, mais le contrôle des pharmaciens par d'autres pharmaciens est simple, puisqu'il porte sur des éléments susceptibles de mesures, d'analyses chimiques, etc. Que les pharmaciens comprennent la nécessité de relever le niveau de leur profession et qu'ils agissent eux-mêmes.

De la manométrie vésicale; son importance au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections de la vessie

M. D. Courtade. — L'étude expérimentale de la sensibilité et de la contractilité vésicales peut être faite facilement chez l'homme au moyen de la manométrie. Cette méthode d'exploration permet dé-

tudier les réflexes de la miction, si bien décrits par M le prof. Guyon. On peut distinguer : 1° les reflexes de sensibilité générale, tels que la sensibilité au contact et la sensibilité à la distension, encore appelée envie; 2° les réflexes de sensibilité fonctionnelle provoquant le phénomène de la miction; ce réflexe est produit à l'état normal avec une pression de 0.15 à 0,20 centim. d'eau, et une quantité de liquide variant entre 150 et 250 grammes.

Lorsqu'on pratique la manométrie, on observe : a) que les phenomenes subjectifs (douleur, envie) peuvent être normaux, diminués ou exagerés; b) que le réflexe mictionnel peut être normal, diminué ou exagéré; c) que les deux phénomènes, objectif et subjectif, peuvent suivre une marche parallèle ou de sens inverse. M. Genouville a très bien demontré que, dans la neurasthénie, il y avait dissociation entre les phenomènes de sensibilité générale et les phénomènes de sensibilité fonctionnelle.

M. Courtade indique un moyen très simple de pratiquer la manometrie et etudie les phénomènes observés dans les paralysies vésicales d'origine médullaire, chez les neurasthéniques, les prostatiques et les diverses pollakiuries.

M. Minet estime que la manométrie ne rend pas compte de la contractilité de la vessie.

Pour **M. Guillon**, un instrument n'est pas utile pour juger la pression vésicale: dans la plupart des cas le doigté suffit.

Fièvre typhoïde chez une petite fille de huit ans. Traitement par les bains à température basse

M. Picard apporte l'observation d'une petite fille de huit ans, chez laquelle une fièvre typhoïde (séro-diagnostic positif) compliquée d'hémorragies intestinales, de broncho-pneumonie et d'un certain degré d'albuminurie, pendant dix jours, paraît avoir été abregée et très favorablement influencée par les bains à température plutôt basse (5 à 31°, 1 à 32°, 1 à 28°, 2 à 27°, 6 à 22° et 43 à 18°)

L'auteur pense, à l'encontre de la plupart des auteurs, qu'on peut abaisser la température des bains a 18° chez les enfants atteints de fièvre typhoïde.

M. Dagron dit que les bains à température basse sont très pénibles pour les malades et qu'on observe les abaissements de température avec des bains à 32°.

M. Le Rouvillois. — Les bains à 18° sont excitants : ils donnent le coup de fouet utile à l'organisme, réveillent le malade de sa torpeur. Les enfants de quatorze à quinze ans supportent bien les bains à 18°.

M. Boursier. — Un des grands avantages du bain est de provoquer la diurèse; mais les bains a température modérée ont autant d'action que les bains froids.

GIGON.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le service militaire des étudiants en médecine

Lorsque la loi militaire, actuellement en vigueur, était en discussion au parlement, la jeunesse des écoles se passionnait pour la façon dont elle ferait son service militaire. Depuis, les choses ont bien changé et il semble, à l'heure actuelle, que les étudiants en médecine se préoccupent beaucoup moins des dispositions prévues à l'égard de leurs successeurs par la loi de deux ans, que d'établir un code déontologique !

Il n'en est pas de même dans le corps médical. Non seulement l'A. G a mis le service militaire des étudiants à son ordre du jour et a fait connaître ses desiderata au Parlement, mais encore cette question est l'objet d'études isolées émanant de médecins rompus à la pratique de notre profession et qui font de la déontologie d'après leur expérience personnelle. C'est ainsi que M. le Dr Dumas, de Lédignan, vient de publier une plaquette, intitulée « Les étudiants en médecine et la loi de deux ans » (1), dont nous reproduisons les passages suivants qui viennent à l'appui de la thèse que nous soutenons ici.

G.

L'article 23, paragraphes 5 et 6, du projet de loi déjà voté par le Sénat, est ainsi conçu : « Les élèves de l'Ecole polytechnique, de l'Ecole normale supérieure, de l'Ecole forestière, de l'Ecole centrale des arts et manufactures, de l'Ecole des ponts et chaussées, de l'Ecole des mines de Paris et l'Ecole des mines de Saint-Etienne reçoivent, dans ces Ecoles, une instruction militaire les préparant au grade de sous-lieutenant de reserve.

A la sortie de ces Ecoles, ceux d'entre eux qui ont satisfait aux épreuves d'aptitude à ce grade et qui ont fait un an de service avant leur entrée aux Ecoles, servent dans un corps de troupe en qualité de sous-lieutenant de réserve. Ils peuvent être envoyés en congé après quatre mois de service, si leur instruction est jugée suffisante. »

....

Voilà une dérogation au principe d'égalité de service qui, j'espère, trouvera peu d'opposants; car, outre que la haute culture intellectuelle fait la grandeur et la richesse d'un pays, elle peut encore par des applications scientifiques, concourir a sa defense.

Mais il est une autre dérogation, dont le Sénat aurait bien dû prendre l'initiative, car les raisons que je ferai valoir la justifieront amplement. Je me hâte d'ajouter que, loin de constituer une faveur pour les étudiants en médecine, elle rendrait peut-être leur charge plus lourde.

L'article 24 du projet de loi voté par le Sénat dit : « Les docteurs ou étudiants en médecine, munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de medecin auxiliaire, sont nommes à ce grade et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires. »

Aux lieu et place de cet article, voici celui que je propose aux méditations de MM. les députés :

« Des sursis d'incorporation, renouvelables d'année en année jusqu'à l'obtention du diplôme et, au plus tard, jusqu'à vingt-sept ans, seront accordés aux etudiants en médecine.

« Tous les jeunes gens reçus docteurs dans l'année seront incorporés comme *soldats-médecins*; à ce titre, ils seront, pendant deux ans, à la disposition du directeur du service de santé d'un corps d'armee et employes en sous-ordres des medecins militaires. Ils n'auront aucun grade, ne toucheront aucune solde supplementaire, et ne pourront être nommés aides-majors qu'au moment d'être versés dans la réserve de l'armée active. Tout étudiant dont les notes d'etudes laisseraient trop à désirer sera aussitôt incorporé pour deux ans, dans un corps de troupe, comme simple soldat. Sera aussi incorporé, au même titre, tout étudiant qui, à vingt-sept ans, ne sera pas reçu docteur en medecine.

« Ce n'est que dans l'année de l'incorporation que l'étudiant en médecine passera devant le conseil de revision, et cet examen sera très large, n'exemptera que pour maladies ou infirmités graves, car, presque toujours, celui qui s'est senti assez fort pour faire de la clientèle civile peut faire deux ans de médecine militaire.

Si cet amendement était adopté, l'armee recevrait tous les ans, 1200 médecins; et comme la durée du service est de deux ans, c'est 2400 docteurs de plus que nous aurions sous les drapeaux. Et comme conséquences immédiates :

1° Un nombre suffisant de médecins pourrait être mis à la disposition des préfets, pour faire de la revision une opération méthodique et sérieuse, de 10 à 20 minutes par homme, au lieu du simulacre d'examen actuel de 31 secondes;

2° En temps de paix, les règles de l'hygiène mieux observées, nos soldats mieux soignés;

3° En temps de guerre, tous les médecins de la réserve rompus, par deux ans de service medical, à toutes les pratiques de la chirurgie militaire. Médecins de l'armée active et médecins de la réserve auraient les mêmes doctrines, les mêmes méthodes d'opérations et de pansements, pour le plus grand bien de nos blessés.

Qui oserait mettre en doute la supériorité d'un pareil Corps de santé sur celui que nous donnerait le projet du Sénat ? Ici, ce sont des etudiants dont l'instruction médicale pratique est a peine ébauchée, qui font leur seconde année de service comme médecins-auxiliaires; là, ce sont des docteurs qui, pendant deux ans, feront de la médecine militaire.

Mais j'entends l'objection : Vous dispensez ainsi, me dira-t-on, les médecins des exercices militaires. Oui, et sans hésitation. Voyons, est-il raisonnable d'o-

(1) *Montpellier médical*, 1904. T. XVII.

bliger un homme à apprendre des mouvements, des exercices qu'il ne devra jamais exécuter? Est-il sage d'enlever un médecin aux malades de l'hôpital pour lui apprendre le maniement d'un fusil dont il n'aura jamais à se servir? Mais c'est la loi, répondra-t-on, tout soldat doit recevoir une instruction militaire suffisante. — Quand la loi veut une chose et la raison une autre, c'est la loi qui a tort. Si c'est bien en vue de la guerre que nous instruisons nos soldats, il serait logique que chacun le fût en vue des services qu'il est appelé à rendre : le soldat à tuer et le médecin à guérir. Pourquoi apprendre à celui-ci à tuer, quand, en cas de guerre, il n'aura jamais qu'à guérir et ne pourra suffire à sa tâche. Laissez-le plutôt travailler, s'instruire dans son art, acquérir de l'expérience, afin que, le moment venu, vous puissiez compter sur lui pour arracher à la mort tant de blessés qui succombent faute de soins. C'est folie de faire perdre à un homme un temps précieux pour exécuter un travail inutile à lui-même et à l'armée! Sainte routine n'a jamais été plus absurde et a rarement fait plus de mal!

Ajouterai-je que de bons esprits voudraient le corps de santé, en quelque sorte, à côté du commandement, afin de lui assurer l'indépendance et l'initiative sans lesquelles il restera toujours au-dessous de sa tâche?

L'amendement que je propose serait un premier pas vers cette solution.

Enfin, s'il faut une transition, même pour aller à la vérité et à la logique, ne pourrait-on demander aux médecins un peu moins d'instruction dans l'art de tuer, ne les garder qu'un à deux mois dans les rangs. Ce ne serait pas moins absurde, mais ce serait moins préjudiciable.

Voilà bien de sérieux avantages, y renoncera-t-on pour ne pas introduire dans la loi, je ne dis pas un privilège — ce n'en est certes pas un — mais une légère dérogation? L'avenir nous le dira, mais j'ai foi dans l'esprit de réforme dont la Chambre est animée, et j'espère.

Ce service militaire, ainsi reporté à la fin des études, aurait encore un grand avantage, mais celui-ci pour la Société : tout le monde sait très bien que le jeune docteur, frais émoulu de la Faculté, peut devenir un bon praticien, mais ne l'est pas encore, et aurait tout à gagner à rester quelque temps sous la direction d'un confrère expérimenté. C'est pénétré de cette idée que je m'attachai à démontrer, dans un article qui fit quelque bruit, il y a quatre ans, les avantages d'un stage médical fait, à la fin des études, chez un praticien autorisé. Loué par les uns, attaqué par les autres, mon projet de stage fut bientôt oublié, comme l'est presque toujours, en France, tout ce qui ne porte pas l'estampille presque officielle. Néanmoins, je suis sans crainte, la graine est semée, elle lèvera un jour, et c'est peut-être de l'amendement que je propose aujourd'hui que lui viendra le souffle de vie. Ces deux ans de pratique dans l'armée, sous la direction des médecins-majors, seraient un excellent stage pour nos jeunes médecins, qui n'aborderaient plus ainsi la pratique isolés et sans direction.

Toutefois, je l'ai dit, l'amendement qui ferait tant de bien est loin d'être un privilège pour ceux qui en seraient l'objet, et d'aucuns craindront, peut-être, que l'ennui de ne faire leurs deux ans de service militaire qu'à 24, 25, 26, 27 ans détourne beaucoup de jeunes gens de la profession médicale. Qu'on se rassure : ceux qu'une vocation a poussés vers la médecine n'y renonceront pas pour cela, et quant à ceux qui vont à la médecine comme ils auraient pu aller au commerce, à l'industrie, de ces médecins-là nous en aurons toujours trop!

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Vigot frères

Le droit à l'amour pour la femme, par M. le Dr Michel Bourgas. (1 vol in-18 jésus, 3 fr. 50).

Avec la plus grande franchise et sans aucune fausse pudeur, l'auteur examine les conditions normales dans lesquelles l'acte génital doit s'effectuer entre époux. A son avis, la façon de procéder aux rapports conjugaux domine tout l'avenir d'un ménage. Si la discorde, si la mésentente si l'indifférence règnent entre deux époux, d'après l'auteur la cause en est presque toujours l'ignorance, la maladresse, l'égoïsme ou la brutalité de l'homme (il nous semble que le Dr Bourgas exagère, et qu'un habile coït ne doit pas être l'unique préoccupation des gens mariés et le seul gage de leur fidélité).

Avec beaucoup de bon sens, l'auteur affirme que la femme n'est pas l'*égale*, mais l'*équivalente* de l'homme et que les féministes font fausse route. Il proteste avec sagesse contre le dédain que trop souvent l'homme professe pour la femme, qu'il ne connaît guère et qu'il ne comprend pas.

Ce livre sera lu avec avantage par les jeunes gens qui se disposent au mariage. Il attirera leur attention sur bien des points qui importent à leur bonheur à venir et il pourra leur servir de guide dans bien des questions délicates.

L.

NOUVELLES

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR

Médecine

Médaille d'or, M. Rathery; médaille d'argent, M. Grenet; accessit, M. Crouzon.

La Xe session de la Société obstétricale France se tiendra, à Paris, les jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 avril, au petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence du prof. Grynfeldt (de Montpellier).

M. Ausset, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille.

HÔTEL-DIEU

A cause des vacances de Pâques, M. Gilbert Ballet ne fera pas de leçon le dimanche 27 mars. Une affiche ultérieure indiquera, s'il y a lieu, la reprise des leçons. La policlinique continuera le samedi, sauf les samedis 2 et 9 avril.

RADIOLOGIE MÉDICALE

(1904 — 7e année.)

Cours de vacances par le Dr BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 27 mars au samedi 2 avril.

Matin, 10 heures. — Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

11 heures. — Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

Soir, 2 heures. — Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 27 mars, à 10 heures du matin*, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 fr. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 28 mars dans le laboratoire du Dr Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

CONSEIL SANITAIRE ET QUARANTENAIRE D'ÉGYPTE

L'Administration quarantenaire fait savoir qu'elle dispose de cinq places de médecins aux appointements mensuels de 22 à 23 livres.

Les demandes doivent être adressées à la présidence du Conseil quarantenaire à Alexandrie et contenir : 1° copie du diplôme; 2° copie des certificats des services rendus; 3° certificat de bonne constitution; 4° engagement formel de prendre possession de son poste dans le courant du mois qui suivra la nomination.

L'Administration se réserve le droit d'envoyer, à tour de rôle, lesdits médecins à n'importe quel office quarantenaire, aussi bien dans les ports de la Méditerranée que dans ceux de la Mer Rouge. Les candidats doivent indiquer, dans leur demande, les langues qu'ils connaissent. Ils sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est présentée à l'Administration trois mois à l'avance.

Le concours sera clos le 2 avril 1904.

Pour tous renseignements autres que ceux contenus dans cet avis, les candidats pourront s'adresser directement au consul de France à Alexandrie.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

THÉRAPEUTIQUE

Un médicament de choix pour les affections gynécologiques

Par le Dr Foussal

Il n'y a pas de médecins qui, dans sa pratique, n'ait à traiter couramment des lésions cutanées et des affections gynécologiques. Parmi celles-ci, les unes sont justiciables d'un traitement purement médical (gynécologie médicale); d'autres, beaucoup plus graves, et particulièrement rebelles, nécessitent une intervention chirurgicale.

Mais à la suite de cette sorte d'engouement qui, il y a plusieurs années, poussait les femmes vers la table d'opération, il s'est produit une véritable réaction salutaire. Médecins et malades ont compris qu'avant de courir les risques d'une laparotomie, par exemple, il est au moins prudent et sage d'essayer une médication qui, pour être moins rapide sans doute, est le plus souvent fort active et sans dangers.

On connaît ces traitements : injections antiseptiques très chaudes, massage utérin et para-utérin, selon les règles établies par Stapfer qui, sur ce sujet, a écrit un livre des plus instructifs, pansements vaginaux sous forme de tampons imbibés d'une solution antiseptique, ovules, etc. La question est surtout de savoir lequel des médicaments mis en usage paraît rendre les meilleurs services avec le minimum d'inconvénients. Pour tous ces pansements, il est habituel d'incorporer à la glycérine une substance antiseptique. Les plus employées sont l'iodoforme, le salol, l'aristol, le dermatol et surtout l'ichtyol.

Ces médicaments ont tous à leur actif d'excellents résultats sans doute, mais ils ne sont pas exempts de tout reproche.

L'iodoforme? il a contre lui son odeur insupportable, sa toxicité bien connue, dont la littérature médicale contient de nombreux exemples.

Le salol? Mais qui de nous ignore les éruptions eczémateuses ou acnéiformes qu'il fait naître, à tel point que bien des personnes se servant d'une poudre dentifrice salolée, ont vu apparaître des éruptions prurigineuses, qui n'ont pas tardé à disparaître dès l'abandon de la poudre en question.

L'aristol, le dermatol, après avoir eu leur heure de notoriété, ont connu aussi les revirements motivés de l'opinion médicale. Voici ce que le professeur Arnozan, de la faculté de Bordeaux, écrit dans son *Traité de Thérapeutique* : « A son avènement, récent encore, dans la matière médicale, il semblait que l'aristol allait être le topique par excellence... Mais après quelques mois de succès, il est rentré dans une paisible obscurité ». Quant au dermatol employé encore par quelques médecins, il ne semble pas agir sur les affections gynécologiques d'une façon bien active. En tout cas, les traitements durent de très longs mois...

Nous voici maintenant amenés à parler de l'ichtyol. Ce médicament, si en faveur, mérite en effet la vogue dont il jouit. Labadie-Lagrave et Legueu, dans leur *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, disent à son sujet : « Un excellent médicament est l'ichthyol... Il joint à des propriétés résolutives et astringentes une action analgésiante très manifeste ». Arnozan dans son livre déjà cité, lui reconnaît aussi ces brillantes qualités qu'il attribue à sa richesse en soufre : l'ichthyol en contient en effet 8,8 pour 100. La plupart des gynécologues, d'ailleurs, l'emploient couramment et avec succès. Nous voilà donc en possession d'un excellent produit et qui semble défier tous ses rivaux. Malheureusement tout n'est pas beau même dans la vie des médicaments, et Labadie-Lagrave écrit aussi : « Il (l'ichthyol) n'a contre lui que son odeur désagréable qui amène à la longue des céphalées, de l'anorexie et même des nausées ». N'oublions pas non plus qu'il ne contient que 8,8 pour 100 de soufre et qu'il n'est pas soluble dans l'eau.

Actuellement, la thérapeutique nous offre un nouveau produit qui répond au plus grand nombre des indications gynécologiques et dermatologiques, aussi bien et mieux peut-être que l'ichthyol. Ce corps est le Thigénol. C'est une huile végétale *soluble dans l'eau*, l'alcool étendu, la glycérine. Le soufre total y est en proportion constante de 10 pour 100. Il est inodore, les taches qu'il laisse sur le linge sont très facilement enlevées à l'eau pure. Voilà bien, déjà, des qualités pratiques fort sérieuses, et, puisque d'après Arnozan et les chimistes, les propriétés de l'ichthyol sont dues à sa richesse en soufre, le Thigénol qui en contient 1,2 pour 100 de plus que l'ichthyol va donc avoir des propriétés supérieures ou tout au moins égales. C'est évident. Et, en effet, si l'on étudie les observations publiées en Allemagne et en France, on tombe d'accord sur ce point que le Thigénol produit des résultats remarquables et d'autant plus rapides que la dose est plus forte — 40 à 50 grammes pour 100 environ — quand il s'agit de traiter les métrites subaiguës et chroniques avec ou sans ulcérations du col, les lésions annexielles et des ligaments larges. En peu de temps, un mois, deux au plus, si l'on emploie des doses assez élevées, on obtient de véritables succès. Neumann, de Berlin, Flatau, de Nuremberg, Merkel donnent à ce sujet des observations très précises.

Mais tandis que ces auteurs ont traité indifféremment les affections chroniques ou subaiguës et même les épanchements purulents des organes génitaux, en France, certains auteurs émettent l'opinion qu'il est préférable de laisser complètement refroidir les lésions subaiguës avant d'instituer le traitement habituel. Ils craignent de réveiller l'inflammation insuffisamment éteinte. Beaucoup d'autres gynécologues, au contraire, et c'est le plus grand nombre, ne craignent pas de traiter aussi les affections subaiguës et s'en trouvent fort satisfaits. Peut-être et pour tenir compte uniquement de cette incertitude, pourra-t-on employer une dose de Thigénol de 30,35 grammes pour 100 environ au lieu de 40,45 grammes pour 100 qui conviennent très bien aux lésions chroniques.

Au point de vue clinique, il y a dans l'action du Thigénol sur les affections gynécologiques deux phases très remarquables à considérer :

1° Au bout de trois, quatre, cinq pansements, au plus, il y a cédation absolue des souffrances, que ces douleurs soient hypogastriques, lombaires ou dans les fosses iliaques;

2° Dans une seconde période plus longue, mais ne dépassant guère un mois, on remarque la diminution de plus en plus sensible de la leucorrhée, ce qui serait déjà un résultat, étant donné la ténacité si connue de ces affections, mais des guérisons complètes de la leucorrhée ont aussi été obtenues. Des ménorrhagies profuses, combattues ou non par l'hamamelis virginica et l'hydrastis, ont été facilement amendées après s'être montré rebelles à ces médicaments seuls. L'utérus, enfin, reprend un volume à peu près normal; il retrouve, grâce au massage, sa position normale, les érosions simples du col guérissent, les ulcérations sont améliorées, les annexes, devenues indolores, diminuent de volume. — Il s'agit, bien entendu, de cas où des épanchements purulents un peu importants n'existent pas. Car le Thigénol n'a nullement la prétention de se substituer au bistouri. — Bref, la clinique démontre à son tour les propriétés analgésiantes, antiseptiques, résolutives du Thigénol.

Propriétés analgésiantes manifestes, puisque, au bout de très peu de temps, dix à douze jours environ, les douleurs disparaissent, même les plus tenaces, et, dans un travail paru dans le *Concours médical* (1), il est fait mention de cicatrices douloureuses du col rapidement guéries par des applications de tampons thigénolés.

Propriétés antiseptiques, puisque des observations existent, où des lésions franchement infectieuses, gonococciques par exemple, ont été rapidement améliorées.

Enfin, action résolutive des plus importantes, si importante même, que certains auteurs ont voulu rapporter dans une grande mesure, à la décongestion excessive causée par le Thigénol, les deux propriétés précédentes, sans toutefois les nier individuellement. Les expérimentateurs, en effet, ont montré que si on emploie des doses assez élevées de Thigénol, 40 grammes de Thigénol pour 100 de glycérine environ, on assiste dès les premiers pansements à un écoulement séreux des plus considérables, comme aucun autre produit n'en détermine, et c'est à la suite de ces puissantes décongestions qu'ils observent la cédation rapide des douleurs, la diminution notable des pertes, la réduction de volume des organes atteints. Ils n'ont jamais signalé de symptômes d'intoxication, ni aucun de ces inconvénients dont parle Labadie-Lagrave à propos de l'ichthyol.

Voici donc en présence les deux médicaments qui paraissent en gynécologie rendre les plus grands services : l'ichthyol, le Thigénol.

L'ichthyol contient 8,8 pour 100 de soufre d'où il tire ses excellentes propriétés thérapeutiques.

Le Thigénol, avec 10 pour 100 de soufre, présente aux praticiens des propriétés analogues, mais plus affirmées puisque sa teneur en soufre est plus élevée.

L'ichthyol a les inconvénients de tacher fortement le linge, il n'est pas soluble dans l'eau, il produit des phénomènes d'intolérance et même d'intoxication, il a mauvaise odeur.

Le Thigénol n'a rien de ces inconvénients, l'eau pure enlève les taches qu'il laisse sur le linge, il est soluble dans l'eau, il ne produit aucune intolérance, aucune intoxication, et pour cela peut être employé à dose très élevée, d'où des résultats très rapides. Il n'a pas d'odeur. Ces qualités sont dues à la préparation chimique qui lui donne naissance.

Il n'est certainement pas question de rejeter dans l'oubli l'ichthyol, mais les praticiens ont maintenant à leur service un nouveau produit des plus actifs qui leur donnera, employé à 40 pour 100 environ dans la glycérine, des résultats remarquables en petite gynécologie, et dont les qualités chimiques sont incontestables. Ils pourront donc l'employer aisément dans tous les cas où l'ichthyol est indiqué et rend de réels services.

(1) Dr M. Nigoul, ancien interne de l'hôpital Péan. — Un nouveau traitement des affections de petite gynécologie. — N° 11, samedi 12 mars 1904.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Entérosucchorrée nerveuse

M. Geissler (*Muench. med. Woch.*, 22 mars 1904) a observé un fait curieux d'hypersécrétion du suc intestinal, qui met en évidence le rôle que les troubles de ce genre peuvent jouer dans la pathogénie de certaines diarrhées dites nerveuses ou chroniques.

Cette observation concerne un jeune homme, de souche névropathique, ayant souffert, à plusieurs reprises, de dyspepsie liée à l'hyperchlorhydrie stomacale. Sous l'influence du surmenage, ce malade fut ensuite atteint de neurasthénie à forme grave, avec troubles gastriques. Ces troubles disparurent par la suite, mais ils furent remplacés par une diarrhée manifestement nerveuse. En effet le malade, tout en continuant à bien digérer ses aliments, tout en augmentant de poids, était pris, plusieurs fois par jour, de besoins impérieux de défécation. Il évacuait alors des quantités plus ou moins considérables d'un liquide incolore et clair, tantôt pur, tantôt mélangé à des fèces. Ces décharges diarrhéiques se produisaient sous l'influence des émotions, surtout les jours d'exacerbation des troubles neurasthéniques, mais elles survenaient aussi par l'effet de l'accumulation de matières fécales dures dans l'intestin. Dans le premier cas, le malade ne rendait qu'un liquide clair en quantité variable; dans le second cas, il avait d'abord une selle moulée, suivie immédiatement après de l'expulsion du liquide clair.

Ce dernier était de réaction alcaline; il contenait de l'albumine en faible quantité, mais pas de sucre. Il réduisait la solution de Fehling, peptonisait la fibrine, émulsionnait l'huile de croton et transformait l'amidon en sucre; bref, il présentait tous les caractères du suc intestinal.

Il s'agissait donc, dans l'espèce, d'une hypersécrétion intestinale ou entérosucchorrée, analogue à l'hypersécrétion gastrique ou gastrosucchorrée et d'origine vraisemblablement nerveuse, réflexe.

De la valeur diagnostique des injections d'eau salée chez les tuberculeux

Dans la séance du 3 février de la Société médicale de Genève, **M. Ch. Julliard**, chef de clinique de chirurgie, a communiqué les résultats qu'il a obtenus à la suite d'injections d'eau salée dans les cas de tuberculose chirurgicale, injections auxquelles on attribue d'ordinaire une valeur toute spéciale dans le diagnostic des affections pulmonaires de même nature.

Il a choisi 24 malades, tous apyrétiques, chez lesquels le diagnostic ne présentait aucune incertitude. Ces sujets offraient les modalités cliniques les plus variées de tuberculose chirurgicale. Au point de vue pulmonaire, 19 malades présentaient des lésions torpides, non appréciables ou nulles, 8 étaient porteurs de lésions de moyenne intensité et chez 2 seulement on constatait des lésions à marche progressive rapide.

On injecta chez ces malades 150 gr. d'une eau salée à 9 °/₀₀ et la température fut prise toutes les deux heures dans le rectum, pendant vingt-quatre heures avant et après l'injection.

Les cas peuvent se diviser en trois catégories :

Ceux qui ont présenté une courbe identique avant et après l'injection. Ces cas sont au nombre de seize (66,6 °/₀). Leurs lésions revêtaient les modalités les plus différentes, ainsi, au point de vue chirurgical, trois étaient en voie de guérison, douze étaient en état stationnaire et chez un la maladie était en progrès: au point de vue pulmonaire, treize présentaient des lésions torpides ou nulles, deux des lésions moyennes et un des lésions progressives.

Ceux qui ont présenté après l'injection une hypothermie variant de 1/10 de degré à 1 degré 1/2. Ces cas sont au nombre de deux (8,3 °/₀); au point de vue chirurgical, ces malades étaient en voie de guérison, et au point de vue médical, tous deux présentaient des lésions torpides.

Ceux qui ont présenté après l'injection une élévation de température dépassant 38°. Ces cas sont au nombre de six (25 °/₀) et se répartissent comme suit : quatre malades ont présenté une élévation faible, allant de 38° à 38°4; ils étaient tous en voie d'aggravation (quoique peu sensible) au point de vue chirurgical; au point de vue médical, trois d'entre eux présentaient des lésions torpides ou nulles, chez un la tuberculose progressait rapidement. Deux seulement ont présenté une élévation caratéristique, nette et franche, allant à 39°1 et 39°9. De ces deux malades, l'un était atteint d'un mal de Pott à l'état stationnaire, n'ayant pas présenté de phénomène inquiétant depuis plusieurs années, l'autre souffrait d'une tuberculose articulaire du genou progressive.

Ces deux derniers cas ne forment donc que 8,4 °/₀ du total des cas, proportion bien faible. L'élévation de température débuta quatre heures après l'injection eut une durée de quatre à six heures et ne se reproduisit plus le lendemain.

L'auteur ne veut pas se prononcer sur la valeur définitive du procédé, le nombre de ses expériences étant encore insuffisant. Il tient cependant à constater un fait, parfaitement précis, c'est que sur 24 cas de tuberculoses chirurgicales certaines, d'ancienneté et de modalité clinique très variables, 2 seulement, soit 8,4 °/₀, ont réagi à la suite de l'injection d'eau salée. Ces résultats permettent de mettre en doute la valeur diagnostique réelle de la méthode.

Le professeur **Bard** fait observer que ces résultats semblent être en désaccord avec ceux obtenus par M. Hutinel et les autres promoteurs de la méthode, mais il ne faudrait point conclure de cette divergence qu'on ne puisse tirer aucune donnée utile de l'application de ce procédé. En effet, d'après les résultats obtenus sur les sujets atteints d'affections médicales, l'inconvénient de la méthode serait une trop grande facilité de réaction produite par l'injection d'eau salée, inconvénient que possède également la tuberculine. D'après les statistiques des services de médecine, comme dans celle de M. Julliard, il ne faut pas attacher de valeur à l'absence de réaction pour affirmer ou nier la nature tuberculeuse de l'affection; par contre, on peut se fier au résultat quand il est positif. Dans le service de clinique médicale, la méthode est employée presque journellement depuis trois ans, mais appliquée seulement à des cas de tuberculose avancée; on considère comme positives les réactions dépassant 38°5 et ayant plusieurs heures de durée. Ainsi utilisée, la méthode a une valeur réelle.

M. Revilliod ne s'étonne point du fait que les tuberculoses médicales à tendance fébrile, et les tuberculoses locales froides, scrofuleuses, présentent des façons opposées de réagir à l'injection d'eau salée. Il énonce les points suivants qui restent encore à résoudre dans cette question : pourquoi une solution de NaCl donne-t-elle de la fièvre aux tuberculeux? Pourquoi en donnerait-elle aux tuberculeux seuls? Pouquoi le NaCl aurait-il cette propriété, plutôt que d'autres sels? Y a-t-il là une question de teneur du sérum en NaCl? M. Revilliod rappelle les travaux récents sur le rôle du NaCl dans la pathogénie des œdèmes et les faits observés d'ancienne date d'antagonisme entre les œdèmes et la tuberculisation. Il serait intéressant d'étudier si les injections d'eau salée ont quelque influence sur la marche de la tuberculose et quelles sont les réactions produites par des injections d'autres solutions salines.

M. Julliard dit qu'il ne s'explique pas non plus pourquoi la réaction fébrile ne s'est pas produite chez ceux de ses tuberculeux chirurgicaux atteints également de lésions pulmonaires. Il ajoute que la réaction fébrile n'est jamais observée chez les nombreux malades non tuberculeux qui reçoivent des injections, souvent très abondantes, d'eau salée dans le service de chirurgie. La réaction fébrile revêt donc bien un caractère de spécificité.

V. DE H.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Renaut est dés. pour l'hôp. mil. de de Bourbonne-les-Bains, en rempl. de M. Bischoff.

Le méd. aide-major de 1re cl.:

M. Petit est dés. pour l'hôp. mil. de Vichy.

MALADIES NERVEUSES

Epilepsie procursive à forme anormale

PAR

MM. V. Courtellemont et P. Touchard

Internes des hôpitaux.

(Travail de la Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière).

Depuis les premiers travaux de Bourneville et Bricon, qui rappelèrent l'attention des observateurs sur les faits d'épilepsie procursive, les publications relatives à cette question se sont multipliées. Ladame, Mairet, Lemoine et Delbreil apportèrent, dès la première heure, leur contribution à cette étude. Plus tard, paraissent de nombreux mémoires, parmi lesquels nous citerons ceux de Butner (1), Mingazzini, Lannois, Schuster et Mendel, et tout récemment enfin la thèse de Monier (2).

Tous ces travaux ont permis de déterminer, dans le cadre de l'épilepsie procursive, l'existence de plusieurs modalités cliniques qui diffèrent les unes des autres par quelques caractères. L'aspect symptomatologique des crises peut varier, en effet, suivant la place occupée par la procursion dans l'accès, suivant la forme ou le sens du déplacement, et selon l'état de la conscience.

La progression peut être le seul phénomène moteur observé : associée à la perte de connaissance, elle constitue alors toute la crise; c'est dans ces cas que l'épilepsie procursive mérite réellement le nom d'épilepsie larvée. Dans d'autres faits, au contraire, une attaque convulsive classique s'adjoint à la propulsion : presque toujours c'est celle-ci qui précède la crise éclamptique, on a alors affaire à une véritable aura motrice, c'est *l'aura procursive*; exceptionnellement ce sont les accidents convulsifs qui apparaissent les premiers, la procursion qui leur succède pourrait être rangée dans la classe des troubles moteurs post-paroxystiques : c'est alors la *procursion post-épileptique*.

On sait, d'autre part, que le déplacement ne s'opère pas toujours suivant le même mode; il s'effectue d'ordinaire soit par une course, qui constitue la variété la plus habituelle, soit par une marche. Mais, dans des cas plus rares, il peut être le résultat de mouvements d'un autre ordre, qu'il est juste de rattacher, à l'exemple de certains auteurs, à l'épilepsie procursive : ou bien le malade avance par sauts successifs (*forme saltatoire* de la procursion); ou bien, appuyé sur le sol des deux mains et des pieds, il se livre à une véritable course à quatre pattes (*procursion à quatre pattes*, telle qu'on l'observe dans le cas de Delbreil, de Kramer [1]); ou bien encore le déplacement consiste uniquement en mouvements rotatoires, qui peuvent affecter deux types : tantôt le sujet couché à terre, se roule sur le sol, autour de l'axe longitudinal du corps c'est alors un véritable mouvement *de roulement*; tantôt, resté debout sur ses pieds, il tourne autour de son axe vertical par un mouvement de pirouette : ce sont les mouvements *giratoires*, bien étudiés par Mingazzini.

D'un autre côté, la direction suivie est loin d'être la même chez tous les sujets. Le plus grand nombre se dirigent en avant : cette progression est parfois réalisée par une marche, le plus souvent par une course, rapide, précipitée, irrégulière, on a alors affaire à l'épilepsie procursive proprement dite. Parfois, rarement il est vrai, le déplacement s'opère en arrière, par un mouvement de marche à reculons : c'est l'épilepsie *rétro-pulsive* ou *procursive à reculons* (Lannois). Dans un troisième groupe de faits, un peu moins rare que le précédent, le malade se meut suivant une ligne circulaire, de rayon plus ou moins grand, par un véritable mouvement de manège : c'est *l'épilepsie circumcursive* (Mingazzini); elle consiste en général en une course, quelquefois en une marche.

Enfin l'état de la conscience pendant la procursion permet aussi de distinguer plusieurs variétés dans ce syndrome morbide. Presque constamment la perte de connaissance est absolue en ce sens que le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose, paraît étranger à tout ce qui se passe autour de lui et ne conserve au réveil aucun souvenir des faits qui se sont produits pendant l'accès. Mais il est aisé de remarquer que la conscience n'est pas également perdue dans tous ces cas. Tantôt, en effet, le malade se laisse arrêter par les obstacles placés sur son chemin, ou se heurte violemment aux objets qu'il rencontre : la perte de sa conscience est alors totale; tantôt, au contraire, il est capable d'éviter les obstacles, de les contourner ou de les franchir, il peut, par exemple, monter ou descendre un escalier, en courant, sans faire de chute; ici, certainement, la conscience n'est pas pleinement abolie. Enfin, dans des cas tout à fait exceptionnels, que les auteurs allemands considèrent cependant comme fréquents, la connaissance est conservée pendant la procursion (cas de Delbreil, de Monier) et la course n'est plus alors qu'une véritable impulsion : c'est la *procursion consciente*.

Ajoutons, pour terminer, que les types cliniques que nous venons de rappeler, ne sont pas toujours isolés chez un même malade; un même sujet peut réunir plusieurs d'entre eux, soit associés pendant le même accès, soit distincts au cours de crises différentes.

Telles sont les formes principales de l'épilepsie procursive. Leur multiplicité et leur variété nous montrent les aspects différents, le polymorphisme symptomatologique que peut prendre ce syndrome clinique. Elles nous apprennent aussi que la dénomination d'épilepsie procursive ne doit pas être entendue dans son sens strict, mais s'applique à tous les accès comitiaux, complets ou incomplets, accompagnés de déplacement rapide.

L'histoire d'une petite malade que nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique des maladies nerveuses, met bien en évidence la justesse de cette définition, et nous montre en même temps l'existence de modalités cliniques un peu spéciales.

Cette enfant, qui fut présentée par notre maître, M. le prof. Raymond, à l'une de ses leçons du mardi, est une fillette, âgée de dix ans, née de parents névropathes; la mère a souffert à plusieurs reprises de rhumatisme polyarticulaire aigu franc, dont la première crise fut postérieure à la naissance de l'enfant; une cousine est atteinte de crises convulsives; les trois frères ou sœurs de la malade sont vivants et bien portants, et l'on ne trouve pas trace de syphilis héréditaire dans la famille. L'enfant naquit à terme, dans des conditions normales, elle fut élevée au sein jusqu'à l'âge de vingt mois et sevrée sans accidents. A dix-huit mois, elle contracte la coqueluche, à deux ans, une fluxion de poitrine, à huit ans la diphtérie.

Les accès procursifs ne furent pas les premières manifestations du mal comitial.

Dès ses deux premières années, notre petite malade avait présenté, à diverses reprises, des convulsions localisées aux muscles des yeux et de la

(1) Butner. — *Allgemein. Zeit. f. Psych.*, XLVII, 1891, p. 549.

(2) Monier. — L'épilepsie procursive (Thèse de Lille, juillet 1903).

(1) Kramer. — *Zeit. f. Heilkunde*, 1890.

face (retournement des globes oculaires, déviation de la bouche); ces symptômes survenaient à l'occasion de l'éruption de nouvelles dents, et ne s'accompagnaient pas de modification notable de l'état général.

A l'âge de quatre ans, apparurent les premières attaques d'épilepsie franche : brusquerie du début, chute subite, coloration violacée du visage, raideur de tous les membres, perte complète de connaissance avec amnésie totale, après la crise, de tout ce qui s'était passé pendant celle-ci, enfin courbature consécutive plongeant la malade dans le sommeil pendant le reste de la journée. On n'a jamais remarqué qu'il y eût des convulsions cloniques pendant la crise. Il n'existait pas non plus d'écume aux lèvres, de cri initial, ou d'incontinence d'urine. Ajoutons que la malade a cessé d'uriner au lit depuis l'âge de dix-huit mois environ. De l'âge de quatre ans jusqu'à cinq ans, l'enfant eut, en tout, quatre crises semblables; toutes apparaissaient sans cause appréciable; un vermifuge, administré dès les premières, n'amena l'expulsion d'aucun ver intestinal.

C'est environ trois à quatre mois après le dernier des accès dont nous venons de parler, c'est-à-dire à l'âge de cinq ans et trois mois, que la famille remarqua pour la première fois les accidents paroxystiques actuels, qui consistent en secousses convulsives des deux bras, parfois des deux jambes, avec perte de connaissance et souvent avec procursion.

Depuis ce moment, ces crises allèrent en augmentant, comme intensité, comme durée et enfin comme fréquence (au nombre de cinq à six par jour pendant longtemps, elles atteignent maintenant quotidiennement le chiffre de vingt).

Elles débutent subitement, sans que rien ne les annonce. Leur fréquence est assez grande pour qu'au cours d'un examen, pour peu qu'on le prolonge, on soit témoin de plusieurs de ces crises; nous avons pu ainsi assister à cinq ou six d'entre elles. Voici comment les choses se passent :

Quand la malade est assise, elle est prise brusquement de secousses dans les avant-bras. Les secousses sont assez rapides, rythmées, de faible amplitude; elles sont remarquables par leur brusquerie, leur caractère spasmodique. Les bras restant verticaux le long du corps, les avant-bras sont fléchis à peu près à angle droit, le poing fermé; la tête est fléchie sur le sternum, et est le plus souvent animée de quelques secousses; les membres inférieurs conservent leur position, ils sont raides, mais immobiles. Membres supérieurs et cou sont d'ailleurs, comme ces derniers, le siège d'une contracture dont on se rend compte facilement. La respiration est bruyante, phénomène dû à ce qu'il se produit une série d'expirations brusques, dans lesquelles l'air est chassé inégalement par le nez. Le regard est vague et fixe, mais il ne frappe pas l'observateur en raison de la position de la tête qui ne permet pas facilement de le constater. Cet état dure jusqu'à la fin de l'accès.

La malade est-elle debout, les mêmes phénomènes se passent, mais de plus, dès le début, des secousses identiques se produisant dans les membres inférieurs, l'enfant se met à sautiller en se dirigeant en avant, droit devant elle. Elle avance ainsi, en poussant ses deux pieds en avant, en même temps, par un mouvement saccadé, tandis que l'avant-pied ne paraît pas abandonner le sol : c'est donc d'un véritable glissement par saccade qu'il s'agit.

La propulsion qui résulte de ces mouvements est assez rapide, et se prolonge jusqu'à la fin de l'accès, à moins qu'un obstacle ne vienne y mettre un terme. L'enfant rencontre-t-elle un mur en face d'elle, elle s'arrête, mais n'en continue pas moins ses secousses, et par suite se frappe poings et front contre la muraille. Souvent aussi un objet, placé sur son passage, la fait culbuter.

Il est donc bien évident qu'au cours de ses crises elle ne voit pas les obstacles et n'en a aucune conscience, aussi lui est-il arrivé, par exemple, d'enfoncer une vitre; heureusement ses parents l'arrêtèrent à ce moment et l'empêchèrent de continuer, à travers la croisée, son mouvement en avant.

Parfois elle devient pâle; mais le plus souvent son teint ne change pas; il ne s'est pas modifié pendant les accès auxquels nous avons assisté.

D'ordinaire, l'enfant ne tombe pas : la chute, quand elle survient, est due à un obstacle entravant la marche.

La perte de connaissance est absolue pendant toute la durée de la crise; celle-ci passée, l'amnésie est complète pour tout ce qui s'est produit pendant sa durée.

Chaque crise dure d'une demi-minute à deux minutes environ.

L'enfant achève, après l'accès, l'acte qu'elle avait commencé avant son début, en le reprenant exactement au point où elle l'avait laissé; était-elle, par exemple, occupée à chanter quand la crise l'a surprise, une fois celle-ci terminée, elle continue sa chanson en la reprenant au point où elle en était restée. Jamais, pendant ses accès, on n'observa de cri initial, d'incontinence des urines, de morsure à la langue ou d'écume à la bouche.

A l'inspection de la malade, ce qui frappe l'observateur, c'est la petitesse de la taille, jointe à un certain degré d'embonpoint. Elle mesure 1 m. 34 de hauteur. La tête est un peu grosse, les joues plus pleines que normalement, l'air plus vieux que son âge; partout elle a l'aspect dodu, potelé, d'un bébé bien portant. Les creux sus-claviculaires et sous-claviculaires n'existent pas; la taille est large et mesure 57 centim. de circonférence. Nulle part, les téguments ne sont le siège d'un épaississement myxœdémateux. Les cheveux et les sourcils sont normalement développés; le système pileux est absent sur les autres régions.

Quand on palpe le corps thyroïde, on constate que cet organe est légèrement diminué de volume.

L'intelligence paraît normale et la mémoire est bonne. Cependant, l'enfant ne fait pas de progrès à l'école et ne sait pas lire couramment. Sa mère, il est vrai, explique ce retard en disant qu'on ne s'occupe pas de sa fille en classe en raison des mouvements involontaires qu'elle exécute et qui la font mettre à l'écart.

Ajoutons, enfin, que l'examen objectif du système nerveux ne permet de noter aucun signe morbide, et que, à l'exception de lésions bénignes du naso-pharynx, constituées par l'hypertrophie des amygdales palatines et des cornets inférieurs, l'état de tous les viscères est normal. L'appétit est satisfaisant, et, à part les accès, la santé est bonne.

En résumé, les accès procursifs que l'on observe chez notre malade s'accompagnent de secousses convulsives des membres supérieurs et de perte de connaissance. Ils ont été précédés d'une longue période de manifestations comitiales et se montrent chez une enfant frappée de retard de développement et atteinte de lésions légères du rhino-pharynx.

Leur nature ne saurait faire de doute : il s'agit bien d'accès épileptiques; le début brusque, la perte absolue de la connaissance, l'amnésie complète à leur suite pour tout ce qui s'est passé pendant leur durée sont la signature irrécusable de la maladie. Les antécédents personnels ne font, d'ailleurs, que confirmer ce diagnostic, puisqu'ils

nous montrent, chez ce sujet, l'existence antérieure d'accès comitiaux typiques.

Deux particularités méritent d'être étudiées successivement dans ces crises procursives : la procursion en elle-même et le moment où elle se produit.

Ce qui donne, aux accès de notre petite malade, leur caractère original, c'est la procursion particulière que l'on observe dans la plupart des cas. Evidemment, elle ne réalise pas la description classique de l'épilepsie procursive. Celle-ci consiste habituellement, nous l'avons vu, en une véritable course ou en une marche bien caractérisée. Ici, il n'en est pas de même, le mode de déplacement est tout à fait différent, notre malade n'esquisse pas même un pas, puisque, d'une part, ses pieds ne quittent jamais complètement le sol, et, d'autre part, ils avancent toujours symétriquement tous les deux en même temps; la progression, dans ce cas, résulte donc d'un glissement par saccades dû aux mouvements successifs d'extension des membres inférieurs sous l'influence de contractions spasmodiques. Nous sommes donc amenés à considérer la propulsion de notre sujet, comme la conséquence, non pas de l'acte naturel de la marche ou de la course, mais de secousses animant les membres inférieurs, absolument analogues à celles qui agitent les bras et les avant-bras Il y a donc lieu d'admettre une procursion épileptique produite par le mécanisme que nous trouvons réalisé chez notre malade; ce type prend place parmi les formes, nombreuses déjà, de l'épilepsie procursive, il se distingue des variétés ordinaires, non par la direction du déplacement, mais par le mécanisme qui préside à son exécution; en employant le mot procursion dans son sens le plus large, synonyme de déplacement rapide, on peut dire que c'est une procursion par secousses ou par glissement saccadé.

Le second point sur lequel nous voulons appeler l'attention est relatif à la période occupée par la procursion dans la crise comitiale; au lieu de survenir soit avant, soit après les convulsions, comme il est de règle dans l'épilepsie procursive accompagnée d'accès éclamptiques, dans notre cas, c'est pendant toute la durée de la phase convulsive que s'est effectuée la marche en avant. Nous ne reviendrons pas ici, d'ailleurs, sur les quelques particularités symptomatologiques qu'ont présentées ces crises convulsives.

Ajoutons, enfin, qu'indépendamment de l'emploi des bromures, destiné à combattre le mal comitial, le traitement fut dirigé contre deux autres éléments morbides, réunis chez notre sujet, et qui peuvent jouer l'un et l'autre un rôle secondaire, mais effectif, dans la répétition des accès. Nous voulons parler de l'état du naso-pharynx, dont les lésions sont capables d'entraver la respiration normale, et surtout du retard de développement dont souffre manifestement cette enfant; aussi la médication thyroïdienne, administrée à petites doses et d'une façon continue, a-t-elle été associée aux prescriptions précédentes. La nécessité de remplir ces diverses indications thérapeutiques s'imposait d'une façon toute spéciale dans une forme d'épilepsie si souvent rebelle à l'action du bromure.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Invagination intestinale chronique

PAR

MM. les Drs P. Gallois et Séguel

La symptomatologie de l'occlusion intestinale aiguë est bien connue de tous les médecins. On pense immédiatement à cette affection quand on se trouve en présence d'un malade qui a des vomissements fécaloïdes et qui est dans l'impossibilité d'évacuer, par l'anus, des matières solides, liquides et même gazeuses. Quant à l'occlusion intestinale chronique, il semble qu'elle représente un type morbide moins familier aux cliniciens. Nous n'en voulons pour preuve que l'exemple suivant d'une enfant atteinte d'invagination intestinale chronique. Elle fut vue par un grand nombre de médecins et de consultants des plus distingués. La plupart, bien certainement, connaissaient la thèse de Rafinesque où cette forme chronique d'occlusion est remarquablement décrite, mais aucun ne pensa à ce diagnostic, et, en tout cas, personne ne proposa une intervention opératoire qui, seule, aurait pu sauver la petite malade. A ce point de vue l'observation nous a paru importante à publier pour attirer à nouveau l'attention sur un type morbide connu sans doute, mais parfois méconnu.

Pendant les vacances de Pâques 1903, nous vîmes ensemble une fillette de neuf ans qui, depuis l'âge de quatre ans, présentait des troubles gastro-intestinaux l'ayant amenée à un état de cachexie assez grave. Au cours d'une maladie de si longue durée et allant toujours en empirant, les parents avaient plusieurs fois changé de médecins ordinaires et avaient appelé un grand nombre de consultants. Les diagnostics formulés avaient été surtout ceux d'entérite et de péritonite tuberculeuses. Ce sont-là, évidemment, les deux hypothèses qui se présentent tout d'abord à l'esprit en semblable circonstance.

Les parents, priés de nous raconter l'histoire de la petite malade, ne nous donnaient que des renseignements assez vagues. La longue maladie de leur fille les avait mis dans un état de neurasthénie telle qu'ils ne pouvaient rassembler leurs souvenirs. Nous pratiquâmes donc l'examen physique, nous réservant de reprendre ultérieurement l'étude des anamnestiques lorsque nous aurions assez de documents pour pouvoir diriger utilement l'interrogatoire.

L'enfant, très émaciée, cachectique, ressemblait, si l'on veut, à une petite phtisique ; cependant son aspect faisait plutôt songer à de l'inanition qu'à de l'hecticité. La température était normale; le pouls, faible, n'avait pas une accélération notable. Le ventre, sur lequel se porta tout de suite notre attention, était très volumineux, mais ne présentait pas de veines sous cutanées abdominales distendues. Par la percussion, on constatait un météorisme très accentué, occupant également tout le ventre et présentant partout la même tonalité. On ne pouvait, en particulier, déterminer, grâce à un timbre spécial, les limites de l'estomac. Il ne s'agissait donc pas d'une dilatation gastrique, mais d'un tympanisme intestinal. Existait-il de l'ascite? A un premier examen, en faisant coucher la malade sur le côté, il nous sembla avoir constaté une sonorité moindre dans le flanc déclive. De même nous crûmes percevoir une sensation de flot, très légère; mais, par la suite, nous ne retrouvâmes pas ces signes et nous abandonnâmes l'idée d'un épanchement, même très minime, dans le péritoine. En palpant l'abdomen on ne trouvait, en aucun point, rien qui ressemblât à un gâteau de péritonite tuberculeuse; nulle part on ne provoquait de crépitation amidonnée ni de cris intestinaux. Pourtant, dans la fosse iliaque droite, on percevait, mais de façon assez indistincte, une petite masse rénitente semblant appartenir au cœcum.

Mais cet examen ayant réveillé la contractilité intestinale, amena l'apparition de symptômes tout à fait caractéristiques. La petite malade commença à se plaindre, à s'agiter. En même temps le ventre se soulevait par places, en saillies globuleuses, séparées par des dépressions. L'intestin, distendu, apparaissait sous la paroi abdominale amaigrie, au point qu'on aurait pu, sans peine, en dessiner les circonvolutions. Les anses, agitées d'un vif péristaltisme, se déplaçaient continuellement, glissant les unes sur les autres. Il était évident qu'il n'existait aucune adhérence péritonéale entre elles. On entendait des gargouillements intenses et l'on suivait facilement la marche des gaz dans l'intestin, passant par grosses bulles d'une anse contractée dans une autre qui se laissait distendre. Ces contractions, d'une énergie extrême, semblaient être très douloureuses pour la petite malade. Elle se tordait dans son lit en poussant des cris comparables à ceux d'une femme qui accouche. Affolée en quelque sorte par ses souffrances, elle se tournait à droite et à gauche, s'asseyait, se recouchait, à un moment même elle se mit à quatre pattes. Ce n'est pas ainsi que se présentent d'ordinaire les malades atteints d'entérite ou de péritonite tuberculeuses.

Peu à peu cette crise violente se calma progressivement et nous apprîmes que des accidents semblables se produisaient spontanément Ces crises revenaient par périodes irrégulières mais fréquentes. Les périodes de crises duraient une, deux ou trois journées et se reproduisaient

tous les quatre ou cinq jours. Au cours d'une période, les crises étaient également intermittentes. Chaque douleur durait quelques minutes elles étaient séparées par des intervalles variables, d'un quart d'heure à une demi-heure environ. Souvent, les crises douloureuses se produisaient sans motif appréciable, mais diverses causes occasionnelles, un repas, une contrariété, un changement de position pouvaient en provoquer le retour. La nature des aliments ingérés ne paraissait avoir aucune influence sur l'apparition des crises; le lait n'était pas mieux supporté que le reste. Parfois, au moment des crises, l'enfant avait des vomissements, mais cela était assez rare en ce moment. A une période antérieure, que nous n'avons pu faire préciser exactement, les vomissements auraient été plus fréquents.

Dans l'intervalle des périodes de crises l'enfant avait assez bon appétit. Pendant les périodes de crises, elle avait même la sensation de faim, mais n'osait manger de peur de réveiller ses douleurs. Les selles n'étaient pas supprimées, mais elles étaient assez irrégulières. En général, elles consistaient en matières dures ayant souvent la forme de billes. Quelquefois les matières étaient plus molles et notre interrogatoire nous apprit qu'elles avaient parfois une apparence rubannée. Il était très rare que la malade eut des selles liquides ou de la diarrhée. On n'avait constaté ni glaires ni membranes. A une époque que nous n'avons pu faire préciser, il y aurait eu du sang dans les garde-robes. La malade rendait très rarement des gaz par l'anus. Il se produisait, en somme, ce fait un peu paradoxal, que les matières solides semblaient traverser l'intestin plus facilement que les matières liquides ou gazeuses.

L'examen physique des autres organes était à peu près négatif. Ni le foie ni la rate n'étaient augmentés de volume. L'urine ne contenait pas d'albumine. Aucun bruit de souffle au cœur. Au sommet du poumon droit on notait une légère expiration soufflante en arrière. Dans l'aine droite on trouvait un ou deux petits ganglions mobiles et indolores.

En somme, l'impression produite par cette petite malade était peu favorable à l'hypothèse d'une péritonite ou d'une entérite tuberculeuses, au moins dans leurs formes communes. Les crises douloureuses auxquelles nous avions assisté, le météorisme, l'exagération du péristaltisme éveillaient plutôt l'idée d'une sténose incomplète de l'intestin, d'une occlusion intestinale chronique. La petite masse rénitente que nous avions sentie dans la fosse iliaque droite nous faisait placer le siège de cette occlusion au niveau du cœcum. Quant à la nature de cette sténose on pouvait penser soit à une invagination intestinale chronique du type Rafinesque, soit au tuberculôme hypertrophique de M. Dieulafoy, soit à des brides de péritonite tuberculeuse comme dans les faits décrits par Lejars. L'absence de fièvre et la longue durée de la maladie étaient plutôt en faveur de l'invagination chronique, qui est surtout fréquente chez les enfants. Nous aurions porté ce diagnostic ferme si nous avions constaté, avec le doigt introduit dans l'anus, un boudin invaginé dans le rectum. Mais l'absence de ce signe ne nous surprenait pas outre mesure puisque nous placions le siège du mal au niveau du cœcum En admettant l'existence d'une invagination, a quelle époque fallait-il en faire remonter l'apparition ? Sur ce point, les renseignements fournis par la famille étaient fort peu précis. Depuis cinq ans l'enfant avait des troubles gastro-intestinaux, cependant c'était seulement depuis sept ou huit mois que ces troubles se seraient présentés sous la forme des crises douloureuses auxquelles nous avions assisté.

En somme, que la lésion fut tuberculeuse ou non, le fait dominant était l'existence d'un obstacle à la circulation des matières. Le seul moyen de lever cet obstacle était une intervention opératoire. Deux chirurgiens consultés par nous furent du même avis. L'opération fut acceptée par la famille.

A l'ouverture du ventre, on trouva les anses de l'intestin grêle énormes, offrant au bas mot 10 centimètres de diametre, rouges, épaissies, ayant des parois d'au moins 5 millimètres. Par contre, le colon était rétracté. Il y avait ainsi une sorte d'inversion du volume réciproque des deux portions de l'intestin : l'intestin grêle était devenu très volumineux, tandis que le gros intestin était devenu grêle. Pas d'ascite notable, péritoine absolument libre, aucune lésion tuberculeuse de la séreuse. A l'union de l'intestin grêle et du cœcum on trouva une tumeur d'environ 5 centimètres de diamètre semblant constituée par un épaississement des tuniques. De l'appendice, on n'apercevait qu'un moignon de 2 à 3 centimètres de long, très raccourci et très épaissi. Il avait été évidemment entraîné avec le cul-de-sac du cœcum dans l'invagination de l'iléon, à l'intérieur du colon ascendant. Le tissu morbide fut enlevé. A la coupe toutes les tuniques étaient confondues et il fut impossible de distinguer les cylindres d'invagination. A l'œil nu on ne constatait aucune lésion pouvant faire penser à la tuberculose hypertrophique du cœcum. Mais quelle que fut la nature intime de la tumeur un fait indéniable était établi, c'est qu'il s'agissait bien d'une occlusion intestinale chronique et sur ce point, le seul important, au point de vue clinique, le diagnostic était exact et l'opération se montrait justifiée.

La masse morbide enlevée, les deux extrémités intestinales furent refermées en cœcum et sur une autre partie moins altérée de l'intestin on établit une entéro-anastomose entre l'iléon et le colon transverse. L'opération fut très pénible, très longue. L'enfant, cependant, sembla d'abord, l'avoir bien supportée; malheureusement, elle succomba le quatrième jour.

En somme, c'était bien d'une invagination intestinale chronique qu'il s'était agi. Pourquoi ce diagnostic n'avait-il pas été porté plus tôt par les médecins qui avaient vu l'enfant avant nous. Nous croyons qu'il faut l'attribuer à ce fait que le syndrome de l'occlusion intestinale chronique diffère beaucoup de celui de l'occlusion aiguë. C'est cette dernière que l'on prend ordinairement comme type. Comme elle se traduit par deux phénomènes très caractéristiques, les vomissements fécaloïdes et la suppression absolue de l'évacuation des matières solides, liquides ou même gazeuses par l'anus, on en conclut, en quelque sorte inconsciemment, que ce sont là les symptômes de toute occlusion qu'elle soit aiguë ou chronique. Chez un sujet qui n'a pas de vomissement fécaloïde et qui rend des gaz et des matières par l'anus, on ne pense pas à la possibilité d'une occlusion.

Or, les symptômes de l'occlusion chronique diffèrent notablement de ceux de l'occlusion aiguë. Cela tient à ce que les conditions sont elles-mêmes différentes. Dans l'occlusion aiguë l'arrêt de la circulation des matières est absolu, et c'est même parce que l'occlusion est totale qu'elle entraîne la mort rapidement et qu'elle mérite la dénomination d'aiguë. Dans l'occlusion chronique, au contraire, l'occlusion n'est pas totale, il s'agit, à proprement parler, d'une sténose incomplète. Les matières passent, difficilement sans doute, mais elles passent. Les selles ne sont pas supprimées et s'il y a des vomissements, ils n'ont pas forcément le caractère fécaloïde. C'est précisément parce que l'occlusion est incomplète qu'elle permet une survie parfois assez longue et qu'elle peut être qualifiée de chronique.

Ainsi donc, dans la sténose chronique, les signes d'occlusion font défaut. On ne constate pas cette constipation absolue dans laquelle les gaz eux-mêmes ne sont pas évacués au dehors. Les vomissements se produisent, mais ils ne vont pas jusqu'à être fécaloïdes.

Par contre, la survie pouvant être assez longue, l'intestin subit une série de modifications tendant à l'adapter aux nouvelles conditions de son fonctionnement. Il se distend au-dessus de l'obstacle ce qui lui permet d'emmagasiner le surplus des matières arrêtées par le rétrécissement. En même temps ses parois s'hypertrophient pour exercer une pression plus forte sur les matières et les obliger à forcer le passage. Par suite de ces modifications anatomiques, des symptômes nouveaux entrent en scène. La distension des anses intestinales se traduit par du météorisme, et l'hypertrophie des parois donne lieu à une exagération extrêmement douloureuse du péristaltisme intestinal.

Pour ces diverses raisons, suppression des signes typiques et apparition de symptômes nouveaux, l'occlusion chronique a un syndrome assez différent de celui de l'occlusion aiguë, et cela précisément parce qu'il n'y a pas, à proprement parler, occlusion mais simple rétrécissement. Au point de vue séméiologique il serait peut être plus avantageux de désigner ces accidents sous le nom de sténose incomplète de l'intestin, par analogie avec la sténose incomplète du pylore. Et, en effet, ces deux localisations, différentes de la sténose des voies digestives, présentent certaines analogies dans leur expression clinique.

Dans la sténose intestinale comme dans la sténose pylorique, les défécations persistent, il existe des vomissements, du météorisme, des crises douloureuses, de l'exagération du péristaltisme. Sans doute, le siège de la sténose donne à ces divers signes des caractères un peu particuliers. L'aspect des selles est évidemment d'autant plus modifié que le siège du rétrécissement est plus bas. Rubannées en cas de sténose portant sur le gros intestin, elles peuvent avoir une

apparence normale, si au dessous du point rétréci il existe une longueur d'intestin suffisante pour faire disparaître les modifications imprimées au bol fécal par son passage à travers l'étranglement. Le météorisme est gastrique dans la sténose du pylore, il est gastrique encore dans les sténoses du duodénum qualifiées, pour cette raison, de sténoses sous-pyloriques. Si la sténose siège plus bas dans l'intestin, la dilatation stomacale diminue, tandis que le météorisme intestinal devient prépondérant, parfois même comme chez notre petite malade il peut ne s'accompagner d'aucune distension gastrique. La percussion, le clapotage, permettent de reconnaître en général la nature de l'organe (estomac ou intestin), distendu, mais le diagnostic devient encore plus net aux moments où le péristaltisme s'exalte. Dans la sténose stomacale, l'estomac se met en boule en quelque sorte; quand la sténose siège sur l'intestin, les anses intestinales sont animées de contorsions visibles extérieurement et donnent lieu à de bruyants borborygmes. Les crises douloureuses existent dans les deux variétés de sténose. Elles siègent à l'épigastre dans le cas de sténose pylorique, au pourtour de l'ombilic en cas de stenose intestinale.

En général, le diagnostic est facile. Cependant, entre les deux syndromes typiques de la sténose pylorique et de la sténose intestinale on conçoit la possibilité de formes de passage où les symptômes gastriques ou intestinaux se mélangent en proportions variables. A cet égard les sténoses sous pyloriques sont un exemple de sténoses intestinales à symptomatologie presque exclusivement gastrique.

En somme, on ne pense pas assez, croyons-nous, à la possibilité de la sténose incomplète de l'intestin et cela parce que la dénomination d'occlusion intestinale chronique dont on se sert d'habitude évoque l'idée de vomissements fécaloïdes et de constipation absolue. Dans les cas d'occlusion chronique, il n'y a pas à proprement parler occlusion, mais simple sténose. A ce titre, cette affection présente un certain nombre de signes comparables à ceux de la sténose pylorique. Une opération chirurgicale faite en temps opportun avant que les lésions secondaires soient devenues trop considérables, est souvent la seule chance de salut par les malades.

FAITS CLINIQUES

Sur un cas de scarlatine apyrétique

Par M. le Dr Pierre Daireaux
Médecin-major de 2e classe au 24e régiment d'infanterie

La rareté des cas de scarlatine sans fièvre nous engage à publier l'observation suivante :

Observation. — Le soldat X..., du 24e régiment d'infanterie, en traitement à l'hôpital depuis le 21 mars 1903, pour une arthrite traumatique du pied droit, se plaint, le 25 mai, de mal à la gorge. On constate une rougeur diffuse du voile du palais, du pharynx, des amygdales et de leurs piliers. L'aspect framboisé et vernissé de cette angine présente les caractères de l'angine scarlatineuse classique. La langue est saburrale. Le malade se plaint de céphalée légère, de courbature et d'anorexie. A notre grand étonnement, nous ne constatons pas de fièvre (37°2) Le pouls est à 80. Malgré l'absence de température nous craignons une scarlatine et nous isolons aussitôt le malade.

Le lendemain, il présente une éruption généralisée qui aurait, d'après ses dires, débutée par le tronc, environ dix-huit heures après l'angine. L'éruption a un aspect scarlatineux des plus nets, en grands placards rouge sombre, avec un léger piqueté scarlatin, occupant le tronc et la face interne des cuisses. Dans les aisselles elle est plutôt maculeuse. Le lendemain, elle s'est généralisée sur tout le corps en même temps que les malaises disparaissent. Deux jours après, elle s'atténue, pour cesser en trois jours et être remplacée par une desquamation en placards épidermiques. Cette dernière commence par le tronc pour gagner, en dernier lieu, les mains et les pieds. Aux mains et aux pieds, l'épiderme s'enlève en longs lambeaux. La desquamation a duré environ vingt jours; l'angine trois ou quatre jours. A son déclin, la langue a présenté la desquamation si spéciale à la scarlatine.

Les urines n'ont été albumineuses ni pendant ni après la maladie. La température n'a jamais dépassé 37°5; le pouls a oscillé autour de 80.

Le diagnostic de scarlatine ne nous semble pas douteux. Certains auteurs ont voulu prétendre que ces scarlatines sans fièvre, n'étaient autre chose que des érythèmes généralisés. Dans notre cas, on doit d'autant plus discuter la possibilité d'un érythème que ce cas fut isolé. Nous n'avions eu, antérieurement, à soigner qu'un seul cas de scarlatine, une dizaine de mois auparavant. Le malade était un homme étranger à la garnison, pris de cette affection dans sa famille pendant une permission. Quand on pense à la facilité de diffusion de la scarlatine, on peut être étonné de voir un cas unique, en milieu hospitalier, ne contagionnant personne et ne pouvant se rattacher à aucun cas antérieur. Nous pouvons objecter que la contagion a pu se faire par des tiers, un visiteur, des gens de service, ou par un objet recélant depuis plus ou moins longtemps le contage. On sait que le professeur du Cazal a montré que la scarlatine pouvait se communiquer par des livres. Peut-être est-ce une contamination de ce genre qui a infecté notre malade. En ce qui concerne l'absence de contagion consécutive, les mesures de prophylaxie l'expliquent suffisamment.

D'autre part, X... n'a été soumis à aucune des causes produisant habituellement des érythèmes, ce dont nous nous sommes scrupuleusement informé (infection, intoxication alimentaire, action médicamenteuse). Enfin, l'affection a bien présenté l'allure classique d'une scarlatine légitime. Les érythèmes sont, en général, plus ou moins polymorphes et n'affectent pas un type éruptif aussi net que dans notre cas. En second lieu, les érythèmes ne sont pas généralement précédés d'une angine. L'angine primitive et la desquamation linguale si caractéristiques, sont la signature de la scarlatine.

Il existe, cependant, une forme d'érythème tellement semblable comme allure à cette dernière affection, qu'on l'a appelée *érythème scarlatiniforme idiopathique* (voir *Atlas manuel des maladies de la peau* de Mracek). « Cet érythème, en général fébrile, commence par une éruption de plaques rouges isolées, puis réunies en un érythème généralisé absolument semblable à la scarlatine; la muqueuse bucco-pharyngée participe à la rougeur. Du troisième au quatrième jour apparaît une desquamation identique à celle de la scarlatine, prurigineuse et durant environ dix jours. »

A notre avis, X... n'a pas été atteint de cette forme d'érythème, car son angine a précédé l'éruption, tandis que, dans cette affection, la poussée éruptive se fait en même temps sur les muqueuses et sur la peau. L'angine du début n'appartient qu'à la scarlatine; aussi pouvons-nous affirmer que notre malade a bien été atteint de cette affection.

Nous avons malheureusement omis de rechercher la diazo-réaction d'Ehrlich, ce qui eût établi le diagnostic définitivement pour ou contre l'érythème scarlatiniforme idiopathique. On sait, en effet, que cette réaction existe dans la scarlatine, et jamais dans les différentes variétés d'érythèmes.

Cette forme apyrétique de la scarlatine ne serait pas rare, d'après un travail de Fiesinger (*Gaz. méd. de Paris*, 1893) et la thèse de Couartarmanach (Paris, 1893), dans la médecine infantile. Cependant Ausset (*Leçons cliniques*, 2e série, p. 217) dit n'en avoir jamais observé. Récemment, le médecin-major Caziot a publié, dans le *Caducée* (décembre 1903), une étude dans laquelle il relate trois cas de scarlatine sans fièvre, dont deux à symptômes très atténués, à éruptions fugaces et très légères, qu'il appelle scarlatinettes (scarlatine latente de Trousseau). Au contraire, cette forme est rare chez l'adulte. Notre observation, d'après Caziot, serait la troisième publiée.

Elle vient, d'ailleurs, confirmer l'opinion des auteurs qui se sont occupés de cette question (Rilliet et Barthez, Fiesinger, Couatarmanach, Moizard, in Traité de Grancher, Caziot); à savoir que ces formes apyrétiques sont bénignes, évoluent sans complications et aboutissent à un rapide retour à la santé.

Au point de vue des particularités cliniques, notre observation, comme celles de Caziot, ne justifie pas l'opinion de Moizard, à savoir que le début est insidieux et que le pouls est rapide, ce qui serait, pour cet auteur, un signe très

important de diagnostic. Comme Caziot, et contrairement à ce qu'a observé Fiesinger, nous avons vu la langue desquamer. Enfin, nous remarquerons que les observations de Caziot ne sont pas absolument apyrétiques, tandis que notre malade n'a jamais dépassé 37°5.

On comprend l'importance de semblables faits pour le médecin de collectivités. A côté des angines plus ou moins intenses, suivies ou non de néphrite réalisant ces cas frustes, que le médecin devra toujours rechercher pour empêcher la contagion et assurer le traitement, existent des scarlatines sans fièvre, sans phénomènes généraux, qu'on peut classer en deux types.

Ou bien, comme dans les cas de Caziot, il s'agit de scarlatinettes ambulatoires, dont les symptômes ont besoin d'être attentivement recherchés. Ce sont les cas dangereux au point de vue de la transmission du contage, car ils passent souvent inaperçus. Ou bien, comme dans notre observation, l'éruption est typique; la desquamation et l'angine viennent affirmer la scarlatine; l'absence de phénomènes généraux et de fièvre nous fera seule douter du diagnostic. Dans ce cas, ne nous laissons pas hypnotiser par l'apyrexie, et discutons la possibilité d'une scarlatine apyrétique. La notion d'épidémicité suffira souvent à résoudre la question. S'il s'agit d'un cas isolé, nous discuterons le diagnostic, comme nous l'avons fait précédemment. Rappelons, à ce propos, que les érythèmes qui présentent le plus le type scarlatineux, sont, d'abord, l'érythème scarlatiniforme idiopathique, l'érythème mercuriel, surtout quand il est produit par l'onguent gris, et l'érythème belladonné, qui est souvent accompagné d'angine. Si l'angine précédant l'éruption est pseudo-membraneuse, on pourra penser à un rash diphtérique. Comme le fait remarquer Ausset dans ses leçons cliniques, on devra exclure ce diagnostic, même si on trouvait du Lowfler, car les érythèmes diphtériques sont tardifs et ne présentent pas de desquamation par peaux.

L'apyrexie dans la scarlatine ne doit pas nous surprendre davantage que les cas bien connus de typhoïde apyrétique (Potain, Tessier) et de pneumonie sans fièvre (Tessier).

Nous savons que toutes les maladies infectieuses peuvent évoluer sans température. Nous voyons tous les jours des grippes non fébriles et qui, souvent, laissent un état de profonde dépression, montrant que l'organisme a été sérieusement touché. Nous avons vu, il y a un an, une appendicite avec abcès pelvien sans septicémie péritonéale dans laquelle la température n'a pas dépassé 37. La faiblesse du sujet ne peut permettre d'expliquer l'apyrexie par l'absence de réaction; notre malade était, en effet, des plus vigoureux. On sait que Tessier, Roux et Pittion ont abaissé la température d'animaux injectés avec des cultures jeunes de bacille grippal. Gibert, Courmont, Charrin ont obtenu les mêmes résultats avec le coli-bacille et le bacille d'Eberth. On voit donc que l'apyrexie semble tenir à des propriétés particulières de l'agent infectieux lui-même, sans qu'on puisse expliquer les raisons de cette particularité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mars.

Note sur l'emploi thérapeutique du peroxyde de magnésium

MM. A. Gilbert et J. Jomier. — La magnésie, par les procédés actuellement connus, peut s'hyperoxygéner et se transformer, tout au moins partiellement, dans une proportion variant de 10 à 25 %, en peroxyde de magnésium; celui-ci ne peut s'isoler de la magnésie dont il dérive, mais il forme avec elle une poudre blanche, légère, sans saveur ni odeur, presque insoluble dans l'eau. La richesse de ce produit en peroxyde peut être facilement calculée par dosage.

Nous avons expérimenté la poudre peroxydée en clinique, et nous l'avons administrée à des malades atteints d'affections gastriques et à des sujets souffrant de troubles intestinaux.

I. — Dans les affections de l'estomac, la poudre se donne en cachets ou en comprimés, une heure avant chacun des deux principaux repas, ou bien, au cas de régime lacté exclusif, entre les prises de lait, en cinq ou six fois. La dose journalière doit contenir de 25 à 50 centigr. de peroxyde de magnésium.

Nous avons réussi à faire disparaître ou à considérablement améliorer, dans vingt cas, l'état saburral de la bouche, les renvois nidoreux ou inodores, les régurgitations, les nausées, les vomissements, le ballonnement épigastrique, accompagné parfois de palpitations de cœur, qui succède aux repas. Nous avons échoué dans deux cas qui présentaient le même ensemble morbide.

Nos malades, pour la plupart, étaient d'anciens éthyliques (9 cas), ou des tuberculeux ayant abusé de boissons alcooliques (4 cas); trois d'entre eux étaient des constipés habituels; l'un avait fait un usage immodéré de café; un autre, mis au régime lacté absolu, s'était plaint aussitôt de renvois sûrs, d'empâtement et d'amertume de la bouche; deux enfin étaient atteints de dilatation d'estomac.

Dans nos cas positifs, l'amélioration s'est marquée dès le premier ou le second jour; mais le traitement, pour amener des résultats durables, a dû être continué deux ou trois jours après la disparition des derniers symptômes.

Le régime alimentaire des malades n'avait pas été modifié.

Le nombre des selles n'était nullement influencé par les doses employées.

Le peroxyde de magnésium, contre les douleurs de la gastrite éthylique, s'est montré sans effet cinq fois sur huit; il n'a eu aucune action analgésiante sur un cancer stomacal.

Dans les cas d'anorexie tuberculeuse ou néoplasique, le résultat a été constamment négatif.

En somme, le peroxyde de magnésium trouve son indication dans les fermentations gastriques anormales.

Le mécanisme de son action, en ces cas, s'explique ainsi : dans le milieu stomacal, l'acide chlorhydrique ou les acides de fermentation décomposent le peroxyde en chlorure de magnésie et eau oxygénée; les diastases, ensuite, agissant par catalyse, dissocient l'eau oxygénée en eau et oxygène. C'est à cet oxygène à l'état naissant que sont dus, sans aucun doute, les bons effets du médicament.

II. — Le peroxyde de magnésium ne s'est pas montré seulement actif dans les affections gastriques, mais nous avons constaté aussi ses bons effets dans le traitement de la diarrhée, en particulier chez les tuberculeux.

Le médicament est administré sous forme de capsules kératinisées; la dose journalière contient un poids de peroxyde variant de 15 à 25 centigr. Elle est ingérée, en deux parts égales, une heure avant chacun des principaux repas. Nous avons réussi 11 fois sur 16 à ramener les selles à leur état normal, après un jour au moins, trois jours au plus. Un des cas négatifs avait trait à un tabes, un autre à un cancer de la tête du pancréas arrivé à la période ultime, chez qui tous les antidiarrhéiques habituels s'étaient montrés sans effet. Nous avions eu soin de ne modifier en rien le régime des malades traités.

Pour expliquer l'effet antidiarrhéique du peroxyde de magnésium, l'intervention d'un acide n'est plus de mise; mais on est en droit de penser à une action spéciale des ferments du tube digestif, qui mettraient en liberté l'atome d'oxygène très labile de la magnésie peroxydée

Le peroxyde de magnésium, dans les affections de l'estomac comme dans celles de l'intestin, se comporte donc comme un antiseptique interne, et nous pouvons le ranger à côté des corps de ce genre déjà connus.

Les rapports du pancréas avec la thyroïde

M. A. Lorand. — Tout chien auquel on enlève le pancréas devient diabétique, et ce diabète expérimental est en tous points comparable avec celui de l'homme. Chez les diabétiques, on trouve des lésions qui siègent dans cette partie du pancréas constitué par les îlots de Langerhans.

Pour nous, la sécrétion interne des îlots de Langerhans a surtout pour but d'annihiler certaines substances toxiques versées dans l'organisme par d'autres

glandes à sécrétion interne et en particulier par la thyroïde. On sait, en effet, que les extraits thyroïdiens sont susceptibles d'amener une glycosurie et même de produire le diabète. Pour nous il y a donc deux facteurs importants à invoquer dans la genèse du diabète : c'est la dégénérescence des îlots de Langerhans dans le pancréas et l'hyperactivité de la thyroïde, se manifestant par une hypersécrétion de la substance colloïde dans ses vésicules. Nous sommes amené à admettre un véritable antagonisme entre ces deux glandes vasculaires sanguines : le pancréas (îlots de Langerhans) et la thyroïde.

Un autre fait intéressant à enregistrer, c'est qu'on a vu disparaître le diabète, chez les chiens privés du pancréas, deux jours après l'ablation consécutive de la thyroïde (avec conservation des parathyroïdes).

Chez les différents chiens rendus diabétiques, j'ai toujours constaté une hyperactivité fonctionnelle de l'organe se traduisant par l'accumulation de substance colloïde dans ses vésicules. Des modifications semblables peuvent s'observer aussi dans la thyroïde des acromégaliques diabétiques.

Au point de vue pratique, j'ai traité avec succès douze malades diabétiques graves en leur faisant ingérer soit du sérum, soit du lait provenant d'animaux éthyroïdés.

Action foudroyante du chlorure d'éthylidène

M. R. Dubois. — La question des chloroformes impurs a été remise en question il y a quelque temps ; je me demande si certains produits commerciaux ne renfermeraient pas l'un des composés chlorés de l'éther, que j'ai autrefois étudiés avec M. Roux et si ce n'est pas à sa présence que l'on pourrait attribuer des syncopes subites que rien ne pouvait faire prévoir.

Le chlorure d'éthylidène $\begin{matrix} CH^3 \\ | \\ CHCl^2 \end{matrix}$ isomère du chlorure d'éthylène $\begin{matrix} CH^2Cl \\ | \\ CH^2Cl \end{matrix}$ est un composé très volatil, mal supporté par le chien en mélange de 10 grammes, volatilisés dans 100 litres d'air ; mais l'action de ce mélange sur l'homme est foudroyante.

Lors des expériences que nous avons faites il y a quelques années au laboratoire de physiologie générale de Lyon, je fus pris, à la suite d'une seule inspiration du mélange à 10 %, d'un vertige subit, si violent que je perdis pour un instant la notion de ce qui se passait autour de moi et que je faillis tomber après avoir fait quelques tours sur moi-même. Mon aide, M. Couvreur, ayant voulu s'assurer de l'effet produit, fit deux ou trois inspirations et tomba à terre en état de syncope : ce ne fut pas sans peine qu'on put le ranimer.

Il serait utile que les chimistes recherchassent si la présence du chlorure d'éthylidène n'existe pas dans certains chloroformes du commerce, afin que l'on ne puisse pas imputer aux méthodes d'inhalation des accidents dus, en réalité, à l'impureté des produits.

Le strabisme volontaire

M. H. Busquet. — Le strabisme qui se produit sous l'action de la volonté est horizontal.

La puissance d'écartement des deux images varie d'un sujet à l'autre dans de très fortes proportions.

Le strabisme volontaire est en général convergent et rarement divergent. L'apparition successive d'une diplopie homonyme et d'une diplopie croisée chez le même individu est exceptionnelle.

Chez certains sujets, un seul œil est capable de devenir volontairement strabique. D'autres, dont la faculté semble plus perfectionnée, peuvent produire successivement le strabisme dans chacun de leurs yeux.

Augmentation de poids par hydratation simple chez un malade, non brightique, soumis au régime chloruré

MM. G. Leven et Caussade. — A propos de la communication, faite à la séance du 12 mars, par MM. Widal et Javal, sur la chloruration et l'hydratation de l'organisme sain (1), il nous paraît intéressant de rapporter l'observation d'un malade, non brightique, que nous avons suivi à l'hôpital Tenon, en juillet 1903.

Ce malade, âgé de cinquante-trois ans, entrait à l'hôpital pour une diarrhée intense (6 selles liquides par 24 heures). Il arrivait à pied de Lille et se plaignait d'une fatigue extrême; il était considérablement amaigri : il ne pesait, en effet, que 43 kil. 200, malgré sa grande taille.

Des examens soigneux et répétés ne permirent pas d'interpréter cette diarrhée que le malade attribuait à une nourriture malsaine, ni surtout cet amaigrissement. Il mourut quelques semaines après son arrivée et l'autopsie ne révéla aucune lésion viscérale ou autre; ni cancer, ni tuberculose. L'autopsie n'expliqua pas l'amaigrissement.

Le malade avait reçu la nourriture suivante du 2 au 21 juillet :

Du 2 au 5 juillet, 10 gr. NaCl, 2 œufs 1 litre de bouillon, 1 litre de tisane.

Du 5 au 7 juillet, 20 gram. NaCl, 2 œufs, 1 litre de bouillon, 1 litre de tisane

Du 7 au 11, suppression du sel; 2 œufs, 1 litre tisane, 1 litre bouillon, 100 gr. pain, 50 gr. sucre.

Du 11 au 16, suppression du sel; au 1er degré du régime d'hôpital.

Le poids a subi les variations suivantes :

2 juillet,		43 k. 200,	début du régime chloruré.
7	—	45 k. 800,	fin du régime chloruré.
11	—	46 k. 200.	
16	—	46 k. 200.	
21	—	42 k. 600.	

Ce malade avait fixé, en cinq jours, 2 kil. 600 d'eau. Il avait paru engraisser, grâce à l'hydratation, comme paraissent maigrir par déshydratation les obèses soumis au régime sec.

La chlorurémie gastrique

MM. F. Widal et A. Javal. — Le vomissement s'observe fréquemment au cours du mal de Bright; à certaines périodes de la maladie, il domine quelquefois pendant un temps les autres symptômes, à tel point qu'il a servi à classer une forme spéciale d'urémie dite urémie gastrique. On sait que ces vomissements des brightiques renferment souvent une notable quantité d'urée.

Aujourd'hui que nous avons acquis la notion de la chlorurémie, il nous a paru intéressant d'analyser avec le plus grand soin la teneur en chlore des vomissements urémiques et de comparer méthodiquement le chlore vomi avec le chlore uriné et le chlore ingéré.

La plupart des vomissements analysés renfermaient plus de chlore total que n'en renferme le suc gastrique normal recueilli après repas d'épreuve.

Si on calcule la quantité de chlore évacuée par l'estomac dans le vomissement total, on voit qu'elle est si importante que la moitié du temps elle a dépassé la quantité urinée.

L'urémie gastrique nous apparaît comme rentrant dans le syndrome de la chlorurémie et le vomissement chlorurémique comme une déchloruration de fortune, petit moyen de défense employé par l'organisme pour essayer de se débarrasser en partie du chlorure que le rein ne peut éliminer.

Voici un sujet en train de sortir de l'urémie qui, pendant huit jours, n'absorbe que de l'eau lactosée et qui, pendant tout ce temps, vomit de l'eau salée. Puis, laissé toujours au régime achloruré, il continue, pendant quelques jours, à rendre, par l'estomac, de l'eau salée, vomissant souvent plus de sel qu'il n'en urine et plus qu'il n'en absorbe par son alimentation. Il puise ces réserves salines dans ses tissus œdématiés et comme nous avons bien soin de lui donner un régime d'une pauvreté en sel aussi rigoureuse que possible, ces déchlorurations successives, quoique petites, arrivent cependant, par leur ensemble, à diminuer d'autant la chloruration de son organisme.

L'organisme emploie parfois, contre la chlorurémie, de petits moyens de défense. La diarrhée est un de ces petits moyens; le vomissement, comme nous venons de le voir, peut être un moyen plus énergique, mais encore insuffisant. Seuls les reins peuvent assurer une élimination suffisante; mais il n'en est pas moins intéressant de montrer par quels moyens accessoires l'organisme essaie parfois de se débarrasser du sel qui l'encombre et comment, en particulier, le vomissement, fonction de chlorurémie chez certains brightiques, peut cesser sous l'influence de la cure de déchloruration.

(1) Voir *Bulletin médical*, 1904, n° 21, p. 243.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars

Note sur l'emploi du chloroforme associé à l'oxygène au moyen de l'appareil de Roth

M. E. Kirmisson. — Mes premiers essais ont été commencés dans mon service le 20 décembre 1902. Le nombre des malades endormis jusqu'à ce jour au moyen de l'appareil de Roth est de 218. Tous ces malades étaient des enfants; le plus jeune avait six mois.

La chloroformisation nous a semblé un peu plus longue à obtenir que par le procédé de la compresse à l'air libre; elle demande en général de 5 à 6 minutes. Ce qui nous a surtout frappé, c'est le calme des malades, le peu d'agitation pendant la période de début; la respiration et le pouls sont tranquilles; la face reste bien colorée, il n'y a aucune tendance à la syncope, les vomissements sont rares. Le malade se réveille avec une rapidité surprenante dès qu'on cesse la chloroformisation.

La quantité de chloroforme dépensée est, assez généralement, de 50 centigr. par minute, soit 15 gr. pour une opération d'une demi-heure; cette quantité devient proportionnellement plus faible quand les opérations se prolongent; c'est ainsi qu'elle peut ne représenter plus que le tiers de la durée de la chloroformisation, et même moins. Nous avons pu, dans une opération d'hypospadias pénoscrotal, obtenir une excellente anesthésie en n'employant que 16 gr. de chloroforme pour une opération de 52 minutes de durée.

En résumé, l'anesthésie par l'emploi du chloroforme associé à l'oxygène, telle qu'elle est réalisée au moyen de l'appareil de Roth, me paraît constituer un progrès réel et mériter d'être expérimentée plus largement.

De l'importance pronostique des lésions oculaires dans la syphilis

M. Motais (Angers). — Les complications oculaires de la syphilis indiquent, dans la majorité des cas, la gravité de la syphilis elle-même et surtout la fréquence des accidents tertiaires dans l'avenir.

Dans l'iritis, les accidents tertiaires osseux dominent.

Dans la chorio-rétinite, les accidents cérébro-médullaires deviennent plus nombreux.

Dans les névrites optiques on observe à peu près exclusivement des accidents cérébro-médullaires.

En somme, dans 52 % des cas, des accidents tertiaires suivent, à plus ou moins longue échéance, les complications oculaires de la syphilis. On conçoit combien il est important pour les médecins et les malades de posséder un élément de pronostic qui permette de mettre en garde contre des accidents tertiaires toujours si graves, et jusqu'ici tout à fait imprévus.

Je tiens à signaler les résultats, réellement remarquables comme rapidité d'action, que donnent dans les complications oculaires de la syphilis les injections sous-conjonctivales de sublimé (cinq à six gouttes de solution à 0,5 ‰). Ces injections locales constituent, du reste le traitement de choix dans toutes les infections oculaires.

M. Fournier. — L'intéressante communication de M. Motais soulève deux questions tout à fait distinctes : 1° valeur pronostique des lésions oculaires sur la gravité actuelle de la syphilis; 2° valeur pronostique sur la gravité future de la maladie.

Pour le premier point tous les renseignements que je possède indiquent que les complications oculaires sont l'indice d'une syphilis qui présentera immédiatement des accidents graves. Quant au pronostic futur déduit des troubles oculaires, je ne saurais, pour le moment, apporter à ce sujet aucune statistique, n'ayant pas dépouillé à ce point de vue les documents que je possède. Mais ce que je puis dire, c'est que les syphilis ultérieurement graves, c'est-à-dire compliquées d'accidents cérébraux ou médullaires, sont généralement des syphilis initialement bénignes et de ce fait mal ou incomplètement traitées, quand elles n'ont pas été négligées.

M. Hallopeau — placé sous la tribune des journalistes — prononce des paroles qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

Traitement du cancer de la peau par les rayons X

M. Leredde. — La radiothérapie constitue une excellente méthode curative du cancer de la peau, très souvent préférable à toute autre.

La technique, aujourd'hui réglée, permet d'employer les rayons X sans danger pour le malade et même d'obtenir des résultats rapides et la guérison en peu de séances dans la plupart des cas.

Les formes qui relèvent surtout de la méthode sont celles que j'ai appelées épithéliomes adultes, c'est-à-dire ceux dans lesquels existe une altération limitée par un bourrelet. Ce sont les épithéliomes graves ou tendant à devenir graves.

La guérison se fait par désintégration et liquéfaction du tissu malade, qui est éliminé d'une manière intégrale, démontrant l'action élective des rayons X sur les tissus épithéliomateux. Lorsqu'il y a des douleurs, elles disparaissent souvent après la première application, de même la mauvaise odeur. Les résultats esthétiques sont excellents. La guérison est définitive quand le traitement a été assez énergique.

Les cas difficiles sont ceux dans lesquels il existe une hyperkératose marquée.

Les tissus cornés paraissent peu perméables aux rayons X.

La radiothérapie peut se combiner à d'autres méthodes curatives. Dès à présent, on peut déclarer qu'elle constitue la méthode de choix dans certaines localisations (épithéliomes des paupières, épithéliomes destructeurs du nez), et dans la plupart des cas où le malade se refuse à l'ablation chirurgicale.

M. Kermorgant présente un travail de **M. Cazalbou**, vétérinaire aux spahis sénégalais, sur une maladie du dromadaire au Soudan appelée « mbori » ou maladie de la marche.

G.

DÉPARTEMENTS

L'intervention chirurgicale dans le cancer de la prostate

M. le prof. agrégé **Pousson**, chargé du cours des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Bordeaux, a étudié, devant la Société de médecine et de chirurgie de cette ville, ce que l'on est en droit d'attendre de l'extirpation de la prostate lorsqu'elle est atteinte de dégénérescence cancéreuse.

Aux 18 cas qu'il a trouvés dans la bibliographie médicale, il a joint 5 observations personnelles. Ces 23 cas fournissent 7 décès directement imputables à l'intervention, soit une mortalité opératoire de 30,4 %. L'auteur pense qu'elle s'améliorera au fur et à mesure que se perfectionnera la technique opératoire et que se préciseront les indications de l'intervention.

Des 16 malades restants, 1 est mort d'anurie au bout de trente jours, 2 ont été perdus de vue; il reste donc 13 cas pour apprécier les résultats éloignés. M. Pousson les divise en deux catégories:

1° 9 morts par récidive ou par suite des progrès ininterrompus du néoplasme. Le décès est survenu dans les délais suivants : trois fois après quatre mois, deux fois après cinq mois, une fois après six mois, deux fois après neuf mois, une fois enfin après quatorze mois. Dans la plupart des observations où les malades n'ont survécu que quelques mois à l'opération, il est noté qu'ils ont, néanmoins, retiré un certain bénéfice, car ils ont vu cesser leurs douleurs et leurs hémorragies.

2° 4 cas de survie assez éloignée. Dans 2, appartenant à M. Pousson, l'état local et la santé générale semblaient aussi parfaits que possible trois mois et neuf mois après la prostatectomie périnéale; la nature histologique du néoplasme fait espérer le maintien de la guérison. Dans un cas de Demarquay la guérison se maintenait encore deux ans après, bien que ce chirurgien ait dû pratiquer, avec l'ablation de la prostate, celle de la paroi antérieure du rectum. Enfin, dans le cas de Socin, où le chirurgien dut enlever également une portion adhérente du rectum, le malade jouissait encore de la meilleure santé quatre ans après l'intervention.

La discussion serrée des observations permet à M. Pousson de dire qu'entre les cas extrêmes de cancer diffus dans lesquelles l'intervention est formellement contre-indiquée et de cancer à ses débuts dans lesquels l'indication opératoire doit demeurer encore hésitante, il existe toute une catégorie de cas se traduisant par des signes nets et précis dans lesquels la limitation de la néoplasie à la prostate, l'absence d'adénopathie, l'intégrité de la santé générale font un devoir au chirurgien d'intervenir. Ces formes cliniques de cancer circonscrit seraient même plus fréquentes que les formes de cancer diffus.

Comme conclusion de cette étude, M. Pousson a redigé les propositions suivantes :

1° L'extirpation de la prostate atteinte de cancer est une opération legitime, dont la mortalité déjà non excessive, étant donnée la gravité des cas dans lesquels les chirurgiens sont intervenus jusqu'ici, s'abaissera dans la suite, grâce à la perfection de la technique opératoire et à la précision des indications de l'intervention.

2° Ses résultats thérapeutiques, déjà encourageants, s'amelioreront lorsque les progrès de la clinique auront permis de faire le diagnostic de l'affection à ses débuts et, partant, d'intervenir hâtivement.

3° A côté de la carcinose prostato-pelvienne diffuse, il y a lieu d'admettre l'existence d'un cancer circonscrit à la prostate dont il est jusqu'ici difficile de saisir le début, mais qui se traduit dans sa période d'état par des signes suffisamment nets et précis.

4° C'est dans cette forme que l'extirpation de la prostate trouvera son indication la plus formelle.

De l'adénopathie varicelleuse

M. le Dr **Lamacq-Dormoy**, médecin des hôpitaux de Bordeaux, a insisté, à la Société de médecine et de chirurgie de cette ville, d'une part, sur la fréquence de la tumefaction ganglionnaire dans la varicelle et, d'autre part, sur le silence des classiques a ce sujet. Aussi a-t-il pensé qu'il y avait interêt à esquisser l'adénopathie varicelleuse.

Elle apparaît en même temps que l'éruption. Plus l'éruption est abondante, plus les ganglions sont nombreux. On les a trouvés aux aisselles et aux aines. L'éruption faciale amène l'apparition des ganglions preauriculaires et parotidiens; les vésicules varicelleuses du cuir chevelu sont, elles aussi, accompagnées de ganglions nombreux.

Le volume des ganglions peut être relativement considérable. M. Lamac-Dormoy en a trouvé parfois, surtout dans l'aisselle, dont le volume atteignait celui d'une noix.

La consistance est plutôt molle ; les ganglions se déforment facilement entre les doigts. On les sent environnés d'une atmosphère celluleuse congestionnée, dont la présence augmente encore leur volume apparent. Bien distincts les uns des autres, ils sont parfois réunis en un groupe volumineux par le tissu cellulaire malade.

Un caractère à peu près constant, c'est la douleur. La pression sur les ganglions est toujours très désagréable, souvent douloureuse. Parfois, la douleur est spontanée, mais elle n'est pas vive.

L'adénopathie du début n'est pas déterminée par une inflammation des éléments varicelleux ni par une lymphangite localisée consécutive au grattage. Il existe, en effet, une démangeaison assez vive, déjà bien signalée par les classiques.

Les ganglions disparaissent en même temps que l'éruption.

Les ganglions mastoïdiens et surtout préauriculaires peuvent se montrer avant l'eruption, mais alors leur volume est minime et ne dépasse guère celui d'une lentille. Ils indiquent dans ce cas que le pharynx nasal est pris, et M. Lamac-Dormoy a constaté ainsi trois varicelles à début par le pharynx nasal.

Conclusion : en temps d'épidémie de varicelle, songer à cette affection chez les enfants qui, à des phénomènes généraux joignent de l'adénite mastoïdienne ou pre-auriculaire en l'absence de toute éruption faciale ou occipitale.

Plaie du pharynx par instrument tranchant

Cette plaie, déterminée par un coup de rasoir, s'étendait d'une carotide à l'autre sur une longueur de 10 cent. et passait horizontalement entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde. La base de l'epiglotte était sectionnée et la cavité du pharynx était largement ouverte.

M. Durand tenta de réunir l'os hyoïde au cartilage thyroïde, mais la suture ne tint pas et le traitement se borna à des pansements protecteurs.

Cependant la malade a bien guéri et ne conserve plus qu'un peu de gêne de la parole. L'examen laryngoscopique a montré que la cicatrisation de l'épiglotte s'était faite en situation un peu oblique.

En somme, l'intervention immédiate eu un résultat fonctionnel d'abord parfait, mais il ne s'est pas maintenu et l'abstention a eu un résultat aussi complet qu'on pouvait l'espérer (*Lyon méd.*, 20 mars 1904).

G.

LIVRES NOUVEAUX

L'extirpation du cancer du sein, par M. le Dr Mériel (Broch. 250 p., 1903, A. Maloine, edit., Paris.)

« Le cancer du sein, écrit le Dr Mériel, « a de multiples localisations dans la « glande, les muscles pectoraux, les gan- « glions lymphatiques, la graisse, la « peau. Il s'ensuit qu'il faudra l'attaquer « partout où il réside, d'une façon mani- « feste ou cachée. C'est dire que la véri- « table opération radicale devra être ce « que Moore nommait très justement « adéquate au mal », en d'autres termes, « devra emporter, dans son exérèse, *toute « l'étendue du territoire envahi.* »

Telle est l'idée que l'auteur, partisan de la théorie localiste des néoplasies épithéliales, défend et développe, dans cette remarquable brochure, que l'on doit considérer comme le premier travail d'ensemble sur l'extirpation du cancer du sein. En adepte fervent des méthodes d'exérèse nouvelles, il en plaide la cause avec un tel enthousiasme que médecins et malades auraient mauvaise grâce à ne pas l'en féliciter, dussent-ils même n'être pas entièrement convaincus.

Pour justifier la supériorité opératoire et, par suite, thérapeutique de la méthode de Meyer-Halsted, notre collègue consacre les premières pages de son mémoire à un exposé très soigné et très complet de tout le territoire anatomique qui peut être envahi par le néoplasme. Il est ainsi conduit à reproduire les opinions variées des chirurgiens concernant les ablations partielles ou totales de la glande, des muscles, des os, des vaisseaux et ganglions lymphatiques, tributaires de la mamelle et des tissus voisins. En ce qui concerne le système lymphatique, M. Mériel en présente une étude très détaillée, discute la conduite des abstentionnistes et, après avoir rappelé que le nombre des interventionnistes radicaux s'accroît de jour en jour, se déclare partisan de la conduite de ces derniers, d'après lesquels la survie serait plus longue.

Dans le deuxième chapitre l'auteur passe rapidement en revue les anciennes methodes opératoires et, dans le troisieme, il donne une description de la technique nouvelle en classant les divers procédés en deux groupes : les uns comprenant les techniques d'ensemble et les autres visant les modifications du procédé type. A ces divers procédés sont attachés les noms de Ch. Moore, W. Halsted, Villy-Meyer, Kocher, Rotter, Binaud et Braquehaye, Forgue, Phocas, Aburnoth Lane, Gangolphe, Halma-Grand, Tansini, Robineau, Legueu et Grœve.

Viennent ensuite : la critique des méthodes opératoires anciennes et nouvelles, l'énumération des accidents qui peuvent se produire au cours des opérations, et enfin, dans un dernier chapitre, fort important, l'exposé des résultats thérapeutiques éloignés d'après un certain nombre de statistiques, dont les plus riches en faits appartiennent à des chirurgiens étrangers.

Bien que M. Mériel ne formule pas de conclusions « qui soient valables et acceptables dès à présent », il considère la méthode de Meyer-Halsted comme devant remplacer les opérations incomplètes de jadis, car elle fournit une survie plus grande et une diminution des récidives. Toutefois, notre confrère ajoute : « Sans doute, l'ancienne technique a eu quelques cas assez nombreux de guérison, tout au moins de survie prolongée ; mais était-ce bien reellement des cancers ? C'est toujours la même objection et, le cas échéant, n'était-ce pas de ces tumeurs à virulence atténuée, chez lesquelles la récidive locale a sommeillé pendant des années ? » J'accepte avec l'auteur l'objection, mais, si elle est applicable quand il s'agit de l'ancienne technique, je ne vois pas pour quelle raison elle cesserait de l'être quand il s'agit de la nouvelle.

Ozenne.

Librairie J.-B. Baillière

***Guide pratique de technique opératoire*, par le Dr Jules Brault.**

Le but de ce petit guide est de permettre aux praticiens et aux élèves de repasser rapidement la technique opératoire classique, ligature des artères, amputations, désarticulations et résections, et d'exposer les principales méthodes, et, en particulier, le procédé de choix, applicables dans les cas de chirurgie générale.

A cette fin, l'auteur donne une description des opérations les plus courantes pour chaque région du corps. Une vingtaine de pages sont d'abord consacrées au traitement des phlegmons suppurés, puis en plusieurs chapitres successifs concernant le cou, la poitrine et l'abdomen, il énumère la technique du tubage du larynx, de l'œsophagotomie, de la pleurotomie, des gastrotomies, de la cure des hernies, etc... Les cinquante dernières pages du volume sont consacrées au traitement chirurgical des maladies des organes génito-urinaires dans les deux sexes.

E. O.

Vient de paraître :

***L'état actuel de la chirurgie nerveuse*, par A. Chipault. Tome II. Un vol. in-8 de 984 pages avec 178 figures dans le texte. Tome III. Un vol. in-8 de 980 pages avec 168 figures dans le texte.**

***Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, par le Dr F. Lagrange. Tome II, 1 volume in-8 avec 218 figures dans le texte et 12 planches. (Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.)**

***L'obésité et son traitement*, par Leven, 1 vol. in-8 de 142 pages, 2 fr.**

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Afrique occidentale

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Devaux, au 21e d'inf.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Delassus, au 3e d'art.

En France.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Lévrier, au 21e d'inf. à Paris.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Panteaume, au 3e d'art. à Toulon.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

M. Rousseau, au 23e d'inf. à Paris.
M. Briand, au 2e d'inf. à Brest.
M. Montel, au 4e d'inf. à Toulon.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

A l'hôp. mil. d'Hanoï, MM. Crossouard et Reboul.
Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Depied.
A l'hôp. de Quang-Yen, M. Bouyssou.

Les méd.-majors de 2e cl. :

A l'ambulance de Mytho, M. Marzin.
Au poste méd. de Poulo-Condore, M. Lucas.
A l'ambulance de Quang-tchéou-Van, M. Jacquin.
A l'ambulance de Bao-Lac, M. Sambuc.
Au poste méd. de Nam-Dinh, M. Rencurel.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Au 2e tiraill. tonkinois, M. Rouffiandis.
A l'hôp. mil. de Saïgon, M. Imbert.
Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Plomb
A l'hôp. mil d'Hanoï, M. Vaillant.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :

Au 9e d'inf. à Hué, M. Meslin.
Au 1er tiraill. tonkinois à Yen-Bay, M. Denull.
A l'hôp. mil. d'Hanoï, M. Arathonn.
Au 10e d'inf. à Lang Son, M. Gensollen.
Au poste méd. de Khong, M. Geniès.

A Madagascar

Le méd.-maj. de 2e cl. :

A l'ambulance de Moramanga, M. Ferris.

NOUVELLES

LES MÉDECINS DE RÉSERVE EN RUSSIE

L'information suivante empruntée au *Lyon médical*, vient bien confirmer ce que nous disions dans notre numéro du 23 mars (p. 269) de la défectuosité du service de santé en Russie, et montrer une fois de plus qu'on n'improvise pas un corps de santé militaire.

« Dans la deuxième moitié du mois de février, le gouvernement russe envoya, dans l'Extrême-Orient, plus de 70 médecins civils de la ville de Varsovie appartenant à la réserve de l'armée active. D'autre part, la Pologne doit fournir, d'ici peu, plus de 300 médecins de réserve à destination du théâtre de la guerre. La plupart de ces docteurs exercent la médecine depuis plus de dix ans et se sont acquis une notoriété locale comme spécialistes (accoucheurs, dermatologues, laryngologues, chirurgiens). Arrachés brusquement à la famille, obligés de quitter tout en quelques jours, dès la réception de leur convocation, absolument étrangers à la vie militaire, nullement acclimatés au froid de la Sibérie, exposés plus encore aux maladies de la guerre (typhus, dysenterie) qu'aux balles de l'ennemi, nos malheureux confrères qui n'étaient même pas animés par les sentiments patriotiques, partaient dans un état d'esprit des plus déprimés. Il paraît que les adieux à la gare de Varsovie étaient extrêmement émouvants, en présence d'une foule immense. »

VICTIME DE LA PESTE DE LABORATOIRE

Le 3 janvier de cette année, le chef du laboratoire pour la préparation du sérum antipesteux à Cronstadt, le Dr Tourtchinowitch-Wygenikiewitch tomba malade et, après une maladie de quatre jours, succomba à la peste, ainsi que l'ont montré l'observation clinique et l'examen bactériologique. Le personnel du laboratoire, ainsi que toutes les personnes qui avaient été en contact avec le chef furent soumis à des injections prophylactiques de sérum. En outre, on prit des mesures pour isoler complètement le personnel du fort Alexandre Ier, où se trouve le laboratoire de la population de la ville (*Vratch russe*, n° 2).

PSYCHOLOGIE MÉDICALE

M. Bérillon, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, commencera le lundi 10 avril, à 5 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours de psychologie appliquée à la médecine. Il le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : L'hypnotisme et la psychothérapie.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 26 | 10 Centimes le Numéro | SAMEDI 2 AVRIL 1904

LE BULLETIN MÉDICAL

Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.

S'ADRESSER

Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.

Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. Porte et Thiollier frères, 54, rue Jacob.

Direction scientifique :

MM. LES PROF. GRANCHER & LANNELONGUE

Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT

Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION

PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.

Ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement a expiré fin mars sont instamment priés de nous faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement annuel en un MANDAT-POSTE adressé au gérant du journal, 4, rue de Lille, Paris.

SOMMAIRE

CONCOURS DES HOPITAUX

Chirurgie

Ordre de lecture :

MM. Schwartz, Herbet, Guibé, Proust, Duval, Wiart, Dujarier, Lapointe, Baudet, Veau, Laby, Iselin, Pasteau, Mouchet, Fredet, Marcille, Lenormant.

Séance du 29 mars

28 Guibé — 25 Herbet — 22 Schwartz.

30 mars

Matin. — 28 Duval — 25 Proust — 23 Wiart.
Soir. — 30 Lapointe — 26 Dujarier — 24 Baudet, Veau.

31 mars

25 Labey — 24 Mouchet — 22 Iselin.

1er avril

30 Lenormant — 25 Fredet — 22 Marcille.

La première épreuve clinique aura lieu le 12 avril, à 5 heures du soir, à Beaujon.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

M. le méd. de 2e classe Bellet, du port de Toulon, est autorisé à prendre part au concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie qui aura lieu au port de Rochefort le 6 avril prochain.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :
1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :
1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Couteaud.

MM. les médecins principaux :
1 de Gouyon de Pontouraude, Féraud, Cognes, Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau, Rousseau, Mercier.
11 Thémoin, Michel, Laffont, Bourdon, Damany.

MM. les méd. de 1re cl. :
1 Viancin, Pervès, Sisco, Gléraut, Fournes, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement.
11 Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Tricard.
21 Titi, Vignier, Bourrit, Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry.
31 Barbolain, Jouenne, Seguy, Bartet, Castaing, Merleau-Ponty, Labadens, Valence, Liffran.

MM. les médecins de 2e cl. :
1 Ratelier, Bertaud du Chazaud, Dufourt, Coquelin, Lemaitre, Parrenin, Duchateau, Cristol, Bourges, Lucciardi.
11 Balcam, Chapuis, Dargein, Vialet, Bellet.

THÉRAPEUTIQUE

Le Thigénol dans la pratique gynécologique

Par M. le Dr A. Neumann

Les travaux de Jaquet, de Silberstein(1), de Saalfeld(2), de Merkel(3) et de Flatau(4) ont démontré la supériorité du Thigénol sur les autres succédanés de l'ichtyol et sur l'ichtyol lui-même — Tous ces auteurs concluent, en effet, que le Thigénol a tous les avantages de l'ichtyol sans en avoir les inconvénients. C'est pourquoi je me suis décidé à essayer à mon tour ce produit, avec d'autant plus d'empressement que, malgré ses propriétés calmantes et résolutives, l'ichtyol n'est pas facilement accepté par les malades, à cause de son odeur pénétrante et des taches indélébiles qu'il laisse sur le linge.

Le Thigénol se présente sous la forme d'un liquide brun foncé, de consistance sirupeuse, c'est une huile végétale rendue soluble dans l'eau, l'alcool étendu et la glycérine — Chimiquement c'est l'oléo-sulfonate de sodium contenant en solution des sulfures organiques qui proviennent de la décomposition de l'huile végétale. Le soufre total dans le Thigénol est en proportion constante de 10 pour 100. C'est donc un corps de composition toujours identique, absolument inodore et presque insipide; un arrière-goût légèrement alliacé indique seulement la présence des sulfures organiques. Déposé sur la peau, le Thigénol sèche rapidement et abandonne une pellicule qui n'est pas gluante et qui est facilement enlevée par l'eau. Les linges salis par ce produit peuvent être lavés sans difficulté et sans qu'il subsiste la moindre tache : c'est encore une supériorité évidente du Thigénol sur l'ichtyol.

J'ai donc employé ce nouveau produit dans toutes les affections des organes génitaux de la femme, auxquelles j'appliquais auparavant le traitement à l'ichtyol. Je me suis d'abord servi de la solution aqueuse de thigénol et j'en ai obtenu de bons résultats, mais j'ai été obligé de lui substituer bientôt la solution glycérinée qui adhère mieux, qui est moins facilement exprimée des tampons et qui permet par conséquent d'utiliser une plus grande quantité du médicament : le mode d'application est très simple : j'ai toujours introduit, aussi près que possible de la lésion, des tampons imbibés d'une solution de 10 ou 20 pour 100, en me servant d'un spéculum bivalve; par exemple, dans les épanchements du cul-de-sac recto-vaginal, j'ai appliqué les tampons derrière la portion vaginale; dans les affections unilatérales, sur la partie correspondante du dôme vaginal. Le tampon restait en place 24 heures; il était renouvelé tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas. Après l'avoir enlevé, je faisais toujours faire une injection pour assurer le nettoyage parfait du vagin.

J'ai utilisé le Thigénol dans plus de cent cas; il m'a toujours donné des résultats favorables. Sans doute, dans certains cas, il n'a pas répondu pleinement à mon attente; chez une malade, l'application des tampons a donné lieu à une sécrétion trop abondante et, partant, à un intertrigo assez gênant; une autre malade n'a pu supporter une application de Thigénol pur, mode d'emploi qui pourtant m'a réussi bien souvent contre le prurit de la vulve et les fissures de l'anus. Ce sont là deux exceptions qui n'enlèvent rien aux qualités précieuses de ce produit : en effet d'après mes expériences personnelles, non seulement le Thigénol possède toutes les propriétés de l'ichtyol, mais il présente même de sérieux avantages sur ce dernier médicament : il n'a pas d'odeur, il se laisse facilement enlever du linge, il est très bien accepté par les malades et il exerce une action calmante beaucoup plus puissante.

C'est pourquoi, grâce à l'emploi du Thigénol, j'ai obtenu des succès remarquables dans le traitement de toutes les affections chroniques ou subaiguës des organes génitaux de la femme, accompagnées d'épanchements ou de douleurs : j'ai pu même observer les bons effets de ce médicament dans les états douloureux post-opératoires, qui mettent souvent le chirurgien dans un grand embarras.

Le Thigénol m'a toujours donné d'excellents résultats dans la métrite, les érosions du museau de tanche, les inflammations des ovaires et des trompes, les épanchements des ligaments larges et du péritoine. De plus j'ai constaté que grâce à son action calmante énergique, le Thigénol offre le très grand avantage d'être applicable aux cas aigus d'inflammations de toute nature, non pas dans le but de supprimer l'intervention opératoire, mais dans l'espoir d'apporter quelque soulagement à l'état des malades, en attendant le moment opportun de pratiquer l'opération. Il convient encore de mentionner que l'emploi du Thigénol permet d'éviter l'extension des affections blennorrhagiques à l'utérus et aux annexes; dans tous les cas de blennorrhagie uréthrale récente que j'ai soignés, j'ai pu, pour ainsi dire, localiser l'infection, grâce à l'emploi de tampons à la glycérine thigénolée.

Jusqu'à ces derniers temps, deux produits ont joui, malgré leurs propriétés désagréables, d'une grande vogue dans la pratique gynécologique : l'iodoforme et l'ichtyol. On a pu substituer l'airol au premier; je crois que nous avons dans le Thigénol un médicament tout aussi efficace peut être même plus efficace que l'ichtyol. Je suis donc obligé de déclarer, avec Jaquet, que, pour moi, le Thigénol a complètement remplacé l'ichtyol dans mon service et que je ne me servirai plus désormais de ce dernier, car le mieux est l'ennemi du bien.

(1) Silberstein. — Le thigénol comme succédané de l'ichtyol, *Aerztl. Centralzeitung*, 1903, n° 3.

(2) Saalfeld. — *Thérapeut. Monatshefte*, avril 1903.

(3) F. Merkel. — *Münchener Med. Wochenschrift* 1902, n° 48.

(4) Flatau, de Nuremberg. — Refer. *Münchener Med. Wochenschrift*, 1902, p. 2165.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La variole et la vaccine à Bordeaux pendant ces vingt dernières années

M. le Dr Mercier, ancien préparateur du laboratoire d'hygiène de Bordeaux que dirigeait le professeur Layet, vient, dans un travail très documenté, de faire nettement ressortir les résultats obtenus dans la ville de Bordeaux pendant ces vingt dernières années, grâce à une sage organisation du service de la vaccine.

Avant de parler des résultats obtenus, nous commencerons par esquisser à grands traits l'état de la morbidité et de la mortalité par variole dans cette grande agglomération avant la création, dans cette ville, d'un service public de vaccinations.

A Bordeaux, la grande épidémie variolique de 1870 occasionnait 1100 décès par 100000 habitants; en 1871, 250. Dès 1875, et surtout 1876, se manifeste le réveil épidémique ainsi que pendant les années 1877 et 1878, avec une mortalité de 122 à 144 par 100000. La sélection qui suit ce réveil épidémique ne se fit sentir que pendant l'année 1879 où on ne compte que 6 décès, tandis qu'en 1880 on en comptait 44, pour atteindre le chiffre élevé de 198 par 100000 habitants.

La brièveté remarquable de cette période de calme s'explique par ce fait que Bordeaux est le siège d'un mouvement constant d'immigration ou de passage et, par conséquent, d'importation de la maladie, de plus, l'absence de généralisation des pratiques vaccinales mettait, d'une façon permanente, la population dans un état de réceptivité spéciale.

Ce n'est qu'en 1881, et à l'occasion d'une nouvelle et grave manifestation épidémique de la variole, qu'un service permanent de vaccinations fut créé, à Bordeaux, et confié à la direction du professeur d'hygiène Layet. Le directeur de cet important service de préservation de la variole ne se contente pas de recueillir le vaccin, de le conserver et d'assurer les opérations vaccinales d'une façon régulière, mais il s'applique tout particulièrement à étudier les conditions dans lesquelles, en présence des manifestations épidémiques de la variole à Bordeaux, la généralisation de la pratique vaccinale devait être utilisée avec succès.

A partir du moment où le service vaccinal fut organisé, la mortalité par variole tombe de 198 en 1881 à 31 en 1882, et à 3 en 1883. En 1884, malgré une tendance au réveil épidémique, elle n'est en 1885 que de 24, en 1886 de 15, en 1887 de 2, en 1888 de 1,7, en 1889 de 0,8 et, en 1890, de 0,4.

En 1891, un premier foyer d'importation espagnole, un deuxième d'importation maritime et un troisième par voie d'irradiation du second, s'élaborent et sont entretenus dans un quartier à habitations sordides où fourmillent de nombreux enfants, et dont la population indigente est rebelle à toutes les mesures de préservation. A ce moment, le taux de la mortalité par variole, qui, en 1890, est de 0,4, s'élève à 13 en 1891, à 112 en 1892, année où l'épidémie bat son plein, pour redescendre à 29 en 1893, année de son déclin. Depuis lors, elle n'est que de 2 en 1894, de 1 en 1895, de 1,7 en 1896, de 0,3 en 1897, de 0,7 en 1898, de 0 en 1899 et de 1,1 en 1900, bien que la variole règne dans plusieurs départements voisins.

C'est en suivant pas à pas la marche de ces épidémies que M. Layet a pu, bien nettement, mettre en lumière tous les faits intéressants qui, à bon droit, peuvent être considérés comme des lois pour les éclosions épidémiques de la variole. Insistant spécialement sur le rôle prépondérant des organismes vierges, M. le professeur Layet a nettement établi que les enfants, non vaccinés, constituaient un milieu éminemment propre à la réception et à l'exaltation du virus variolique même le plus atténué, qu'un cas importé ne se transmettait pas tout d'abord aux organismes plus ou moins résistants, mais qu'après passage dans un ou plusieurs organismes vierges, le virus exalté en virulence pouvait alors se propager facilement à des organismes de moins en moins réfractaires. Ce n'est donc que progressivement que s'élabore l'épidémie, qui atteint toujours son maximum quand le virus lui-même a atteint son maximum de virulence.

Des faits observés, il conclut que la mise en état d'immunisation permanente de la population enfantine d'une ville est le moyen le plus efficace pour maintenir à l'état réfractaire la ville entière contre les importations de la variole, aussi fréquentes qu'elles puissent être. En outre, M. le professeur Layet, qui a été appelé à organiser, à Bordeaux et dans la Gironde, le service de l'inspection médicale des écoles communales, service qui a été souvent pris pour modèle en France et à l'étranger, a été un des premiers à mettre en relief ce fait important: que, si à l'âge de six ans une bonne proportion des jeunes écoliers a déjà perdu le bénéfice d'une première inoculation, en revanche à cet âge il y a près de 45 à 50 % d'enfants susceptibles d'être revaccinés sans succès. Aussi a-t-il insisté, dans ses travaux sur l'hygiène scolaire et dans son traité de vaccination animale, pour qu'on procéda à une deuxième revaccination à partir de la sixième année.

C'est grâce à cette pratique que la ville de Bordeaux, grand centre commercial et d'émigrants, est classé aujourd'hui parmi les villes les plus indemnes.

Un point intéressant, qui frappe en étudiant tous les cas de variole observés à Bordeaux en 1892, est celui de leurs rapports avec l'état individuel de vaccination ou de revaccination des malades. Sur 2000 cas, relevés et contrôlés par M. Layet lui-même, on compte, sur 100 malades au-dessus de vingt ans, 41 hommes et 56 femmes, ce qui peut s'expliquer par le bénéfice que retirent les hommes de la revaccination en faisant leur service militaire. Un autre point à considérer c'est que la mortalité des varioleux vaccinés, mais non revaccinés, est bien plus élevée au-dessus de cinquante ans qu'elle ne l'est dans les groupes d'âge précédent; la mortalité variolique au-dessus de cinquante ans est près de huit fois plus forte de vingt ans à cinquante ans.

Quant au mode de préparation de la pulpe glycérinée, de sa mise en tube et de sa conservation, il est superflu de dire que ces manipulations, toujours si minutieuses, sont l'objet de l'asepsie la plus rigoureuse. Pour les inoculations, M. le professeur Layet ne voit aucun inconvénient à ce qu'on utilise les piqûres quand on vaccine de pis à bras, mais il préfère les scarifications peu profondes, quand on se trouve en présence d'une pulpe plus ou moins diluée.

Au sujet de la dualité de la variole et de la vaccine, dont Senna admettait l'identité, M. le professeur Layet, ainsi que le fait remarquer M. le Dr Mercier, demeure partisan de la dualité des deux virus, et il ajoute qu'une pratique de prophylaxie séculaire, qui a fait ses preuves comme la vaccine, ne saurait être atteinte par des faits de pure doctrine scientifique.

De la lecture attentive de l'excellent mémoire de M. le Dr Mercier, et en présence des arguments probants qu'il renferme, on est obligé de reconnaître que la loi sur la vaccination et la revaccination obligatoires, qui vient enfin d'être promulguée, était d'une absolue nécessité.

Dr A.

Vient de paraître :

La démence précoce, par M. Masselon. 1 vol in-8 de 202 pages, 2 fr. 50. (Joannin et Cie, éditeur, Paris.)

Carte de la Savoie et du Dauphiné. Géologie. Eaux minérales, par le Dr Dardel. (Masson et Cie, éditeurs.)

Les fractures des os longs (leur traitement pratique), par les Drs J. Hennequin, membre de la Société de chirurgie et R. Lœwy, lauréat de l'Institut. (1 vol. gr. in-8° avec 215 figures, dont 25 planches représentant 222 radiographies originales. 16 fr. Masson et Cie.)

Librairie Maloine

Travaux de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le Dr H. Bergeron. (1 vol. in-8 de 100 pages avec figures, 10 fr.)

Rhumatisme aigu et rhumatisme chronique, par le Dr Allinson. Traduit de l'anglais par A. Thirion, L. L. A. (1 fr.)

Le syndrome adénoïdien (ozène, végétations adénoïdes, appendicite chronique), par le Dr Joseph Delacour. (1 vol. in 8°, 4 fr.)

Sanatorium école. Premiers préceptes aux tuberculeux, par le Dr Coste de Lagrave (1 fascicule 34 pages).

Le sanatorium-école, par le Dr Coste de Lagrave (1 fascicule 65 pages).

Histoire de la coca, la plante divine des Incas, par le Dr Golden Mortimer, traduction de la 2e édition par M. B. Gausseron (1 vol. in-8, 12 fr.).

QUESTIONS DE TUBERCULOSE

La tuberculose pulmonaire et l'alcoolisme en Touraine en 1900

Par M. le Dr Raoul Mercier

Professeur suppléant à l'École de médecine de Tours.

Nous avons résumé, dans l'article ci-dessous, un travail inédit considérable (140 pages grand in-4°, avec, à l'appui du texte, environ 150 tableaux ou graphiques, la plupart coloriés). C'est, à notre connaissance, la monographie la plus complète et la plus documentée sur ces matières, d'un intérêt si grave.

Chose curieuse, mais assez fréquente en province (on y est modeste et un peu craintif), l'auteur n'avait jamais songé à publier son travail, pas plus qu'il n'a pensé à le soumettre à l'Académie de médecine, qui l'eût certainement très remarqué. C'est tout à fait par hasard que le manuscrit nous tomba récemment sous les yeux, à Tours, au cours d'une conversation avec M. le Dr Mercier sur l'œuvre de préservation de M. le prof. Grancher. L'auteur voulait attendre d'avoir mis en ordre les documents qu'il rassemble sur le même sujet pour les années 1901 et 1902 et qui, à peu de chose près, concordent avec ceux relatifs à l'année 1900, mais nous avons pensé qu'en dehors de son intérêt intrinsèque, cette étude locale méritait d'être signalée dès à présent comme pouvant servir de type, de modèle, à ceux de nos confrères de province que ne rebuterait pas un semblable labeur. Il est bien évident que si chaque département était étudié de la même façon, avec le même soin scrupuleux, on serait fixé beaucoup plus exactement qu'on ne l'est sur la marche de la tuberculose et de l'alcoolisme en France, et sur leurs rapports réciproques.

J. J.

L'étude que nous avons entreprise de la tuberculose pulmonaire dans le département d'Indre-et-Loire, pour l'année 1900, est la préface toute naturelle de la lutte qui commence à s'organiser de toutes parts contre la progression de ce fléau.

Avant de proposer un remède à cette situation, n'est-il pas sage, en effet, de démêler les aspects divers sous lesquels se pose le redoutable problème de l'envahissement tuberculeux et d'en dégager, si possible, les causes propres à chaque région ? En jetant un coup d'œil sur la carte dressée par les soins du ministère de l'Intérieur, pour la commission extra-parlementaire de la tuberculose, n'est on pas surpris de voir la Touraine, pays d'aspect si riant, de climat si doux et de travail si facile, y occuper le septième rang dans l'effroyable hiérarchie de la mortalité par tuberculose?

Nous nous sommes donc efforcé, en étudiant l'hygiène de chaque commune, de relever ce qu'il peut y avoir de défectueux. Sans préjuger de nos conclusions, nous pouvons déjà dire que la tuberculose y est, pour ainsi dire, fonction de l'alcoolisme et que la lutte antituberculeuse sera d'autant plus efficace qu'elle aura été précédée d'une campagne antialcoolique.

Pour assurer à notre travail toutes les garanties possibles d'exactitude, nous avons fait appel à l'obligeance de la plupart de nos confrères du département. Les maires et les secrétaires de mairie nous ont aussi fourni nombre de documents officiels dont la valeur est indéniable. A tous ces auxiliaires précieux nous adressons nos vifs remerciements : c'est par la fusion de toutes ces bonnes volontés que nous avons pu mener à bien notre enquête et en tirer tous les enseignements qu'elle comporte.

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres :

Le premier est consacré à la *mortalité* par *tuberculose* dans la *ville de Tours*.

Le deuxième à la même mortalité dans les *campagnes*.

Le troisième aux *formes cliniques* et aux *complications* le plus ordinairement observées.

Le quatrième à l'*étiologie* de la tuberculose.

Le cinquième au *traitement* et aux *résultats thérapeutiques* obtenus; ce dernier chapitre comporte enfin une *étude climatologique* complète de la Touraine (1).

I. — La mortalité par tuberculose à Tours.

Pour étudier la mortalité par tuberculose à Tours, nous nous sommes servi de deux sortes de renseignements.

A. — Nous avons tout d'abord dépouillé l'état-civil de Tours et diverses statistiques publiées ou inédites dont nous donnons ci-dessous le résumé.

1° La ville de Tours (63 267 habitants) a présenté en 1900 un total de 1520 décès parmi lesquels 248 tuberculeux. La mortalité maxima mensuelle par tuberculose s'est produite en juin où elle a atteint 35, la minima en mai (avec 12 décès).

La tuberculose a donc causé le 1/6e des décès annuels en fournissant une mortalité de 39.2 par 10000 habitants. Nous ferons remarquer, à ce propos, combien ce chiffre est inférieur à celui qui figure sur la carte dressée par le ministère de l'Intérieur pour la commission extra-parlementaire de la tuberculose (55.3).

2° Parmi les malades en traitement à l'Hospice général, la tuberculose a déterminé 73 décès, c'est-à-dire que le tiers des décès par tuberculose s'est produit à l'hôpital. Cette maladie a donc sévi surtout sur la classe pauvre et plus particulièrement sur les adultes (de 30 à 35 ans, puis de 40 à 45 ans).

3° La statistique du service médical de l'Asile Gatien de Clocheville (2) nous fournit la proportion des tuberculeux dans la population infantile (enfants au-dessous de 15 ans). Sur 506 malades, on a relevé 32 cas de tuberculose ainsi répartis :

Tuberculose pulmonaire..	27 cas	3 décès
— péritonéale..	1 »	0 »
— méningée...	3 »	3 »
— généralisée..	1 »	1 »

La population infantile ouvrière a été atteinte par la tuberculose dans la proportion de 6.32 %.

B. — Nous avons, d'autre part, utilisé les fiches de diagnostic établies pour chacun de nos malades et il nous a suffi de les totaliser pour obtenir le pourcentage de la tuberculose dans la population tourangelle. Pendant l'année 1900 nous avons examiné environ 1500 malades répartis en 1200 familles qui nous ont donné 245 tuberculeux.

Si nous considérons que chaque famille a une composition moyenne de trois personnes, nous obtenons 245 tuberculeux pour 3600 personnes, ce qui ferait pour toute la ville de Tours une moyenne de 4306 tuberculeux.

Sur nos 245 tuberculeux, 29 ont succombé au cours de l'année 1900, ce qui donne une mortalité de 1/8e.

Enfin notre consultation, 9, rue de la Madeleine, dont les clients se recrutent dans la classe pauvre, nous a fourni 58 tuberculeux sur 475 nouveaux malades.

En regard de tous ces chiffres, représentant et la mortalité et la morbidité tuberculeuses, il est intéressant de placer tous les renseignements recueillis sur les conditions hygiéniques de la ville de Tours.

La population de Tours se trouve répartie en 9518 maisons, sur une étendue de 1156 hectares, ce qui donne une moyenne de 6 habitants par maison et 1 par 200 mètres carrés. Cette agglomération, qui n'a pu fournir que 279 conscrits propres au service, contre 75 ajournés et 60 réformés, comporte malheureusement 320 débits de vin. Elle a, en 1900, consommé :

Vins....................	10.803.686 litres
Cidre, poiré..............	544.459 »
Alcool...................	302.440 »
Alcool contenu dans les vins alcoolisés..........	33.668 »

c'est-à-dire, par habitant, une quantité annuelle de 170 litres 76 de vin et 4 lit.07 d'alcool.

Nous insistons à dessein sur ces détails qui montrent qu'à Tours, comme dans tant d'autres villes, *l'alcoolisme marche le plus souvent de pair avec la tuberculose*.

Voyons maintenant de quels moyens dispose la ville pour se défendre d'un aussi redoutable fléau :

1° Quinze lits d'isolement (7 pour les hommes et 8 pour les femmes) consacrés aux tuberculeux de l'hospice général, ce qui revient à dire que les 73 décédés n'ont eu droit chacun qu'à soixante-dix jours d'hôpital avant de succomber. Il va sans dire que ces salles où l'on entre

(1) L'étude climatologique fera l'objet d'une communication au 1er Congrès de climatothérapie tenu à Nice.

(2) Dr Bézard. — *Gaz. méd. du Centre*, avril 1901.

pour mourir sont l'objet de la terreur des malades et que tout tuberculeux non cavitaire a de grandes chances de se voir refuser l'entrée de l'hôpital sous prétexte d'encombrement. D'autres tuberculeux sont encore disséminés dans les salles de médecine, mais leur mélange interdit par ce fait même l'application de toute cure rationnelle.

2° Le service de médecine générale de l'asile Gatien de Clocheville; mais la tuberculose infantile n'entre que pour une très faible part dans la formation du contingent tuberculeux.

3° L'assistance à domicile représentée par le bureau de bienfaisance. Rappelons à ce propos que 1200 familles nécessiteuses sont régulièrement inscrites à ce bureau, ce qui représente environ 3600 personnes, et qu'en outre 1000 indigents reçoivent passagèrement des secours de médicaments. Or, en 1900, la dépense totale des médicaments s'est élevée à 6992 fr. 07; chaque ordonnance a atteint un prix moyen de 1 fr. 05 et chaque famille assistée a reçu moins de 3 fr. de secours médicamenteux!

4° La désinfection municipale; en 1900, 213 désinfections ont été pratiquées, dont 92 pour tuberculose, ce qui revient à dire qu'un décès sur 2,7 a été suivi de désinfection.

5° La ligue contre la tuberculose en Touraine, qui n'a pas su grouper dans un même effort toutes les bonnes volontés; ses ressources limitées se trouveront vite dépensées dans le fonctionnement d'un dispensaire qui ne peut apporter qu'un secours illusoire.

6° Enfin, la charité privée, qui reste la grande dispensatrice de l'assistance aux tuberculeux; ses bienfaits sont immenses, mais l'absence de coordination en atténue partiellement les résultats.

II. — La mortalité par tuberculose dans le département.

Dans l'étude de la tuberculose, en dehors de la ville de Tours, nous avons procédé avec la même méthode que précédemment.

Nos fiches individuelles nous ont donné, en 1899 et 1900, 81 tuberculeux sur 482 nouveaux malades, c'est-à-dire plus de 17 %. L'année 1901, jusqu'au 20 septembre, a fourni 50 tuberculeux sur 270 malades, c'est-à-dire 18 %; la même proportion se trouve donc observée. Elle est, sans doute, un peu plus élevée que ne l'indiquent ces chiffres, car la tuberculose est une maladie essentiellement chronique, à évolution traînante, et le malade, désespéré de ne point obtenir une guérison rapide, vient volontiers consulter à la ville.

Nos renseignements personnels nous ont aussi appris l'indifférence des sexes devant le fléau dévastateur. Nous avons, en effet, donné nos soins à 75 hommes et à 74 femmes.

Ils nous ont encore montré la prédisposition de l'âge adulte pour cette infection : 31 sujets de 20 à 25 ans, 29 de 25 à 30 ans et 30 de 30 à 40 ans.

Nous avons, d'autre part, recueilli une série de documents officiels, que nos collaborateurs ont bien voulu compléter, sur le chapitre de l'alcoolisme. Nous avons aussi choisi pour chaque commune l'année 1900 afin d'avoir des résultats comparables.

Éliminant les communes pour lesquelles nous n'avons que des renseignements insuffisants, nous sommes arrivé à grouper 56 communes qui, pour une population totale de 84 291 habitants, ont donné un chiffre total de 1823 décès. Sur ces décès :

167 sont imputables à la tuberculose;
21 sont imputables à la tuberculose associée à l'alcoolisme;
91 sont imputables à l'alcoolisme (directement ou à ses complications.

Les chiffres que nous apportons ont été minutieusement contrôlés. Nous les considérons cependant comme un peu au-dessous de la réalité, parce que :

1° Le médecin ne déclare pas toujours la tuberculose sous sa rubrique exacte. Nous relevons, en effet, dans les déclarations faites à l'état-civil un nombre beaucoup trop marqué de pneumonies pour qu'il ne se soit pas glissé parmi elles plus d'une tuberculose. Cette dernière a mauvaise réputation, elle constitue une tare aux yeux de bien des familles, et comme les indiscrétions sont fréquentes dans les petits pays, mieux vaut éviter une telle expression.

2° L'alcoolisme léger est si répandu que beaucoup n'y attachent pas d'importance; ce sont les cas les plus évidents qui nous sont seulement signalés.

Si maintenant nous établissons le pourcentage propre à la tuberculose, nous obtenons un total de 101 758 habitants avec 2258 décès annuels dont 210 par tuberculose. Parmi ceux-ci 21 fois l'alcoolisme s'est associé à l'infection bacillaire pour entraîner la mort. Nous arrivons ainsi seulement à 20.6 de mortalité par tuberculose pour 10000 habitants dans le département d'Indre-et-Loire (la ville de Tours excepté).

Ce chiffre est sensiblement inférieur à celui qui figure sur la carte du ministère de l'Intérieur (30.3 pour 10000).

Nous sommes heureux, pour notre part, de réhabiliter quelque peu la Touraine en montrant que sa contamination est moindre qu'on ne le prétend.

Ces tuberculeux sont décédés surtout à l'âge adulte :

De 0 à 5 ans.	15 décès.
5 » 10 »	10 »
10 » 15 »	17 »
15 » 20 »	20 »
20 » 25 »	25 »
25 » 30 »	16 »
30 » 40 »	26 »
40 » 50 »	25 »
50 » 60 »	18 »
60 ans et au-dessus	15 »

Nous avons aussi cherché à savoir à quelle profession ils appartenaient. Sur ces 210 cas, 125 fois la profession a pu être bien établie (les autres sont catalogués sous le terme général de sans profession). Nous avons relevé 26 cultivateurs, 5 vignerons, 12 journaliers, 8 couturières, 8 employés de bureau, 4 tonneliers, 3 maîtres d'hôtel, 3 employés de chemin de fer.

Mais si la tuberculose n'exerce pas en Indre-et-Loire tous les ravages dont on l'accuse, il n'en est pas de même de l'alcoolisme. Nous avons déjà vu dans le chapitre précédent l'effrayante consommation de vin et d'alcool à Tours; les campagnes ne cèdent en rien à la ville sur ce point. Chinon a consommé 4 lit. 24 d'alcool par habitant en 1900, sans tenir compte du vin qui n'a pu être évalué.

Si nous n'avons pas pour les communes autres que Tours la consommation en vin, qu'il nous suffise de rappeler que dans la plupart de ces communes la reconstitution des vignobles est systématiquement pratiquée et que le vigneron se croit obligé de consommer son vin plutôt que de le vendre à un prix qu'il juge insuffisamment rémunérateur. Nos tableaux de mortalité nous montrent aussi 112 décès causés par l'alcoolisme contre 167 par la tuberculose pure.

La conclusion qui découle de pareilles comparaisons est particulièrement instructive. Elle montre *l'alcoolisme marchant habituellement de pair avec la tuberculose et s'y surajoutant parfois pour l'aider dans son œuvre de mort.*

III. — Formes cliniques et complications.

Les formes cliniques le plus généralement observées ont été des *formes torpides*, évoluant en trois ou cinq ans. Elles ont été remarquables par la *rareté des hémoptysies*; c'est à la douceur du climat et plus particulièrement à la faiblesse du vent que nous attribuons ce fait. Nous n'avons rencontré que trois fois des *formes hémoptoïques* franches et n'avons jamais constaté d'hémoptysie mortelle.

Les *formes aiguës* ont été tout à fait exceptionnelles (4 cas). Dans l'un la fièvre à grandes oscillations a cédé à la cure d'air rigoureusement appliquée à la campagne et la malade, très améliorée, a pu partir en Algérie. Dans un autre, la malade a pu reprendre ses occupations de professeur; sa survie actuelle est de deux ans et demi. Le troisième cas a eu l'évolution banale de la phtisie à marche rapide avec cette particularité intéressante que le pneumocoque paraît avoir exercé une action favorisante pour la pullulation du bacille de Koch chez un tuberculeux latent. Le quatrième cas s'est terminé par la mort en trois mois.

Les *complications*, soit locales, soit à distance, ont été parfois assez marquées pour dominer nettement la situation et reléguer au second plan la tuberculose pulmonaire.

Les *complications ostéo-articulaires* ont été relativement fréquentes chez les jeunes sujets.

Nous avons enfin observé une paralysie de Landry terminée par guérison et consécutive à une pleurésie. C'est, croyons-nous, le seul cas de maladie de Landry

signalé chez un tuberculeux. Les recherches que nous avons entreprises dans les thèses les plus récentes sur ce sujet, celles de Martinet et de Boutin, n'en rapportent aucun exemple.

Les *complications viscérales* se trouvent relatées dans nombre de nos observations.

La **méningite** a surtout été la terminaison naturelle des tuberculoses infantiles; nous ne l'avons observée qu'une fois chez une femme adulte.

Les tuberculoses péritonéale, génitale et urinaire méritent des mentions spéciales.

a) *Péritonite tuberculeuse.* — La péritonite tuberculeuse s'est montrée de préférence chez des enfants ou de jeunes femmes. Elle a revêtu surtout la forme ascitique et, comme telle, a été justiciable de la laparotomie. Sur onze cas observés, six ont été opérés par M. H. Barnsby et ont donné cinq succès. Les suites éloignées ont été satisfaisantes.

Aussi, dans tous les cas où les lésions pulmonaires sont encore curables, la laparotomie reste-t-elle le traitement de choix.

En regard de nos opérés de péritonite tuberculeuse, nous devons placer deux cas d'*appendicite tuberculeuse* survenus l'un chez un jeune homme de dix-huit ans, l'autre chez un homme de trente-huit ans. La guérison locale, remontant pour l'un à dix-huit mois et l'autre à neuf mois, est complète, mais ils conservent encore à l'heure actuelle des traces manifestes de tuberculose pulmonaire.

b) *Tuberculose génitale.* — La tuberculose des organes génitaux n'a jamais été observée chez la femme, même au cours de laparotomies pratiquées pour péritonite tuberculeuse.

La tuberculose génitale chez l'homme a été primitive ou secondaire. Nous en avons recueilli 21 cas, la plupart survenus chez des adultes (10 âgés de 20 à 30 ans). Jamais nous n'avons trouvé de tuberculose testiculaire au-dessous de vingt ans ni au-dessus de quarante-trois ans. Sur ces 21 malades, examinés en moins de quatre ans, 17 ont subi la castration unilatérale (statistique du Dr H. Barnsby) et n'ont fourni que deux récidives connues.

La castration avec ablation du cordon aussi élevée que possible n'a été pratiquée que chez des malades porteurs de lésions pulmonaires nulles ou peu avancées, susceptibles par conséquent de retirer un bénéfice réel de l'intervention.

c) *Tuberculose urinaire.* — La tuberculose de l'appareil urinaire a été relativement rare; elle n'a jamais été primitive et est apparue comme complication ordinairement tardive. Presque toujours elle a gardé un rôle accessoire dans l'évolution de la bacillose, se contentant d'aggraver le pronostic, sans entraîner directement la mort. Une seule fois cependant nous avons vu, chez une jeune fille de treize ans, les accidents de cystite tuberculeuse primer rapidement les lésions pulmonaires et causer la mort par des hémorragies répétées.

Chez l'homme la tuberculose urinaire a été parfois associée aux lésions génitales bacillaires, mais ce fut toujours à titre d'épiphénomène.

d) *Tuberculose et grossesse.* — L'évolution de la grossesse chez des femmes tuberculeuses nous a fourni un certain nombre d'observations intéressantes. De toutes nos observations nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La tuberculose pulmonaire à la période cavitaire entraîne ordinairement l'accouchement prématuré;

2° Le travail de l'accouchement est une cause telle de surmenage que la mort ne tarde pas à suivre la délivrance;

3° Les enfants issus de mères tuberculeuses à la période ultime présentent exceptionnellement des lésions tuberculeuses constatées par la clinique ou par l'autopsie;

4° Chez les tuberculeuses, l'allaitement, pratiqué soit par ignorance, soit par entêtement, constitue une cause d'affaiblissement qui ajoute ses effets à ceux de la grossesse et favorise l'évolution vers la cachexie.

IV. — Etiologie.

L'examen de nos observations permet tout d'abord de relever l'absence de *tuberculose congénitale*. Nous avons pu pratiquer l'autopsie d'enfants issus de mères tuberculeuses et nous n'avons jamais constaté d'infection fœtale. Nous avons aussi soigneusement ausculté et suivi tous les enfants qui, nés dans ces conditions, ont survécu, et pas un n'a présenté de signes de tuberculose confirmés. Nous rappelons à ce propos que les recherches entreprises à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine (service de M. P. Bar), et poursuivies avec la collaboration de notre collègue A. Sicard (1), nous avaient donné les mêmes résultats négatifs.

La *tuberculose infantile* a été l'exception; nous n'en trouvons que quelques cas.

L'étude des causes prédisposantes de la tuberculose nous a amené à rechercher quel rôle pouvait jouer l'hérédo-prédisposition. Nous avons à ce sujet repris le dossier de 25 orphelins recueillis à l'Orphelinat agricole des Douets (Saint-Symphorien) et avons recherché les antécédents familiaux de chacun d'eux. Ils sont indiqués dans le tableau suivant.

Parmi ces enfants, âgés de 8 à 17 ans, nous n'avons, en près de quatre ans, jamais constaté un jour de maladie; leur auscultation a été également négative.

Tous ces prédisposés, placés dans des conditions hygiéniques excellentes (vie au grand air, apprentissage de métiers manuels) *n'ont pas fourni un seul cas de*

(1) R. Mercier et A. Sicard; in Kuss. Hérédité parasitaire de la tuberculose humaine (Thèse, Paris 1898).

Orphelinat agricole des Douets (Saint-Symphorien).

Nos d'ordre	Age	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (DÉCÈS PAR TUBERCULOSE)			
		Père	Mère	Frères	Sœurs
1	16 ans	»	»	»	»
2	13 »	»	»	»	»
3	16 »	»	1	2	»
4	10 »	»	1	2	»
5	15 »	1	1	»	»
6	10 »	1	1	»	»
7	15 »	1	1	»	»
8	14 »	1	1	»	»
9	13 »	»	1	»	»
10	11 »	»	1	»	»
11	10 »	DISPARU	»	»	»
12	8 »	DISPARU	»	»	»
13	17 »	INCONNU	1	»	»
14	17 »	INCONNU	»	»	»
15	16 »	1	1	»	»
16	16 »	1	»	»	2
17	15 »	»	»	»	»
18	15 »	1	1	»	»
19	14 »	1	»	»	»
20	13 »	1	»	»	»
21	12 »	1	1	»	»
22	12 »	»	1	»	»
23	11 »	»	»	»	»
24	10 »	1	1	»	»
25	8 »	»	»	»	»

tuberculose. Dans une étude antérieure (1), nous avons repris les statistiques de l'orphelinat et établi que les fils de tuberculeux y avaient des chances de survie égales à 97 %.

Parmi les sujets prédisposés, on a cité les *anciens trachéotomisés*. Nous avons recueilli trois observations qui viennent à l'appui de cette opinion.

Il nous reste, enfin, à parler de l'*alcoolisme* comme agent de prédisposition. Sur 188 décès par tuberculose recueillis dans le département, l'alcoolisme s'est rencontré 21 fois, tandis que, pendant le même laps de temps, il causait la mort de 91 autres individus.

La *contagion* a été le facteur le plus important de la dissémination bacillaire; elle a été familiale dans diverses circonstances. Une première famille de cultivateurs a présenté successivement :

(1) R. Mercier — Tuberculose et orphelinats agricoles (*Bulletin médical*, 1903, n° 84).

Une fille morte de tuberculose rénale;
Un fils atteint de coxalgie;
Un fils et une fille atteints de tuberculose pulmonaire;
Le père et la mère atteints de tuberculose.

Une deuxième famille n'a pas été moins éprouvée :

Le père a succombé à la tuberculose pulmonaire (avec maladie d'Addison);
Le fils et la fille sont devenus tuberculeux;
La femme et la belle-sœur ont été prises à leur tour.

Dans d'autres circonstances la contagion s'est faite par l'*habitat* en des locaux antérieurement occupés par des tuberculeux. Ce fait semblera d'autant moins surprenant, qu'à Tours, en 1900, 92 désinfections seulement furent pratiquées, alors que le chiffre des décès par tuberculose s'éleva à 218.

La désinfection, dans le département, n'est pas du tout opérée après décès, et trop souvent les mesures les plus élémentaires de propreté ne sont même pas prises. Nous signalons à ce propos l'urgence qu'il y aurait à imposer la désinfection après le séjour des malades dans les villas qui avoisinent Tours.

La *cohabitation* avec des tuberculeux paraît être la cause de bien des nouveaux cas. C'est à elle qu'il faut attribuer la tuberculose si fréquemment constatée chez les institutrices, chez les employés de la recette principale des postes, chez les typographes.

La tuberculose d'*origine alimentaire* n'a jamais été observée d'une manière bien nette. Une enquête, entreprise auprès des vétérinaires de la région, nous a cependant montré la rareté des inoculations de tuberculine aux bovidés (1).

V. — Traitement.

Comme la cure d'air constitue un des agents les plus actifs de la phtisio-thérapie, il est rationnel de faire, à ce point de vue, l'étude du climat tourangeau.

Le climat tourangeau, grâce à son altitude faible et à sa latitude moyenne, est éminemment stable dans tous ses éléments. La constance est sa caractéristique. Aussi, au point de vue phtisio-thérapeutique, proclamant, avec Fonssagrives, la supériorité des résidences fixes quand elles sont bien choisies, sur les résidences saisonnières, n'hésitons-nous pas à considérer le climat tourangeau comme éminemment apte à favoriser la guérison de la tuberculose pulmonaire.

Nous avons mis en œuvre, toutes les fois qu'il nous a été possible :

La cure d'air,
La cure de repos,
La cure d'alimentation.

Le climat dont nous avons ci-dessus résumé les qualités curatives, nous a facilité l'application de la cure d'air. Nos malades ont volontiers accepté l'aération continue dans la journée, mais le plus grand nombre n'étant pas soumis à notre influence constante, n'a pas osé la pratiquer la nuit. Aux pusillanimes nous avons conseillé l'aération par les vitres parallèles à ouvertures contrariées du Dr Castaing. Nous avons ainsi obtenu un renouvellement continu réalisant le premier élément de la triade hygiéno-diététique. Enfin, le séjour en dehors des agglomérations en a été le complément naturel; son influence bienfaisante s'est fait sentir dans les résultats que nous rapportons plus loin.

La cure de repos a comporté la cessation du travail habituel, toutes les fois que les conditions sociales l'ont permis, et l'immobilisation complète (sur lit ou sur chaise longue) dans tous les cas fébriles. La chaise-longue portative, protégée latéralement par un paravent et par un voile de coutil en haut nous a paru constituer l'abri le plus facile à réaliser en tous lieux; sa légèreté en simplifie l'orientation au soleil et sous le vent.

La cure d'alimentation a été suivie en tenant compte de la tolérance stomacale de chaque individu; c'est dire qu'elle a presque constamment échoué dans les tuberculoses à forme gastrique. Un de ces cas, après nous avoir donné un engraissement de 6 kilos et fait espérer une guérison radicale, a bientôt tourné court pour aboutir à l'intolérance gastrique complète et reprendre l'allure commune à toute cette catégorie.

Pour établir la suralimentation nous avons ajouté en moyenne aux repas habituels :

Lait	1 litre
Œufs crus	4
Viande crue (mouton ou cheval)	250 gr.
Huile de foie de morue (ou sirop iodotannique)	4 cuillerées à bouche.

ce qui nous permet de fixer à 1 fr. 15 le prix de revient de la suralimentation. C'est ce chiffre qui devra être prix comme base minima de l'assistance efficace aux tuberculeux. Le problème social à résoudre dans la lutte contre la tuberculose consiste donc à se procurer chaque jour :

1° Le prix de la nourriture quotidienne du malade, soit	1 fr.
2° Le prix de la suralimentation	1 » 15
3° Le prix de la nourriture familiale (si le tuberculeux est chef de famille)	2 »
4° Le prix du loyer et des vêtements	1 » 50

Toute œuvre qui ne pourra assurer un minimum quotidien de 5 fr. en argent ou en nature à une famille frappée dans son chef disposera de moyens d'action notoirement insuffisants.

Cette question budgétaire nous amène à parler des lieux d'application de la cure d'air pour les tuberculeux pauvres. Sans doute, le sanatorium construit en un point bien choisi est et restera toujours l'établissement de choix, mais le prix minimum de revient d'un lit dans un sanatorium populaire doit être fixé à 4500 à 5000 fr. (Belouet) et celui de la journée de malade à 4 fr. (Maugins).

De tels chiffres sont malheureusement beaucoup trop élevés pour les budgets départementaux. Aussi croyons-nous utile en dehors des mesures d'hygiène générale (telles que : limitation par extinction du nombre des débits de vin, réglementation de la construction des maisons d'habitation et surtout aération des ateliers), de demander l'affectation, dans chaque hospice cantonal, de deux salles de cinq lits chacune consacrées l'une aux tuberculeux curables, l'autre aux tuberculeux incurables. Chaque malade curable s'engagerait à y faire un séjour efficace d'au moins trois mois et les frais seraient supportés mi-partie par le budget communal, mi-partie par le budget départemental. L'assistance familiale serait enfin établie par une caisse d'assurances-maladie.

Les dépenses de premier établissement se trouveraient ainsi très réduites puisqu'il suffirait, sur les instructions du Comité d'hygiène, de rendre possible la désinfection de ces salles. Le carrelage (ou à son défaut le paraffinage des parquets), le vernissage des murs, l'achat de crachoirs collectifs et individuels, l'établissement d'un autoclave pour la désinfection de ces crachoirs, suffiraient pour supprimer les craintes de contagion. Une étuve cantonale mobile remisée dans un bâtiment annexe compléterait l'installation.

Une telle transformation aurait le mérite d'être immédiatement réalisable, fait capital puisque le danger est pressant.

Résultats. — Les résultats que nous avons obtenus dans le traitement de la tuberculose sont très encourageants. Nous les avons groupés en trois classes, suivant les conditions sociales des individus. Nous avons banni de nos observations celles qui comportaient un traitement inférieur à deux mois; ce faisant, nous avons voulu éviter surtout l'augmentation de poids, vraiment factice, qui, d'après M. Letulle, se produit, lors de l'entrée à l'hôpital,

(1) M. Paugoué, vétérinaire à Neuvy-le-Roi (Indre-et-Loire), nous a rapporté un fait fort intéressant de transmission de tuberculose humaine aux gallinacés. « Un fermier de la B..., dit-il, perdait depuis six mois poules et poulets. Le hasard me fit passer par la ferme où une poule malade me fut présentée. Séance tenante je la tuai et en fis l'autopsie. Je constatai principalement dans le foie de nombreux tubercules. Trois autres poules malades furent sacrifiées; elles étaient toutes tuberculeuses. Six autres autopsiées par la suite furent reconnues atteintes de tuberculose viscérale. Quelle était la cause de cette maladie jusqu'ici inconnue dans la ferme? Je cherchai et je crus l'avoir trouvée : un malheureux garçon phtisique, ne pouvant plus suffire aux travaux des champs, était chargé de soigner les volailles. Lorsqu'il leur distribuait leur nourriture, essoufflé par le moindre effort, il toussait et crachait beaucoup; les poules, très friandes de crachats, se précipitaient dessus avant de prendre leur nourriture ordinaire. »

Ce fait a la valeur d'une expérience de laboratoire; il est confirmatif des travaux de MM. Cadiot, Gilbert et Roger. La dualité des bacilles aviaire et humain paraît se réduire à une diversité de races et non d'espèces.

chez les tuberculeux, à quelque période de leur maladie qu'ils arrivent, du moment où ils sont encore valides et appétents.

A. — **La première catégorie comprend les *malades de la classe ouvrière*, recrutés pour la plupart à la consultation gratuite, *qui ont continué leur travail* tout en pratiquant la suralimentation.**

Tuberculose pulmonaire 1er degré.

POIDS

1° Mme C..., 28 ans.
Début du traitement, septembre 1898.. 47 k. 5
19 sept. 1901.... 55 »
2° Mme B..., 40 ans, brodeuse.
Début du traitement, 5 déc. 1898.... 55 »
30 décembre 1898 57 »
mai 1899....... 60 »
octobre 1899.... 62 »
février 1900.... 65 »
janvier 1902.... 65 »
3° F..., 36 ans, valet de chambre; cystite bacillaire.
Début du traitem., février 1899..... 59 »
25 sept. 1901.... 80 »
4° P..., 41 ans, couvreur.
Début du traitem., mars 1900...... 54 » 5
octobre 1900.... 63 »
26 nov. 1901.... 60 »
5° Mme C..., 40 ans.
Début du traitem., mars 1900....... 57 » 5
août 1900....... 59 »
avril 1901....... 64 » 5
juin 1901....... 59 »
décembre 1901.. 60 »
6° Mlle P..., 44 ans, malade depuis 6 ans.
Début du traitem., 16 avril 1900.... 55 »
18 sept. 1901.... 65 5
7° Mme F..., 22 ans; pesait 49 k. en bonne santé.
Début du traitem., 18 juillet 1900... 42 »
18 sept. 1900.... 43 » 5
15 déc. 1900.... 49 »
8° C..., 22 ans, employé de commerce.
Début du traitem., août 1900....... 57 » 5
16 juillet 1901... 67 »
9° Mlle B..., 22 ans, modiste.
Début du traitem., août 1900....... 50 »
décembre 1900.. 55 » 5
février 1901.... 54 » 5
septembre 1901.. 53 »
10° Mme D..., 28 ans, ménagère.
Début du traitem., décembre 1900.. 72 »
août 1901....... 77 »
11° D..., 29 ans, cordonnier, malade depuis le 25 décembre 1900.
Début du traitem., 9 mai 1901...... 57 » 5
4 janvier 1902... 68 »
20 février 1902.. 78 »
12° T..., 36 ans, télégraphiste.
Début du traitem., mai 1901....... 77 »
7 février 1902... 83 »
13° L..., 37 ans, maladie remontant à octobre 1900.
Début du traitem., 1er juin 1901.... 62 »
31 juillet 1901.. 65 » 5
12 sept. 1901.... 65 »
10 janvier 1902.. 67 »
14° Mme C..., 35 ans, couturière.
Début du traitem., juillet 1901..... 44 » 5
8 janvier 1902... 48 »
15° V..., 42 ans, tailleur; malade depuis six mois.
Début du traitem., 1er sept. 1901... 70 k.
3 nov. 1901...... 75 »
3 déc. 1901...... 78 »
16° Mme H..., 22 ans, ménagère.
Début du traitem., 1er octobre 1901. 52 »
20 nov. 1901..... 54 » 5
10 déc. 1901..... 57 »
30 déc. 1901..... 57 »
17° A..., 27 ans, charbonnier, éthylique, maladie remontant à juillet 1901.
Début du traitem., 1er octobre 1901.. 69 »
13 déc. 1901..... 78 »
18° Mme D..., 22 ans, malade depuis un an et demi, pesait alors 55 k.
Début du traitem., 16 octobre 1901.. 46 »
27 nov. 1901.... 46 » 5
27 déc. 1901..... 49 »
1er février 1902.. 55 »
19° D..., 18 ans, courtier.
Début du traitem., 15 nov. 1901.... 73 »
23 janvier 1902.. 79 »
20° M..., 30 ans, cultivateur.
Début du traitem., 1er déc. 1901.... 81 »
14 déc. 1901..... 84 » 5
31 janvier 1902.. 86 »

B. — **La deuxième catégorie renferme les *malades de la classe ouvrière* qui ont pu *pratiquer temporairement la cure d'air*. Les poids, notés avant et après la cure, montrent l'efficacité de la vie à la campagne et son rôle prépondérant dans la guérison de la tuberculose.**

Tuberculose pulmonaire 1er degré.

POIDS

1° Mme D..., 32 ans.
Déb. du trait., 1er mars 1900. 48 k. départ
1er nov........ 55 » retour
2° Mlle G..., 13 ans (mal de Pott dorsal inférieur).
Déb. du trait., 1er mars 1900.. 39 »
27 mai........ 40 » départ
4 novembre... 52 » 5 retour
3° Mlle C..., 18 ans, demoiselle de magasin.
Déb. du trait., 5 avril 1900... 44 »
15 mai........ 45 » départ
1er juillet..... 47 »
15 octobre..... 49 » retour
4° Mme G..., 28 ans, ménagère.
Déb. du trait., 22 mai 1900... 46 »
10 juin........ départ
15 août....... 50 » retour
2 octobre...... 50 » 5
5° T..., 22 ans, typographe.
Déb. du trait., 15 sept. 1900.. 45 » 5 départ
21 septembre.. 46 » 5
30 septembre.. 48 »
1er octobre.... 50 » 5
1er novembre.. 49 » 5 Intolérance gastrique.
30 janvier 1901 47 » 5 Laryngite.
6° Mlle C..., 22 ans, lingère.
Déb. du trait., janvier 1901... 54 »
1er mai........ 54 » 5 départ
1er octobre.... 58 » retour
2 décembre... 60 »
7° Mlle L..., 22 ans, modiste.
Déb. du trait., avril 1901..... 44 » départ mais ne cesse pas le travail.
16 août....... 45 »
16 septembre.. 47 » retour
8° Mlle B..., 5 ans.
Déb. du trait., 20 avril 1901.. 16 k. 2 départ
10 mai....... 17 » 2
11 octobre.... 18 »
9° Mlle P..., 28 ans, couturière.
Déb. du trait., 1er juin 1901.. 53 » 5 départ
30 août....... 59 » retour et reprise du travail.
10 octobre..... 60 »
10° Mlle B..., 17 ans, ménagère.
Déb. du trait., 1er juin 1901... 44 » 5 départ
1er août....... 46 » retour et reprise du travail.
1er septembre. 44 » 5
11° R..., 7 ans.
Déb. du trait., 5 juillet 1901.. 16 » départ
10 août....... 17 »
15 septembre.. 18 » retour
12° Mlle R..., 19 ans, couturière en atelier.
Déb. du trait., 1er août 1901.. 52 » départ
15 septembre.. 54 » retour
1er octobre.... 56 » reprise du travail.
13° Mlle L..., 17 ans, modiste.
Déb. du trait., 1er août 1901.. 40 » 5 départ
18 septembre.. 42 »
5 octobre..... 44 » retour
14° B..., 17 ans, cordonnier.
Déb. du trait., 10 août 1901.. 58 » départ
18 septembre.. 58 » 5
11 octobre.... 60 » 5
8 novembre... 63 » retour
27 novembre.. 64 » 5
15 décembre... 67 » reprise du travail, hémoptysie immédiate.
30 janv. 1902.. 66 »

C. — **La troisième catégorie renferme les *malades étrangers à la ville*, qui ont, par conséquent, *suivi leur traitement chez eux à la campagne*, réalisant ainsi la cure d'air.**

POIDS

1° Mlle G..., 11 ans.
Début du traitem., mars 1898...... 42 k.
juillet 1900...... 47 »
octobre......... 49 »
2° B..., 38 ans, épicier.
Début du traitem., 2 sept. 1899..... 55 »
1er déc. 1900.... 63 » 5
15 février 1901.. 68 »
3° Mlle M..., 36 ans, malade depuis deux ans.
Début du traitem., 14 janvier 1900.. 62 »
mai 1901........ 70 »
août............ 67 »
septembre...... 67 » 5
16 novembre.... 70 »
4° Mme M..., 39 ans, malade depuis 1899.
Début du traitem., janvier 1900..... 40 »
mars........... 52 » 5
mai............ 65 »
1er juillet....... »
31 juillet........ 72 » 5
3 août.......... »
18 septembre.... 80 »
14 novembre..... 80 »
5° Mlle M..., 11 ans (pseudo-chlorose).
Début du traitem., mars 1900....... 42 » 5
14 novembre.... 55 »
6° G..., 8 ans.
Début du traitem., juillet 1900...... 24 » 5
26 octobre...... 28 »
7° Mlle D..., 12 ans.

Début du traitem.,	1er août 1900....	30 » 5
	22 août.........	32 »
	26 septembre....	34 »
	11 novembre....	36 » 75
	11 janvier 1901..	40 »

8° Mlle P..., 17 ans.

Début du traitem.,	1er sept. 1900...	41 » 5
	24 septembre....	43 »
	27 octobre.......	45 »
	29 décembre.....	49 »
	26 sept. 1901....	51 » 5

9° J..., 28 ans, charpentier.

Début du traitem.,	8 sept. 1900.....	51 »
	21 septembre....	54 »
	11 octobre 1901..	61 »

10° Mme L..., 20 ans, ménagère.

Début du traitem.,	6 sept. 1900.....	52 » 5
	24 mai 1901.....	61 »
	9 août..........	57 » 5
	20 septembre....	58 »
	27 octobre.......	61 » 5

11° B..., 18 ans, correcteur d'imprimerie, malade depuis six mois.

Début du traitem.,	10 sept. 1900....	70 »
	17 novembre....	74 »
	1er février 1902..	75 »

12° F..., 34 ans, cultivateur.

Début du traitem.,	11 sept. 1900....	60 »
	26 octobre.......	66 »
	3 décembre....	72 »

Un coup d'œil jeté sur nos résultats montre qu'ils peuvent soutenir la comparaison avec ceux publiés par Dumarest (sanatorium d'Hauteville) qui, pour 51 malades, a obtenu une augmentation moyenne de poids de 6 kilogr. 333.

Conclusions

Les conclusions qui découlent de ce travail sont les suivantes :

1° La lutte antituberculeuse devrait, autant que possible, être précédée ou accompagnée d'une campagne anti alcoolique;

2° La cure de la tuberculose est parfaitement réalisable sur place, dans la région où nous observons, grâce à la stabilité et à la douceur du climat tourangeau;

3° En attendant la création d'un sanatorium départemental et le fonctionnement dans les villes d'un dispensaire du modèle établi par le Dr Calmette à Lille, l'installation, dans les infirmeries cantonales, de deux salles réservées l'une aux tuberculeux curables, l'autre aux incurables, s'impose comme une nécessité immédiate;

4° Dans la classe ouvrière, la cure définitive restera cependant l'exception au lieu d'être la règle, tant que ne sera pas organisée l'assistance aux familles de tuberculeux.

Le prix de l'abonnement annuel du **BULLETIN MÉDICAL** est de **8 fr. pour la France et 12 fr.** pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

MÉDECINE MILITAIRE

A propos de la tenue des médecins militaires

La lettre de notre correspondant, que nous avons publiée dans notre numéro du 20 février, a été le point de départ d'une sorte de referendum spontané, auquel ont pris part des représentants de tous les grades du corps de santé.

Nous n'en avons pas été surpris, car de tout temps les médecins militaires se sont passionnés pour cette question. Si, en effet, l'habit ne fait pas le moine, il n'en est peut-être pas de même pour le soldat. La tenue militaire n'est-elle pas un symbole — et le seul — qui traduit — même pour l'œil peu exercé du civil — la situation exacte qu'occupe dans la hiérarchie militaire le porteur de cet uniforme, les honneurs auxquels il a droit, etc. Or, comme la tenue des médecins militaires a toujours été conçue — ainsi que les dénominations de leurs grades et les appellations usitées à leur égard — de manière à rendre leur situation militaire aussi fausse que possible, il s'ensuit que nos camarades ont toujours lutté contre l'illogisme de leur uniforme, résultat d'une jalousie mesquine, d'autant plus regrettable qu'elle prive le médecin de l'autorité dont il a besoin pour l'exécution du service de santé, notamment en campagne, au grand détriment du soldat, blessé ou malade!

Il y a donc intérêt à faire connaître à nos lecteurs les résultats de cette consultation qui vient de se produire si inopinément et avec une liberté, une indépendance que ne connaissent pas les enquêtes officielles.

Un premier point sur lequel l'accord est complet c'est que la vareuse, telle qu'elle est réglementée à l'heure actuelle, est un bon vêtement de campagne. Simple, ample, pourvue de poches, suffisamment élégante et commode, on doit la garder.

De plus, on est non moins unanime pour condamner la grande tenue, c'est-à-dire le dolman et le képi rigide.

Au dolman on reproche d'être antichirurgical, ses tresses étant des nids à microbes. De plus, il est laid, rend énormes les personnes un peu fortes, coûte cher, et ne peut se transformer en vareuse. Quant au képi rigide, il est non seulement horrible par lui-même, mais en plus il est orné, pour les officiers supérieurs du service de santé, du macaron, attribut de tous les officiers subalternes. C'est donc la personnification de l'illogisme dans la tenue.

Ces griefs nous semblent des plus justes. Au képi rigide, les médecins-majors de 1re classe et les principaux devraient — comme les officiers des grades correspondants — arborer l'insigne du grade des officiers supérieurs. Cette mesure s'impose avec une telle évidence que le général André en avait pris l'initiative, et si elle n'a pas abouti c'est — quelqu'invraisemblable que la chose paraisse — que le 7e Directeur du moment aurait refusé! Si le ministre n'est pas découragé par cet échec, s'il a conservé ses bienveillantes dispositions à l'égard des médecins militaires, il peut être sûr que le chef actuel de la 7e Direction serait heureux de rendre à son corps le plumet que le général Boulanger lui avait attribué et lui a repris plutôt que de le donner aux intendants (1).

Quant au dolman, tous les griefs spécifiés ci-dessus sont des plus justifiés. Personnellement nous lui reprocherons de créer fatalement une distinction de tenue entre les médecins du cadre actif et ceux de réserve, qui ne peuvent s'offrir ce vêtement de luxe, et se contentent de la vareuse.

Du reste, la grande tenue des médecins militaires n'atteint pas le but proposé. En réalité, elle a quelque chose de triste, nous dirions presque de miséreux, dont on ne peut bien se rendre compte que par comparaison avec les uniformes non seulement des officiers mais aussi des médecins militaires étrangers. Au Congrès de Bruxelles, lors de la réception chez le roi, la tenue de nos médecins militaires nous a laissé la même impression que celle éprouvée par le promoteur involontaire de cette campagne : celle de parents pauvres! Et cependant les deux représentants du corps de santé français portaient bien la tenue, étaient de tournure élégante, et de figure distinguée.

En résumé, la grande tenue est laide, coûteuse, gênante et illogique au point de vue hiérarchique. Les médecins militaires ont donc raison de vouloir la modifier. Seulement s'il y a accord pour la démolition, il y a désaccord pour la reconstitution.

Les jeunes — avec une logique et un sens militaire qui leur font honneur — disent qu'étant non seulement médecins, mais aussi *chefs militaires*, commandants de la troupe de santé, commandants des formations sanitaires en temps de paix et sur le champ de bataille, ils doivent avoir, comme les autres officiers, *tous* les insignes de l'autorité militaire. Et dans cette réclamation ils n'ont en vue que d'obtenir l'autorité suffisante sur leurs subordonnés pour faire rendre au service de santé tout ce qu'il doit donner au grand profit du soldat malade ou blessé.

Dans cet ordre d'idées, ils demandent : mêmes galons que ceux des officiers de troupe; port des galons sur la capote; plumet au képi pour les officiers supérieurs; suppression de la giberne; remplacement du dolman par la tunique; port des épaulettes.

Ils ont raison, cent fois raison, les jeunes. C'est ce que nous demandions

(1) Granjux. — L'enfantement et les péripéties de la tenue actuelles du corps de santé militaire (*Le Caducée*, 1904, n° 6).

à leur âge. C'est ce que nous réclamons surtout en songeant aux médecins de réserve; car, si leurs camarades du cadre actif, rompus au métier, vivant au milieu de la troupe, ne se trouvent pas assez armés pour assurer l'exécution du service de santé en cas de guerre, que feront, en cas de mobilisation, les médecins civils déguisés, du jour au lendemain, en médecins militaires !

Parmi les anciens, en laissant de côté les indifférents auxquels cela est bien égal, la question d'uniforme est envisagée de deux façons bien différentes. Il y a, d'une part, ceux qui sont arrivés ou peuvent arriver, en un mot, ceux qui ne sont pas découragés, et... les autres !

Les premiers — ce sont naturellement les moins nombreux — ont conservé soit leurs illusions, soit l'appréciation exacte de la nécessité, pour le chef médical, d'être en même temps un chef militaire. Ils demandent, comme les jeunes, que l'on militarise davantage la tenue, en lui incorporant tous les insignes qui caractérisent le chef militaire.

Ils disent que leur troupe, les infirmiers, avant la tunique, eux, les chefs, doivent la porter aussi, d'autant qu'on l'a donnée aux vétérinaires dans l'armée de terre, et aux médecins, dans l'armée coloniale. Non seulement la logique y trouverait son compte, mais aussi l'économie, car la tunique se transforme facilement en vareuse et serait sans doute adoptée par les médecins de réserve.

Ils font remarquer que le ministre de la marine ayant attribué les épaulettes à ses médecins, forcément même mesure sera prise à la guerre dans un temps plus ou moins rapproché, parce que les raisons de haute convenance et d'intérêt supérieur qui ont décidé M. Pelletan à prendre cette mesure ne sont pas moins de mise en ce qui concerne les médecins de l'armée.

« En somme, disent-ils, nous ne devons être ni *moins*, ni *plus* que le combattant. Nous devons être *autant*, et lutter sans relâche pour obtenir le symbole de cette égalité.

« Il en est des épaulettes comme des décorations et autres hochets : on ne peut y attacher peu d'importance que quand on les a obtenues. »

Comme conclusions ils demandent le maintien du *statu quo*, qui a constitué une première étape vers l'équivalence avec les officiers (1), jusqu'à ce qu'on obtienne plumet, tunique et épaulettes, et rejettent la redingote, même celle de nos confrères de la marine.

Avec les désillusionnés c'est une autre cloche qui se fait entendre. Pour le médecin militaire, disent-ils, il n'y a que deux situations possibles : ou l'égalité avec les officiers, ou la démilitarisation. Or, nous sommes dans la situation la plus fausse du monde. Nous sommes responsables du service vis-à-vis du commandement, et il ne nous donne pas l'autorité nécessaire pour le mener à bien.

On nous appelle « Monsieur » comme si on voulait affirmer que nous n'appartenons que pour la forme à l'armée. Pour nous faire respecter nous sommes totalement désarmés, car nous n'avons aucune autorité directe sur la troupe. Quelle que soit notre ancienneté nous devons les premiers le salut aux officiers de notre grade, fussent-ils nommés de la veille. Nous marchons toujours à la gauche des officiers de notre grade, et fussions-nous les plus anciens nous ne pouvons jamais présider la table à laquelle nous nous asseyons. Cette manie de persécution s'étend sur nous même après notre mort, car notre dépouille n'a droit qu'aux honneurs funèbres attribués au grade immédiatement inférieur à celui que nous possédons! En somme, notre tenue traduit fidèlement notre situation bâtarde.

Avant de militariser notre uniforme il faudrait commencer par militariser notre situation. Qu'ont fait dans cette voie nos chefs directs depuis que le corps de santé a son autonomie. Ont-ils réclamé pour les médecins le commandement *direct* des sections d'infirmiers, ont-ils réclamé la direction *effective* des hôpitaux militaires *avec conseil d'administration*, avec *suppression de la gestion!* Non, n'est-ce pas. Eh bien, comment voulez-vous qu'on nous traite comme officiers alors que nous nous déchargeons sur d'autres du soin de *commander notre troupe* et de *gérer nos établissements!*

Du reste, le commandement s'efforce de diminuer le peu d'autorité qui nous avait été concédée. Il nous a d'abord enlevé celle que nous avions dans les formations sanitaires, sur les troupes autres que le train et les infirmiers ; puis il a soustrait le train à notre action !

Dans notre uniforme on a voulu nous enlever les galons. Le plumet nous a été aussi vite retiré que donné. Nous avions, jusqu'à ces temps derniers, une tenue intermédiaire entre celle des « combattants » et celle du « personnel administratif ». Celui-ci vient d'obtenir ce que nous avions, de telle sorte que nous sommes confondus à nouveau avec les officiers d'administration de tous les services. Pour en sortir il n'y a qu'un moyen : faire machine en arrière; se démilitariser. Etre médecin et rien que médecin. L'affirmer en prenant la tenue de nos confrères de la marine.

« La redingote, nous écrit-on, n'est en aucune façon impossible ou ridicule à cheval. Elle est, au contraire, élégante, puisque adoptée par tous les grands maîtres des équipages de vénerie française. Au bois, comme au concours hippique, les cavaliers les plus selects la portent gracieusement.

La tenue du médecin de marine est simple, sévère, distinguée ; elle ne peut manquer de convenir aux médecins de la réserve et de la territoriale ; car, débarrassée facilement des galons, elle deviendra une tenue civile, propre, élégante, qu'ils peuvent finir d'user complètement. »

Du reste, ajoutent les désabusés, tant que le ministre de la guerre sera un officier, il aura tous les préjugés à l'égard des « non-combattants » et les médecins seront sacrifiés. La question ne pourra changer que le jour où le portefeuille de la guerre sera confié à un civil, à moins que nous sachions jouer de notre personnel de réserve comme les comptables ont fait du leur. Mais c'est peu probable, étant donné *pessima*.....

Il est certain que le tableau ci-dessus de l'état lamentable dans lequel se trouve le corps de santé n'est que trop réel et que, depuis quelques années, la situation des médecins militaires va toujours en diminuant. C'est, du reste, la règle dans les périodes de paix. On oublie les services rendus, on perd de vue le rôle si important du médecin en cas de guerre, on creuse le fossé qui sépare « combattants » et non-combattants » pour élever un piédestal — combien fragile — à l'officier.

De telle sorte que, tout en étant personnellement opposé à la démilitarisation du corps de santé pour des raisons de sentiment plutôt que par raisonnement, nous ne trouvons rien à répondre à ce dilemne : « *tout* ou *rien*. Du moment que ce n'est pas *tout*, il vaut mieux *rien*. »

Du reste, ce désir de faire machine en arrière qui hante tant de serviteurs anciens — et qui sont de bons serviteurs — n'est-il pas en somme la meilleure démonstration de la nécessité de la marche en avant si l'on veut sauver le corps de santé.

Mais d'autres désabusés vont plus loin et demandent pour les médecins un uniforme qui soit le même dans toutes les armées! Dans cette voie il nous est impossible de les suivre. Comme nous disions à l'un d'eux : « Nous ne voudrions pas, nous les anciens Strasbourgeois, porter la même tenue qu'un Allemand, fut-il notre confrère. Nous nous croyons : Français d'abord, médecin ensuite, militaire après. » « Mes amis et moi, me répondit mon interlocuteur, nous sommes médecin d'abord, Français ensuite! »

Quel chemin parcouru!

Il est temps de conclure.

Un fait se dégage nettement malgré la diversité des opinions : c'est que dans le corps de santé règne un découragement dont on ne se doute pas dans les rouages élevés de la hiérarchie. Les anciens — pour emprunter une expression suggestive à la langue verte des casernes — « ne veulent rien savoir. » Quand un corps en arrive là, il est bien malade et il est grand temps d'aviser !

Avis à ceux qui sont responsables.

Dr Noel.

(1) *Caducée*. — Loc. cit.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

La diphtérie est-elle transmissible par l'eau ?

La question de la transmissibilité hydrique de la diphtérie, déjà posée à plusieurs reprises, a généralement suscité jusqu'ici une réponse négative.

Or, MM. F. Seiler et W. de Stoutz (*Revue méd. de la Suisse rom.*, mars 1904), ayant fait récemment, au laboratoire de bactériologie du service sanitaire à Lausanne, quelques recherches suivies sur la façon de se comporter du bacille de Löffler dans l'eau potable, ont obtenu des résultats qui semblent de nature à modifier l'opinion courante à ce sujet.

Ils se sont servis d'une culture pure de bacille de Löffler, très virulente, isolée de fausses membranes et repiquée sur sérum et sur agar, présentant toutes les réactions caractéristiques. On ensemence 10 cc. de bouillon normal avec cette culture. Le lendemain on obtint une culture typique du bacille de Löffler en bouillon.

On introduit une goutte dans un ballon d'un litre stérilisé, rempli d'eau distillée. Après agitation, on abandonne le ballon à la température de 18° pendant vingt-quatre heures. En même temps on ensemence dans un ballon de trois litres d'eau ordinaire deux gouttes du même bouillon, dans les mêmes conditions que le premier.

Au bout de ce temps on ensemence une goutte de chaque ballon sur sérum et on place à l'étuve pour faire l'examen le lendemain, soit 18 à 24 heures après environ. Chaque sérum ensemencé montre nettement deux ou trois colonies du bacille de Löffler ; examinées au microscope, ces cultures présentent tous les caractères dudit bacille. Ensemencées sur bouillon, elles donnent des cultures types du bacille de Löffler avec leur voile caractéristique et toutes les réactions connues.

Chaque jour on a répété ces ensemencements sur sérum avec une goutte de l'eau contaminée et, régulièrement, on a pu, le lendemain, constater la présence du bacille de Löffler sur le sérum ensemencé. Le neuvième jour après l'ensemencement, on a encore pu obtenir des cultures sur sérum, avec l'eau du ballon de trois litres de capacité.

Dans une autre série d'expériences, les auteurs ont introduit dans un ballon d'un litre d'eau distillée, une petite parcelle d'une culture de bacille de Löffler sur sérum, après avoir fortement agité le ballon ; ils ont ensemencé chaque jour une goutte de l'eau contaminée sur sérum pendant neuf jours successifs. Dans chaque tube de sérum ensemencé on a pu constater nettement la présence de bacilles de Löffler. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que, loin de diminuer, la quantité de colonies a augmenté avec le nombre de jours, semblant ainsi prouver que le bacille de Löffler prospérait dans l'eau distillée à la température ordinaire.

En répétant les ensemencements de cultures pures de diphtérie dans de plus grandes quantités d'eau, 10 à 15 litres environ, on a obtenu, soit dans le bouillon, soit sur sérum, des cultures très caractéristiques de bacilles de Löffler.

Il semble donc que, dans les circonstances ordinaires, le bacille de Löffler ne meurt pas de suite dans l'eau. Au contraire, il s'y conserve, s'y développe même probablement et cela pendant une dizaine de jours. De là à conclure qu'il peut se répandre dans les eaux potables, il n'y a qu'un pas. Si cela se confirme, il faudrait bien admettre que la contagion de la maladie peut se produire par l'eau de boisson.

MM. Seiler et Stoutz ajoutent, en terminant, que les procédés de recherche des bacilles coli et d'Eberth dans l'eau au moyen de bouillon phéniqué, empêchent la constatation de la présence du bacille de Löffler dans les eaux. En effet, le bouillon phéniqué, même très faible, arrête totalement le développement du bacille de Löffler. Par contre, on réussit bien en ensemençant 25 à 30 cc. d'eau dans 10 cc. de bouillon normal et plaçant à l'étuve. On obtiendra un bouillon dont quelques gouttes ensemencées sur sérum donneront les cultures caractéristiques du bacille de Löffler.

De l'appendicectomie chez les diabétiques

On sait que l'appendicite est très fréquente chez les diabétiques et que, d'autre part, le diabète constitue un terrain défavorable aux interventions opératoires. Quel est donc le pronostic de l'appendicectomie chez les diabétiques ?

M. O. Kœrner (*Grenzgebiet der Med. u Chir.*, XII, 5) a étudié cette question se basant sur l'observation de 27 cas de diabète où il a dû opérer pour appendicite aiguë. Chez 13 de ces malades, il s'agissait d'une forme légère de diabète ; tous, ils guérirent, sans encombre, des suites de l'opération, après avoir présenté parfois une recrudescence transitoire de leur glycosurie. Dans 5 cas de diabète de gravité moyenne, la guérison opératoire fut obtenue également et sans augmentation subséquente des troubles diabétiques. Par contre, sur 9 sujets atteints de diabète grave, opérés pour appendicite, 3 ont succombé au coma quelques jours après l'intervention chirurgicale, 1 est mort de marasme ; les 5 autres guérirent et furent même améliorés au point de vue des troubles diabétiques.

L'appendicectomie ne paraît donc impliquer aucun danger dans les cas légers de diabète. On ne doit pas s'en abstenir non plus dans le diabète grave alors qu'il existe une indication vitale pour cette opération.

Avant de procéder à l'appendicectomie chez un diabétique, le malade devra être soumis à un régime alimentaire antiglycosurique. La veille de l'opération, on lui fera prendre, à titre de médication prophylactique du coma, du bicarbonate de soude à haute dose. Au moment de l'opération, on aura soin d'abréger autant que possible la durée de l'anesthésie chirurgicale.

Traitement médical de l'appendicite

D'après M. W. Valentine (*St Paul med. Journ.*, février 1904), le meilleur traitement médical de l'appendicite — celui qui est aussi recommandé dans les cas où, se proposant d'intervenir à froid, on veut laisser se calmer les phénomènes phlegmasiques aigus — consiste essentiellement à pratiquer des lavages de l'estomac et de l'intestin. Le lavage stomacal se fait après cocaïnisation du pharynx ; on le répète jusqu'à cessation des nausées, vomissements et éructations gazeuses. Il a pour effet d'évacuer, non seulement l'estomac, mais aussi la partie supérieure de l'intestin et de calmer le péristaltisme intestinal. On pratiquera aussi des lavages du rectum avec de l'eau salée. Le malade ne prendra rien par la bouche ; il sera alimenté au moyen de lavements nutritifs, répétés toutes les six heures. On s'abstiendra des purgatifs. Les douleurs abdominales seront calmées par des cataplasmes chauds ou des compresses froides. Une application de sangsues au niveau de l'appendice soulage également. Après quatre jours de diète absolue, on pourra donner un peu de bouillon, par gorgées. On passera ensuite à une alimentation buccale liquide.

Ce traitement réussirait même dans des cas très graves.

De l'emploi de l'huile d'olive contre le spasme du pylore

L'influence favorable que l'ingestion d'huile d'olive, à haute dose, est susceptible d'exercer dans certaines gastropathies avec troubles de la motilité de l'estomac et stase alimentaire est un fait connu, mais encore peu utilisé en pratique. Voici comment le prof. Cohnheim précise, dans la *Zeitschr. f. klin. med.*, les indications et le mode d'emploi de ce procédé thérapeutique.

L'huile d'olive serait surtout indiquée dans les gastrectasies liées non seulement à un rétrécissement organique, mais à un spasme réflexe du pylore, résultant de la présence d'un ulcère ou d'une fissure en cette région. Ce genre de dilatation stomacale pourrait être souvent guéri par l'ingestion d'huile d'olive, dont la dose doit être de 100 à 150 grammes par jour. Le malade en avale un verre à madère le matin, à jeun, puis il prend une cuillerée à bouche avant le déjeuner et une autre cuillerée avant le dîner. S'il y a répugnance pour l'huile d'olive, on fait usage d'une émulsion d'huile d'amandes douces. Lorsque même ce mode d'administration n'est pas toléré, ou s'il existe des troubles de la déglutition dus à un rétrécissement de l'œsophage, l'huile est versée dans l'estomac au moyen de la sonde.

Ainsi employée, l'huile aurait pour effet de calmer le spasme pylorique, de diminuer le contact irritant entre les masses alimentaires et les parois stomacales, et de faciliter la progression du chyme. Son premier effet serait de supprimer les douleurs survenant habituellement, chez les dilatés de l'estomac, quelque temps après le repas, puis de faire rétrocéder peu à peu la dilatation gastrique avec les troubles qui s'y rattachent.

De quelques fractures peu communes du coude et du pied

M. Ch. Julliard (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars 1904), chef de clinique chirurgicale à Genève, a eu l'occasion d'observer récemment trois cas de fractures du coude et du pied à formes peu communes : une dislocation de l'épiphyse supérieure du radius; une fracture isolée, par cause indirecte (compression), du scaphoïde; une fracture en coin de la tête du radius avec luxation du coude et projection à distance du fragment libre.

En ce qui concerne la première de ces lésions, il n'existerait, dans la littérature médicale, d'après l'auteur, qu'un seul cas qui puisse être rapproché de son observation — celui qui a été relaté par Seyberth (1896). Ce chirurgien a observé un malade, âgé de vingt-trois ans, atteint de cubitus valgus unilatéral. Par des investigations minutieuses, on parvint à établir que, dix-huit ans auparavant, ce malade, à la suite d'un traumatisme, a dû avoir une dislocation de l'épiphyse supérieure du radius, ayant entraîné la production des troubles constatés.

On voit que si ce fait est très intéressant pour ce qui concerne l'évolution ultérieure de l'affection et ses conséquences tardives, il ne fournit, par contre, aucun renseignement sur la pathogénie, les symptômes et le diagnostic de la lésion dont il s'agit.

Le cas que M. Julliard a observé, et sur la nature duquel la radiographie ne laisse planer aucun doute, vient précisément combler cette lacune.

Il concerne une fillette de cinq ans chez laquelle la lésion a été causée par une force agissant *directement* sur l'extrémité du radius. Les différentes péripéties de l'accident, en effet, ont pu être reconstituées très exactement et s'accordent à rendre vraisemblable cette pathogénie : chute d'une faible hauteur, il est vrai, mais accompagnée de heurt violent du coude contre l'angle saillant d'un carreau. Le bras n'a pas été tordu ni tiré. Il était replié sous le corps de l'enfant, qui n'a pas porté sa main en avant pour se retenir.

Les symptômes de cette dislocation de l'épiphyse supérieure du radius ont été les suivants : douleur bien localisée au niveau de la tête radiale; gonflement diffus du coude; ecchymose faible au niveau du coude, plus étendue à la face interne du poignet, et, enfin, diminution de la flexion de l'avant-bras sur le bras, arrêt presque complet de la supination avec intégrité des autres mouvements.

Le diagnostic ne pût être établi avec certitude que grâce aux rayons de Röntgen.

Une fois réduite, la dislocation de l'épiphyse supérieure du radius a guéri rapidement et sans complications.

Méconnue et non réduite, elle peut entraîner des troubles dans la croissance de l'os qui se manifestent par la production d'un cubitus valgus, comme le fait s'est produit dans l'observation ci-dessus mentionnée de Seyberth

Quant au traitement, il consiste, en première ligne, à réduire la dislocation, ce qui n'est pas toujours facile. Au besoin la réposition sanglante s'imposera.

L'immobilisation, combinée au massage précoce, assurera la guérison définitive.

Lorsqu'il persiste une ankylose plus ou moins accentuée du coude, on prescrira un traitement orthopédique approprié.

Chez la petite malade de M. Julliard, où une légère ankylose empêchait l'extension complète de l'avant-bras, on s'est servi avec succès d'un appareil assurant une extension continue et lente du membre.

Dans la seconde observation de l'auteur, il s'agissait d'un adolescent qui fit une chute dans un fossé. La pointe du pied heurta contre une pierre, et tout le poids du corps vint peser sur le talon. Relevé, il ne put marcher. On constatait les symptômes suivants : gonflement du pied peu accusé, une ecchymose à la face dorsale. Petite saillie douloureuse au scaphoïde, crépitation à ce niveau. Mouvements de l'articulation de Chopart très douloureux; ceux de l'articulation tibiotarsienne intacts. On peut à peine distinguer un raccourcissement du pied. On diagnostique une fracture du scaphoïde par cause indirecte.

Le radiogramme justifie ce diagnostic. On y distingue nettement un écrasement du scaphoïde dans le sens antéro-postérieur, qui a été comprimé entre la tête de l'astragale et le premier cunéiforme.

Quelques fragments font saillie à la surface du squelette et constituent la proéminence déjà signalée. Cette fracture est isolée et entièrement fermée.

Le traitement est des plus simples : immobilisation passagère du membre avec application de compresses résolutives et massages.

Le malade guérit rapidement et marche au bout de quatre semaines.

Actuellement, il n'existe aucun gonflement et aucun œdème de la région. On perçoit toujours, au niveau du scaphoïde, une très petite saillie, mais elle n'est absolument pas douloureuse. Le bord interne du pied présente un raccourcissement de trois quarts de centimètre, mais la voûte plantaire ne présente pas de modifications sensibles. Elle est un peu plus élevée que normalement, mais cette élévation est insignifiante.

La troisième observation de M. Julliard se rapporte à un homme qui, travaillant à la construction d'une église, fit une chute d'environ neuf mètres de hauteur. Il tomba sur les talons puis glissa sur les fesses, chancela du côté droit et son coude vint heurter un tas de gravier. Dans sa chute il tenta de se retenir en portant la main en avant.

Gonflement énorme de la région qui est ecchymosée, déformation du coude faisant poser immédiatement le diagnostic de luxation en arrière, que la radiographie confirme.

On réduit la luxation et place le membre sur une attelle. Le gonflement, qui était considérable, augmente encore le jour suivant, puis s'amende peu à peu.

On constate alors qu'il existe, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'épicondyle, une saillie osseuse du volume d'une noisette, qui roule sous la peau. Vu la région, on pense tout d'abord à une fracture de l'épicondyle, car on ne peut s'assurer encore de l'intégrité de cette éminence à cause du gonflement.

Dans l'intention de suturer ce fragment libre au condyle huméral, on pratique l'incision des téguments au niveau de la saillie osseuse en question. On constate qu'il ne s'agit pas d'un fragment épicondylien, mais de la moitié environ de la tête radiale sectionnée en coin. Hésitant à suturer cette demi-tête à l'autre moitié qui est restée intacte, attendu qu'elle en était complètement séparée et par ce fait pouvait se nécroser, on résolut de l'extraire tout simplement. La plaie guérit par première intention et bientôt, sous l'influence des massages et de la mobilisation précoce, les mouvements réapparaissent dans l'articulation.

Aujourd'hui, trois mois après l'accident, les mouvements ont leur amplitude normale. Seulement, dans la supination forcée, on perçoit un petit ressaut non douloureux, qui se produit lorsque la demi-tête du radius glisse sur le condyle huméral et tourne sur l'un de ses angles. Le malade se plaint seulement d'une certaine faiblesse du membre.

Technique de la résection de la vaginale pour la cure de l'hydrocèle

M. J. de Smeth (*Journ. méd. de Bruxelles*, 24 mars 1904) décrit, comme il suit, la façon dont il procède en appliquant la méthode de von Bergmann (résection totale du feuillet pariétal de la vaginale) pour la cure radicale de l'hydrocèle. Cette intervention exige de dix à quinze minutes tout au plus et se fait le plus souvent dans la narcose chloroformique. L'anesthésie locale à la cocaïne est cependant possible dans les cas simples lorsque le sujet n'aura pas encore subi de ponction suivie d'injection modificatrice.

L'incision sera verticale, faite sur la paroi antérieure du scrotum, intéressant les différentes couches de celui-ci en épargnant la vaginale, que l'on reconnaîtra à son aspect nacré. Tout le globe constitué par l'hydrocèle sera énucléé, débarrassé, s'il y a lieu, de ses adhérences avec le scrotum. Ainsi libéré, la poche sera ponctionnée avec le bistouri

vers sa partie antérieure et supérieure; on prolongera l'incision vers la partie inférieure en se gardant bien d'intéresser le testicule, ce qui serait une faute grossière. Cela fait, exciser le plus haut possible les deux lambeaux du feuillet pariétal de la vaginale en longeant de chaque côté l'épididyme et le cordon, que l'on ménagera prudemment. Plusieurs chirurgiens estiment qu'il est inutile de mettre un surjet sur la tranche de la vaginale entourant le testicule et le cordon; l'auteur considère cette manière de faire comme imprudente, surtout dans les hydrocèles anciennes. En effet, si les lèvres de la plaie vaginale ne donnent pas de sang immédiatement, les petits vaisseaux qui ont été longuement comprimés par le liquide de l'hydrocèle subiront, quelques instants plus tard, une vaso-dilatation qui produira un hématome consécutif et retardera singulièrement la guérison. Il n'en sera peut-être pas ainsi dans les hydrocèles récentes, mais, pour sa part, l'auteur a pris, pour ligne de conduite, de toujours appliquer un surjet au catgut fin sur la tranche de la vaginale.

Le testicule est alors rapidement réintégré dans le scrotum en rapprochant celui-ci par quelques agrafes de Michel. A l'angle inférieur de la plaie, on applique un gros drain en caoutchouc qui est retiré trois ou quatre jours après l'intervention. La guérison est généralement obtenue en huit ou dix jours et le patient peut vaquer immédiatement à ses occupations.

Il faut opérer vite et manipuler le moins possible le testicule et l'épididyme, organes qui réagissent facilement; il faut employer l'asepsie, car les antiseptiques irritent le testicule. Le drain de caoutchouc est préférable au drain de gaze iodoformée, car ce dernier provoque plus aisément de la réaction du côté de la glande testiculaire. Le pansement sera formé de gaze et d'ouate stériles, maintenu par un double spica légèrement compressif. Sauf indication spéciale (fièvre, douleur locale), ce pansement ne sera enlevé que le troisième ou le quatrième jour pour retirer ou raccourcir le drain.

Ordinairement, l'auteur enlève une première moitié des agrafes de Michel le quatrième jour, l'autre le sixième ou le septième jour.

Le procédé de Bergmann, appliqué dans ces conditions, n'a jamais donné de mécomptes; le testicule conserve toute sa vitalité et sa mobilité, la cure est essentiellement radicale. Le malade peut vaquer à ses occupations au bout de huit à dix jours, sans craindre une récidive.

NOUVELLES

CONGRÈS NATIONAL PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe session. — Rouen, 5-10 avril 1904.

Secrétaire général : Dr Albert Martin, professeur à l'École de médecine, 6, place de la Cathédrale, Rouen.

Programme général

Mardi 5 avril

A 2 heures. — Séance d'ouverture : réception des membres du Congrès par M. le maire de Rouen, à l'Hôtel-de-Ville. Rapport du Dr Legueu : « De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité ». Discussion. Organisation des bureaux des sections (nominations des présidents d'honneur, vice-présidents, secrétaires).

A 9 heures du soir. — Soirée offerte à l'Hôtel-de-Ville par la municipalité.

Mercredi 6 avril

A 8 heures du matin. — Séance en sections à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Saint-Lô.

A 2 heures du soir. — Séance commune (toutes les sections réunies), à l'Hôtel des Sociétés savantes.

A 7 heures du soir. — Banquet par souscription.

A 9 heures du soir. — Soirée artistique offerte par la Société de médecine de Rouen.

Jeudi 7 avril

Excursion sur la Seine jusqu'à La Bouille et Saint-Martin-de-Boscherville. Départ par bateau spécial à 9 heures du matin; déjeuner au cours de la promenade. Retour en voitures par la forêt de Roumare et Canteleu.

Vendredi 8 avril

A 8 heures du matin. — Séances en sections à l'Hôtel des Sociétés savantes.

A 2 heures du soir. — Séances en sections.

Samedi 9 avril

Matin. — Visite, guidée et par groupes, de la ville et de la banlieue (hôpitaux, musées, monuments, sites pittoresques, etc.).

A 2 heures du soir. — Séance générale.

Note importante. — MM. les Congressistes qui désirent prendre part à l'excursion du jeudi et au banquet du mercredi sont priés d'en informer le Secrétaire général le plus tôt possible. Pour le banquet seulement, il sera réclamé un supplément de cotisation de 15 francs.

LES VICTIMES DES SERPENTS AUX INDES

En 1901, il est mort aux Indes 22 810 personnes des suites de morsures de serpents. En attendant que les bienfaits du sérum antivenimeux aient pénétré chez eux, les indigènes ont recours aux incisions des plaies qu'on soumet pendant plusieurs heures à des frictions continues avec du vinaigre. Au bout d'une heure de friction, la région mordue devient rouge, puis verte, et vers la fin de la cinquième heure, noire. Le procédé est, paraît-il, assez souvent efficace, et il serait employé avec succès contre les morsures d'autres animaux. (*Rev. scientifique*).

LA DÉPOPULATION EN AMÉRIQUE

Les statistiques établissant le nombre d'enfants nés dans les familles d'hommes ayant fréquenté les établissements d'enseignement supérieur, donnent les chiffres suivants :

1800-1810	5,6 %
1810-1820.....	4,8 »
1820-1830	4,1 »
1830-1840	3,9 »
1840-1850	3,4 »
1850-1860.....	2,9 »
1860-1870.....	2,8 »
1870-1880.....	2 »

Il est probable que cette décroissance remarquable n'est pas spéciale aux classes aisées, mais qu'elle s'étend à toutes les classes américaines. M. Thorndike prétend qu'elle n'est pas due à la limitation volontaire du nombre des enfants, mais qu'elle doit être le résultat d'une décroissance de la fertilité de la race.

Voilà qui peut légèrement nous consoler de la dépopulation de la France. (*Revue scientifique.*)

LES TICS DE L'HOMME ET LES TICS DU CHEVAL

MM. Chomel, vétérinaire en premier, et Rudler, médecin-major, ont établi que, chez le cheval, le tic de l'ours et le tic du léchage s'observaient presque exclusivement chez des sujets présentant un nervosisme particulier comparable à l'état psychique des tiqueurs humains; ils ont, en outre, des tares physiques (asymétrie corporelle ou faciale). Le tic de l'ours et les tics de léchage sont donc des troubles psycho-moteurs.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A l'A. G.

Parmi les sociétés unies dont le groupement forme l'A. G., un certain nombre publient un bulletin spécial et l'échangent avec celui d'autres sociétés ou l'envoient aux journaux de médecine qui s'intéressent à ces questions professionnelles. C'est coutume à encourager car il est bien rare que l'on ne trouve pas à glaner des idées intéressantes dans ces bulletins, dont l'ensemble pourrait former en quelque sorte les cahiers généraux de notre profession. C'est ainsi que dans le *Bulletin de la Société de la Haute-Savoie*, qui nous parvient à l'instant, nous trouvons deux opinions émises lors de l'assemblée générale de cette société, et qui méritent d'être reproduites de suite, puisque l'une concerne la fixation de la date de la tenue de l'assemblée générale de l'A. G., dont quelques jours à peine nous séparent cette année.

Le Dr Thoinon, qui présidait à Annecy la réunion, s'est exprimé ainsi :

« La date de l'Assemblée générale va continuer à figurer parmi les fêtes mobiles et comme Pâques peut aussi bien se trouver le 20 mars que le 20 avril, nous serions peut-être obligés de nous rendre en traîneau à nos réunions !

« Non, ce que nous demandons et avons réclamé depuis plusieurs années, c'est une date plus retardée que celle des environs de Pâques Une époque fixe, tombant par exemple vers la fin du mois de mai, afin d'éviter les époques et dates électorales. Comme aussi de donner à nos nombreux confrères, très heureusement membres des Conseils généraux, le temps nécessaire à l'accomplissement de leur mandat et leur permettre de pouvoir ensuite se rendre à Paris, qui présente alors sa vraie beauté et réunit toutes les attractions. »

La deuxième critique a porté sur le Bulletin de l'Association générale. Voici en quels termes le président l'a jugé dans son discours:

« Reste la question des bulletins trimestriels en remplacement de notre ancien annuaire. J'ai bien peur que cette forme de publication soit moins lue et consultée que l'autre, et surtout qu'elle disparaisse trop facilement avec les nombreux imprimés et brochures qui parviennent chaque jour aux médecins de France et de Savoie, ce dont je ne me plains pas, et devienne introuvable. C'est aussi l'avis de plusieurs de nos confrères, consultés à ce sujet.

« Evidemment, nous y trouvons des discussions, des rapports et des considérations très intéressants pour ceux qui ont des loisirs, ou le feu sacré. Mais, au lieu d'un volume compact et complet, quand il s'agira de recherches et de renseignements, nous ne les trouverons plus que difficilement.

« Nous devons cependant être reconnaissant à notre laborieux et très obligeant secrétaire général, le docteur Lereboullet, de la tentative faite et de l'énorme travail qu'il s'est imposé; nous ne pouvons que l'en féliciter et le remercier, mais nous lui soumettons de nouveau, très humblement, l'avis d'un retour à l'ancien annuaire sous forme de volume unique, avec, si l'on veut, une publication trimestrielle, condensée, sur feuilles volantes, dans la forme d'un journal, donnant les résumés des séances du Conseil général et pouvant recevoir des annonces payant les frais de publication.

« Enfin, pour en finir avec ces observations que je vous soumets, vous avez ou vous auriez pu constater, si vous l'aviez ouvert, que le dernier bulletin, celui du 15 juillet dernier, ne donne la liste des Sociétés et de leurs membres, avec leur état financier, que jusqu'à la lettre J, soit au Jura, de sorte que nous devons attendre trois mois le numéro suivant pour retrouver notre place et vérifier si des erreurs ou des omissions ont été commises. »

Cette question est venue en discussion après la lecture des comptes du trésorier et voici ce qu'en dit le compte rendu:

« Le président, rappelant les termes de son allocution au sujet des Bulletins trimestriels de l'Association Générale en remplacement de l'ancien annuaire, et faisant ressortir, qu'après expérience faite, ce mode de publication présente de nombreux inconvénients et n'a pas les avantages de l'ancien, demande à l'assemblée d'émettre son avis sur la question :

« Tous les membres présents sont d'un accord unanime pour le retour à l'ancien annuaire en un seul volume, et confirmer l'infériorité de la publication par fascicules trimestriels qui ne sont généralement pas lus, sont perdus parmi les nombreuses brochures que reçoivent les médecins, et restent introuvables quand il s'agit de recherches particulières pour la société intéressée, ou de renseignements généraux.

« De plus, il y a lieu de faire relier ou brocher les quatre fascicules pour les archives, mais quel sociétaire le fera pour son compte personnel! Enfin, ce mode de publication qui ne devait rien coûter, commence à devenir onéreux, en exigeant déjà 0,50 centimes par chaque sociétaire.

« La Société de la Haute-Savoie n'a pas à se plaindre de ce côté, puisque dès sa fondation ou à peu près, elle a toujours inscrit à son budget la somme nécessaire pour que l'annuaire fût servi à chacun de ses membres.

« L'assemblée décide donc de proposer le retour pur et simple à l'ancien annuaire, avec, si l'on veut, une feuille volante pour les comptes-rendus trimestriels, qui serait d'un prix réduit et d'un abonnement facultatif... ou toute autre combinaison peu coûteuse qui serait acceptée avec empressement par les nombreux journaux de médecine adressés gratuitement, du reste, à presque tous les membres du corps médical français. »

Le vote, émis par les médecins de la Haute-Savoie, fait honneur à leur sens pratique. Nous l'enregistrons avec d'autant plus de plaisir qu'il montre qu'avaient raison ceux auxquels « ce bloc enfariné ne disait rien qui vaille. »

GRANJUX.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

On lit dans le dernier numéro du *Concours médical*, signée du « Comité directeur de la Caisse des pensions », la note suivante :

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs et de nos confrères, en général, sur l'étude des améliorations ci-dessous proposées pour la première œuvre de prévoyance du « Concours médical » créée en 1881 afin d'assurer des pensions de droit aux médecins qui ne dédaignent pas de songer à leurs vieux jours.

Dans des articles de journaux, dans les assemblées générales de l'Association des médecins de France, dans les réunions de certaines sociétés locales, des confrères amis de la prévoyance, MM. Smester et Janicot notamment, ont élevé de vives critiques contre le principe d'assurance mutuelle à capital *aliéné* qui fut adopté exclusivement à la création de la Caisse, afin de rendre les primes plus légères et la participation moins onéreuse.

Il importe peu que ces critiques aient parfois été basées sur des arguments erronés: le Conseil de direction de la Caisse des Pensions n'en a jamais voulu retenir que le côté juste, c'est-à-dire l'hésitation légitime du médecin à verser des primes formant un total de plusieurs milliers de francs, qui, en cas de décès avant l'âge de la retraite, seraient perdus pour les siens.

L'œuvre a grandi et prospéré rapidement comme toutes les autres créations du « Concours Médical »; elle a désormais acquis la sécurité par les garanties du nombre et des réserves effectuées; elle a conquis dernièrement le patronage de l'Association générale, qui s'est fait l'auxiliaire des prévoyants en leur promettant de les aider le jour où leur effort individuel serait impossible. Le moment est venu d'améliorer, de perfectionner, sans risques à courir. Après avoir quelque peu réfréné les impatiences des camarades, le Comité-Directeur est heureux de leur donner satisfaction par la présentation d'un projet ferme qui sera soumis à l'Assemblée générale des Sociétaires le 16 avril prochain, et sur lequel nous appelons au plus vite les observations.

En ce qui me concerne — et mon confrère et ami Smester serait certainement du même avis — je suis tout consolé des erreurs, sans grosse importance, je crois, que j'ai pu commettre au cours de ce débat, du moment que mon intervention, au nom de la « Société de la Nièvre », a atteint son but : à savoir l'étude d'une combinaison à capital *réservé*, à côté de la combinaison à capital *aliéné*, la seule qui était alors proposée.

Tout sera bien qui finira bien.

J. JANICOT.

OPHTALMOLOGIE

Rapports des affections oculaires avec les maladies des organes génitaux (1)

Par M. E. Valude

Médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Les troubles oculaires dépendant des maladies ou des perturbations des *organes génitaux de la femme*, de l'*utérus* en particulier, sont nombreux et variés; ils sont tellement nombreux qu'ils ont depuis longtemps mérité une attention spéciale et que des thèses ont été écrites en France et en Allemagne, sur ce sujet, avec les sous-titres significatifs : l'œil utérin, ou l'utérus et l'œil.

Au moment même du début de la puberté, avant que le développement sexuel soit complet, les petites filles présentent une sorte de période critique où elles sont plus exposées certainement qu'à un autre âge, aux kératites, à la kératite interstitielle notamment, aux hémorragies intra-oculaires; à cette même période on voit souvent survenir des symptômes d'asthénopie accommodative, des manifestations de scotome scintillant.

Au moment des *époques menstruelles* ou à la suite des règles, on observe parfois sur la cornée une éruption herpétique analogue à celle qui se voit aux lèvres; on guérit facilement ces herpès cornéens par des applications intra-oculaires de pommade iodoformée et on peut aussi les prévenir en mettant la même pommade pendant quelques jours avant l'époque prévue des règles. Assez fréquemment encore on observe pendant les règles des poussées d'iritis, ordinairement légères, et qui cèdent facilement aux instillations d'atropine. Ces deux ordres d'accidents, l'herpès et l'iritis, sont de nature infectieuse et proviennent d'une résorption septique à la surface de la muqueuse utérine.

Le bilan des affections oculaires dans les *anomalies de la menstruation* est plus chargé et l'on se trouve déjà en présence d'une déséquilibration dans les diverses fonctions de l'organisme. D'une manière générale, dans la dysménorrhée on observe un phénomène, qui peut exister à la vérité, mais à peine marqué, quand la menstruation est normale, c'est le rétrécissement du champ visuel; ordinairement ce symptôme se produit quand la perte sanguine est diminuée de quantité.

(1) *Bulletin médical*, 1904, nos 19, 23.

Chacune des diverses variétés de dysménorrhée peut engendrer des troubles oculaires particuliers. Avec l'aménorrhée, qui dénote un trouble profond de la nutrition générale, Mooren a vu coïncider la kératite interstitielle et la choroïdite atrophique, et ces lésions organiques étaient améliorées autant par les emménagogues que par les médications spéciales.

Les accidents congestifs ou même hémorragiques du fond de l'œil, ainsi que de la conjonctive, ne sont pas rares dans l'aménorrhée; les mêmes troubles se voient non pas seulement dans l'aménorrhée confirmée, mais encore au début de la période menstruelle, à la puberté, quand les premières règles sont difficiles à s'établir; en pareil cas on a même cité des névrites optiques allant jusqu'à l'atrophie.

La dysménorrhée confirmée donne lieu aux mêmes phénomènes oculaires à peu près que l'aménorrhée, mais la forme morbide qui prédomine, ici, est l'irido-choroïdite subaiguë à poussées glaucomateuses; d'après S. Cohn, cette complication oculaire de la dysménorrhée serait relativement fréquente. Quand la dysménorrhée dépend d'un état général particulier on retrouve, ainsi qu'il est naturel de le penser, dans les accidents oculaires, le cachet de la diathèse. C'est ainsi que la scrofule engendrera l'ophtalmie phlycténulaire conjointement à la dysménorrhée; s'il s'agit de l'anémie ou de la chlorose, ce sera l'asthénopie accommodative, ou la chromhidrose, cette affection singulière qui se caractérise par une exsudation de la paupière, colorée en bleu.

Dans la dysménorrhée causée par une lésion génitale, telle qu'un déplacement utérin par exemple, on rencontre plus particulièrement une classe très intéressante de troubles oculaires variables, fugaces, susceptibles de naître, de passer, de renaître, de se succéder les uns aux autres avec plus ou moins de régularité. Ces troubles consistent, soit en amblyopies véritables, soit en une hyperesthésie ou une anesthésie de la rétine à la lumière, soit encore en une variété d'asthénopie.

De tels symptômes ont été considérés par certains auteurs, Borel entre autres, comme des symptômes purs d'hystérie; mais Cohn, s'appuyant sur certains faits dans lesquels ces phénomènes étaient observés chez des sujets qui, par leur tempérament et leur âge, ne pouvaient pas être soupçonnés hystériques, attribue à cet ensemble d'accidents nerveux une origine réflexe. L'hystérie ou la constitution névropathique ne joueront plus, alors, que le rôle secondaire de cause prédisposante.

On retrouve les mêmes troubles oculaires chez les sujets adonnés à la masturbation et, en général, chez tous ceux qui offrent une excitation exagérée du système génital; des phénomènes analogues s'observent donc chez l'homme. Mooren cite un cas d'amblyopie survenue à la suite d'une simple application de spéculum.

Quand l'hystérie est directement en cause dans la détermination des phénomènes oculaires, on observe surtout la limitation caractéristique du champ visuel et la dyschromatopsie. Plus rarement, en pareil cas, on voit se produire des troubles oculaires caractérisés par des paralysies, de la diplopie et certaines perturbations dans le phénomène de l'accommodation.

La suppression brusque des règles est souvent suivie d'une répercussion compensatrice du côté des yeux. On a noté alors des hémorragies de la conjonctive, du fond de l'œil et même de la chambre antérieure, de la névro-rétinite et de la névrite rétro-bulbaire. J'ai observé ainsi un cas d'hémorragie de la gaîne du nerf optique qui aboutit à l'atrophie totale du nerf; Teillais a cité un exemple de transsudation sanguine du corps vitré sans altération apparente de la rétine.

Ces accidents peuvent donner lieu à des lésions graves et irrémédiables, telles que le décollement de la rétine et surtout l'atrophie des nerfs optiques.

Dans l'état de *grossesse* on voit souvent se produire des phénomènes d'asthénopie qui sont causés pas l'asthénie propre à cet état physiologique particulier.

Toutefois, la plus fréquente des affections oculaires liée à la gravidité est, comme le fait est bien connu, la rétinite albuminurique. Dans ce cas là, la rétine toute entière, mais spécialement la couche des bâtonnets, est le siège d'une infiltration qui aboutit rapidement à la transformation graisseuse de ses éléments. Parfois les molécules graisseuses se retrouvent jusque dans le corps vitré. De toutes les hypothèses qui ont été imaginées pour expliquer la formation de ce ces lésions de la rétinite, la plus probable est celle de Von Græfe et Nagel qui rattachent la rétinite albuminurique directement à l'altération spéciale du sang. Dans la rétinite albuminurique gravidique la marche des phénomènes est tantôt peu rapide, tantôt brusque; on a vu

des femmes devenir complètement amblyopes presque soudainement. L'ophtalmoscope révèle la présence d'hémorragies en flammèches, le long des vaisseaux, et des amas de plaques blanches disséminées en éclaboussures autour de la papille et dans la région de la macula. D'ailleurs, il faut noter ce fait que la rétinite gravidique (comme les autres lésions oculaires de la grossesse) offre un pronostic moins sombre que la rétinite brightique ordinaire; ici, sous l'influence de l'accouchement, naturel ou provoqué, la vision s'améliore généralement dans d'assez fortes proportions.

Il ne faut pas confondre avec la rétinite albuminurique l'amaurose urémique, qui offre une toute autre allure. L'amblyopie survient ici en huit ou douze heures et s'accompagne de tout le cortège connu des phénomènes urémiques. Mais cette amblyopie offre ce point particulier de ne fournir aucun symptôme anormal à l'ophtalmoscope; le fond de l'œil est normal. La pupille est généralement paresseuse ou immobile.

Dans les attaques d'éclampsie, c'est de l'amblyopie urémique qu'il s'agit. Certains auteurs, se fondant sur l'absence de lésions oculaires dans cette amblyopie, et aussi sur l'état convulsif des malades, ont pensé qu'il s'agissait de phénomènes réflexes, partis de l'utérus gravide, qui jouerait ainsi le rôle de zone épileptogène. C'était l'opinion de Kussmaul et de Nothnagel, mais on pense maintenant que les phénomènes d'amblyopie ainsi que les convulsions sont plutôt dus à l'action directe des toxines sur les centres corticaux ou à la compression occasionnée par un œdème cérébral.

On observe plus rarement dans la ossesse, mais j'en ai vu deux cas, de a névrite optique. Chez une femme que j'ai examinée autrefois, dans le service du prof. Tarnier, chaque grossesse ramenait des troubles visuels qui survenaient vers le sixième mois environ. Je lui trouvai, à l'examen ophtalmoscopique, une névrite optique à forme de papillite, très accentuée, avec le disque rouge, à bords diffus, sans hémorragies. La vision était très affaiblie et baissait rapidement de jour en jour. La malade était au septième mois de la grossesse. Je conseillai l'accouchement prématuré qui fut exécuté, et rapidement les troubles oculaires disparurent. En pareil cas, un défaut d'intervention eût vraisemblablement entraîné le développement d'une atrophie optique. Je pense que bon nombre de cas d'amblyopie grave de la grossesse, et où l'examen ophtalmoscopique n'a pas été fait, doivent être rangés dans les névrites optiques sans rétinite.

Enfin, au cours de la grossesse, on peut encore voir de l'amblyopie ictérique causée par l'altération directe du liquide sanguin des petits vaisseaux intra-rétiniens.

Des lésions vasculaires mécaniques peuvent également s'observer dans la grossesse; c'est ainsi qu'on a décrit des exophtalmies pulsatiles occasionnées par une dilatation anévrysmale de l'artère ophtalmique ou des veines orbitaires. Dans un même ordre d'idées, un trouble circulatoire intra-oculaire peut entraîner le développement du glaucome.

Parmi les phénomènes nerveux réflexes qui se rencontrent dans la grossesse, comme précédemment dans la dysménorrhée, il en est un qui mérite une mention particulière, c'est l'héméralopie. Ce phénomène de cécité nocturne survient généralement une quinzaine de jours avant l'accouchement, pour se prolonger, après, pendant un temps à peu près égal.

Pendant les jours qui suivent l'accouchement, et même pendant les quelques semaines que dure l'état de puerpéralité postérieur à l'accouchement, on peut observer les mêmes troubles oculaires que pendant la grossesse.

Toutefois, il est plusieurs accidents qui sont spéciaux à cette dernière période de l'état de gravidité, et en premier lieu il faut noter les embolies des artères de la rétine et des artères ciliaires. L'embolie est-elle simple, on observe l'œdème caractéristique du territoire rétinien intéressé et le scotome correspondant; est-elle septique, on verra naître et se développer une infection de l'œil susceptible d'aboutir à la panophtalmie. Cette panophtalmie peut être double, et comme l'origine première de l'infection oculaire doit être cherchée dans une altération infectieuse d'un autre point de l'organisme, utérus, veines (dans la phlegmatia alba dolens), on donne à cette panophtalmie le nom de métastatique. L'œil ainsi atteint n'est pas toujours, heureusement, voué à la suppuration et à la perte totale; à un moindre degré, cette infection devient l'irido-choroïdite à tendance atrophique; l'œil devient phtisique.

Pendant la *lactation* on ne rencontre que des troubles oculaires dus à l'état d'asthénie propre à cette période de la puerpéralité, ce sont des phénomènes d'asthénopathie accommodative, des troubles nerveux variés, amblyopie ou héméralopie. On a cité cependant des névrites optiques, infectieuses, pouvant conduire à l'atrophie du nerf.

Les troubles oculaires de la *ménopause* consistent en des congestions céphaliques susceptibles d'aboutir à des attaques de glaucome, à des poussées d'iritis, d'irido-choroïdite, au décollement rétinien. Ces affections, d'ailleurs, moins le glaucome plus fréquent chez la femme, se représentent au même âge critique chez l'homme avec une égale fréquence.

En raison de leur importance, il convient de décrire à part les troubles oculaires spéciaux qui suivent ou accompagnent les *hémorragies utérines considérables*. Ces troubles sont dus à des phénomènes de trois ordres. D'abord on observe une anémie rétinienne profonde, qui donne lieu à un aspect ophtalmoscopique tout particulier. Le fond de l'œil tout entier est pâli, au point que les artères et les veines ne se distinguent plus que difficilement les unes des autres.

D'autre part, l'hydrémie qui résulte des pertes sanguines considérables, peut donner lieu à un ordre inverse de phénomènes, occasionner le développement d'une névro-rétinite et même d'une névro-rétinite hémorragique avec hémorragies vitréennes. La fluidité du liquide sanguin appauvri serait une des principales causes de ces effusions sanguines.

Enfin, à la suite de pertes abondantes et spécialement dans les jours qui suivent, on voit quelquefois, d'après Cohn, survenir un accident rare et singulier, qui consiste dans une compression hydropique du nerf optique ou dans une infiltration propre du nerf. La papille optique apparaît d'abord nuageuse, puis boursouflée, comme dans la névrite optique de cause cérébrale. Et la cause est quelque peu semblable, en effet, car cette altération hydropique consiste essentiellement en un reflux du liquide céphalique à travers les gaînes optiques; ce reflux est lui-même occasionné par une élévation de tension dans la cavité crânienne (d'après une hypothèse émise par Samelsohn), quand le sang recommence à y affluer dans les quelques jours qui suivent l'hémorragie. Le pronostic de cette lésion rare est quelque peu inquiétant, car cette infiltration ou cette compression du nerf optique peuvent être suivies d'une atrophie plus ou moins complète.

Les troubles oculaires chez la femme sont surtout d'origine utérine; *chez l'homme*, les rapports des affections

oculaires avec les maladies génitales proviennent surtout de l'*urètre*; l'ophtalmie blennorragique est plus fréquente dans le sexe masculin.

On trouve bien, chez l'homme comme chez la femme, les mêmes affections oculaires au moment de la puberté, la kératite interstitielle, l'ophtalmie phlycténulaire; comme chez la femme aussi l'onanisme engendre des troubles nerveux variés et l'asthénopie accommodative avec de la mydriase.

L'organe qui, chez l'homme, peut être rapproché de l'utérus, au point de vue des rapports avec les troubles oculaires notamment, est la prostate. Chez les prostatiques on rencontre des métastases du côté de l'œil, de l'iritis; Haltenhoff a observé en pareil cas une choroïdite métastatique. On a noté aussi des accès de glaucome en coïncidence avec une affection de la prostate.

Mais l'importance première revient à l'urètre dans le développement des accidents oculaires connexes de lésions génitales de l'homme. La blennorragie urétrale aiguë se complique encore assez souvent de l'ophtalmie redoutable et bien connue, prenant d'abord l'œil droit ordinairement (contact de la main droite) et caractérisée par un chémosis conjonctival qui prend de suite des proportions considérables, et par une sécrétion purulente intense. On sait que la cornée, dans l'ophtalmie blennorragique de l'adulte, s'ulcère ordinairement très vite malgré le traitement le mieux dirigé. L'ophtalmie des nouveau-nés, même la plus intense, quand la cornée n'est pas entamée, doit guérir sous l'action d'un traitement rationnel énergiquement mais sagement conduit; on aurait tort d'en dire autant de l'ophtalmie gonorrhéique aiguë de l'adulte. Dans tous ces cas d'ophtalmie, le traitement fondamental réside bien dans l'application du nitrate d'argent en solutions plus ou moins fortes, allant de 1 à 3 %, mais le choix judicieux du nombre et de l'intensité des applications du caustique représente la grande difficulté du traitement et c'est réellement une grande difficulté. La plupart des accidents cornéens consécutifs à l'ophtalmie purulente sont dus à ce que le traitement a été mal dirigé, le plus souvent appliqué avec une maladroite énergie. On ne doit pas cautériser plus de deux fois par jour et jamais employer le nitrate d'argent en crayon.

La conjonctivite gonorrhéique aiguë de l'adulte est causée par le transport direct du pus de l'urètre à la conjonctive, aux bords des paupières; c'est une véritable inoculation.

Doit-on admettre, avec Maurice Perrin, qui soutenait jadis fermement le fait, qu'il existe une conjonctivite blennorragique métastatique? Une ophtalmie pouvant éclore chez les blennorragiques, sans contact direct avec le pus urétral, par le mécanisme de l'infection générale? Beaucoup d'auteurs, Panas entre autres, nient formellement l'existence de l'ophtalmie blennorragique métastatique qu'ils n'ont jamais rencontrée.

Je n'ai jamais non plus observé d'ophtalmie métastatique dans la blennorragie aiguë; mais j'ai vu chez certains sujets, rhumatisants en même temps qu'atteints de goutte militaire, des poussées d'iritis qui étaient certainement influencées par l'état de leur urétrite chronique. La concordance de l'augmentation de la sécrétion urétrale et des symptômes de l'iritis en pareil cas me donnait à penser que le développement de l'inflammation irienne pouvait être influencé par le foyer d'infection locale formé par l'urétrite, par le même mécanisme que chez la femme, atteinte de métrite, où l'on voit survenir de l'iritis au moment des époques menstruelles.

FAITS CLINIQUES

Sur le traitement des anus contre nature

Par M. le Dr André
Agrégé à la Faculté de Nancy.

Dans ces dernières années le traitement chirurgical des anus contre nature a subi une évolution importante. Aux méthodes anciennes extrapéritonéales, incertaines dans leurs résultats et toujours longues dans leur guérison, ont succédé des procédés plus directs et plus rapides : la libération de l'anse qui porte l'anus et la suture directe de l'orifice intestinal, ou encore la dérivation des matières par l'entéro-anastomose de Maisonneuve, suivie, dans la même séance, de l'occlusion de l'orifice intestinal, par suture directe intrapariétale ou non.

Dans les deux cas suivants, l'emploi de l'un et l'autre de ces procédés nous a donné un rapide succès.

Observation I. — En août 1902, en prenant un service de vacances, je trouve, dans une des salles de chirurgie de l'hôpital, un enfant de dix ans opéré d'appendicite aiguë le 25 juillet. L'appendice a, paraît-il, été enlevé. Le foyer a été drainé pendant quelques jours. L'état était assez satisfaisant, quand, vers le 17 août, débutèrent des accidents inquiétants d'occlusion intestinale post-opératoire : vomissements continuels, cessation des selles et des gaz, ballonnement progressif du ventre. Les anses dilatées se dessinent sous la peau.

Le 19 août, nouvelle intervention. Incision parallèle à la première sur la fosse iliaque droite, à un travers de doigt au-dessus. Le ventre ouvert, on constate que le cæcum et les anses grêles voisines dilatées sont recouvertes de tous côtés d'adhérences filamenteuses qui les unissent entre elles et au péritoine de la fosse iliaque. Pas de pus. On libère ces adhérences sans trouver cependant de bride qui comprime l'intestin, ni de coudure brusque. Pour plus de sûreté on fixe dans l'incision une anse grêle dilatée et on l'incise. Il s'écoule des matières en abondance pendant toute la journée. Dès lors l'état s'améliore, les vomissements cessent, l'enfant s'alimente.

Pendant une huitaine de jours toutes les matières passent par l'anus artificiel. Elles sont d'abord assez liquides, puis plus épaisses. Vers le huitième jour elles reprennent peu à peu leur chemin normal, d'abord irrégulièrement, puis plus régulièrement.

Le 30 août, les selles ont repris leur cours normal. Les matières ne passent plus du tout par l'anus. La cicatrisation des deux plaies se fait dans de bonnes conditions.

Le lendemain, les matières passent de nouveau abondamment par l'anus artificiel. Jusqu'au 15 septembre, malgré l'administration d'extrait thébaïque, les matières passent alternativement par l'anus artificiel et par l'anus vrai. Le 16, on ferme l'anus par le procédé par abrasion de Chaput. L'intestin est décollé en restant dans la zone des adhérences et refermé par un fin surjet de catgut. Par dessus, la peau est refermée au crin de Florence. Cette peau, enflammée et excoriée, est très friable.

Tout va bien jusqu'au 20. Mais ce jour les matières repassent par la fistule.

Le 4 octobre, il ne reste qu'une fistule, assez petite, par où passent peu de matières. Un peu de muqueuse intestinale exubérante fait hernie. On l'excise et on cautérise au thermo l'orifice fistuleux.

Malgré cela la fistule persiste à ne pas se fermer et les matières continuent à y passer.

Le 24 octobre, nouvelle intervention : on avait d'abord l'intention de tenter une nouvelle suture par abrasion en restant dans la limite des adhérences.

Mais, en libérant la muqueuse intestinale on entre presque aussitôt dans le péritoine. On se décide alors à une intervention plus complète. On agrandit l'incision dans toute la hauteur de la cicatrice, on libère complètement l'anse intestinale d'avec la paroi et on l'attire au dehors. L'orifice intestinal a le diamètre du pouce. On ébarbe la muqueuse exubérante et friable et on referme l'orifice par une suture à trois plans, en surjet. L'anse est réduite dans le ventre. La paroi, après régularisation des bords de la plaie au niveau de l'anus, est refermée en un seul plan. On place un drain.

Suites opératoires normales. Le drain est retiré le troisième jour. On alimente

l'enfant dès le deuxième jour, bouillon et lait glacé. Le troisième jour bouillon avec œuf. Le quatrième semoules et purées. Le cinquième viande. On enlève les sutures le septième jour. Il ne reste plus au centre de la plaie qu'une petite surface bourgeonnante, qui se cicatrise quelques jours après.

L'enfant quitte l'hôpital guéri, le 15 novembre.

Obs. II. — Il s'agit d'une dame de soixante-neuf ans, habituellement très constipée depuis de longues années, n'allant à la selle que chaque trois à quatre jours.

Dans les derniers mois elle souffrait fréquemment du ventre, et les difficultés des selles avaient augmenté.

Il y a environ deux mois elle est prise d'occlusion complète. Un de nos confrères, chirurgien, parent de la malade, constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'une tuméfaction du volume d'un gros œuf, avec 38° de température. Il incise la paroi sur la tuméfaction, constate que le cœcum tient fortement dans la profondeur et qu'on ne peut l'attirer. Il crée un anus artificiel sur la dernière anse grêle, à 10 centimètres environ au-dessus de la valvule.

L'anus fonctionne bien, la malade se remonte, mais toutes les matières passent par cet anus, rien par le bout inférieur. Une seule fois la malade rend par l'anus vrai quelques matières anciennes, extrêmement dures, avec de grandes douleurs.

Je suis appelé près de la malade le 10 novembre 1902, et constate, en introduisant le doigt dans l'anus artificiel, que le bout inférieur présente un rétrécissement que le doigt ne peut franchir et des indurations au niveau du cœcum. On décide, pour rétablir le cours des matières, de créer une entéro-anastomose entre l'intestin grêle et le colon transverse, puis de refermer ensuite l'anus artificiel. L'opération est pratiquée le 13 novembre. Pour éviter l'infection par l'anus artificiel et s'éloigner de cette région dont la peau est excoriée, on fait la laparotomie médiane sous-ombilicale, prolongée de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pendant ce premier temps l'anus artificiel est tamponné avec une lanière de gaze. Paroi abdominale très grasse. A l'ouverture du ventre on reconnaît et attire facilement le colon transverse. Il est très diminué de calibre et chargé de graisse. On attire, d'autre part, l'anse grêle, voisine de l'anus artificiel. On constate à ce moment que le cœcum, induré, bosselé, est fixé dans la fosse iliaque. La résection eut été très pénible et dangereuse. Il eut été impossible de faire l'anastomose sur le colon ascendant. On choisit, d'une part, le milieu du colon transverse, d'autre part, l'anse afférente à l'anus artificiel, à 25 centimètres environ de celui-ci. Ces deux portions d'intestin s'accolent très bien, sans traction. L'intestin grêle contenant des matières, malgré la purgation donnée l'avant-veille, on limite l'anse sur laquelle on opère au moyen de pinces élastiques. On fait l'anastomose latérale avec triple rang de sutures à la soie fine, en surjet, dont un total et deux musculo-séreux. Les deux anses sont fixées sur une longueur d'environ 7 centimètres. La bouche a environ 5 cent. de long. Les sutures faites on enlève les pinces élastiques, l'intestin est rentré, recouvert d'épiploon, et l'incision fermée par un triple rang de sutures après qu'on a supprimé une petite hernie ombilicale épiploïque adhérente.

On passe ensuite au deuxième temps. Incision oblique dont le milieu passe par l'anus artificiel. L'intestin est disséqué et séparé de la paroi sur une hauteur de deux centim. et demi, en restant dans la zone des adhérences, ce qui est facile, la paroi étant très épaisse. On résèque une collerette de muqueuse éversée, et on ferme l'anus par une triple suture en bourse étagée. Par dessus, on referme la paroi.

Suites opératoires normales. La température ne dépasse pas 37°. Dès le jour même, nombreux gaz par l'anus. Bon état général. Dès le lendemain, lait, bouillon. Dans la nuit du 16 au 17, petite selle spontanée. A partir du 18, alimentation plus abondante : potages, tapioca, semoule, purée de pommes de terre, purée de fruits, gâteaux.

Le 20, selle obtenue avec une dose d'huile de ricin. La malade s'alimente bien. On enlève les fils de l'incision latérale et une partie de ceux de l'incision médiane. Réunion *per primam*.

Les jours suivants, l'état continue à être très bon. La malade s'alimente bien. On donne de l'huile de ricin pour faciliter les selles.

Le 24, on enlève les derniers fils.

Vers le 10 décembre, la malade est complètement guérie. Dans la suite, l'état est resté très bon. L'appétit est redevenu normal. Les selles sont régulières, sans purgatif. La malade porte une ceinture, à cause d'une certaine distension de la cicatrice correspondant à l'ancien anus contre nature. L'état des fonctions intestinales est, depuis lors, resté très satisfaisant.

Dans le premier de ces deux cas, comme le cours des matières s'était, en partie, rétabli spontanément après l'entérotomie, la suture directe de l'orifice intestinal devait suffire à amener la guérison, toutes les matières suivant désormais le chemin normal ; c'est ce qui s'est produit. La suture intra-pariétale, tentée d'abord, avait porté sur une portion d'intestin trop voisine de l'anus et friable, et les sutures n'ont pas tenu. Une opération plus large avec pénétration dans l'abdomen et libération de l'anse, a permis de faire porter les sutures sur une portion d'intestin plus éloignée de l'anus et saine. Aussi les sutures ont-elles tenu cette fois.

Dans la deuxième observation, comme toutes les matières, sans exception, passaient par l'anus artificiel et que le doigt introduit dans le bout inférieur de cet anus percevait non loin un rétrécissement assez serré, il était de toute nécessité, avant de fermer cet anus, d'assurer par une large anastomose intestinale le rétablissement du cours des matières. Nous avons cru devoir pratiquer l'entéro-anastomose de préférence à l'exclusion intestinale. Elle est d'exécution plus simple et s'est montrée tout aussi efficace en la complétant par la suture intra-pariétale de l'anus, comme il eût, d'ailleurs, fallu le faire après l'exclusion pour éviter sûrement tout reflux des matières, chose toujours possible lorsqu'on laisse subsister l'anus artificiel.

MÉDECINE MILITAIRE

Les appels des médecins de réserve

Nous venons de recevoir une lettre qui, sous sa forme plaisante, met bien en vedette une des causes qui paralyseront en cas de guerre la bonne volonté et le dévouement des médecins de réserve.

Voici cette lettre :

Vous savez ! le candidat au 3ᵉ galon qui devait toujours passer l'examen d'aptitude — 1896-1899-1902 — alors qu'il avait passé cet examen en 1893 (1).... avec succès ! Eh bien ? Eh bien, il a reçu son 3ᵉ galon en 1903 : *Officiel* du 32 juillet et Lettre de nomination du 31 novembre.

Bon ça ? — Non ! mauvais, désastreux : il est convoqué pour faire ses vingt-huit jours.

Jusqu'à l'année 1903, ce vieux candidat était affecté à un bataillon actif. Promu au 3ᵉ échelon, il est versé dans un hôpital de campagne : N° XIII du 43ᵉ corps d'armée.

Comme ce perpétuel mécontent est, au fond, fortement pistonné, il a obtenu, par ruse *ou par la force des circonstances*, d'être chef de cet hôpital. Excusez du peu.

Il aurait donc trouvé tout naturel qu'on le convoquat pour une période d'instruction spéciale avec *ses* trente-six infirmiers, *ses* deux pharmaciens, *ses* deux officiers d'administration et *ses* deux ou trois confrères en sous-ordre (*sic* !).

Même si, au cinquième jour de cette convocation, on lui avait colloqué les huit cavaliers du train (et quelque argent) notre promu aurait trouvé l'affaire très belle, et il aurait fait sa petite expérience de mobilisation.

Son extrême vanité lui permet même de croire que, dès le septième jour, il aurait pu présenter à M. le médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 43ᵉ corps d'armée, un hôpital de campagne dont tout le personnel aurait *connu son affaire*. Il ne s'agit point d'apprendre *par cœur* la liste des médicaments, instruments de chirurgie et objets divers contenus dans les fourgons A B ou C D du matériel de l'hôpital. Il s'agit de savoir emballer, déballer, installer dans une maison vide, désinstaller, réemballer, etc... Il s'agit de voir comment tout cela est fait ; comment on peut marcher ensemble, s'entr'aider, et il s'agit surtout de se connaître les uns les autres.

Pas besoin de faux blessés. Pas besoin de détourner de l'*active* des instructeurs.

(1) V. *Bulletin méd.*, 1902, p. 590

Puisqu'on sera tous réservistes au jour du grand tam-tam, s'exercer entre réservistes dès le temps de paix : tel était le programme...rêve. Une maison, une ferme abandonnée à la campagne, une usine à louer aurait fait l'affaire. Condition générale : nous sommes ici 36 + 2 + 2 + 4 = 44 réservistes ou territoriaux; si, en huit jours, nous avons appris notre affaire, on nous donne quittance « pour une période entière d'instruction »; à chacun de bûcher ferme et de se débrouiller pour se libérer et libérer les camarades.

Mais tel n'est point le but proposé au stage de vingt-huit jours pour lequel je suis convoqué en cette néfaste année 1904. Telle n'est point du tout, du tout, l'affectation des 1483 kilomètres (aller et retour compris) que je vais faire et des 1000 fr. que me coûteront vingt-huit jours d'absence.

Non! je vais aller passer vingt-huit jours dans une ville de garnison, pendant que le régiment sera aux manœuvres. Je serai M. le major, chef de service, à la caserne et M. le médecin-chef, chef de service, à l'hôpital. A la caserne, la visite pour les malades d'une garnison de 223 hommes; à l'hôpital, la visite pour un éclopé qu'on voudrait bien réformer n° 2, mais qui ne veut rien entendre et attend la réforme n° 1.

Qu'est-ce que j'apprendrai là pour le temps de guerre? Quel service rendrai-je même pendant ce temps de paix que ne rendraient, sans aucun frais, sans aucune peine, quelques-uns des onze confrères civils qui gîtent en cette ville de garnison?

A ces questions point de réponse possible autre que ceci : ça serait trop simple et trop efficace!

Alors que vais-je faire, pris que je suis entre mon désir de rester *à la disposition* pour le grand cas possible, d'une part, et d'autre part, mon souci respectable de pouvoir payer mon boulanger fin septembre 1904? — Militaire, hors l'âge ou presque, de par ma bonne volonté, vais-je écraser mon pauvre budget de ce découvert de 1000 francs, que je ne couvrirai plus jamais, car nous sommes désormais 37 en cet arrondissement où nous étions 19 il y a vingt ans.

Non. Mon 3e galon n'est pas encore cousu sur mon uniforme vieilli; il ne le sera jamais.

Et ma conclusion, confrère Noël, sera celle-ci : quelles formalité devrai-je remplir pour donner ma démission correctement?

VALE!

La morale de cette histoire est très simple. Il y a une série de bons citoyens, ayant accompli toutes leurs obligations militaires, qui veulent bien consacrer, en cas de guerre, ce qui leur reste de forces physiques et d'activité intellectuelle à la défense du pays. Désireux d'être à hauteur de leur tâche, ils consentent dans le temps de paix à quitter leurs occupations — souvent au prix de sacrifices réels — et à faire des périodes d'appel, destinées, d'après la loi, à les préparer au rôle qui leur est réservé à la mobilisation. Malheureusement les périodes d'appel ont été — pour raisons budgétaires — distraites de leur but : l'instruction du personnel de réserve. Elles ne sont plus, maintenant, qu'un moyen détourné et économique de boucher les trous de nos effectifs. Cette constatation, accessible à l'esprit le moins clairvoyant, a eu deux conséquences : 1° faire naître un courant d'opinion en faveur de la réduction — en attendant leur suppression — des périodes d'appel; 2° amener les territoriaux *volontaires* à démissionner plutôt que de subir une corvée inutile, coûteuse, fatigante.

Notre confrère est dans ce cas :

Il proteste contre cet abus en démissionnant. Il a raison.

Il donne les motifs de sa démission. Il signale le danger, il attache le grelot. Il a encore raison.

Le Dr Noël claironne de son mieux cet incident, et il croit aussi avoir raison.

C'est que le cas de ce médecin-chef d'un hôpital de campagne qui, au jour de la mobilisation, partira à la recherche de son journal de mobilisation, qu'il n'a jamais vu, puis à la découverte de ses médecins, de ses officiers d'administration, de ses infirmiers de son détachement du train et de son matériel, ce cas, dis-je, c'est la norme, même pour les médecins du cadre actif.

A l'heure actuelle — à moins d'un hasard exceptionnel — les médecins-chefs des hôpitaux de campagne (pour la plupart appartenant à la territoriale) n'ont jamais lu le journal de mobilisation de leur hôpital; ils ignorent les noms de leurs collaborateurs, médecins, pharmaciens, comptables; ils ne se doutent pas des opérations multiples qu'exige la constitution des détachements dont la réunion constitue l'hôpital; ils n'ont jamais assisté au chargement du matériel, que quelques-uns n'ont même jamais vu; ils ne connaissent même pas la ville dans laquelle ils doivent se mobiliser!

L'officier d'administration gestionnaire est dans le même cas!

Dans ces conditions, la mobilisation des hôpitaux de campagne est plus que problématique.

Un général, commandant de corps d'armée, qui s'intéressait aux choses du service de santé, avait reconnu qu'avec ces errements la mobilisation des formations sanitaires était compromise. Désireux d'y remédier, il avait accepté la proposition suivante :

Les médecins chefs et les gestionnaires de chaque formation sanitaire seront successivement convoqués à... pendant quatre jours et placés sous les ordres directs du médecin-chef de la place.

Le premier jour sera employé à la visite de la ville, à reconnaître les établissements militaires, les casernes, le cantonnement de la formation sanitaire. Conférence sur la mobilisation de la formation sanitaire, avec étude du journal de mobilisation.

Le deuxième jour, matin : formations des détachements d'infirmiers et du train; après-midi : prise en charge du matériel technique et chargement dans les voitures.

Le troisième jour : embarquement en chemin de fer.

Le quatrième jour : dislocation.

Malheureusement, une fois de plus, le mieux fut l'ennemi du bien. Le directeur du service de santé du corps d'armée trouva que quatre jours n'étaient pas suffisants pour cet exercice; il en réclama huit, et le ministre refusa en raison de la dépense.

Il y a, aujourd'hui, un esprit judicieux à la tête de la 7e Direction. Il sait que ce que nous venons de dire n'est que la fidèle image de ce qui se passe. Il voudra, nous en sommes convaincu, que l'argent alloué pour les appels soit utilisé de la façon la plus utile, c'est-à-dire pour mettre les chefs à hauteur de leur rôle, en les initiant au mécanisme de la mise en train du rouage qu'ils doivent faire marcher.

Sans cela la comédie de la mobilisation sanitaire pourrait bien tourner au drame.

Dr NOEL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril.

Sur la tuberculose dans l'armée

M. Kelsch. — Un discours parlementaire prononcé à l'occasion du budget de la guerre ou de la marine me pousse à faire aujourd'hui la déclaration suivante. On me reproche de nier la contagion de la tuberculose dans l'armée.

Or, j'ai proclamé la contagion de la tuberculose dans tous mes travaux et dans toutes les communications que j'ai faites. Mais j'ai avancé que l'envahissement bacillaire était insuffisant s'il n'y avait pas un consentement de l'organisme. Cette complicité se déduit des recherches cadavériques : 80 fois sur 100, on observe à l'autopsie de sujets morts de maladie étrangère à la tuberculose, des lésions bacillaires. J'ai dit que le rôle attribué à la contagion me paraissait excessif. Il faut compter avec l'adaptation du terrain; il convient donc, tout en attaquant de face le microbe, d'essayer de le détruire en le tournant, par la stérilisation du terrain.

Loin de nier la valeur de la contagion, j'en ai élargi la notion, si bien que la croisade contre la tuberculose ne doit pas comprendre seulement l'anéantissement du contage, mais la destruction des causes qui préparent le terrain, et les plus importantes de ces causes sont le paupérisme et l'alcoolisme.

J'arrive à la question spéciale de la tuberculose dans l'armée. Les affirmations portées à la tribune du Parlement sont erronées; je tiens à protester contre de pareilles affirmations, tout en me plaçant au-dessus des hommes et des choses et en recherchant la seule vérité scientifique. Or, cette vérité scientifique, la voici : la contagion ne paraît pas entrer pour une grande part dans la tuberculose au régiment; les foyers bacillaires

ouverts, les seuls à redouter, sont rares dans les casernes. Il faut être ignorant de ce qui se passe dans les milieux militaires pour croire que les hommes tuberculeux s'y promènent comme au sanatorium. De tels malades sont éliminés bien avant la période de contagion.

Si la contagion était l'origine exclusive des atteintes, la tuberculose devrait se disséminer sur toutes les classes d'hommes sous les drapeaux et dans toutes les armes, au lieu de se concentrer toujours, comme c'est la règle, sur les jeunes soldats ou dans certains corps spéciaux.

Depuis trente-cinq ans, je démontre qu'un foyer latent de tuberculose se rencontre presque une fois sur deux chez les jeunes soldats emportés par la fièvre typhoïde, le paludisme, etc. Le médecin-major autrichien Hans, ayant injecté de la tuberculine chez les jeunes soldats de son régiment, n'a-t-il pas obtenu une réaction positive chez 61 °/₀ des soldats injectés?

Entre quinze et trente ans, 96 °/₀ des cadavres autopsiés présentent des foyers tuberculeux. Après trente ans, on ne rencontre pour ainsi dire plus de ces foyers.

Ce sont les nécessités initiales de la vie militaire, l'exposition aux intempéries, qui constituent les causes occasionnelles des bronchites suspectes dont sont chargés les états de réforme dans les mois du début du service. Ces faits relèvent de l'auto-infection et non de la contagion.

Ces idées ont été confirmées par les recherches récentes de M. Behring, qui en arrive à cette conclusion : on n'a pas encore avancé un seul témoignage de transmission de la tuberculose à l'homme adulte par les voies naturelles. On est donc forcé, pour expliquer les cas observés, d'admettre un retour à l'activité d'un foyer pathogène et que, par suite, la phtisie relève plus souvent de l'auto-infection que de la contagion directe. « La phtisie de l'adulte — qui se développe entre dix-huit et vingt ans — a très souvent ses racines dans la première enfance, » dit M. Behring; je suis du même avis que lui, étant donné les observations que j'ai faites dans l'armée.

Il est donc bien évident que ce sont les faibles qui sont atteints. On n'anéantit pas le microbe, on y résiste par la force. Rêver sa suppression est une utopie, il faut lui faire une guerre défensive. Une preuve de cette assertion nous est fournie par ce fait que tout ce qui diminue la résistance de l'organisme se traduit par une élévation du niveau des maladies générales et de la tuberculose en particulier. L'insuffisance de l'alimentation, la somme de travail imposée, le changement d'habitudes, les exigences de la discipline créent une prédisposition morbide, qui diminue la résistance du terrain.

C'est convaincu de la justesse de ces idées que les médecins militaires, tout en faisant une guerre sans merci aux microbes, emploient tous leurs efforts à essayer de diminuer les fatigues et d'augmenter la résistance des hommes.

Parmi les causes favorisantes de l'éclosion de la tuberculose, il en est une que j'ai été un des premiers à mettre en relief, c'est le surmenage. J'ai montré que la loi sur le recrutement de 1872, complétée par celle de 1889, n'était pas étrangère à l'augmentation de la tuberculose dans l'armée. Par une fatale contradiction, la durée du service se réduit au fur et à mesure que se complique davantage la préparation à la guerre, si bien que les chances de surmenage ne peuvent manquer de s'accroître. En présence de la nouvelle loi qui vient d'être votée, il est sage de se préoccuper de ce que nous réserve son application au point de vue de la morbidité et de la mortalité. On objectera le cas de l'armée allemande qui est régie par la loi de deux ans et où, cependant, la diminution de la tuberculose est réelle.

Mais la loi allemande n'est pas comparable à celle qui va être appliquée en France. La fixation de deux ans complets de service n'est qu'un strict minimum.

D'autre part, l'article 1 du paragraphe 34 dit: après prélèvement du contingent, les hommes de la classe qui restent sont mis en réserve jusqu'à l'année suivante. Ils doivent se tenir prêts pour combler les vides imprévus. Il y a donc des hommes de rechange.

Avec de semblables ressources en hommes n'est-on pas maître de la statistique? Comme il est facile d'éliminer les déchets au jour le jour, sous une rubrique quelconque, telle que : faiblesse, on dégage beaucoup la responsabilité de la tuberculose.

En France, la loi sur la réforme temporaire a, d'ailleurs, fait fléchir également depuis quatre ans le taux des tuberculeux. Et je tiens à ajouter, à cet égard, que les instructions qui concernent la tuberculose chez nous sont aussi complètes que celles qui sont en vigueur chez nos voisins.

D'ailleurs, la pathogénie de la phtisie n'est pas encore exactement élucidée. La notion de la contagion ne suffit pas à mon sens pour expliquer l'éclosion des maladies : il faut faire intervenir le terrain.

M. Vincent (Val-de-Grâce) a pu transformer deux espèces saprophytiques en espèces pathogènes. M. Ferrand (de Barcelone) aurait découvert le saprophyte du bacille de Koch. Ces faits ne tendent-ils pas à nous inspirer de grandes réserves sur le rôle exact de la contagion?

Il ne faut donc pas nous endormir sur ce dogme. Aussi la lutte contre la phtisie ne doit-elle pas consister seulement dans la lutte contre la contagion, mais dans la stérilisation du terrain. Dans ce but, les médecins militaires réclament l'appel de la classe en octobre, l'augmentation de la ration alimentaire, l'amélioration des casernes, l'aération suffisante, etc.

Bref, la base de la prophylaxie de la tuberculose, c'est le développement de la vigueur physique de l'homme et l'amélioration de ses conditions hygiéniques et sociales.

M. Labbé. — Je crois que M. Kelsch s'exagère la portée des critiques qui ont été formulées. Il est certain que personne n'a eu l'idée, dans les milieux scientifiques, que M. Kelsch refusait de croire à la contagion. M. Kelsch a mille fois raison de dire que les individus forts résistent aux bacilles.

M. Cornil présente, en son nom et au nom de M. Coudray, un travail sur le cal au point de vue expérimental et histologique.

M. Blache présente un rapport de M. le Dr Vivien sur le Dispensaire de la mutualité maternelle de Vienne (Isère).

DÉPARTEMENTS

Diagnostic de l'intoxication tuberculeuse chez l'homme par l'injection sous-cutanée, à des cobayes tuberculeux, de divers liquides de l'organisme

On sait qu'en injectant à un tuberculeux une dose très faible de tuberculine, on obtient une réaction thermique (hyperthermie variant de 1° à 2° et quelquefois plus). **M. Mérieux**, ex-préparateur à l'Institut Pasteur, a pensé qu'en renversant l'ordre de l'expérience, c'est-à-dire en inoculant, non plus de la tuberculine à un organisme suspect de tuberculose, mais des liquides d'organisme humain suspect de tuberculose à des animaux sûrement tuberculeux, l'élévation thermique se produirait également si cet organisme humain était tuberculeux, les liquides de sécrétion devant renfermer, dans ce cas, une certaine quantité de tuberculine. Il a entrepris, pour étudier cette réaction indirecte de la tuberculine, une série d'expériences dont voici le résumé :

Tous ses essais ont porté sur des cobayes tuberculisés expérimentalement quelques semaines auparavant; la température des animaux a été prise matin et soir, la veille des injections, de manière à avoir la température moyenne; le jour de l'inoculation la température a été prise toutes les deux heures, matin et soir le lendemain, la réaction thermique se manifestant généralement de la troisième à la vingtième heure.

Sur 18 cobayes tuberculeux inoculés — (13 avec 0 cc 2, 0,5 de sérum du sang, 3 avec 2 cc des urines, 1 avec 2 cc d'un liquide d'épanchement, 1 avec 1 cc de sang expectoré, hémoptysie) — 10 ont donné des réactions nettement positives. (Tous ces cas provenaient de malades nettement tuberculeux ou soupçonnés tuberculeux par la clinique.)

2 ont donné des réactions douteuses avec une injection de 0 cc 2 de sérum (hyperthermie de 0°75. (Les deux malades concernant ces essais étaient soupçonnés tuberculeux.)

6 réactions négatives (légère réaction de 0°2-0°5). Ces réactions ont été données par les animaux inoculés avec des liquides d'organismes reconnus non tuberculeux par la clinique (ces 6 cobayes constituent les animaux témoins de ces expériences).

En résumé, on peut admettre, d'après ces expériences, que :

1° La réaction indirecte (caractérisée par une élévation thermique variant de 1 à 2°) est toujours positive dans les cas de tuberculose nette.

2° Dans aucun des essais faits il n'a été trouvé de réaction positive alors qu'il n'y avait pas de tuberculose.

3° Lorsqu'il y a une réaction douteuse (0°5 à 1°) un deuxième essai doit être fait en augmentant la dose de liquide injectée et partant la dose de tuberculine (*Lyon médical*, 27 mars 1904).

Le faux rein flottant

M. de Langenhagen a signalé, à la Société de médecine de Nancy, une erreur de diagnostic qui est facile à commettre, et qui consiste à prendre l'intestin pour un rein flottant.

Chez certaines personnes, à parois abdominales très dépressibles, on peut sentir, par la palpation profonde, l'angle hépatique du gros intestin, un peu abaissé et donnant la sensation d'une masse mollasse et pâteuse, ayant à peu près le calibre et la forme du rein ectopié, et suivant comme lui les mouvements d'inspiration et d'expiration du sujet.

D'autres fois, on peut avoir affaire, toujours dans la même région, à un spasme partiel et passager d'un segment limité de l'intestin, qui donne également le change pour un rein ectopié.

Ce « faux rein flottant » mérite donc d'être connu afin d'éviter cette erreur de diagnostic.

A l'appui de cette communication, **M. Michel** a communiqué l'observation d'une malade envoyée avec le diagnostic de rein flottant. Mise en observation, les phénomènes douloureux qu'elle présentait, et la petite tumeur qui avait fait songer au rein, furent rapportés au gros intestin. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une coudure du gros intestin au niveau de l'angle colique gauche. Le colon transverse était dilaté, le colon descendant aplati; une anastomose fut faite entre ces deux segments d'intestin, de façon à exclure en quelque sorte le coude gauche du colon. La malade est encore en traitement, elle est améliorée.

Jalousie chez l'enfant

M. Régis a présenté à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* un cas de jalousie, remarquable par le très jeune âge du sujet.

Il s'agit d'une fillette de vingt-huit mois qui était, deux mois auparavant, superbe, précoce et enjouée, lorsque sa mère dut s'absenter quelques jours pour aller à la Maternité donner naissance à un autre enfant. Quand la fillette vit revenir sa mère avec un nouveau-né dans les bras elle eut un tel accès de jalousie qu'elle tomba dans un état syncopal; depuis ce moment, la jalousie n'a fait qu'augmenter. L'enfant ne mange plus, l'amaigrissement est devenu extraordinaire. Elle ne veut plus dormir, craignant que pendant son sommeil sa mère ne l'éloigne pour ne conserver dans ses bras que sa sœur. Le jour, elle ne reste tranquille que lorsqu'elle est sur les genoux de sa mère : mais dès que sa mère veut se séparer d'elle, elle crie et essaie de faire du mal à sa petite sœur. Quand il vit l'enfant pour la première fois, M. Régis crut à de la méningite, ou tout au moins à du méningisme, tant les symptômes présentés par l'enfant lui paraissaient graves.

La meilleure solution pour rendre la santé à cette fillette est l'éloignement de la sœur, que la mère consent à mettre en nourrice.

La jalousie étant un symptôme morbide fréquemment présenté par les hystériques et les alcooliques, M. Régis a recherché s'il n'y avait pas, parmi les ascendants de cette enfant, des affections pouvant mettre sur la voie de l'hérédité, et il a appris que le père était un alcoolique avéré, que, de plus, il avait eu de véritables accès de jalousie confinant au délire, à tel point qu'il avait toujours contesté la paternité des deux derniers enfants.

Albuminurie au cours de la varicelle

M. le prof. **Arnozan** a appelé l'attention de la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* sur l'albuminurie constatée au cours de la varicelle.

Il soigna, il y a cinq à six ans, sept enfants atteints de varicelle, dont six guérirent sans incidents; la septième, une fillette de quatorze ans, présenta des troubles congestifs du côté des reins avec un dépôt assez abondant d'albumine dans ses urines, soit environ 2 à 3 gr. Elle eut, en même temps, de la tuméfaction du foie. Sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie rétrocéda très lentement; mais elle s'est manifestée pendant très longtemps sous la forme orthostatique.

Deux ans plus tard, ayant à soigner dans un pensionnat six à sept cas de varicelle, M. Arnozan examina méthodiquement l'urine de ces enfants, dont cinq présentèrent de l'albuminurie qui, cette fois, fut passagère et ne dura que quinze à vingt jours. Tout récemment encore, il a vu une jeune fille de seize ans qui a présenté, au moment de sa varicelle, une poussée d'albumine disparue rapidement.

A signaler qu'aucun signe extérieur ne permet de révéler l'albuminurie; il n'y a ni œdème, ni troubles de la vue, c'est par hasard qu'on la découvre. Il y a donc lieu d'être prudent pour le régime des malades atteints de varicelle, auxquels on devrait donner un régime très peu azoté.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Du massage contre l'acné de la face

D'après le prof. **A. I. Pospélow** (*Roussky journ. kojn. i vener bol.*, février 1904), le massage de la face pour acné ne donne de résultats favorables qu'à la condition de le pratiquer suivant la direction des conduits excréteurs des glandes sébacées et des vaisseaux musculaires du derme. Pour ce faire, il faut masser dans chaque moitié du front — de la ligne médiane vers la tempe; aux joues — de dehors en dedans et suivant une ligne courbe, parallèle à la mâchoire inférieure; à la racine et sur le dos du nez — directement de haut en bas; au pourtour du nez — de haut en bas et de dedans en dehors; à la lèvre supérieure — de la ligne médiane vers la commissure labiale et, enfin, à la région mentonnière — de haut en bas, mais suivant des arcs de cercle disposés autour du centre du menton.

Le massage est fait par le malade lui-même, le soir, une heure environ avant le moment de dormir. On commence par se réchauffer les mains par l'immersion dans un bain d'eau bouillie très chaude (40 à 43°), puis, après les avoir essuyées à sec et lubrifiées avec de la vaseline stérilisée, on pratique, avec les extrémités digitales, des effleurages énergiques sur les diverses régions de la face, dans les directions ci-dessus mentionnées. La durée de la séance est de 15 à 20 minutes. Le massage terminé, le malade se poudre avec du talc et puis se couche pour dormir. Ce n'est que le lendemain matin qu'il se lave avec de l'eau à la température ambiante (20 à 22°), mais sans employer de savon. En s'essuyant, il doit avoir soin de s'éponger simplement la peau, sans la frotter, avec une serviette bien propre. Une heure après cette toilette, et s'il n'existe pas d'irritation cutanée, le malade procède à un nouveau massage, cette fois au moyen d'un tampon de coton bien serré et enveloppé d'une peau de daim blanche. Les frictions sont faites toujours dans les directions indiquées, mais d'une façon moins énergique et pendant cinq à dix minutes seulement. On saupoudre ensuite de talc.

Il faut pratiquer ces massages quotidiens pendant plusieurs mois de suite pour rendre à la peau sa turgescence normale et pour que les orifices des conduits excréteurs des glandes sébacées se rétrécissent au point de devenir presque imperceptibles à l'œil nu, comme dans une peau saine.

Lorsqu'il existe des éléments acnéiques indurés, tubéreux, il faut, avant de procéder au massage, les ponctionner jusqu'au centre, avec l'aiguille de Vidal, en exprimer tout le contenu et arrêter, par la compression avec un simple tampon de coton, la petite hémorragie qui se produit à la suite de cette intervention.

Procédés généraux de diagnostic différentiel des affections douloureuses du pied

Dans un article consacré à l'étude du « pied forcé » — affection dont la connaissance précise est de date encore récente, puisque c'est l'examen radiographique qui nous a appris qu'elle est due à la fracture d'un ou de plusieurs métatarsiens — **M. E. Weber** (*Revue méd. de la Suisse rom.*, février 1904) résume ainsi qu'il suit la ligne de conduite à suivre en présence d'une affection douloureuse du pied, afin de pouvoir s'orienter rapidement sur la nature de la lésion à laquelle on a affaire.

Tout sujet se plaignant de douleurs ayant leur siège aux pieds, doit être ausculté. Plus d'une fois on a constaté, en pareil cas, l'existence d'affections cardiaques consécutives à du rhumatisme articulaire. Ces douleurs s'exaspèrent la nuit.

En l'absence d'autres affections, lorsqu'un individu souffre de douleurs aux pieds, il y a lieu de s'assurer aussi s'il n'est pas atteint de blennorragie. L'arthrite blennorragique se localise parfois aux pieds, bien que son siège de prédilection soit le genou, où elle se caractérise par un volumineux exsudat.

Faire marcher le malade à pieds nus. Si la voûte du pied est affaissée en dedans, si le scaphoïde et le premier cunéiforme touchent le sol pendant la marche, il s'agit d'un pied plat. Or, cette affection est souvent accompagnée de douleurs assez vives persistant dans la station debout, mais disparaissant, au contraire, lorsque le sujet est étendu. C'est la tarsalgie du pied plat.

S'il existe une enflure sur le dos du pied, au niveau d'un ou de plusieurs métatarsiens, il s'agit presque à coup sûr de pied forcé, c'est-à-dire de fracture du métatarse.

C'est le cas de rappeler ici un signe indiqué récemment par un médecin militaire allemand, M. Momburg, signe qui permettrait de reconnaître l'existence de fractures métatarsiennes sans avoir recours à l'examen radiographique. Il consisterait dans un mouvement d'extension exécuté par l'orteil correspondant au métatarsien lésé alors qu'on exerce une pression sur la tête de cet os (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 54).

REVUE DE THÈSES

I. — *Syphilis de l'estomac*, par le Dr Pierre Barbier (Paris, 16 janv. 1904).

L'auteur a recueilli et rapporté dans son très consciencieux travail d'une part: 56 cas de lésions syphilitiques de l'estomac reconnues *post mortem*; d'autre part, 35 observations cliniques de maladies gastriques, manifestement dues à l'infection syphilitique. Dans le premier groupe figurent des ulcères, des lésions gommeuses, des sténoses, des hypertrophies; dans le second groupe, des gastrites, des gastro-entérites, des hématémèses, des ulcères, des sténoses.

La syphilis doit donc occuper une place importante dans l'étiologie des affections de l'estomac.

Le diagnostic clinique n'est pas toujours facile, les données fournies par le chimisme stomacal restent, dans l'espèce, très variables et très incomplètes.

En présence de symptômes gastriques, rebelles aux traitements ordinaires, surtout coïncidant avec d'autres accidents syphilitiques, on devra toujours penser à la possibilité de l'origine syphilitque de ces symptômes gastriques et instituer un traitement spécifique d'épreuve.

Ce traitement spécifique consistera essentiellement dans les injections de biiodure d'hydrargyre.

II. — *De la respiration stridoreuse des nourrissons*, par le Dr Louis Boulard. (Paris, Jules Rousset, 1904.)

M. Boulard, dans son travail, met au point cette question, d'ailleurs, peu connue, du stridor infantile, dont il rapporte un certain nombre d'observations, dont quelques-unes inédites.

Le stridor est moins une maladie qu'un type respiratoire anormal secondaire, dû à des causes diverses.

Ce type respiratoire est loin d'être fréquent, et quoique en ces dernières années le nombre des cas observés se soit multiplié, il y a place encore pour des observations nouvelles.

La bénignité habituelle du stridor a rendu rares les constatations nécroptiques et on peut facilement compter le nombre des examens faits *post mortem* et capables de renseigner utilement.

Le facteur le plus important pour le diagnostic est essentiellement le bruit inspiratoire continu avec son timbre particulier, son exagération produite par les causes mêmes qui accélèrent la respiration, sa persistance pendant le sommeil; c'est encore l'opposition, parfois si marquée, qui existe entre l'intensité du bruit respiratoire, accompagné même de tirage, et le bon état général de l'enfant; dans presque tous les cas de stridor l'enfant est, effet, bien constitué, l'auscultation ne décèle aucun bruit pathologique dans les poumons, la température n'est pas élevée, et la voix reste claire et normale.

III. — *Essai sur la pelade d'origine gingivo-dentaire*, par M. le Dr Ed. Patte. Paris, 1904. (Steinheil, édit.)

Le travail de M. Patte est une critique de la théorie émanant de M. Jacquet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, attribuant à la pelade ou tout au moins à un grand nombre de pelades une origine dentaire.

A ce titre, nous devons à M. Patte une étude toute nouvelle de la pelade et de ses différentes formes, du cheveu peladique, de ses variétés accompagnées d'une série d'observations inédites, étude à laquelle l'auteur a joint un tableau très complet de la chronologie de la dentition d'après Magitot et un court résumé des accidents locaux et généraux dont elle est la source, des infections de voisinage auxquelles elle donne lieu.

De cette étude, il ressort, d'après M. Patte lui-même, « que nous savons extrêmement peu de choses sur la pathogénie de la pelade et qu'il est impossible de donner, sur ce sujet, des conclusions claires et fermes. »

En ce qui concerne l'influence de l'évolution dentaire et des accidents gingivo-dentaires, elle ne saurait être acceptée que dans quelques cas rares, mais dans l'immense majorité des cas, l'influence de cette dernière cause doit être, d'ailleurs, comme les autres lésions de voisinage traumatisant le système nerveux, considérée comme nulle.

IV. — *Le spasme facial*, par le Dr H. Grolhoux. (Paris, J. Rousset, 1904.)

Dans son travail, M. Grolhoux cherche à dégager le spasme facial des autres myoclonies: tics, stéréotypies, spasmes hystériques, épilepsie jacksonienne à type facial. Ce qui caractérise le spasme facial, c'est que les contractions musculaires ne présentent entre elles aucune systématisation fonctionnelle.

Les muscles atteints dépendent tous d'un territoire nerveux anatomiquement défini, qui est celui de la VIIe paire. En outre, tous les efforts de volonté et d'attention employés pour suspendre ce trouble moteur restent inefficaces.

En vain la malade cherche à dissimuler sa grimace, comprime avec sa main les muscles de son visage: « sous la main persiste la contracture, sous les doigts les frémissements » (H. Meige).

De plus, le phénomène convulsif suit une marche progressivement croissante, au cours d'un même accès.

A l'inverse des tics qui sont toujours des actes psycho-réflexes, les spasmes sont des reflexes de centre bulbaire ou spinal, provoqués par une cause irritative pathologique (Brissaud, H. Meige et Feindel).

Un élément de diagnostic est fourni par l'inefficacité sur le spasme de la discipline psychomotrice (Brissaud et H. Meige) qui influence, au contraire, heureusement, les mouvements psycho-réflexes, les tics en particulier.

V. — *Traitement des épistaxis rebelles*, par le Dr Lepage. (Paris, H. Jouve, 1904.)

M. le Dr Lepage passe en revue dans sa thèse les divers procédés mis en œuvre pour arrêter les épistaxis rebelles, procédés, les uns infidèles (tamponnement antérieur incomplet, injections d'eau froide, de solution d'antipyrine), les autres présentant de graves inconvénients (application de tampons imbibés de solution concentrée, de cocaïne, de perchlorure de fer, double tamponnement), quelques-uns préférables (tamponnement à la gélatine antiseptique, cautérisation au galvano-cautère, ce dernier procédé nécessitant une main exercée); un dernier enfin, sans inconvénients et entre toutes les mains (irrigations intranasales à l'eau bouillie à 58° et sous faible pression).

VI. — *Néphrorraphie. Résultats nombreux et éloignés*, par le Dr Desmolins. (Paris, H. Jouve, 1904.)

Très bonne contribution à l'histoire de la néphrorraphie, M. Desmolins, dans sa thèse, publie un assez grand nombre d'observations de malades de M. Lucas-Championnière, chez lesquels on a pu constater les résultats éloignés de quatre à quinze ans après l'opération.

Voici, d'après les conclusions de M. Desmolins et à grands traits, comment doit être conduite l'opération et les résultats obtenus.

On aborde le rein par une incision lombaire.

Après l'avoir dénudé on doit pénétrer hardiment dans sa substance propre au moyen de fils de catgut gros et multiples.

Ces catguts sont ensuite passés à travers les muscles de la région.

Après avoir fait les sutures, il faut drainer pour éviter les petits hématomes.

Le rein est ainsi très solidement fixé comme le prouvent les résultats obtenus. Il a même résisté par la suite à des grossesses répétées.

On a rejeté depuis longtemps les procédés consistant à ne prendre, avec le fil, que la capsule graisseuse ou la capsule propre; cette méthode ne donne pas de bons résultats.

Il ne paraît pas utile de suspendre le rein à une côte. On fixe l'organe solidement et assez haut en faisant passer les fils dans la paroi musculaire.

Quarante-six opérations ainsi conduites n'ont jamais donné lieu à aucun accident

Plusieurs malades ont été revues au bout de douze et quatorze ans, en parfait état de santé.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. le Dr Léon Moynac (de Bayonne). (8e édition, 3 volumes de 600 pages environ chacun, avec nombreuses figures.)

Un livre de médecine qui atteint sa 8e édition est, par les temps qui courent, chose assez rare pour mériter d'être signalée.

C'est certainement le plus bel éloge qu'on puisse faire du Traité de pathologie et de clinique chirurgicales, dont l'utilité est ainsi démontrée par le chiffre brutal de la vente.

L'esprit qui a présidé à la conception de cet ouvrage est éminemment pratique : M. Moynac a eu pour but de donner aux étudiants leur première instruction et pour y arriver il s'est attaché à décrire les affections chirurgicales avec exactitude, méthode, clarté, et surtout en proportionnant l'étendue de la description à l'importance du sujet. La possession de ces premiers linéaments de la science chirurgicale formera pour l'étudiant une base solide sur laquelle il s'appuiera sans cesse dans l'avenir pour exercer utilement son art.

Comme le dit l'auteur dans sa préface : cette étude, concentrée sur un même livre, cette connaissance parfaite de son sujet lui permettront, au lit du malade, de retrouver les symptômes qui guideront son diagnostic, ou les indications qui dirigeront son traitement ; dans un examen ou un concours de décrire sans erreur, sans oubli, avec élégance et facilité, ce qui, sans cette méthode, réclamerait une préparation impraticable dans ces circonstances.

Ajoutons que cet ouvrage n'a rien de la sécheresse de l'aide-mémoire et que nous sommes certain que beaucoup de médecins auront plaisir et profit à le lire.

Ed. Laval

Librairie Doin

Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement, par MM. P. Budin et Demelin.

Entre les gros traités et les petits manuels, il y a place pour d'autres ouvrages qui sont destinés plus spécialement aux médecins pratiquants et aux étudiants. Ce livre, qui vient de paraître, peut être rangé dans cette catégorie. Il est divisé en dix-sept parties qui, par leur ensemble, traitent toutes de l'obstétrique et des soins à donner aux nouveau-nés.

Les trois premières parties sont réservées à l'anatomie et à la physiologie des organes génitaux de la femme, au point de vue obstétrical.

Les auteurs ne s'y sont pas attardés, mais cependant on y trouve tous les renseignements suffisants. La quatrième partie traite de la grossesse normale (signes, diagnostic, hygiène, etc.). Le fœtus à terme est décrit dans la cinquième partie. Les chapitres suivants sont réservés à l'accouchement physiologique et aux suites de couches normales.

La quatorzième partie est particulièrement intéressante, d'autant plus qu'elle est négligée dans les autres ouvrages. M. Budin y a exposé ses idées sur l'alimentation du nouveau-né, et l'on peut dire que ce chapitre, très bien résumé, est un véritable traité d'allaitement. Les trois dernières divisions de l'ouvrage sont un exposé très clair de la grossesse, de l'accouchement pathologique et des principales opérations obstétricales. Les 1100 pages de texte sont émaillées de figures empruntées aux différents traités d'obstétrique.

A. B.

Rudeval, éditeur.

Précis d'accouchements par MM. Dubrisay et Jeannin.

Les auteurs, tous deux chefs de clinique à la Faculté, étaient tout désignés pour faire un précis pratique d'accouchements. Ils y ont, du reste, réussi. Laissant de côté toute idée purement théorique, ils se sont attachés à ne développer que les points intéressant le diagnostic et la conduite à tenir. Malgré son volume restreint, ce petit livre est très complet, car les phrases sont courtes et précises. On y trouve, en effet, non seulement les différentes catégories d'accouchements normaux et pathologiques, mais un certain nombre de chapitres qui ont trait à la grossesse normale ou compliquée. Les opérations obstétricales sont exposées clairement et d'une façon très suffisante. En somme, excellent petit livre d'études pour l'étudiant qui veut devenir un praticien.

A. Brindeau.

Librairie O. Doin

Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge, publié sous la direction du Dr Henri de Rothschild.

Un certain nombre de médecins se sont groupés autour du Dr Henri de Rotschild pour écrire ce traité dont le premier volume vient de paraître. Voici les sujets des chapitres publiés dans ce tome I : « Hygiène de l'enfant bien portant », par M. H. de Rotschild; « Hygiène et alimentation des nourrissons malades ou anormaux », par MM. H. de Rotschild et Perret; « Maladies de l'ombilic et des organes génito-urinaires », par M. Deschamps; « Maladies du système nerveux », par M. Léopold Levi; « Maladies infectieuses et de la nutrition », par MM. Roques, Miele, Fruhinsholz, L. Kahn, Ehrahardt, Brunier et Laugenberg. Parmi ces chapitres, je signalerai plus particulièrement ceux qui ont trait aux maladies du système nerveux, à la syphilis congénitale, à l'hygiène du prématuré, etc...

A. B.

Vient de paraître :

Traité médico-chirurgical de gynécologie, par MM Labadie-Lagrange et Félix Legueu. 3e édition. (1 vol. in-8, 1298 pages, 3.6 figures. F. Alcan).

Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu, par M. H. Nimier, prof. du Val-de-Grâce. (1 vol. in 8o de 621 pages avec 150 fig. dans le texte. Alcan.)

Hernies (hygiène et thérapeutique), par le Dr Lucas-Championnière. (1 vol. in-18 jésus, 4 fr. J. Rueff. édit., 106, boulevard Saint-Germain, Paris.)

L'origine du diabète, par le Dr A. Lorand. (1 vol. in 8 de 86 pages, 2 fr. broché. C. Naud, edit. 3, rue Racine, Paris.)

CORPS DE SANTE MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été nommés aux grades ci-après énoncés, et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de méd.-princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. Vuillemin, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. d'Epinal, en rempl. de M. Sockeel, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Debrie, méd.-chef de l'éc. d'appl. de l'art. et du génie, en rempl. de M. Pilet, retr. — Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

(Ancienneté) M. Boyé, au 20e d'inf., en rempl. de M. Laval, retr. — Maintenu.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

(Tour de la non-activité) M. Lucas, en rempl. de M. Chavier, retr. — Dés. pour le 2e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

(Choix) M. Piquot, au 4e zouaves, en rempl. de M. Amaé, retr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Bourdin, au 5e d'art., en rempl. de M. Cluzant, retr. — Maintenu.

(Tour de la non-activité) M. Mouret, en rempl. de M. Chopard, retr. — Dés. pour les hôp. mil. de la div. d'Alger.

(Choix) M. Tersen, au 84e d'inf., en rempl de M. Guillemot, retr — Maintenu.

(Ancienneté) M. Quehery, au 70e d'inf., en rempl. de M. Baur, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Papon, au 9e d'art., en rempl. de M. Milliès dit Lacroix, retr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Drely, au 4e d'inf., en rempl. de M. Favier, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Watrin, au 76e d'inf., en rempl. de M. Daymard, retr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Pettier, en rempl. de M Mackiewicz, retr. — Dés. pour le 62e d'inf.

(Choix) M. Beigneux, au corps d'occ. de Madagascar, en rempl. de M. Kaufmann, retr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Notin, au 130e d'inf., en rempl. de M. Vuillemin, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Arnould, au 157e d'inf., en rempl. de M. Debrie, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Thirion, au 162e d'inf., en rempl. de M. Beigneux. — Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

1er tour (ancienneté) M. Raymond, en rempl de M. Couraud, dém. — Dés. pour le 85e d'inf.

2e tour (choix) M. Chassin, aux hôp. mil. du

la div. d'Oran, en rempl. de M. Bronner, retr. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Mazières, au 1er tirail., en rempl. de M. Normand, dém. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Bernard, au 4e d'art., en rempl. de Boyer, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Cousergue, à la dir. du serv. de santé du 13e corps, en rempl. de M. Piquot, pr. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Lambroschini, au 119e d'inf., en rempl. de M. Bourdin, pr. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Rauzy, aux hôp. mil. de la div. d'Oran, en rempl. de M. Tersen, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Pascal, au 145e d'inf., en rempl. de M. Quehery, pr. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Melliès, au 160e d'inf., en rempl. de M. Papon, pr. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Long, au 52e d'inf., en rempl. de M. Drely, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Grisez, en rempl. de M. Watrin, pr. — Dés. pour le 43e d'inf.

3e tour (ancienneté) M. Magerand, aux hôp. mil. de la div. d'Alger, en rempl. de M. Pettier, pr. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Vidal, au 81e d'inf., en rempl. de M. Notin, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Vincent, au 44e d'inf., en rempl. de M. Arnould, pr. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Oullier, au 152e d'inf., en rempl. de M Thirion, pr. — Maintenu.

Au grade de méd. aide-maj. de 2e cl.

Le méd. aide maj. de 2e cl. :

(Tour de la non-activité) M. Egmann, en rempl. de M. Louis, pr. — Dés. pour le 148e d'inf.

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Radouan, aux salles mil. de l'hosp. d'Arras.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Sudour, méd. chef de l'hôp. mil. de Blida.

M. Spire, au 39e d'inf.

M. Fribourg, méd. -chef des salles mil. de l'hosp. de Saint-Germain.

M. Pascaud, au 46e d'inf.

M. de Poul de Lacoste, au 13e d'art.

M. Morin, au 35e d'inf.

M. Trilhe, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Castres.

M. Vallois, au 101e d'inf.

M. Ruotte, au 8e d'inf.

Les méd.-maj de 2e cl. :

M. Descubes, au 6e d'inf.

M. Delahousse, à l'éc. mil. prép. des Andelys.

M. Sturel, au 12e dragons.

M. Niclot, à l'hôp. mil. d'Oran (bactériol.)

M. Meyer, à la dir. du serv. de santé du 20e corps.

M. Faure, au 20e chass. à cheval.

M. Martin, au 1er spahis.

M. Rolland, au 36e d'art.

M. Pons, au serv. méd. des places de Collioures et Port-Vendres.

M. Le Roux, au 14e bat. d'art. à pied.

M. Idrac, au 27e chass. à pied.

M. Mazellier, au 135e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Bonhomme, au 67e d'inf.

M. Rousset, au 48e d'inf.

M. Rouvillois, surv. à l'éc. du serv. de santé militaire.

M. Léard, au 120e d'inf.

M. Léothaud, au 141e d'inf.

M. Chapellier, au 7e d'art.

M. Taillefer, au 49e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

M. Poutrin, au 11e d'art.

M. Lère, au 14e chass. à pied.

M. Lafoscade, au 30e d'inf.

M. Penot, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 2e cl. Ratelier est dés. pour emb. sur la *Décidée* (esc. de l'Extr.-Orient), en rempl. de M. Lowitz.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-majors de 2e cl. :

(Ancienneté, emploi vacant) M. Cardeillac, en congé. — Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Legendre, au consulat de Tcheng-tou-Fou. — Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Patriarche, en Indo Chine. — Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Doucet, en Indo-Chine. — Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Dubois, à Madagascar. — Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Bailly, à Madagascar — Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. Pujol, au 24e d'inf., en rempl. de M. Lesneur-Florent, déc. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Fargier, à Saint-Pierre et Miquelon, en rempl. de M. Cardeillac, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Mias, à la Guadeloupe, en rempl. de M. Legendre, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Letontvrier, du 6e d'inf., en rempl. de M. Patriarche, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Briand, du 2e d'inf., en rempl. de M Doucet, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Gaimard, du cadre de l'Indo-Chine, en rempl. de M. Dubois, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Santarel, du 1er d'art. à Lorient, en rempl. de M. Bailly, pr. — Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Cadet, du cadre de l'Indo-Chine. — Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Petit, à Madagascar. — Mainteau.

(Choix, emploi vacant) M. Savignac, au 7e d'inf. — Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Le Corre, à Madagascar. — Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Damond, au 5e d'inf. — Maintenu.

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 28 10 Centimes le Numéro SAMEDI 9 AVRIL 1904

LE

BULLETIN MÉDICAL

Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.

S'ADRESSER

Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.

Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. PORTE ET THUILLIER frères, 51, rue Jacob.

Direction scientifique :
MM. LES PROF. GRANCHER & LANNELONGUE
Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT
Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION
PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.

Ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement a expiré fin mars sont instamment priés de nous faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement annuel en un MANDAT-POSTE adressé au gérant du journal, 4, rue de Lille, Paris.

SOMMAIRE

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ. de 1re cl.

1 Le Corre, 2 Primet, 3 Lidin.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Brou-Duclaud, 2 Gouzien.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Buisson, 2 Vergoz, 3 Piron, 4 Alquier, 5 Pierre, 6 Clouard.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Mul, Gautier, Augier, Laffay, Savignac, Pujol, Dor, Hazard, Dardenne, Dupuy.

11 Roquemaure, Rul, Chaze, Guillon, Sautarel, Legendre, Parazols, Nielsen, Nogué.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 Garrot, Cotard, Perret, Lailheugue, Javelly, Bellonne, Passa, Moitron, Gauthier, Léger.

11 Revault, Manaud, David, Donnet, Lamandé.

Un concours s'ouvrira le 3 mai 1904 à la Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine), pour l'internat dudit établissement.

On trouvera à la Maison nationale et chez le concierge de la Faculté de médecine, des exemplaires de l'arrêté ministériel, qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

POSTES MÉDICAUX

Les renseignements relatifs aux postes médicaux, cessions de clientèles, sont donnés à titre de simple indication, sans garantie aucune de l'Administration du journal.

Jeune médecin marié désire acquérir comptant clientèle rapportant 12.000 fr. au minimum, de 1 à 2 heures de Paris S'adresser à M. Graviche, 12, rue Hippolyte-Lebas, Paris.

A vendre, 333, rue de Vaugirard, **grande propriété avec parc de 5500 mètres, convenant très bien pour maison de santé.**
S'adresser 40, rue Beuret (Vaugirard).

Fille de médecin, âgée de vingt-six ans, ayant son diplôme élémentaire, désire s'occuper de l'éducation de jeunes enfants ou trouver un emploi. S'adresser au Dr Granjux.

THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments de la famille de l'ichtyol

Par le Dr Hubert

Depuis quelques années, les médicaments dits succédanés sont devenus très nombreux. Les raisons, croyons-nous, en sont assez simples. Le mot succédané, par sa définition même, accorde au produit nouveau les propriétés indiscutablement reconnues au produit initial; d'autre part, il guide, sans aucun effort, le praticien à travers les nouveautés de la thérapeutique. Mais il ne saurait avoir d'autre prétention. Les corps qu'il sert à désigner sont souvent très différents et dans leur composition chimique et dans leurs effets physiologiques. Leurs indications peuvent être voisines; elles ne sont presque jamais absolument identiques.

L'étude des médicaments de la famille de l'ichtyol nous en fournit la preuve.

Parmi ces médicaments, les uns sont formés par la nature, ce sont les ichtyols et les tuménols; les autres sont préparés synthétiquement ce sont les thiols et le thigénol.

L'ichtyol est un corps retiré par Schroter de roches bitumineuses originaires du Tyrol, renfermant une grande quantité d'empreintes de poissons. Le produit naturel obtenu par distillation sèche contient à peu près 2.5 pour 100 de soufre et est insoluble dans l'eau. Le produit artificiel, après traitement par l'acide sulfurique concentré et saturation de l'excès d'acide par le carbonate de soude ou l'ammoniaque contient environ quatre fois plus de soufre (8 pour 100); de plus il est soluble en partie dans l'eau, grâce aux dérivés sulfonés qui se sont formés.

Sa composition est en effet assez mal définie; il renferme du soufre à l'état substitué, des dérivés sulfonés, des carbures d'hydrogène. C'est un corps goudronneux verdâtre, s'émulsionnant avec l'eau, soluble en totalité dans un mélange d'éther et d'alcool et miscible en toutes proportions aux graisses et à la vaseline. Il est donc d'une odeur pénétrante désagréable. Sa valeur thérapeutique dépend de sa teneur en soufre dit substitué. Le soufre groupement sulfoné est complètement inactif en tant que médicament. D'après Unna, l'ichtyol est un corps réducteur faible. Il soustrait plus ou moins lentement l'oxygène au milieu ambiant : de cette propriété peuvent être déduites ses différentes actions : il est plutôt antiparasitaire qu'antiseptique : cependant, il est assez actif contre les infections streptococciques (traitement de l'érysipèle par l'ichtyol : Juhel Renoy), il est vaso-conducteur des petits vaisseaux périphériques, et par là il est décongestif (métrites) et agit efficacement contre les œdèmes qui sont souvent la cause des prurits (action antiprurigineuse); enfin et surtout il est kératoplastique : d'où les résultats qu'il donne dans les eczémas, en dermatologie, dans les ulcérations du col de l'utérus en gynécologie.

L'ichtyol a, dit-on, un succédané naturel dans le tuménol. Or précisément il existe deux différences assez notables entre l'ichtyol et le tuménol : le tuménol n'est pas parasiticide; comme l'ichtyol il est réducteur, kératoplastique, mais il ne doit pas cette action au soufre substitué, mais bien plutôt aux hydrocarbures non saturés qu'il renferme.

Le thiol dérivé synthétique reproduit plus exactement les propriétés de l'ichtyol. Par sa préparation même, l'ichtyol présente certains inconvénients. Son odeur le rend insupportable pour certains malades : chez les femmes à peau particulièrement sensible, il est irritant; enfin quand on l'emploie en gynécologie, il laisse des traces indélébiles sur le linge. Pour remédier à ces désavantages, Jacobsen substitua à la matière première de l'ichtyol les huiles lourdes de houille, et les paraffines contenant des carbures non saturés.

Après les avoir traités par l'acide sulfurique et l'ammoniaque, il obtint un produit mal déterminé (sel ammoniacal d'un acide thiolsulfonique ?) qui, comme l'ichtyol, agit par le soufre substitué qu'il contient. Son action kératoplastique est toutefois plus intense; il peut produire dans certains cas une véritable hypertrophie de l'épiderme (d'où son emploi dans les brûlures). D'autre part, contrairement à l'ichtyol, il n'a point d'odeur; il n'est pas irritant (emploi dans les eczémas aigus, l'acné); enfin il est très soluble dans l'eau, sa solution à 40 pour 100 constituant le thiol proprement dit.

Bien différent est le thigénol. Ici la matière extractive est l'huile d'amandes douces. Le thigénol n'aura donc pas d'action irritante; et, en fait, il peut être employé à l'état de pureté sans inconvénients : en gynécologie, il faut même recourir à des solutions glycérinées de 40 à 50 pour 100 pour obtenir le maximum des effets (Jaquet). Le thigénol est inodore et se dissout en toute proportion dans l'eau; les taches qu'il produit sur le linge disparaissent par simple lavage. Au point de vue chimique il est constitué par une huile sulfitée sodique sulfonée; on peut encore le considérer comme un oléo-stéaro-sulfonate de sodium. Comme l'ichtyol, il doit en grande partie sa valeur thérapeutique au soufre substitué qu'il contient. Mais à ce point de vue, il y a lieu de remarquer qu'il renferme plus de soufre que l'ichtyol (10 pour 100 au lieu de 8 pour 100). Du reste, de nombreuses différences existent dans les modes d'action des deux corps, bien que tous les deux rentrent dans la classe des réducteurs faibles.

Antiparasitaire, le thigénol a été employé par les auteurs allemands dans le traitement de la gale, du favus et de certaines tricophities. Il ne nous semble pas toutefois qu'il doive supplanter ni même suppléer les médications employées en France.

Sa valeur antiseptique est faible, mais certaine. Nous ne parlerons pas de son influence sur l'évolution de l'érysipèle, les observations étant encore peu nombreuses à ce sujet; mais, en gynécologie, on l'a vu faire disparaître des pertes fétides et Neumann recommande son action prophylactique dans les cas de blennorrhagie aiguë de la vulve et de l'urèthre. Dans ces conditions, il empêche presque toujours les lésions d'atteindre la sphère génitale profonde. Pour expliquer ces faits, point n'est besoin, d'après Neumann, d'invoquer une action bactéricide spéciale.

Le thigénol en effet, provoque une hypersécrétion notable des glandes de l'utérus et du vagin et par là il peut s'opposer indirectement à la pullulation du gonocoque dans les culs-de-sac glandulaires.

C'est encore par ces phénomènes d'hypersécrétion que s'explique en grande partie l'influence du thigénol sur les métrites chroniques et en particulier les métrites parenchymateuses. Dans ces cas, les premiers pansements thigénolés amènent un écoulement aqueux si abondant que les malades en sont incommodées; ces pertes diminuent ensuite peu à peu à mesure que l'utérus se décongestionne. Elles augmentent de nouveau si une poussée congestive se produit (Neumann). Du reste, en dehors de cette action qui lui est propre, le thigénol est encore un décongestif, à la manière de l'ichtyol, par ses propriétés vaso-constrictives. C'est là ce qui lui permet d'agir rapidement contre les engelures. C'est là ce qui lui permet d'arrêter parfois des métrorrhagies rebelles en deux ou trois pansements.

Si le thigénol est un antiphlogistique plus puissant que l'ichtyol, il nous semble, par contre, que son pouvoir kératoplastique est plus faible, du moins en gynécologie; il n'a qu'une influence médiocre sur les ulcérations du col de l'utérus. En dermatologie, au contraire, il donne des résultats en tout comparables à ceux de l'ichtyol et il est mieux supporté. Dans l'eczéma aigu, il ne faut toutefois l'appliquer qu'après disparition du suintement, amélioration de l'état inflammatoire; on commencera par une solution à 5 pour 100, sauf à passer ensuite aux solutions à 10-20 pour 100, si la première a été bien supportée. Dans les eczémas chroniques, l'asepsie cutanée ayant été faite au préalable, on pourra recourir au thigénol en ne laissant tout d'abord le médicament que pendant quelques heures au contact de la lésion. Dans les séborrhéides eczématisées, le thigénol pourra encore intervenir après la période aiguë. Dans tous ces cas, il donne généralement les meilleurs résultats faisant disparaître les douleurs, rendant peu à peu aux téguments leur souplesse et leur aspect normal. Hönigschmied a même obtenu par le thigénol la guérison d'eczémas chroniques, rebelles à tout autre traitement.

Dans les eczémas diffus, les malades font surtout remarquer que les démangeaisons disparaissent complètement dès le premier pansement. Cette action antiprurigineuse du thigénol est encore très nette dans l'urticaire, les folliculites, les impétigos, la furonculose (dans ces trois dernières affections, il agit en même temps comme antiseptique). En gynécologie, Merkel et Flatau l'ont employé par et avec succès dans des cas de prurit vulvaire et anal.

Dans les fissures de l'anus, le thigénol produit même une sorte d'analgésie. C'est là une action toute nouvelle et que ne possèdent, à aucun point, les médicaments que nous avons étudiés jusqu'ici. En dermatologie, les pansements thigénolés font disparaître immédiatement les phénomènes douloureux dans les brûlures superficielles (Jaquet).

En gynécologie, on a vu des cicatrices douloureuses du col utérin, devenir indolores au toucher dix minutes après l'application d'un tampon thigénolé (Merkel). Trois pansements au thigénol suffisent souvent pour calmer les douleurs dans des métrites chroniques datant de plusieurs années (Neumann).

Le thigénol, tout en étant très voisin de l'ichtyol, s'en distingue donc par deux points importants : son action antiphlogistique, plus marquée se produit en grande partie par un mécanisme nouveau; de plus il possède une action calmante qui lui est spéciale.

Ainsi chacun des corps que nous avons étudiés présente sa caractérisque particulière.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Hémiatrophie faciale traitée avec succès par les injections de paraffine

Les injections de paraffine, d'après la méthode de Gersuny-Eckstein, ont déjà été employées pour la correction d'asymétries faciales, mais comme ces faits sont encore peu nombreux, un nouveau cas de guérison d'une hémiatrophie de la face par la méthode en question, cas que relate **M. Labarre** (*Journ. méd. de Bruxelles*, 31 mars 1904), mérite, d'être mentionné.

Il s'agissait d'une jeune fille présentant une asymétrie faciale très marquée, le côté gauche de la figure paraissant beaucoup plus petit que le droit, par suite du volume très réduit des os de la face et, particulièrement, de l'arcade zygomatique. Cette difformité n'était pas congénitale. C'est, en effet, à partir de l'âge de sept ans seulement que les os du côté gauche ont subi un arrêt de croissance, alors que ceux du côté droit continuaient à se développer normalement. La difformité a augmenté ensuite pour aboutir à son état actuel. Divers moyens de traitement avaient été employés, entre autres le massage, mais sans succès. On résolut, enfin, d'avoir recours aux injections de paraffine. Une injection de 15 cc d'une paraffine fusible à 15° fut donc pratiquée, en trois points différents, dans le sillon gingivo-buccal. Afin d'empêcher la paraffine de fuser dans la cavité orbitaire, une forte pression fut exercée, au moment des injections, au niveau du rebord de l'orbite.

Le résultat immédiat de cette première intervention fut des plus satisfaisants. Les suites, cependant, furent assez pénibles pour la malade. Pendant trois jours, elle accusa de violentes douleurs, tandis qu'un œdème considérable, dû à la gêne circulatoire, avait envahi tout le côté gauche de la face, intéressant également les paupières, les ailes du nez et la lèvre supérieure. Cet œdème persista pendant une huitaine de jours environ, puis tout rentra dans l'ordre, et la malade vint bientôt prier de compléter la prothèse.

Une nouvelle injection de 5 cc, pratiquée cette fois directement sous la peau, suffit alors pour rétablir entièrement la symétrie de la face. La réaction fut insignifiante et, six jours plus tard, la guérison était complète.

Cette observation démontre, une fois de plus, les ressources vraiment précieuses qu'offre la méthode de Gersuny-Eckstein dans le domaine de la thérapeutique esthétique.

L'adrénaline dans les hémorragies gastro-intestinales

Dans une récente séance de la Société de médecine de Vienne, le professeur **H. Schlesinger** (*Wien. med. Woch.*, 2 avril 1904) a présenté deux malades chez lesquels il a employé avec succès l'adrénaline pour combattre des hémorragies provenant de l'intestin ou de l'estomac. L'un d'eux, un hémophilique avéré, souffrait d'hémorragies intestinales graves qu'on parvint, cependant, à enrayer en lui administrant, d'heure en heure, 10 gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰ : en même temps on lui faisait ingérer de la gélatine. Sous l'influence de ce traitement, la coagulabilité du plasma sanguin — lequel auparavant demeurait indéfiniment fluide — augmenta si bien qu'une goutte de sang, qu'on faisait sourdre de la peau au moyen d'une piqûre, se coagulait très rapidement.

L'autre cas concerne une femme atteinte de maladie de Werlhof avec suffusions sanguines dans l'épaisseur des téguments et des muqueuses et fortes hémorragies gastriques. Ces dernières ne tardèrent pas à cesser après que l'adrénaline fut administrée comme dans l'observation précédente.

L'auteur s'est également bien trouvé de l'adrénaline dans d'autres hémorragies gastriques. Jamais il n'a observé de symptômes d'intoxication ou d'augmentation de la pression artérielle après l'usage de ce médicament.

M. Schlesinger a aussi essayé l'adrénaline contre les hémoptysies, mais il a pu se convaincre que, dans ces hémorragies pulmonaires, son action n'est nullement supérieure à celle des moyens classiques.

L'hypertrophie du thymus comme cause possible de la mort imputée à la suppression brusque des éruptions eczémateuses chez l'enfant

Dans une des dernières séances de la Société des médecins de l'hôpital de la Charité à Berlin, **M. Heubner** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 4 avril 1904), professeur de pédiatrie, a relaté un fait de mort survenue, chez un nourrisson, après disparition, sous l'influence des attouchements avec une solution de nitrate d'argent et en l'absence de tout traitement interne, d'un eczéma ayant occupé la face, le cuir chevelu, ainsi que les membres supérieurs et inférieurs.

Ce petit malade a succombé alors qu'il ne présentait plus que quelques reliquats insignifiants de son éruption, après avoir été complètement afébrile et bien portant dans les derniers temps. Sans cause apparente, il fut pris de fièvre qui monta rapidement à 41°, puis de convulsions et de cyanose et mourut au bout de quelques heures, malgré l'emploi d'injections de camphre et du chloral.

A première vue, on crut pouvoir imputer cette mort à la guérison rapide de l'eczéma, mais l'autopsie révéla l'existence d'une hypertrophie très considérable du thymus — laquelle, cependant, ne paraît pas avoir déterminé de compression de la trachée — ainsi qu'un état lymphoïde des plus manifestes. Aussi l'auteur estime-t-il que, dans ce cas, l'issue fatale était due non pas à la suppression de l'eczéma, mais à l'hypertrophie du thymus qui, comme on sait, figure parmi les cas causes de la mort subite chez les enfants. Il est donc possible, dit Heubner, que certains cas mortels, attribués à une guérison trop hâtive d'eczémas, étaient dus, en réalité, à l'hypertrophie du thymus. Aussi ne devrait-on pas craindre de traiter énergiquement les éruptions eczémateuses chez les petits enfants.

Mais en admettant même que, dans l'observation de l'auteur, les accidents mortels aient été provoqués par l'hypertrophie du thymus, rien ne prouve, semble-t-il, que la disparition brusque de l'eczéma n'a contribué en rien à leur production.

V. de H.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie C. Naud

Le sens des attitudes,
par M. Pierre Bonnier.

Ce livre est le complément et le résumé de tous les travaux antérieurs du Dr Bonnier sur l'orientation subjective et objective et les diverses facultés qui s'y rattachent. Ces travaux, poursuivis toujours dans le même sens, l'ont amené progressivement à sa doctrine actuelle, devenue classique, parce qu'elle est logique et appuyée sur les constatations anatomiques.

C'est en 1897 que le terme « sens des attitudes » apparaît pour la première fois dans la thèse de son élève Cherchewsky. A cette perception des attitudes se rattachent les diverses facultés décrites sous les noms de sens musculaire, sens de l'espace, sensations kinesthésiques, sens stéréognostique, sens de l'orientation.

C'est l'appareil des canaux semi-circulaires qui nous donne la notion de l'orientation de notre crâne par rapport à la pesanteur, et la notion de ses déplacements. La notion de la position relative des différentes parties de notre corps (sens des attitudes segmentaires) nous vient des nerfs périphériques. Les renseignements fournis en même temps par la vue, l'ouïe, le toucher, se combinent à la sensation simultanée de l'orientation subjective des organes qui nous transmettent ces renseignements (yeux, oreilles, organes tactiles périphériques) pour nous donner la notion de l'orientation objective, c'est-à-dire de la localisation, dans l'espace, des objets d'où nous proviennent ces sensations.

E. Apert.

Vient de paraître :

La séparation de l'urine des deux reins, par le Dr G. Luys, assistant du service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière, avec une préface par H. Hartmann, prof. agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, 1 vol. in-8° de 308 pages, avec 55 figures dans le texte, 6 fr. (Masson et Cie, éditeurs.)

L'origine du diabète, par le Dr A. Lorand. 1 vol. de 86 pages, in-8, 2 fr., broché. (C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

Hygiène des rues, par le Dr A. Yvert, médecin principal de l'armée. Introduction par le Dr E. Vallin, médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 342 pages, 3 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE
ET DE
PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1901.

Séance du 5 avril.

L'ouverture de la IVe session du Congrès français de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie a eu lieu à Rouen, le 5 avril, à l'Hôtel de Ville.

M. le Maire de Rouen a souhaité la bienvenue aux Congressistes. Il les a loués des efforts qu'ils faisaient en vue d'améliorer le sort de la mère et de l'enfant. C'est un but élevé, a-t-il dit, et qui intéresse grandement l'avenir du pays. Rouen ne peut que s'intéresser à vos travaux, car ici les sociétés philanthropiques sont nombreuses : crèches; sociétés de protection des femmes en couches, de protection de l'enfance; refuges de nuit; dispensaires; goutte de lait. En terminant, M. le Maire a remercié, au nom de ses concitoyens, le Congrès d'avoir choisi Rouen pour y tenir ses assises.

Le président, **M. Richelot**, a remercié M. le Maire de l'accueil fait au Congrès, puis il critique d'humoristique façon l'état d'esprit scientifique des médecins alors qu'il était étudiant, et il conclut en montrant qu'à l'heure actuelle « il faisait bon vivre. »

M. Brunon, directeur de l'École de médecine, a salué les Congressistes au nom du corps médical rouennais, et leur a souhaité la bienvenue. Il a regretté que l'École de médecine ne put donner l'hospitalité au Congrès, mais du moins elle lui envoie ses professeurs et ses élèves. Rouen offrira à ses visiteurs non seulement ses monuments incomparables, mais aussi le spectacle de grandes œuvres, bien vivantes, luttant avec énergie contre ces deux fléaux : l'alcoolisme et la mortalité infantile.

M. Guillemet, au nom des médecins de la province, a remercié les organisateurs du Congrès et la municipalité. En sa qualité de Breton il a rappelé que ses compatriotes n'oubliaient pas certaine invasion des Normands, mais qu'il était heureux de conduire à son tour une invasion aussi pacifique, aussi confraternelle que celle-ci. Puis il a esquissé l'œuvre si féconde de ce Congrès, et proclamé que cette décentralisation provinciale était une œuvre utile et éminemment profitable.

On nomme ensuite par acclamation les présidents d'honneur et les bureaux des trois sections.

Gynécologie. — Présidents d'honneur : MM. les prof. Pozzi et Segond, de Paris; Treub, d'Amsterdam; Reverdin, de Genève.

Président : M. le prof. Richelot. Vice-présidents : MM. Cerné, de Rouen; Montprofit, d'Angers; Ch. Monod, de Paris; Gross, de Nancy. Secrétaires : MM. Vallée et Merel, de Rouen.

Obstétrique. — Présidents d'honneur : MM. les prof. Pinard et Budin, de Paris; Queirel, de Marseille; Bossu, de Gênes.

Président : M. Guillemet, de Nantes. Vice-présidents : MM. Muret, de Lausanne; Potocki et Bar, de Paris; Oui, de Lille. Secrétaires : MM. Seyer et Salles, et Chevalier, interne à la Maternité de Rouen.

Pédiatrie. — Présidents d'honneur : MM. Sevestre et Broca, de Paris; Merry, Delabost et de Welling, de Rouen.

Président : M. le prof. Kirmisson. Vice-présidents : MM. F. Hue, de Rouen; Auger, de Bolbec; L. Guinon, de Paris; Ausset, de Lille. Secrétaires : MM. Halipré, Derocque et Delaforge.

La parole est alors donnée à **M. Legueu**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chargé du premier rapport et qui s'est acquitté de sa tâche d'une façon très remarquée.

De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité

M. le Dr **Legueu**, *rapporteur*.

Les pyélonéphrites peuvent être *préexistantes* ou *consécutives* à la grossesse. De celles-ci seulement il sera question dans le rapport.

La connaissance des pyélonéphrites de la grossesse est de date récente. Rayer fut le premier à entrevoir cette affection. Quelques années plus tard, en 1877, Chamberlain précisa la question et posa nettement la notion de la compression de l'uretère par l'utérus. Cependant, il faut arriver à 1889 pour trouver un nouveau travail sur ce sujet. Dès lors les publications se multiplient. Néanmoins, les observations se comptent. Je n'en ai trouvé qu'une soixantaine auxquelles j'en ajoute un certain nombre d'inédites et de sources diverses. Il s'agit, en réalité, de faits moins rares qu'ils le paraissent, mais qui passent souvent inaperçus.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

En général, c'est dans les derniers mois de la grossesse que la pyélonéphrite se développe. Elle est d'ordinaire unilatérale et frappe le rein droit.

Comme dans toute infection, deux facteurs interviennent : le terrain et le microbe.

Si le microbe, si l'infection n'a rien dans sa nature qui soit spécial à la grossesse, pour la préparation du terrain, au contraire, interviennent plusieurs éléments absolument nouveaux.

D'abord, la grossesse crée, par elle-même, un état de réceptivité pour l'organisme. Le rein gravidique participe lui-même à cette déchéance, qui diminue sa résistance, et l'infection y trouve, dans certains cas, une occasion propice pour sa localisation. Mais la grossesse prépare, d'une façon plus directe encore, le rein à l'infection : elle agit par la compression de l'uretère, et cette compression est la vraie raison de la pyélonéphrite pendant la grossesse.

Compression urétérale et rétention rénale.

Les faits établissent la fréquence considérable de la dilatation des uretères au cours de la grossesse, et aussi la prédilection très marquée de cette dilatation pour le côté droit.

La dilatation ne porte que très rarement sur la portion intra-pelvienne de l'uretère : elle commence seulement au détroit supérieur, et tous les auteurs admettent qu'elle résulte d'une compression par l'utérus gravide. Seulement les divergences se manifestent quand il s'agit de dire pourquoi cette compression se fait à droite plus souvent qu'à gauche.

L'inclinaison à droite n'est pas la propriété exclusive de l'utérus gravide; d'autres tumeurs, comme des kystes de l'ovaire par exemple, prennent parfois sans adhérence cette même situation latérale en s'élevant dans l'abdomen; il faut donc, pour l'expliquer, une raison indépendante de la grossesse. M. Guyon, s'adressant au mésentère, est arrivé à une explication simple et claire.

En remontant de la cavité pelvienne dans l'abdomen, l'utérus passe au-devant du mésentère. Ce dernier a une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite. Quand l'utérus a passé devant le mésentère, il se trouve à sa droite; toute la masse intestinale est à gauche et refoule alors l'utérus du côté opposé.

La compression de l'uretère se fait tard, parce qu'il faut que l'utérus ait acquis un certain volume et se soit élevé dans la cavité abdominale. Mais il n'est pas nécessaire que la tête commence à s'engager et la compression s'exerce quelquefois de très bonne heure, dès le cinquième mois et même plus tôt.

L'époque de la compression varie, en effet, avec certains facteurs qui font l'utérus trop gros, comme l'hydramnios, la grossesse gémellaire, ou le bassin trop étroit, comme les rétrécissements, et modifient les rapports réciproques du contenant et du contenu.

Lorsque la compression s'exerce sur l'uretère, le conduit se dilate, le rein se met en tension, se distend à son tour, et l'uronéphrose est constituée. Le rein est dès lors en état d'opportunité morbide, et le terrain est admirablement préparé à recevoir l'infection, second terme nécessaire à la réalisation d'une pyélonéphrite.

Infection. — Voies d'accès.

Il semble que le coli-bacille soit l'agent sinon exclusif, au moins le plus fréquent, de ces infections récentes au cours de la grossesse.

Il vient de la vessie et remonte par l'uretère, ou bien il vient de l'intestin et arrive par la voie circulatoire.

a) *L'infection vient de la vessie* chez les malades qui ont eu autrefois une infection vésicale; elles ont été sondées lors d'un accouchement, lors d'une opération antérieure; l'infection n'est pas éteinte, elle est latente, elle n'attend que l'occasion pour remonter au rein.

Quelquefois, la cystite est plus récente; elle résulte d'un cathétérisme pratiqué au cours même de la grossesse. Le cathéter fait l'inoculation, et l'infection remonte par l'uretère jusqu'au rein, où

elle trouve des conditions propices à sa localisation.

b) Plus souvent, l'*infection est descendante*; elle vient au rein par la voie circulatoire. D'ordinaire, en effet, la vessie est indemne chez les malades atteints de pyélonéphrite. L'infection ne peut donc venir au rein, dans ces cas, que par la voie circulatoire. C'est parfois une suppuration quelconque, ou bien c'est une fièvre éruptive ou une grippe au cours de laquelle se produit dans l'organisme un réveil microbien. Plus souvent, c'est de l'intestin que vient ce microbe; on voit, en effet, fréquemment, la pyurie succéder à des troubles digestifs graves avec fièvre.

Une fois que le rein, préparé par la compression de l'uretère, peut-être aussi amoindri dans sa résistance par l'état spécial de réceptivité que crée la grossesse, une fois que le rein est touché par l'infection, la pyélonéphrite est constituée. Tant que le bassinet se vide, les manifestations sont nulles ou à peu près; elles ne deviendront appréciables ou bruyantes que le jour où le bassinet subira un excès de tension. La poche n'est jamais très volumineuse; on ne voit que rarement ici ces grandes dilatations qui supposent une lente évolution, une préparation de longue date. Malgré cela, les moindres variations de pression dans ce bassinet septique produiront une absorption intense, d'où résultera une crise souvent prolongée d'hyperthermie; puis la tension baisse, le poison s'élimine, la fièvre cesse, la maladie redevient silencieuse. Ainsi procède la pyélonéphrite pendant la puerpéralité: insidieuse et latente à de certains jours, elle se révèle à d'autres par des crises violentes que suffit à produire la mise en tension d'un bassinet septique et légèrement enflammé.

CLINIQUE

La pyélonéphrite gravidique est parfois latente; son début est insidieux, ses manifestations silencieuses; on ne la découvre que par hasard; un jour, on analyse les urines: elles sont purulentes.

D'autres fois, au contraire, la pyélonéphrite affecte des allures plus bruyantes, et cela quelquefois même dès le début.

A partir de ce jour, ces trois symptômes: douleur, irritabilité vésicale, fièvre, s'associent à la pyurie pour caractériser la pyélonéphrite.

La douleur ne fait presque jamais défaut, mais elle est loin d'être continue; elle vient par crises, disparaît ou s'accentue dans l'intervalle. Elle siège dans la région lombaire, le plus souvent à droite du côté du rein lésé. Par son intensité, par sa localisation à droite, par sa corrélation avec la fièvre, elle a quelquefois fait penser à l'appendicite. Dans certains cas, la douleur est même généralisée à tout l'abdomen. Il est rare, cependant, qu'elle ne prédomine pas dans l'hypochondre droit.

Les troubles vésicaux sont, d'autres fois, les premiers signes qui attirent l'attention: les mictions sont un peu fréquentes, elles sont légèrement douloureuses. On croit volontiers à une cystite, d'autant que les urines sont purulentes; l'exploration montrera, précisément, qu'il ne s'agit pas de cystite et que le rein seul est en cause.

La *fièvre*, quand elle paraît, imprime une allure toute nouvelle à la maladie; elle indique toujours un plus haut degré de gravité: c'est comme une complication.

En général, elle survient par crises débutant parfois par une poussée de douleur locale; puis elle continue pendant des jours, des semaines, sans que les manifestations douloureuses affectent la même continuité. La fièvre seule avec la pyurie traduit alors la maladie.

La fièvre est toujours rémittente et continue: le soir elle monte à 39°, 40° et même plus. Le matin, elle oscille autour de 37°.

Malgré la persistance de la fièvre, l'état général reste longtemps favorable: la langue est humide, l'appétit conservé, le teint est frais, le pouls est bon, parce que l'autre rein, intact, suffit à l'élimination des toxines. Mais lorsque les deux reins sont malades, ou bien lorsque l'infection est particulièrement intense ou prolongée, lorsque la dose de poison puisée au cours d'une rétention passagère ou durable a été trop élevée, l'état général finit par s'altérer. L'amaigrissement rapide, la sécheresse de la langue, l'inappétence, la faiblesse du pouls, témoignent de la défaillance de l'organisme. C'est dans des cas de ce genre que la vie est compromise du fait même de l'infection; et si la vie reste sauve, la malade subira, pendant des années, les conséquences de sa déchéance et de sa dénutrition.

En présence d'une fièvre persistante, avec ou sans douleur dans le côté, le clinicien, désorienté, n'a pu toujours établir le diagnostic. Dans certaines observations, on parle de fièvre rhumatismale, de réveil de fièvre paludéenne, et plus souvent encore de granulie ou de fièvre typhoïde; et il a fallu, quelquefois, demander au séro-diagnostic la solution d'un problème particulièrement complexe et difficile.

Les difficultés que la fièvre apporte au diagnostic sont encore bien plus sérieuses pendant les suites de couches, alors que la plaie utérine ouverte peut être, elle-même une source de fièvre et d'infection. La question: pyélonéphrite ou infection puerpérale demande, cependant, une solution urgente, car s'il s'agit de pyélonéphrite on peut attendre, et s'il y a infection puerpérale l'intervention est immédiatement nécessaire.

C'est à cette question, particulièrement embarrassante, que Wallich a essayé de donner une solution, en se basant, pour rejeter le diagnostic de l'infection puerpérale, sur les grandes oscillations de la température, sur les grandes rémissions du matin, sur l'état du pouls qui ne suivait pas la fièvre, sur l'état général qui restait meilleur que dans l'infection puerpérale. Je ne sais si tous ces éléments comportent la même valeur que notre collègue leur attribue. Toutefois, je pense avec lui que chez les malades qui ont eu, pendant la grossesse, des accès fébriles déjà causés par la pyélonéphrite, la comparaison des deux crises peut avoir une grande importance au point de vue diagnostic.

L'exploration ne donne pas toujours des renseignements très positifs.

D'abord, le palper de l'abdomen est rendu très difficile par le volume de l'utérus, et pour peu que la grossesse soit de six ou sept mois, il n'est plus possible de palper les régions lombaires comme on le ferait en dehors de la gravidité. De plus, l'augmentation de volume du rein n'est pas très considérable, et l'on est souvent frappé du contraste qui existe entre la violence de la réaction générale et l'absence de toute tuméfaction importante dans la région lombaire.

D'ordinaire, on trouve d'un côté un état de défense de la paroi, une légère contracture. Cette défense n'existe que du côté malade; elle se manifeste surtout quand le rein est en tension; elle cesse ou elle diminue lorsque le bassinet se vide et que la tension baisse. A ce moment, on perçoit souvent la pointe ou l'extrémité inférieure du rein; on le sent alors un peu gros et douloureux.

Le toucher vaginal ne peut rien donner; l'uretère est toujours sain dans sa traversée pelvienne. Mais, même lorsque l'uretère est indemne dans sa portion pelvienne, la pression exercée sur ce conduit, au niveau de la vessie, peut provoquer le réflexe urétérorénal (Bazy), et parfois permettre, en l'absence d'autre signe indicateur, de donner la notion du côté malade.

Les urines contiennent du pus, et la pyurie suffirait, à elle seule, à caractériser la pyélonéphrite si la vessie ne paraissait, elle-même, malade quelquefois. Mais la fréquence, la douleur des mictions, la pyurie, font souvent penser à la cystite, et il est nécessaire de pratiquer l'examen de la vessie pour s'assurer qu'elle ne participe pas à l'inflammation et que le pus vient du rein. Or, quand elle n'est pas malade, la vessie n'est pas douloureuse au toucher; en outre, elle présente une sensibilité normale à la tension; on peut y injecter 150 ou 200 gr. de liquide, sans provoquer le besoin d'uriner. Cette indemnité de la vessie permet, quand on la constate, d'affirmer qu'il n'y a pas de cystite et que, par conséquent, le pus vient du rein.

La quantité de pus n'est pas toujours très considérable; souvent les urines sont seulement un peu troubles, et le dépôt dans le verre est à peine appréciable. L'abondance de la suppuration n'est nullement proportionnelle à l'intensité de l'infection, et on peut voir les urines presque claires avec des accidents très graves. Quelquefois, cependant, il y a de vraies décharges, qui soulagent le rein

et accumulent dans le bocal une plus grande quantité de pus. Ces détails coïncident avec une diminution de la fièvre et avec une atténuation de la douleur.

Lorsqu'on analyse les urines avec le pus qu'elles tiennent en suspension, on y trouve toujours de l'albumine, et beaucoup de ces pyélites latentes, qui ne se caractérisent que par la pyurie, ont été, sans doute, considérées autrefois comme des albuminuries. La présence du pus suffit pour enlever toute valeur à la constatation de l'albumine. Dans certains cas, cependant, la présence de l'albumine est notée indépendamment de la pyurie.

Une dernière ressource reste encore pour le diagnostic, c'est le cathétérisme de l'uretère et la séparation des urines. L'un et l'autre sont utiles pour le diagnostic de la pyélonéphrite et nécessaires pour la détermination du côté. Malheureusement, ces moyens sont loin d'avoir en ces circonstances la facilité d'application qui fait leurs avantages en dehors de la grossesse. Ici la vessie est déformée, les orifices uretéraux sont peu accessibles, le cathéter ne pénètre que difficilement. Il en est de même pour le séparateur, qui rencontre dans les modifications anatomiques de la vessie de réelles difficultés d'application.

A partir du moment où elle est installée, l'infection du rein continue son œuvre et évolue pour son compte. Mais, en outre, elle est susceptible de modifier le cours de la grossesse et de compromettre la santé de l'enfant. D'où nécessité de l'envisager à ce triple point de vue.

I.— *Evolution de la pyélonéphrite.*

Pendant la grossesse, la pyélonéphrite élabore et accentue ses lésions. Ses manifestations sont bruyantes ou insidieuses : elle est fébrile ou apyrétique, et il y a là comme deux formes un peu distinctes. La pyélonéphrite apyrétique et latente présente son maximum dans les derniers mois de la grossesse; la pyélonéphrite fébrile et bruyante se manifeste, en général, beaucoup plus tôt. Sont-ce là deux formes cliniques distinctes? Quelquefois peut-être, mais souvent aussi les deux périodes se succèdent comme les deux phases d'une même maladie. Après la réaction brusque et violente du début, l'orage s'apaise, le calme renaît; la maladie paraît guérie, elle n'est qu'atténuée, et elle reparaît parfois à la moindre occasion, au cours de la même grossesse.

Après l'accouchement, les urines restent troubles, mais les accidents ne se reproduisent pas. La cause de compression a cessé, l'uretère est libre, le rein se vide, et le drainage s'effectue naturellement. Aussi les suites de couches sont-elles, en général, apyrétiques.

La fièvre fait défaut pendant les suites de couches chez les femmes qui sont malgré la pyélonéphrite, restées apyrétiques pendant leur grossesse; mais elle manque aussi chez celles qui ont eu des crises d'hyperthermie, à condition qu'un certain intervalle de temps soit écoulé entre la crise de fièvre et l'accouchement. Lorsque, au contraire, des accidents fébriles ont précédé de peu la fin de la grossesse, on voit pendant les suites de couches la fièvre reparaître.

Comment expliquer ces rechutes après l'accouchement, alors que la compression devrait avoir cessé? M. le prof. Pinard pense que l'utérus en revenant sur lui-même est capable de recomprimer les uretères. Et de fait, lorsque l'on jette un coup d'œil sur des coupes de bassins pratiquées dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, on voit que le pelvis est absolument rempli par ce gros uterus en régression, qui se moule en quelque sorte sur ses parois. Dans ces conditions, il est très facile à l'utérus de comprimer à nouveau l'un des uretères, d'y élever la tension et de produire d'autant plus facilement l'explosion de nouveaux accidents que l'infection était toujours imminente et n'attendait qu'une occasion pour reparaître.

A distance, qu'advient il d'un rein touché par l'infection? Il guérit ou il reste infecté.

Il guérit : le drainage se fait librement, il n'y a plus d'entrave à la circulation uretérale, et les urines deviennent claires, aseptiques dans un délai de quelques semaines. Ce sont les cas les plus favorables.

Plus souvent, la guérison n'est qu'apparente; l'infection persiste. Les urines restent troubles pendant des semaines, des mois après l'accouchement, et je comprends ces récidives qui se font au cours des grossesses ultérieures.

Peut être même que beaucoup de ces pyélonéphrites non tuberculeuses, que nous voyons chez la femme plus souvent que chez l'homme, ne sont que d'anciennes pyélonéphrites de la grossesse qui ont, sous des apparences trompeuses, poursuivi leur travail de désorganisation et finalement abouti à la destruction définitive du rein.

Malgré des accidents souvent sérieux en apparence, il est incontestable que la maladie n'est pas grave ou est peu grave pour la mère. Sur 70 malades, nous avons une mort.

II.— *Influence sur la grossesse et les suites de couches.*

1° *Influence sur la grossesse.* — Sur 52 grossesses dont l'évolution est abandonnée à elle-même, 13 fois, c'est-à-dire dans la proportion d'un quart (25 %), la pyélonéphrite a suffi pour entraver le cours de la grossesse. Dans 39 cas, au contraire, la grossesse a évolué jusqu'à terme; l'accouchement s'est effectué normalement.

2° *Influence sur les suites de couches.* — La pyélonéphrite peut-elle, à elle seule, par les produits septiques que chaque miction apporte à la vulve, provoquer une infection puerpérale? A cette question, les faits répondent par la négative

III. — *Influence sur l'enfant.*

Il est certain que si la pyélonéphrite est relativement bénigne pour la mère, elle ne l'est pas au même degré pour l'enfant. Elle fait courir à ce dernier un réel danger, soit en amenant par elle-même sa mort *in utero*, soit en provoquant son expulsion prématurée dans des conditions de viabilité douteuse. Le danger est d'autant plus sérieux que la grossesse est moins avancée, le fœtus plus jeune, moins capable de résister aux influences nocives. Aussi, pour apprécier le pronostic de la pyélonéphrite par rapport à l'enfant, doit-on tenir le plus grand compte de la période de la grossesse à laquelle a commencé la maladie. C'est un facteur de premier ordre; le fœtus a d'autant plus de chances de résister, de venir à terme et bien portant, que la pyélonéphrite a commencé plus tard ses manifestations et ses accidents.

TRAITEMENT

1° *Traitement médical.*

Le premier objectif à réaliser au premier soupçon de pyélonéphrite ou même de compression uretérale, c'est de prévenir, de diminuer, de supprimer la compression de l'uretère. Pour cela, il suffit quelquefois de prescrire, d'une façon habituelle ou prolongée, le décubitus sur le côté opposé; l'utérus est entraîné de ce côté, et l'uretère comprimé se trouve ainsi libéré. D'autres fois on recommandera, avec Lepage, la station assise dans un fauteuil, de préférence au décubitus horizontal; l'utérus ne porte plus de tout son poids sur les régions uretérales, et la compression est encore diminuée d'autant.

Pour traiter l'infection réalisée, on utilise l'ingestion de liquides : quelle que soit la voie par laquelle ils soient introduits, voie stomacale ou voie sous-cutanée, ils exercent un lavage du rein. Les injections de sérum exercent, de plus, une action tonique particulièrement efficace. On prescrit encore les balsamiques, la térébenthine, le santal, l'arrhéol, tout en se défiant de l'action de ces médicaments sur le rein; il faut en user avec beaucoup de prudence. Enfin les antiseptiques, tels que l'urotropine, l'helmitol, seront utilisés avec avantage, et suffiront dans les cas simples à désinfecter le bassinet.

Pour traiter l'infection avec rétention, essayez le moyen très simple et très pratique conseillé par Pasteau : c'est la distension de la vessie. Dans trois cas il est arrivé, grâce à des séances répétées et temporaires de dilatation de la vessie, à faire cesser la fièvre et la douleur, et à permettre à la grossesse de suivre son cours jusqu'au terme.

Pour faire la distension vésicale, il n'est besoin que d'une seringue et d'une sonde. On pousse dans la vessie 150 à 160 gr. environ d'eau boriquée tiède; le liquide est injecté peu à peu, très lentement. On s'arrête dès que la malade accuse le besoin d'uriner. A ce moment, une douleur rénale assez vive indique la mise en jeu du réflexe; on attend quelques minutes, on prie la malade de garder le liquide

le plus longtemps possible. La même manœuvre est répétée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures; au bout de quelque temps, assez vite, la tuméfaction se montre moins volumineuse, moins rénitente, moins tendue.

Le moyen est simple, il est à la portée de tous; on peut l'utiliser partout et sans inconvénient. Il n'est contre-indiqué que si la vessie est malade; la distension aurait alors pour effet d'irriter la contractilité vésicale et d'aggraver les symptômes de la cystite.

Lorsque la vessie est malade, lorsqu'on peut supposer qu'elle a été le point de départ d'une infection ascendante, il est utile, il est même nécessaire d'y pratiquer quelques lavages. En général, les accoucheurs proscrivent le sondage pendant la grossesse. Mais lorsque la vessie est infectée et que les urines sont troubles, je crois qu'il a bien peu de chances d'ajouter à l'infection déjà établie; je crois, au contraire, qu'il peut très utilement la traiter, s'il est fait suivant les règles et avec toutes les précautions nécessaires.

Aussi, j'accepterais pour ma part très volontiers, et j'approuve pleinement la conduite de Wallich qui, pour protéger la vulve contre les urines septiques, fait sonder pendant les suites de couches les malades qui ont des urines purulentes.

2° Traitement obstétrical.

Il comprend : *a*) l'avortement, qui n'a été provoqué qu'une seule fois; *b*) l'accouchement prématuré, qui a été provoqué six fois.

3° Traitement chirurgical.

Il comporte : la néphrostomie (8 observations); la néphrectomie (3 cas).

III. — *Indications.*

En présence d'une pyélonéphrite gravidique, que doit-on faire?

Plusieurs cas sont à considérer. Voici d'abord celui d'une pyélonéphrite apyrétique sans accident, sans complication. Le traitement médical s'impose; il est seul de mise en pareil cas. Avec une hygiène appropriée et un régime convenable, en évitant la fatigue, en utilisant le décubitus latéral intermittent, on doit obtenir et on obtient le résultat désirable. On prévient les accidents, on maintient la pyélonéphrite à un niveau qui ne lui permet pas de nuire beaucoup, parfois même on la guérit complètement pendant la grossesse.

Voici maintenant une pyélonéphrite gravidique compliquée de fièvre. Ici encore le traitement médical est le premier, et pendant longtemps sera le seul à mettre en vigueur. Ce qu'il faut savoir et ne pas se lasser de redire, c'est qu'un grand nombre de ces pyélonéphrites, malgré des manifestations bruyantes, n'entravent pas la grossesse et ne compromettent pas l'existence de la mère; il ne faut donc pas se laisser impressionner trop vivement par des réactions plus tapageuses que graves, ni se hâter de recourir trop tôt à des moyens dont la nécessité ne se fait pas immédiatement sentir.

C'est dans ces cas, où l'infection s'accompagne, en général, de rétention, qu'il sera bon de recourir à la dilatation de la vessie. Grâce à ce moyen, on verra quelquefois de violentes et effrayantes poussées de température cesser rapidement et la maladie reprendre son cours régulier.

J'en arrive alors à des cas graves et complexes; ce sont ceux dans lesquels la gravité de l'infection, et surtout la persistance de la fièvre, ont si profondément troublé la santé, qu'il faut absolument intervenir pour sauver la mère et l'enfant. Dans ces conditions, quel parti doit-on prendre?

Je crois ici nécessaire d'établir une première catégorie et d'envisager successivement les cas où la pyélonéphrite est bilatérale et ceux où elle ne l'est pas.

a) Lorsque la lésion est bilatérale et que les accidents par eux-mêmes comportent une indication, c'est à l'accouchement prématuré qu'il faut avoir recours. C'est la pratique tentée par Lepage, par Balatre, et je l'approuve absolument. Dans les observations de Lepage et de Balatre, les accidents étaient devenus tellement menaçants, qu'il fallait intervenir. Une double néphrostomie eût été une opération grave et susceptible par elle-même de compromettre la grossesse.

L'accouchement prématuré, au contraire, n'entrave qu'une grossesse déjà compromise par l'infection persistante. Il permet d'éviter des complications, telles que l'albuminurie ou la congestion pulmonaire, qui ne manqueraient pas de se produire avec une lésion bilatérale, et enfin, en décomprimant les uretères, il met fin aux accidents infectieux.

b) Lorsque la pyélonéphrite est unilatérale, il n'en va plus de même. La lésion est localisée; une seule opération suffit à l'atteindre et à la drainer; l'opération n'est pas grave pour la mère; elle n'est pas de nature à modifier le cours de la grossesse. Ici donc le traitement chirurgical reprend ses droits; la néphrostomie est préférable à l'accouchement prématuré.

Il faut, cependant, considérer à part les cas où les accidents qui forcent à intervenir se montrent dans les premiers mois ou dans les dernières semaines de la grossesse.

Lorsque la grossesse est à son milieu, à une époque où le fœtus n'est pas viable, ou quand, un peu plus tard, il ne l'est que dans des conditions assez précaires, la néphrostomie est, sans conteste, l'intervention de choix, puisque, seule, elle pare aux accidents en cours sans compromettre la grossesse ni la vie de l'enfant.

Au contraire, dans les dernières phases de la grossesse, plutôt que d'ouvrir le rein chez une malade qui est à la veille d'accoucher, je préférerais recourir à l'accouchement prématuré. La vie de l'enfant est assurée, et la lésion par ailleurs sera très heureusement modifiée par l'accouchement. Et si elle ne l'était pas, il y aurait encore la ressource de pratiquer pendant les suites de couches, mais avec moins de risques, l'opération de la néphrostomie.

Tout en reconnaissant combien il est illégitime de résoudre, par des formules, les problèmes si ardus de la thérapeutique clinique, je résumerai cependant les indications du traitement des pyélonéphrites graves en disant : les pyélonéphrites bilatérales, quand elles font les accidents assez intenses pour nécessiter une intervention, sont justiciables de l'accouchement prématuré. Les pyélonéphrites unilatérales, au contraire, sont justiciables de la néphrostomie dans les sept ou huit premiers mois de la grossesse, et ce n'est que dans la dernière période qu'elles doivent être traitées par l'accouchement prématuré.

DISCUSSION

M. Wallich (Paris). — Il est certain que le diagnostic différentiel de la pyélonéphrite et de l'infection puerpérale est souvent délicat. Les signes que j'ai indiqués — et que M. Legueu a bien voulu rappeler — ne sont malheureusement basés que sur un cas personnel, mais que j'ai pu comparer avec cinq autres cas de pyélonéphrite appartenant à divers auteurs. De cette comparaison il ressort que dans la pyélonéphrite la température présente de grandes oscillations; du matin au soir leur amplitude peut varier de un à deux degrés. Dans l'infection puerpérale, au contraire, la courbe thermique est en plateau.

Le pouls, dans le cas que j'ai observé, ne suivait pas la température. Si cette observation a le tort d'être seule, je ferai remarquer, en revanche, que je ne connais pas un cas d'infection puerpérale où l'on ait fait cette constatation. Dans cette maladie, à fièvre élevée correspond toujours un pouls fréquent. L'avenir confirmera ou non la valeur des signes différentiels que je viens d'indiquer, mais il me semble que l'on doive les enregistrer provisoirement et jusqu'à plus ample informé.

Deuxième point. La compression de l'uretère est-elle bien la cause occasionnelle de ces pyélonéphrites? En tout cas la cessation de cette compression n'est pas suffisante pour arrêter la maladie, puisqu'on la voit subsister quelquefois après l'accouchement. Il s'en suit que l'accouchement prématuré ne doit pas être pratiqué en vue de faire cesser cette compression. Il n'est légitime que lorsque la déchéance de l'organisme maternel l'impose.

M. Martin (Rouen). — M. Legueu nous ayant invité à faire connaître les faits de pyélonéphrite en rapport avec la puerpéralité que nous avions observés, j'en rapporterai trois.

Le premier concerne une femme de trente-deux ans, atteinte d'une pyélonéphrite double, pour laquelle M. Cerné dut pratiquer, en 1898, la fistulisation du

rein droit. Cette femme devint enceinte, et sa grossesse alla jusqu'au huitième mois. Accouchement sans complication. L'enfant, nourri au sein jusqu'à trois mois, puis ensuite au biberon, vit. Ce fait vient donc à l'appui de cette opinion, émise par le rapporteur, que « dans un rein préalablement infecté, la fistule est une sauvegarde contre les accidents que la grossesse pourrait entraîner. »

La deuxième observation est un exemple de guérison par le traitement exclusivement médical, et une preuve du pronostic favorable de l'affection.

Dans le troisième cas, la pyélonéphrite siégeait à gauche, mais le bassin était rétréci de ce côté et, par suite, l'uretère correspondant était comprimé. Ce fait constitue donc un argument en faveur du rôle joué dans l'étiologie par la compression.

Quant au fœticide, il n'est pas permis en l'espèce.

M. Andebert (Toulouse). — Je crois que l'on passe trop sous silence la part qui revient au gonocoque dans la genèse de ces pyélonéphrites. Il n'est accusé qu'une fois ; c'est dans un cas communiqué au Congrès de Marseille par M. le Dr Lopp. Il est probable que si le gonocoque n'est pas incriminé plus souvent, c'est en raison de la rapidité avec laquelle il disparaît après avoir infecté l'économie. Je possède trois cas de pyélonéphrite pendant la grossesse, que je considère comme dus au gonocoque, bien que je n'ai pu constater celui-ci.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, au septième mois de sa grossesse, fut prise de pyélonéphrite apyrétique, pour laquelle nous ne trouvions pas d'explication, quand nous apprîmes qu'au deuxième mois de sa grossesse elle avait été traitée au service des vénériennes pour une blennorragie. Depuis, elle avait gardé de la blennorrée, qui avait été le point de départ de l'infection actuelle.

Les deux autres cas constituent aussi des pyélonephrites de la deuxième moitié de la grossesse, et semblent calqués sur la première observation. Il y eut également apyrexie, de telle sorte que je serais tenté de faire l'hypothèse suivante : « Les pyélonéphrites gonococciques sont apyrétiques. L'apparition de la fièvre indique une infection secondaire surajoutée. »

A l'appui du rôle, très efficace, que la position peut jouer dans le traitement de l'affection, je citerai un cas de pyélonéphrite gauche où la patiente souffrait beaucoup quand elle était couchée sur ce côté, alors qu'il lui suffisait de prendre le décubitus droit pour voir les souffrances diminuer.

M. Pinard. — Du rapport si lumineux, si remarquable à tous égards, de M. Legueu, je ne critiquerai que l'acte de baptême. La dénomination de « pyélonéphrites gravidiques » est à rejeter, parce qu'il n'y a pas de pyélonéphrites gravidiques. Si la compression provoquée par l'utérus gravide déterminait la pyélonéphrite, celle-ci apparaîtrait quand la même compression serait produite par une tumeur quelconque; donc, le mot « gravidique » ne saurait convenir à ces pyélonéphrites par compression quelconque. Mais, je le répète, la grossesse ne crée pas plus la pyélonéphrite que la cystite, ainsi qu'on l'a cru si longtemps. J'ai protesté contre ce terme de pyélonéphrite gravidique, dès l'apparition de la première thèse sur ce sujet, et je ne cesserai de le faire et de répéter que c'est de la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité qu'il s'agit.

Je ne puis suivre M. Legueu dans le mécanisme « d'infection descendante » qu'il indique, car dans tous les cas que j'ai vu il s'agissait de malades dont la vessie était antérieurement infectée, et presque toujours chirurgicalement.

Je ne puis davantage me rallier à l'opinion de M. Audebert. Nous avons systématiquement étudié la flore du vagin des femmes de notre service; nous y avons trouvé le gonocoque à foison, et, cependant, nous n'avons pas vu, chez ces femmes, se produire de pyélonéphrite.

Le vrai coupable, c'est la sonde.

Je remercie M. Legueu de nous avoir fait connaître les merveilleux résultats de la cystostomie dans l'affection qui nous occupe. Je regrette de ne pas les avoir connus plus tôt, car je n'aurais pas à regretter d'avoir pratiqué un accouchement prématuré. Certes, la mère vit, l'enfant aussi, mais il constitue un déchet social!

M. Bader (Paris) communique, au nom de **M. Potocki** et au sien, trois observations de pyélonéphrites pendant la grossesse.

La première concerne une femme, enceinte de cinq mois et demi, qui présenta un ensemble de symptômes tels que le diagnostic de fièvre typhoïde fut établi par plusieurs médecins. Cinq jours après, M. Bader, appelé à examiner la malade, fut frappé de la douleur trouvée dans le côté droit, examina de près les urines, et fit le diagnostic. Traitement médical. Guérison.

Dans le deuxième cas, la malade fut prise de grippe, au cours de laquelle survint la douleur à droite et toute la symptomatologie de la pyélonéphrite.

La troisième malade avait antérieurement subi un curettage et avait eu une sonde à demeure.

M. Bader a rappelé que la douleur du début de la pyélonéphrite peut être prise pour un commencement d'avortement.

Il a cité aussi l'observation d'une femme qui, ayant eu une pyélonéphrite au cours d'une grossesse, devint enceinte une seconde fois et arriva à terme sans incident, ce qui prouve qu'on peut guérir radicalement de cette affection.

M. Sorel (Dijon). — Il y a neuf ans, dans un mémoire sur les pseudo-infections puerpérales, passé inaperçu du rapporteur et de M. Wallich, j'ai publié une observation de pyélonéphrite pendant la grossesse. J'on signalerai deux points : le premier, c'est qu'il y avait une chute du rein et que l'uretère se trouvait, par suite, coudé; le second, c'est qu'il existait antérieurement une cystite.

Séance générale du 6 avril

Puériculture

Dans cette deuxième séance générale du Congrès, on a parlé exclusivement du lait, des pouponnières, des gouttes de lait, des consultations de nourrissons, en somme, de puériculture. Aussi ce titre général nous semble-t-il bien grouper toutes ces communications.

Cyto-pronostic de la lactation

M. Wallich (Paris) expose et critique les travaux de Mlle Laurier sur l'étude des éléments du lait après fixation, de MM. Weil et Thévenet, Levy, sur le cyto-pronostic de la lactation d'après l'examen du collostrum, et conclut que l'heure n'est pas encore venue où l'on pourra se faire, par ce moyen, une opinion sur la valeur d'une nourrice.

Effets du surchauffage du lait

M. Ausset (Lille) indique les recherches qu'il a faites à l'Institut Pasteur de Lille avec le professeur Calmette, sur les effets du surchauffage du lait. Ces expériences sont longues à exécuter et ne sont pas encore terminées; mais il est déjà acquis que, sous l'influence de l'élévation de température, les phosphates en solution dans le lait se déposent.

Pour altérer le lait le moins possible, il convient de se contenter de la pasteurisation, à condition qu'elle soit faite dans les conditions suivantes : chauffage à 75°-80° au moyen de la vapeur d'eau, puis refroidissement brusque.

Du lait cru

M. Halipré (Rouen). — Si l'allaitement maternel est le but à atteindre, toutes les femmes ne peuvent cependant pas nourrir et il y a des cas où l'allaitement artificiel s'impose. On donne alors le lait après l'avoir soumis à l'action de la chaleur. Mais le chauffage suffit pour modifier les propriétés du lait et atténuer sa digestibilité. *A fortiori* en est-il de même de la pasteurisation et de la stérilisation. Dans ces conditions, certains enfants ne peuvent supporter le lait ainsi modifié, alors qu'ils digèrent le lait cru. On est donc autorisé à leur donner cet aliment sous la réserve qu'il s'agisse de lait d'une bête saine, recueilli aseptiquement dans un récipient stérilisé, et mis au frais.

Ces conditions sont difficiles à réaliser dans la pratique, mais néanmoins elles ont été obtenues à Rouen dans une vacherie modèle : les animaux y sont éprouvés par les injections de tuberculine; la traite a lieu deux fois par jour; les trayons sont lavés à l'eau distillée et le personnel se savonnent auparavant les mains.

M. Halipré espère que la loi qui défend l'introduction d'antiseptiques dans le lait pour assurer sa conservation fera une exception pour l'eau oxygénée. Il résulte,

en effet, des travaux de Renard, que lorsque le lait est additionné d'une quantité d'eau oxygénée à douze volumes ne dépassant pas 2 %, au bout de six à huit heures, celle-ci est décomposée en eau et en oxygène qui se dégage, de telle sorte qu'il ne reste plus rien dans le lait, qui cependant se conserve sans subir d'altérations beaucoup plus longtemps que le lait ordinaire.

M. Poulain (Bagnoles-de-l'Orne). — D'après ses documents personnels et les renseignements que lui ont fourni ses confrères, médecins-inspecteurs des enfants assistés, il résulte que, dans l'Orne, la mortalité des nourrissons, qui était de 9 à 10 % quand on obligeait les nourrices à employer le lait stérilisé, est tombée à 6,9 depuis qu'on a autorisé le lait cru. Il est vrai que la surveillance des médecins est très active. La traite a lieu deux fois par jour, le lait est mis au frais, recueilli proprement dans des vases propres. Ces mesures sont mieux accueillies, mieux exécutées par les nourrices que la stérilisation dont la pratique leur semble trop difficile.

M. Deshayes (Rouen) préconise aussi l'usage du lait cru en se basant sur une pratique de plus de vingt ans.

M. Ausset (Lille), en théorie et en principe, est d'accord avec M. Halipré, mais il estime qu'il y a grand danger à préconiser le lait cru, étant données les difficultés d'assurer son intégrité. Il voudrait voir fonctionner l'organisation dont a parlé M. Halipré pour s'assurer que le lait est aseptique. Son prix de revient forcément élevé, l'impossibilité, pour un ménage d'ouvriers, de garder ce lait intact pendant les journées chaudes, rendent l'usage du lait cru impossible dans le peuple, c'est-à-dire là où justement la mortalité infantile est la plus forte.

Du lait de chèvre.

M. Raimondi (Paris). — Les avantages du lait de chèvre sur celui de vache, au point de vue de l'allaitement artificiel, sont les suivants : la chèvre est réfractaire à la tuberculose, aussi son lait peut être consommé cru sans danger; sa richesse en sels le rend précieux pour les rachitiques; la chèvre ne se salit pas comme la vache, d'où moins de chance de contamination. On peut donner le lait de chèvre au nouveau-né en le sucrant légèrement. C'est à tort qu'on a prétendu que les enfants élevés au lait de chèvre subissaient une excitation nerveuse spéciale; M. Raimondi a pu constater le contraire.

M. Barbellion (Paris). — La composition du lait varie suivant l'espèce des chèvres; la caséine peut aller de 17 à 40 gr. par litre, ce qui explique la différence des résultats des analyses. En soumettant les animaux à un régime alimentaire spécial, on fait baisser, en quelques jours, la teneur du lait en caséine. La chèvre s'acclimate admirablement dans les villes; depuis six ans que M. Barbellion fait à Paris l'élevage des chèvres, il n'a jamais vu, chez elles, un cas de tuberculose. Quand les médecins veulent surveiller les établissements laitiers, ils obtiennent un dressage aseptique du personnel : savonnage des mains, lavage des trayons à l'eau bouillie, stérilisation des récipients, etc.

Des pouponnières

M. Raimondi (Paris). — A la pouponnière de Porchefontaine, une nourrice n'a qu'un nourrisson entièrement au sein ; le sien est à l'allaitement mixte (sein et lait vivant); elle doit en surveiller un troisième entièrement sevré. Les nourrices sont sous la surveillance d'une surveillante de jour et d'une de nuit dans chaque pavillon. Il y a une visite médicale quotidienne, et les enfants sont pesés devant le médecin chaque semaine. Il n'y a pas de sélection dans le recrutement.

Les nourrices sont des filles-mères ou des femmes abandonnées ; elles trouvent là une situation de tranquillité et de bien-être que ne possèdent pas les malheureuses filles-mères secourues à Paris et dans les grandes villes. Ce côté social des pouponnières mérite d'attirer l'attention.

M. Ausset. — Il faut féliciter M. Raimondi des résultats obtenus dans sa pouponnière, mais on peut se demander si l'argent dépensé ainsi ne serait pas plus profitable s'il était distribué sous forme de secours à domicile. La femme resterait chez elle, ce qui est avantageux à tous les points de vue.

M. Augé (Bolbec). — C'est la question que j'allais poser aussi à M. Raimondi.

M. Raimondi. — C'est une question de sélection. Certaines femmes bénéficieraient assurément du secours à domicile; il n'en est pas de même pour quantités de femmes, employées de magasins ou d'administrations, et pour beaucoup de filles-mères dont le domicile est incertain et précaire. A celles-ci nous favorisons l'éclosion de l'amour maternel ou plutôt nous l'affermissons en leur permettant de rester avec leur enfant.

Les Gouttes de Lait

Mlle Dr **M. Roussel** (Rouen). — Sur 100 enfants qui entrent à la Goutte de Lait de Rouen, 80 à 85 ont déjà reçu un ou plusieurs modes d'allaitement; à peine 20 % nous arrivent à leur naissance ; constatation qui dispense de répondre à ceux qui prétendent que les Gouttes de Lait favorisent l'allaitement artificiel Du reste, pour encourager l'allaitement maternel, on distribue des livrets de Caisse d'épargne aux mères les plus méritantes qui ont conservé le sein à leur enfant.

Sur 100 enfants qui nous arrivent, 60 à 70 sont atteints de gastro-entérite presque toujours grave : le lait distribué est donc, pour le plus grand nombre de ces enfants, non seulement un aliment, mais aussi un médicament.

Le lait provient d'une laiterie modèle, où les vaches sont choisies avec soin, tuberculinées, nourries presque exclusivement au sec (sans tourteaux, ni drèches, ni pulpes) et très bien soignées ; où la traite est faite avec toute la propreté désirable : lavage des mamelles, des mains des trayeurs; lait tamisé immédiatement après la traite, sur feuilles d'ouate préalablement stérilisées à 125°, et livré dans des biberons stérilisés à l'autoclave.

Dans ces conditions, le lait cru a été donné, avec plein succès, à trois enfants chez lesquels le lait stérilisé ne réussissait plus et qui étaient dans un état des plus graves. En présence de ces succès, on distribua du lait cru à quatre enfants, horriblement atrophiques, dont deux probablement spécifiques. L'un mourut quelques jours après, un second va mieux et semble devoir se sauver. Les deux autres ont été retirés par leurs mères, qui ont dit que pour n'avoir que du lait de laiterie, autant valait aller chez la fruitière !

Il est impossible de distribuer du lait cru dans la clientèle pauvre et ignorante; la plupart des mères le laisseraient au soleil pendant l'été, auprès du fourneau pendant l'hiver. Cette distribution serait, du reste, un mauvais exemple : les mères ne feraient plus bouillir le lait, souvent détestable, qu'elles achètent chez les fruitières.

M. Peyroux (Elbeuf) dit que les consultations de nourrissons développent l'allaitement maternel, tandis que les Gouttes de Lait poussent à l'allaitement artificiel. Il affirme qu'à Elbeuf la mortalité infantile par diarrhée a augmenté depuis qu'il existe une Goutte de Lait, et il accuse celle-ci de fournir une statistique fausse.

Il demande le remaniement des Gouttes de Lait, qui arrêtent la sécrétion lactée, et les engage à s'inspirer de l'esprit des consultations de nourrissons.

M. Lourier (Elbeuf) proteste contre les accusations dont il vient d'être l'objet de la part du Dr Peyroux, et affirme la sincérité de ses chiffres qui sont certifiés exacts par le maire.

Il apporte des observations montrant les bons résultats obtenus dans l'atrophie infantile avec le lait stérilisé. *A fortiori* celui-ci réussit-il chez les enfants normaux.

M. Ausset (Lille) a une Goutte de Lait à Saint-Pol-sur-Mer, et ce qu'il y a observé lui fait partager l'opinion de M. Peyroux sur l'influence de ces œuvres au point de vue du développement de l'allaitement artificiel. Il est, en effet, obligé de lutter énergiquement pour maintenir l'allaitement maternel. En tout cas, à ce point de vue, il ne fait pas de distinction entre les consultations et les gouttes de lait.

M. Audebert (Toulouse) a créé, pour les femmes qui sont venues accoucher dans son service, une consultation; tous les

huit jours leurs enfants sont vus par lui. Celles qui nourrissent ont droit à un secours d'allaitement. La vie n'est pas chère dans le Midi; avec 40 ou 50 fr. par mois on peut assister ainsi une femme. Dans les cas où les femmes ne peuvent nourrir leur enfant, on leur donne le lait nécessaire. En résumé, cette œuvre comprend essentiellement une consultation avec assistance, et, secondairement, une goutte de Lait. C'est la reproduction de l'œuvre créée à Nancy par le prof. Hergott.

M. Oui (Lille). — Il ne peut y avoir une solution unique pour tous les milieux. A Lille j'ai organisé le même système que M. Audebert à Toulouse, avec cette différence que les secours ne sont pas donnés en argent, car ils se transformeraient en petits verres, mais en nature : viande et œufs. De plus, en dehors de la surveillance au centre, c'est-à-dire à la consultation, il y a au dehors, c'est-à-dire au domicile, une surveillance exercée par une sage-femme du service. Les mères indociles sont mises hors de l'œuvre. Aux femmes qui ne peuvent nourrir on fournit le lait.

En définitive, la distribution de lait devient dangereuse quand il n'y a pas pour la mère intérêt à nourrir son enfant. Cet intérêt est la contre-partie essentielle de la délivrance du lait.

M. Ausset (Lille). — C'est ce que nous faisons à la Goutte de Lait de Saint-Pol. Quand j'en ai pris la direction, la proportion de l'allaitement maternel était de 18 %. Deux ans après elle était de 35 %; elle est maintenant de 55 %.

M. Pinard (Paris). — En somme, nous sommes tous d'accord pour proclamer la nécessité de l'allaitement maternel, pour lequel je lutte d'une façon particulière depuis vingt-cinq ans. Mais il faut craindre, en voulant faire le bien, d'atteindre le but contraire.

J'ai été le premier à employer le lait stérilisé, mais je me suis bien gardé de le dire, dans la crainte de généraliser son emploi. Or, il n'y a que 2 % de femmes qui, physiologiquement, ne peuvent nourrir.

Il faut prendre les choses de loin et soigner l'enfant avant sa naissance. Après, on doit s'efforcer de faciliter l'allaitement. Dans cet ordre d'idées, je ne saurais assez louer la création des nourricières industrielles, où toutes les trois heures les mères peuvent aller allaiter leur enfant, et toutes les mesures capables de parer à la misère, cette pourvoyeuse par excellence de l'allaitement artificiel.

Quand celui-ci s'impose, il exige un lait pur, c'est-à-dire provenant de vache ou de chèvre saine, et allant dans la bouche de l'enfant directement, c'est-à-dire sans risque de contamination. Par suite, pour conserver le lait on est obligé de le faire bouillir, pasteuriser ou stériliser. Pour ma part, je me contente de la première opération. Le lait cru pouvant devenir septique, son emploi ne doit être qu'exceptionnel.

Entre Gouttes de Lait et consultations de nourrissons, je ne fais pas de différence, car les unes et les autres encouragent l'allaitement artificiel. Mais il y a une œuvre féconde, c'est la Société de l'allaitement maternel, qui a été reconnue d'utilité publique et vient en aide aux mères par secours en nature, secours de loyers, dons de literie, d'effets, etc.

Enfin, je rappellerai le bel exemple que nous a donné le maire de Villiers-le-Duc, en faisant disparaître de sa commune la mutualité infantile (1).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Chirurgie conservatrice des annexes enflammées

M. Cerné (Rouen) a déjà publié, dans la *Normandie médicale*, deux mémoires donnant la statistique des cas dans lesquels il a pratiqué la chirurgie conservatrice pour des annexes enflammées. Il apporte, aujourd'hui, une nouvelle série de faits qui porte sa statistique au chiffre global de 90 cas. Sur ce nombre, il n'a dû intervenir à nouveau qu'une fois.

Au point de vue de la suppression des douleurs, on obtient de meilleurs résultats dans la conservation des trompes que dans celle des ovaires. Si, après l'opération, les souffrances n'ont pas toujours totalement disparu, cela tient peut-être à ce que les malades dont il s'agit sont essentiellement des nerveuses.

Les résultats immédiats et lointains de ses interventions sont de nature à l'encourager dans cette voie. La suppuration elle-même n'est pas une cause absolue de non-conservation, car on peut désinfecter, stériliser l'organe malade. Bien entendu, si les lésions paraissent ne pouvoir rétrocéder, s'il s'agit de tuberculose, si l'infection est aiguë, la ménopause proche, si la trompe est imperméable, etc., on sacrifie l'organe.

M. Pozzi. — Je suis très conservateur des ovaires, non seulement en vue de la possibilité de la grossesse, mais aussi en raison de l'influence de ces organes sur l'état général de l'organisme. Je le suis beaucoup moins à l'égard des trompes, dont l'utilité me paraît bien problématique, car je ne connais pas un fait prouvant que la salpingostomie ait été suivie d'une grossesse.

J'estime que conserver un sac où il y a eu du pus est une erreur. Comment reconnaître sous le couteau que ce pus est stérile? Dans le doute il vaut mieux ne pas s'abstenir et enlever toutes les parties atteintes. M. Cerné est-il bien sûr que ses opérées ne souffriraient pas moins encore si elles avaient été radicalement débarrassées? Dans mon service, chaque fois que mes chefs de clinique ont fait cette chirurgie conservatrice des annexes, j'ai dû intervenir ultérieurement et l'opération a été plus grave. Je connais un cas où un pyo-salpinx qu'on croyait stérile a été suivi de mort. Je redoute que la pratique de M. Cerné n'entraîne à des audaces dangereuses entre des mains moins habiles et moins expérimentées que les siennes.

M. Richelot. — Chaque fois que j'ai voulu faire de la conservation vis-à-vis d'annexes infectées, j'ai dû réagir. Du reste, quand un organe n'en vaut pas la peine — et c'est généralement le cas pour la trompe — pourquoi le conserver, pourquoi s'exposer à des accidents en voulant le conserver.

M. Doléris. — La question repose tout entière sur l'origine des lésions. S'il s'agit d'adhérences venues en dehors d'une infection, il y a toutes raisons de garder l'organe. Il est bien évident que, quand il s'agit d'un pyosalpinx récent, il ne peut être question de conservation. Mais je l'ai faite dans quelques cas dont le début était lointain ; c'était de vieilles affaires, l'infection avait à peu près disparu.

M. Guillemet. — Dans ces vieux foyers, qui paraissent éteints, la virulence reparaît quelquefois à l'occasion d'un accouchement, et celui-ci devient grave.

M. Cerné. — Avant de conserver une trompe, je m'assure toujours de sa perméabilité. Tout organe conservé est stérilisé, et la chose est possible quand l'inflammation est limitée à la muqueuse. Mes résultats sont là, du reste, pour prouver que ma pratique est loin d'être dangereuse. Comme toute chose nouvelle, elle surprend et doit faire naître la critique. Le temps jugera.

Traitement de la leucorrhée gravidique par la levure de bière

M. Audebert (Toulouse). — La levure de bière, déjà préconisée dans le traitement des vaginites blennorragiques, me paraît avoir une action manifeste, presque spécifique, contre la leucorrhée des femmes enceintes, quels qu'en soient l'origine et le point de départ. Je l'ai employée dans 29 cas, qui se répartissent ainsi :

Leucorrhée simple	3 cas
Leucorrhée avec vulvite et érythème	1 cas
Vaginite granuleuse	14 —
— — avec érythème	2 —
— blennorragique	3 —
Végétations vulvaires	3 —
Cervicite	3 —

J'ai obtenu 26 guérisons, 3 améliorations; le résultat a été incomplet dans ces trois dernières observations, parce que les femmes n'ont pas séjourné assez longtemps à la clinique avant leur accouchement. Malgré la ténacité bien connue de la leucorrhée gravidique et quoique nous ayons rencontré bien souvent des formes graves (infection gonococcique généralisée, lésions profondes du col, etc.), la guérison a été obtenue :

(1) V. *Bulletin méd.*, 1894, n° 21, p. 244.

2 fois en 1 semaine
4 fois en 2 semaines
10 fois en 3 semaines
5 fois en 1 mois
2 fois en 1 mois et demie
3 fois en deux mois

De la désinfection pré-opératoire du canal génital par la levure de bière

M. Audebert. — La désinfection pré-opératoire du vagin étant une des meilleures garanties contre l'infection puerpérale, il y a lieu de perfectionner et de rendre aussi efficace que possible cette mesure prophylactique J'ai employé dans ce but la levure de bière sèche, à l'exclusion de tout antiseptique : 1° chez quelques femmes qui, atteintes de leucorrhée gravidique et soignées à la levure, ont été surprises par le début du travail ; 2° chez 11 femmes que j'ai fait accoucher prématurément. Toutes ont eu des suites de couches absolument physiologiques, quoique se trouvant dans des conditions favorables à l'apparition des accidents infectieux : vaginite abondante non traitée, rupture prématurée des membranes, manœuvres intra-utérines (introduction de bougies et de ballons, forceps, délivrance artificielle), hémorragie de la délivrance, etc.

Si les recherches bactériologiques en cours confirmaient ces données cliniques, on aurait, dans l'emploi de la levure de bière, un moyen commode, non dangereux, non toxique, de désinfecter le tractus génital, soit avant l'accouchement, soit avant les interventions gynécologiques.

Traitement de l'éclampsie puerpérale

M. Magniaux (Rouen) pense que dans l'éclampsie puerpérale l'organisme supporte mal les médicaments, et que ceux-ci contribuent à augmenter le désordre. Il faut, au contraire, désintoxiquer l'économie, et ce but est atteint par les grands lavages, répétés, de l'intestin.

(*A suivre.*) GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 mars (Fin)

Traitement électrique de l'entéro-colite muco-membraneuse

M. Delherm. — Depuis que, dans la pathogénie de la constipation habituelle et de l'entéro-colite muco-membraneuse, on fait jouer un rôle important au spasme de l'intestin, certains auteurs considèrent l'électricité comme contre-indiquée dans ces affections, parce qu'elle serait susceptible d'exagérer le spasme intestinal. Or, avec Laquerrière, j'ai trouvé que le courant galvanique ou galvano-faradique de haute intensité donne d'excellents résultats dans le traitement des états morbides dont il s'agit.

On recouvre l'abdomen d'une large électrode, une autre électrode de même grandeur étant placée sur le dos. Le courant continu est amené lentement à une intensité variant entre 50 et 120 milliampères, suivant la tolérance du malade. L'ayant fait agir pendant une dizaine de minutes, on le ramène ensuite progressivement à zéro, et la séance est terminée. D'autres fois, on associe au courant galvanique un courant faradique très faible, qui doit seulement produire une légère vibration de la paroi abdominale.

C'est à ce procédé que nous soumettons les cas d'entéro-colite muco-membraneuse, chez des sujets malades irritables, sujets à des crises d'entéralgie avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Chez les colitiques ne présentant pas d'hyperirritabilité nerveuse ni de crises diarrhéiques et chez lesquels prédomine la constipation, alors que le procédé susmentionné ne donnait pas de résultats assez rapides, nous nous sommes bien trouvés de l'application du procédé du prof. Doumer.

Sur 36 cas d'entéro-colite muco-membraneuse que nous avons eu l'occasion de soumettre au traitement électrique (et que nous devons presque tous à l'obligeance de M. Mathieu et de ses élèves), nous n'avons eu à enregistrer que 7 insuccès francs ou partiels ; les autres malades ont guéri. De ces derniers, 21 ont pu être revus : 4 seulement avaient une rechute.

M. Zimmern.— Le procédé de traitement électrique du prof. Doumer dans l'entéro-colite muco-membraneuse étant souvent fort pénible pour les malades, j'ai cherché à le modifier de façon à en rendre l'application indolore, tout en n'employant qu'un outillage simple et une technique facile.

On sait que, dans le procédé de Doumer, on fait passer d'une fosse iliaque à l'autre un courant continu aussi intense que possible et qu'on renverse toutes les minutes environ, ces renversements, assez douloureux, n'étant pas facilement acceptés par les sujets impressionnables.

Quant à la technique que j'ai adoptée, elle consiste à faire passer d'une fosse iliaque à l'autre un courant continu, mais dont l'intensité varie constamment. On commence à zéro, puis on augmente peu à peu l'intensité du courant jusqu'à la limite maxima endurable, qui se trouve généralement comprise entre 90 et 150 milliampères. On redescend ensuite lentement à zéro et, au moment où le zero est atteint, on renverse le courant qu'on porte ensuite de nouveau, mais toujours très lentement, au maximum, et ainsi de suite. On emploie donc, en somme, une sorte de courant sinusoïdal qui diffère du courant sinusoïdal vrai par l'extrême longueur des périodes. Les séances, dont la durée est de vingt minutes environ, sont répétées trois ou quatre fois par semaine.

Dès le début de ce traitement l'usage de tous les purgatifs irritants et celui des grands lavements est supprimé. Jusqu'à l'apparition des selles spontanées, les malades prennent, tous les cinq jours, deux cuillerées d'huile de ricin; en outre, ils reçoivent, chaque jour, un lavement froid de 100 gr., uniquement pour solliciter le réflexe du besoin de défécation. En ce qui concerne le régime alimentaire, point n'est besoin d'être trop sévère à ce sujet. Il suffit d'attirer l'attention des malades sur les inconvénients de l'ingestion de crudités, de mets épicés ou excitants.

Sous l'influence de ce traitement, la guérison est obtenue dans la plupart des cas. La disparition des symptômes de l'entéro-colite se fait progressivement : d'abord on voit cesser les émissions membraneuses, puis disparaissent les douleurs et, enfin, cesse la constipation.

M. Mathieu. — J'ai pu suivre les expériences de M. Delherm et, après avoir été hésitant au début, j'ai été agréablement surpris de leurs résultats favorables, même chez des malades ayant résisté à tous les traitements employés antérieurement.

V. DE H.

REVUE DE TRAVAUX

De la conduite à tenir dans la tuberculose oculaire

M. le Dr **Terson**, père, eut à soigner, en février 1889, une fillette de douze ans, qui présentait sur la face deux petites plaques de lupus non ulcérées et, sur l'iris gauche, à l'extrême périphérie de la chambre antérieure et du côté externe, une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, de couleur blanc-jaunâtre. Iritis séreuse. Au bout de six mois de traitement, par les médications hydrargirique, tonique, iodoformée, etc., la vision diminuant tandis que le volume de la tumeur et la réaction inflammatoire augmentaient, M. Terson se décida à extraire la tumeur. Guérison simple et rapide.

La nature tuberculeuse de la tumeur fut démontrée par les coupes histologiques et les inoculations. Cependant, aujourd'hui, c'est-à-dire plus de seize ans après, la patiente, mariée depuis plusieurs années, jouit d'une santé excellente et distingue facilement de l'œil opéré les doigts et les gros objets.

Comparant ces cas avec ceux qui ont été publiés par divers auteurs, M. Terson en déduit la profession de foi que voici :

« L'énucléation ne saurait, en effet, être suffisamment justifiée, surtout chez des enfants et de très jeunes sujets, par la seule certitude qu'ils sont atteints de tuberculose oculaire même expérimentalement démontrée. Elle semble inutile quand le sujet est déjà manifestement atteint d'infection générale et peut même hâter le dénouement dans certains cas.

« La temporisation et le traitement général ont pour limite le fait d'une aggravation progressive, démontrée par une diminution évidente de la vision, de semaine en semaine; et cette temporisation ne doit évidemment pas nous faire assister impassibles à la perte complète et définitive de la vision, jusqu'au moment où apparaîtra l'indication formelle de l'énucléation de l'œil.

« Une opération conservatrice est, dans ces conditions, indiquée pour les cas de tubercule solitaire et peut suffire, dans une proportionnalité non encore établie, à arrêter l'infection locale sans que l'infection générale soit par cela même plus à redouter que si l'on avait pratiqué l'énucléation.

« Le procédé d'inoculation de l'humeur aqueuse, récemment préconisé par Gourfein, nous permettra peut-être, à l'avenir, d'éviter toute médication inutile ou même nuisible, en nous fixant de bonne heure sur la qualité de l'ennemi que nous avons à combattre. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Garantie d'authenticité de la signature du médecin

Dans les petites localités le pharmacien connaît toutes les signatures des médecins exerçant dans le pays et il serait réellement difficile de les imiter sans se faire prendre, surtout s'il s'agit de poisons.

Mais dans les grandes villes, où le nombre des médecins devient de plus en plus considérable, cette reconnaissance est souvent difficile et quelquefois impossible. Toute personne, même la plus étrangère aux choses médicales, peut libeller elle-même son ordonnance et se faire délivrer telle substance toxique qui lui plaira. Il lui suffit de copier dans un formulaire ou dans un de ces nombreux traités de médecine usuelle édités pour le public dans un but de réclame, une formule simple ou compliquée, voire même une prescription savamment détaillée, ou bien de recopier la prescription d'un médecin, et de signer d'un nom répandu. Le contrefacteur aura soin de ne pas choisir, comme nom, celui d'un médecin qui serait seul à le porter. La supercherie serait trop évidente ou tout au moins trop facile à découvrir. Mais les Dumont, les Dupont, les Durand, les Lefèvre, les Leroy et les Martin sont légion parmi les médecins comme dans les autres corporations. Le pharmacien, sans méfiance, et, respectant la loi à la lettre, exécutera l'ordonnance, la transcrira sur son registre avec le numéro d'ordre... et le tour sera joué.

Rien n'empêchera le contrefacteur de renouveler la même manœuvre frauduleuse, et de se procurer ainsi, dans plusieurs pharmacies, en un seul ou en plusieurs jours, une certaine quantité de médicaments toxiques.

Le fait est moins rare qu'on ne le croit généralement; notre confrère, **M. Desesquelle**, s'en porte garant pour en avoir été témoin, et pour y remédier voici ce qu'il propose :

« Le médecin devrait rédiger son ordonnance, du moins pour les substances toxiques, sur une feuille de papier blanc, portant en en-tête son nom et son adresse en caractères imprimés, en double, à droite et à gauche de cette feuille.

« Le pharmacien, après avoir exécuté l'ordonnance, et avant de la rendre au client, la transcrirait sur son registre, comme d'habitude, et détacherait d'une façon quelconque le nom et l'adresse du médecin imprimés sur le côté droit de la feuille d'ordonnance, qu'il collerait sur le même registre.

« Point ne serait besoin de papier spécial pour libeller les ordonnances. Au moyen d'un timbre qu'il porterait constamment sur lui, le médecin imprimerait son nom et son adresse sur la feuille d'ordonnance. Pour éviter toute contrefaçon, ce timbre spécial pourrait être délivré par la préfecture du département dont le médecin dépend.

« Quand le médicament prescrit devrait être renouvelé plusieurs fois, le médecin porterait en toutes lettres cette indication sur la partie qui devrait être détachée par le pharmacien. » (*Bulletin des sciences pharmacologiques*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie

(Du 2 mai au 8 juillet 1904.)

Sous la direction de M. le prof. Gaucher

Avec le concours et la collaboration de MM Balzer, De Beurmann, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Castex, chargé du cours d'oto-rhin-laryngologie; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord; Hudelo, médecin des hôpitaux; Morestin, chirurgien des hôpitaux; Gaston, Edmond Fournier, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint Louis; Emery, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Milian, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Terrien, ancien chef de clinique; Lacapère, chef de clinique à l'hôpital Saint Louis; Barbarin, ancien aide d'anatomie; Cathelin, chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker; Paris, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt dix-sept leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, sauf les dimanches et fêtes, à 2 heures et à 3 h. 1/2 de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, excepté les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le prof. Guyon. Il commencera le 2 mai 1904 et finira le 8 juillet 1904.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons :

M. Gaucher. — Lésions élémentaires de la peau; matière médicale dermatologique et médication hydrominérale.

M. Balzer. — Eczéma, impetigo, ecthyma, syphilis secondaire.

M. De Beurmann. — Psoriasis, lupus, tuberculoses cutanées, traitement du lupus.

M. Castex. — Syphilis du nez et du larynx.

M. Queyrat. — Blennorragie aiguë, blennorragie chronique, complications et traitement de la blennorragie, les balanoposthites, herpès, végétations, phimosis, chancre mou, chancre syphilitique.

M. Hudelo. — Gale, érythème, urticaire, prurits et prurigos, lichens, pityriasis, pemphigus.

M. Morestin. — Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau; opérations esthétiques.

M. Gaston. — Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus, pityriasis versicolor, érythrasma, examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique.

M. Emery. — Traitement de la syphilis.

M. Ed. Fournier. — Hérédo-syphilis, syphilis et grossesse.

M. Milian. — Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcéreuses, gommes; ulcères de jambe; syphilis cérébrale; syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie, paralysie générale, tabes.

M. Terrien. — Syphilis oculaire.

M. Lacapère. — Pelade et alopécies, dermites artificielles, dermatoses congénitales, sclérodermie, tumeurs de la peau, séborrhées et acnés, eczéma acnéiques, folliculites suppurées, dishydrose, actinomycose, lèpre, leucoplasie.

M. Barbarin. — Complications génitales chirurgicales de la blennorragie chez la femme : bartholinites, métrites et salpingites.

M. Cathelin. — Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux, néphrites suppurées; traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. — Phtiriase, zona, dystrophies pigmentaires, purpura, morve et farcin, éléphantiasis.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (à l'hôpital Saint-Louis).

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai et en juin, le second du 15 octobre au 20 décembre.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(Hôpital Broca.)

Professeur : M. Pozzi.

M. Mauclaire, chargé de cours, commencera ce cours le samedi 16 avril, à 10 heures, à l'hôpital Broca, et le continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure.

Programme du cours (21 leçons).

1re leçon. — Du rôle de la congestion et de l'infection dans les maladies génitales de la femme.

2e leçon. — Signes, diagnostic et traitement des urétrites.

3e leçon. — Symptômes, diagnostic et traitement de la rétroflexion utérine.

4e leçon. — Diagnostic et traitement des prolapsus génitaux.

5e leçon. — Signes et diagnostic du cancer utérin.

6e leçon. — Traitement du cancer utérin.

7e leçon. — Signes et diagnostic des fibromes utérins.

8e leçon. — Traitement des fibromes utérins.

9e leçon. — Signes et diagnostic des salpingo-ovarites.

10e leçon. — Traitement des salpingo ovarites.

11e leçon. — Diagnostic et traitement des grossesses tubaires.

12e leçon. — Inversion utérine. Déchirures du périnée.

13e leçon — Tuberculoses génitales chez la femme.

14e leçon. — Fistules stercorales consécutives aux salpingectomies.

15e leçon. — Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes des ovaires.

16e leçon. — Tumeurs solides des ovaires.

17e leçon. — Kystes et fibromes des ligaments larges.

18e leçon. — Torsion de l'utérus, des salpingites, des kystes ovariens, des fibromes sous-péritonéaux.

19e leçon — Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie.

20e leçon. — Les éventrations post puerpérales et post-opératoires.

21e leçon. — Les greffes et transplantations des ovaires.

Un cours de perfectionnement de gynécologie aura lieu également du 11 avril au 3 mai 1904, à la clinique gynécologique de M. le prof. Pozzi. Ce cours comprendra trois parties. Les leçons auront lieu tous les jours non fériés.

I. — Cours pratique de gynécologie clinique, par M. F. Jayle, chef de clinique, et M. Dartigues.

Ce cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 2 h. du soir, pour M. Jayle, et les mardis, jeudis, samedis, à 2 h. de l'après-midi, pour M. Dartigues.

II. — Cours de diagnostic histologique en gynécologie (en 10 leçons), par M. Bender, préparateur.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures.

III. — Cours d'application des agents physiques à la thérapeutique gynécologique (en 9 leçons), par M. A. Zimmern, aide-préparateur.

Ce cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 8 h. 1/2.

Le prix de chaque cours est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance de versement des droits. (Les étudiants devront présenter en outre la carte d'immatriculation).

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker

M. le prof. Paul Berger commencera ce cours le mardi 19 avril 1904, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur

Au grade de chevalier

MM. les Drs Fibrich et Magnin.

L'Association des médecins de la Seine a tenu récemment sa 71e assemblée générale, sous la présidence de M. Th. Fernet, vice-président, remplaçant M. Brouardel, indisposé.

Le secrétaire général, M. le Dr Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 68013 francs dont 15925 fournis par les cotisations, 1429 par les dons et le reste par les revenus des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 7 sociétaires, 54 veuves ou familles de sociétaires, enfin 38 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 3 pensions viagères de 1200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 40980 francs. Une somme de 11 000 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice. On été élus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet; secrétaire général, M. Henri Barth.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Le 2 mai prochain, à 9 heures du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, à Paris, réunion annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au secrétaire général.

Questions à l'ordre du jour :

1° Traitement de l'otite moyenne aiguë; rapporteurs : MM. Lermoyez, Lubet-Barbon et Moure.

2° Des laryngites chroniques non spécifiques; formes cliniques, traitement; rapporteur : M. Ruault.

Au cours de la présente année, le nombre des étudiants en médecine inscrits aux diverses Universités françaises atteint le chiffre de 6686, dont 6115 Français. Paris en compte 3396, Lyon 958, Bordeaux 654, Montpellier 552.

Sur les 571 étrangers, 197 viennent de la Perse, 89 de la Turquie, 63 de la Bulgarie et 57 de la Roumanie.

Il faut ajouter à ces nombres 202 étudiantes françaises et 164 étrangères, et 1558 jeunes gens qui fréquentent les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie. Soit, en tout, 8610 étudiants.

Les étudiants en pharmacie sont au nombre de 3014 dont 23 étrangers et 76 femmes.

Un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le mardi 14 juin 1904.

Les candidats devront être Français, docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente deux ans au jour de l'ouverture du concours; ils devront justifier d'un stage d'une année au moins soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours Elle devra parvenir le 15 mai 1904, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix. Il ne pourra dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours.

HOPITAL HÉROLD

M. Lyot est nommé chirurgien chef de service à l'hôpital Hérold.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

La Société d'hydrologie médicale de Paris célébrera son cinquantenaire le dimanche 24 avril 1904. Cette célébration, très simple, consistera en une séance solennelle, à 4 h. 1/2, suivie d'un banquet exclusivement réservé aux membres de la Société, titulaires, correspondants nationaux et étrangers.

NÉCROLOGIE

M. Passant, de Paris.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Procédés nouveaux de décapsulation rénale pour néphrite

Après avoir pratiqué, avec plein succès, dans un cas de néphrite chronique, la décapsulation des deux reins suivant Edebohls (voir *Bulletin médical*, 1902, p. 30), M. J. **Bakes** (*Centraldl. f. chir.*, 9 avril 1904), chirurgien-chef de l'hôpital François-Joseph à Treibisch, a pensé que cette opération était passible de perfectionnements.

On sait que la décapsulation rénale vise, pour le rein malade, ce que l'opération de Talma (suture du foie à l'épiploon) tend à réaliser dans la cirrhose hépatique, à savoir la création de nouvelles voies de circulation sanguine. Or, la graisse péri-rénale au sein de laquelle, dans l'opération d'Edebohls, est placé le rein préalablement décortiqué, est si pauvre en vaisseaux qu'elle ne paraît pas pouvoir servir au développement d'une circulation collatérale énergique.

Cela étant, M. Bakes entreprit une série de recherches sur le cadavre, à l'effet de trouver une technique opératoire permettant d'obtenir une irrigation sanguine plus abondante du rein décapsulé, par le contact intime de cet organe avec des viscères richement vascularisés de la cavité péritonéale. Deux procédés lui ont paru surtout recommandables à cet effet.

Le premier consiste dans l'*inclusion épiploïque du rein décapsulé*. On découvre le rein par une incision lombaire oblique, on fend sa capsule, on le décortique, puis on incise le péritoine parallèlement au bord supérieur du cæcum et du colon ascendant, et on suture la lèvre inférieure de la plaie péritonéale, sur toute son étendue, le long du hile rénal, au moyen de fils très fins intéressant le parenchyme du rein. A travers cette fente péritonéale, on attire l'épiploon et on en recouvre la totalité du rein décapsulé. Les parties périphériques de l'épiploon sont ensuite suturées en partie au rein, en partie aux tissus environnants. On termine l'opération en suturant la lèvre supérieure de la plaie péritonéale à la séreuse de l'épiploon, et on ferme la plaie abdominale au moyen d'une suture à étages.

Le second procédé comprend la *translation intra-péritonéale du rein décortiqué*. Après décapsulation du rein, on pratique une incision médiane du péritoine, parallèlement à la ligne d'insertion du colon ascendant. Par cette boutonnière, le rein est introduit dans la cavité du péritoine où on le fixe par des points de suture entre les replis mésentériques de l'intestin, après avivement de leurs surfaces séreuses au moyen d'une friction énergique. La plaie péritonéale est ensuite suturée autour du hile rénal.

Dans le choix entre ces deux procédés, on se guidera d'après les dimensions du rein et surtout l'état de l'épiploon. Lorsque, en effet, l'épiploon est atrophique, ratatiné, c'est évidemment à la translation intra-péritonéale qu'il faut donner la préférence.

L'auteur n'a eu, jusqu'ici, l'occasion d'appliquer que le premier de ces procédés et dans un cas seulement. L'opération fut des plus faciles et ses suites furent bénignes. Quant au résultat, on ne peut rien en dire encore, l'opération ayant été pratiquée tout dernièrement.

Action résolutive des injections de thiosinamine à l'égard des lymphosarcomes

M. A. Ernst (*Liecnicki viestnik* et *Centralbl. f. chir.*, 9 avril 1901) signale ce fait nouveau que la thiosinamine, administrée par la voie hypodermique suivant le procédé employé pour la réduction des kéloïdes et l'assouplissement des cicatrices en général (V. *Bulletin médical*, 1903, p. 601 et 853), exerce aussi une influence favorable sur les lymphosarcomes. L'auteur a pu se convaincre de cette propriété encore inconnue de la thiosinamine, chez un sujet présentant de volumineuses tumeurs lymphosarcomateuses des deux côtés du cou, qui récidivèrent après l'extirpation. En même temps on vit se développer des kéloïdes au niveau des cicatrices opératoires. Contre ces kéloïdes, l'auteur eut recours à des injections d'une solution de thiosinamine à 10 %, répétées tous les deux jours, à la dose d'abord de 1, puis de 2 et, enfin, de 3 cc. La thiosinamine amena un affaissement rapide, non seulement des kéloïdes, mais aussi des lymphosarcomes. Après 25 injections, les masses lymphosarcomateuses avaient complètement disparu à la moitié droite du cou ; à la région cervicale gauche elles étaient diminuées de trois quarts. Le traitement par la thiost namine ne put être continué pour des raisons accidentelles. L'état du malade demeure stationnaire.

Phlegmon étendu après injection d'adrénaline

L'emploi de l'adrénaline pour l'anesthésie locale n'est parfois pas dépourvu d'inconvénients et même de danger. Ce sont surtout les troubles généraux — collapsus, syncope, paralysie de la respiration pouvant aboutir à la mort, coloration bronzée des téguments (v. *Bulletin Médical*, 1904, p. 115) — qui ont été observés jusqu'ici à la suite d'injections hypodermiques d'adrénaline. Mais cet alcaloïde de la bande d'Esmarch est susceptible de déterminer aussi, dans certaines conditions, des accidents locaux dus à l'énorme ischémie qu'il provoque dans les tissus. Ainsi, M. F. Neugebauer (*Centralbl. f. Chir.*, 1903, n° 51) a relaté 3 cas de gangrène cutanée survenue après des opérations autoplastiques dans lesquelles on avait pratiqué des injections d'un mélange d'adrénaline et de cocaïne pour l'insensibilisation locale.

D'autre part, M. **Aronheim** (*Münch. med. Woch.*, 5 avril 1904) vient d'observer un cas de phlegmon du dos du pied et de la jambe après extirpation d'un petit hygroma du tendon du muscle tibial antérieur. Cette tumeur kystique ne communiquait pas avec l'articulation ; l'opération elle-même avait été pratiquée suivant les règles de l'asepsie la plus rigoureuse, mais pour obtenir l'analgésie et en même temps l'hémostase, on avait injecté un mélange d'adrénaline et de cocaïne près du bord externe de la tumeur... Ce malade était âgé de soixante-dix ans.

Il faudra donc se méfier, dorénavant, de l'adrénaline chez les sujets affaiblis par la sénilité ou d'autres causes (diabète), ainsi que dans les cas où on aura affaire à des tissus dont l'irrigation sanguine laisse à désirer.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

NOMINATIONS

Sont promus dans le cadre du corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal

Le méd. de 1re cl. :

1er tour (ancienneté) M. Gauran, en rempl. de M. Raffaëlli, déc.

Au grade de méd. de 1re cl.

Les méd. de 2e cl. :

2e tour (ancienneté) M. Abeille de la Colle, en rempl. de M. Dumas, retr.

3e tour (choix) M. Delaporte, en rempl. de M. Gouran, pr.

MUTATIONS

M. le méd. princ. Gouyon de Pontouraude emb. comme méd. de div. sur le *Chateaurenault*, dans l'esc. de l'Extr.-Orient, en rempl. de M. Alix, retr.

RÉSERVE

Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal de réserve.

Les méd. princ. :

M. Hervé, retr., aff. au port de Lorient.

M. Alix, retr., aff. au port de Brest.

Au grade de méd. de 1re cl. de réserve

M. Dumas, méd. de 1re cl., retr., aff. au port de Rochefort.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker

M. le prof. Paul Berger commencera ce cours le mardi 19 avril 1904, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Le sujet de la première leçon sera : « La clinique chirurgicale et la loi sur les accidents du travail. »

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE
ET DE
PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1904.

(Suite.)

Le Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, qui vient de se terminer samedi 9 avril, a eu des débuts plutôt froids. Pour la séance d'inauguration, le ciel était maussade, la température glaciale, le bureau en retard, l'assistance peu nombreuse et réservée. Mais le public fut rapidement dégelé par la chaleur communicative des discours,et avec M. Legueu, qui se montra merveilleux orateur en développant son rapport sur « la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité », la partie était gagnée. Le succès ne fit que s'affirmer les jours suivants, et c'est justice, car le bilan scientifique de ce Congrès est des plus fructueux.

Les rapports étaient au nombre de huit, ce qui constitue le record de la quantité. Cette pléthore des rapports n'en a pas atténué la qualité. Les uns,comme « les infections cutanées chez le nourrisson », du prof. d'Astros, « la maladie de Barlow », du prof. Ausset, « les invaginations intestinales »,du Dr Grisel, « les leucocytes dans le lait », de M. Wallich réalisent la mise au point de ces questions. M. Legueu a constitué l'état-civil des pyélonéphrites dans la puerpéralité. M. Cerné a tenté de débrouillasser un champ bien touffu, « la malignité des kystes de l'ovaire », et a provoqué, de la part de M. Bender, une communication pleine de promesses. Dans ces assises, à la suite du réquisitoire de M. Oui — les accoucheurs étant entendus — l'hystéropexie a été condamnée, et M. Doléris a obtenu la réhabilitation des pexies ligamenteuses, tandis que M. Derocque faisait prononcer la pseudo-faillite de « la transplantation tendineuse dans la paralysie infantile. »

L'intérêt n'a pas été le monopole exclusif des rapports, et certaines communications, dues à l'initiative privée, ont été le point de départ de discussions pleines d'enseignements; exemple « la chirurgie conservatrice des annexes enflammées », par le prof. Cerné.

Les « Gouttes de Lait » ont été mises et remises sur le tapis. Vivement attaquées elles se sont vivement défendues, et ont répondu du tac au tac, tandis que l'auditoire vibrait et se passionnait. Le spectacle n'était point ordinaire pour un Congrès!

« La syphilis tertiaire péri-utérine », du Dr Jeanne, « La contribution à l'étude de la syphilis de l'utérus », de Mlle le Dr Robineau, « Une variété de sclérose des ovaires d'origine syphilitique », du Dr Ozenne — qui a apporté les premières observations connues — une communication du Dr Verchère, constituent des faits intéressants, même envisagés isolément, mais dont le groupement, heureusement présenté par M. Siredey, a paru à tous pouvoir servir de point de départ à l'étude de la syphilis de l'utérus et de ses annexes. Cette impression de l'importance du fait nouveau a été telle qu'on a décidé de mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès cette question de la syphilis utéro-annexielle.

Ce rapide aperçu est suffisant pour faire voir que le Congrès de 1904 a tenu toutes les promesses de son programme; et cependant, la presse médicale parisienne a paru s'en désintéresser. Nous n'avons pas la prétention d'indiquer quels sont les motifs de cette abstention, mais il nous sera permis de dire que nous avons été sur le point d'en faire autant et pour la raison suivante :

Des huit rapports, trois seulement ont été distribués avant le Congrès; quatre ont été remis le deuxième jour du Congrès; le huitième n'est pas encore composé. Or, si faire au jour le jour le résumé des discussions et des communications qui se produisent dans un congrès est tâche ardue pour un journaliste, elle dépasse ses forces quand il doit, en plus, prendre connaissance de volumineux rapports et les résumer. C'était le cas à Rouen.

De ce retard déplorable dans l'apparition des rapports, la responsabilité incombe aux rapporteurs et non au secrétaire général qui a organisé son Congrès avec beaucoup de méthode, beaucoup d'ordre, et a facilité de tous ses efforts notre rôle. Nous lui en adressons ici nos remerciements ainsi qu'au Dr Vallée, le modèle des secrétaires de séance. Mais il y a quelqu'un que nous devons surtout remercier, c'est le Dr Percepied (du Mont-Dore) qui a bien voulu se charger du compte-rendu de la section de pédiatrie. Si sa signature ne figure pas à la suite de ce compte-rendu, c'est par excès de délicatesse de notre confrère et ami.

Nous avons dit assez de bien du Congrès pour nous permettre deux critiques: la première vise le retard des congressistes aux séances. A l'heure indiquée se trouvaient: le président, M. Richelot; le secrétaire général, M. Martin; le Dr Lejars, les confrères militaires qui n'étaient point de service et l'unique représentant de la presse. Puis,arrivaient lentement le peuple et, enfin, bon dernier, l'état-major. De telle sorte que les séances ouvraient avec une demi-heure ou trois quarts d'heure de retard.

D'ordinaire, la présence d'un congrès dans une ville de province y amène la trêve professionnelle. On jette un voile sur les divisions intestines. Il semble que cette fois le voile a été trop léger. Les étrangers ont été surpris de l'abstention des Havrais; d'aucuns regrettent qu'on ait rompu la tradition qui fait du directeur de l'Ecole de médecine locale un président de section... effectif ou honoraire.

A l'unanimité, Alger a été choisi pour siège du prochain Congrès qui aura lieu à Pâques en1907. A l'unanimité, ont été choisis comme présidents des sections de pédiatrie, gynécologie, obstétrique, MM. Guinon (Paris), Boursier (Bordeaux), Queirel (Marseille). M. Queirel sera le président général du Congrès.

GRANJUX.

L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures

M. Oui (de Lille), *rapporteur.*

Nous aurons en vue uniquement l'hystéropexie abdominale antérieure et l'hystéropexie vaginale que nous désignerons aussi par les dénominations de « ventrofixation » ou de « vagino fixation. »

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

a) La première question à résoudre est l'influence de cette opération sur la *durée de la grossesse.* Sur ce point les opinions sont très divisées.

Dans un important travail, Demelin, sur 112 grossesses consécutives à l'hystéropexie abdominale, compte 20 interruptions de la grossesse (17 %), dont 14 avortements (12 %) et 6 accouchements prématurés (5 %), proportion certainement plus forte que celle habituellement observée. Noble, sur 56 grossesses observées consécutivement à 88 opérations de ventro-fixation pratiquées en Amérique, note 4 avortements, soit une proportion de 7 %. Munde, sur 2 grossesses observées chez les opérées, constate 1 avortement à cinq mois; Dickinson, 1 avortement sur 4 grossesses. Sur 98 cas de grossesses survenues après hystéropexie abdominale, Kustner note 15 avortements ou accouchements prématurés.

Les adhérences utéro-pariétales ne sauraient être rendues seules responsables de tous ces avortements. Dans quelques observations, les faits sont assez précis pour qu'on puisse invoquer,comme facteur de l'interruption de la grossesse, une cause tout autre (grippe, albuminurie, syphilis).Dans d'autres observations, aucun renseignement ne permet de se prononcer nettement à ce sujet. Certains cas, toutefois, sont particulièrement suggestifs et semblent bien montrer l'importance et la fâcheuse influence des adhérences utéro-pariétales. Tel celui de Gottschalk, dont la malade avorte deux fois, consécutivement, à la suite d'une hystéropexie, et mène à terme une troisième grossesse survenue après que Gottschalk a, sous le chloroforme, dilacéré les adhérences qui fixaient l'utérus.

Dans d'autres cas, une première grossesse consécutive à l'hysteropexie a été interrompue par un avortement ou un accouchement prématuré, la seconde grossesse allant au contraire jusqu'au terme. Certains auteurs en ont conclu que la première grossesse avait pour ainsi dire préparé le relâchement des adhérences utéro-pariétales qu'une nouvelle gestation ramollissait complètement.Quelques faits montrent bien que dans certains cas la grossesse s'est accompagnée d'un allongement des adhérences, mais ne suffisent pas pour considérer que la grossesse ne peut aller à terme que si les adhérences fixatrices se relâchent.

b) Dans quelle mesure tel ou tel procédé de fixation ou de suture de l'utérus à la paroi peut-il être rendu responsable de l'*interruption prématurée de la grossesse?*

La plus ou moins grande solidité des adhérences n'entre,à notre avis,que pour une part dans les incidents qui peuvent se produire au cours de la grossesse,mais encore pensons-nous qu'une grande influence revient à la fixation plus ou moins

élevée, plus ou moins large de l'utérus, par conséquent à la façon dont les adhérences peuvent entraver le développement régulier des parois utérines au cours de la grossesse.

Nous savons de façon précise que, au cours de la grossesse, l'utérus se développe à la fois par ses faces et par ses bords, mais que, au cours des six premiers mois, le fond joue un rôle prédominant dans le développement de l'organe, alors qu'à la fin de la grossesse, c'est surtout le segment inférieur qui s'amplifie. Or, il est certain que les procédés qui fixent le fond de l'utérus ont pour résultat d'amener un développement irrégulier de l'organe, surtout si le fond est fixé bas.

Aucun doute que, dans les cas où l'utérus est ainsi fixé en antéflexion forcée, son développement au cours de la grossesse s'opère surtout par la paroi postérieure. Il nous paraît impossible d'admettre qu'un développement aussi irrégulier de l'utérus ne joue pas, en ce qui concerne l'interruption de la grossesse, un rôle aussi important que la solidité des adhérences utéro-pariétales.

Solidité des adhérences et siège défectueux des sutures utéro-pariétales se combinent d'ailleurs dans certains cas, puisque les sutures fixant le fond de l'utérus n'auront évidemment que des inconvénients limités si les adhérences se relâchent. Le maximum des chances défavorables, en ce qui concerne l'évolution de la grossesse, paraît donc appartenir aux cas où l'utérus est fixé solidement par son fond.

c) L'hystéropexie influe-t-elle sur la *présentation du fœtus?*

Sur 94 accouchements par les voies naturelles, Demelin, dans sa statistique, note 90 présentations du sommet, 3 de l'épaule, 1 du siège; Kustner, sur 98 grossesses, signale 3 présentations vicieuses. Ces chiffres paraîtraient indiquer que l'hystéropexie n'exerce sur les présentations du fœtus aucune influence sensible, si certains faits n'intervenaient pas, qui légitiment des craintes sérieuses.

d) *Accouchement.* — Il est un fait très important signalé dans un très grand nombre de cas : c'est la situation élevée du fœtus pendant les derniers temps de la grossesse et même au début de l'accouchement. L'élévation du fœtus semble devoir être attribuée, dans le plus grand nombre des cas, à la situation élevée de l'utérus lui-même; mais, dans d'autres cas, le développement irrégulier de l'utérus doit être également mis en cause.

Dans certaines observations, l'utérus étant fixé par le fond et s'étant développé surtout par sa paroi postérieure, la paroi antérieure, hypertrophiée et épaissie, mais non dilatée, joue le rôle d'un véritable fibrome, obstruant en partie le détroit supérieur et s'opposant, par conséquent, à l'engagement et à l'accommodation pelvienne. L'antéversion utérine, si elle est exagérée, peut être aussi un obstacle à l'engagement sans qu'il y ait obstruction du détroit supérieur. Aussi, dans certains cas, la physionomie du travail est fortement modifiée et l'accouchement est difficile.

Cependant, le plus souvent, si on en excepte les tiraillements exercés sur la cicatrice abdominale par les contractions utérines et la dépression de la paroi qui en résulte, la physionomie générale du travail de l'accouchement est peu modifiée lorsque la présentation est normale. Toutefois, la paresse de l'utérus est assez souvent signalée, mais il est difficile d'affirmer que, dans tous ces cas, l'inertie utérine est véritablement fonction de la fixation de l'organe. D'ailleurs, quelques statistiques particulières permettent de constater la grande fréquence des accouchements normaux.

La faiblesse (assez rarement observée) des contractions utérines, le retard et la lenteur de la présentation fœtale, la rupture fréquente des membranes au début du travail, semblent, *a priori*, devoir amener une augmentation dans la durée de la période de dilatation. Il est un autre élément qui agit dans le même sens, c'est la déviation du col, qui, dans certains cas, est très accentuée.

Dans quelques observations, le développement irrégulier de l'utérus, l'obstruction du détroit supérieur par la paroi utérine hypertrophiée, la rupture précoce ou prématurée des membranes, la déviation du col utérin, une présentation vicieuse, ont causé la rigidité du col et forcé les accoucheurs à des interventions graves.

Outre la rigidité du col et l'obstruction possible du détroit supérieur par la paroi antérieure ou le fond de l'utérus hypertrophié, il faut signaler la rupture utérine, qui est la conséquence à la fois des résistances trouvées par le fœtus dans la traversée de la filière pelvi-génitale et de l'amincissement de la paroi postérieure. Trois cas de rupture utérine ont été, en 1901, communiqués à la « New-York obstetrical Society. »

La période d'expulsion paraît être, d'une façon générale, fort peu influencée, ce qui se conçoit aisément, étant donné que les obstacles qui existent à la sortie du fœtus se localisent habituellement au niveau du col et, plus rarement, au niveau du détroit supérieur. Ces obstacles une fois franchis, le fœtus trouve la voie libre, et seule, ou à peu près, intervient alors l'inertie utérine. Quelques applications de forceps de plus que dans les accouchements habituels sont alors la conséquence du défaut de progression du fœtus.

Quant à la délivrance, nous devons noter deux rétentions placentaires sur les 56 accouchements de la statistique de Noble, et un certain nombre d'hémorragies. Une observation de Guérard est particulièrement intéressante, parce qu'elle montre bien l'influence exercée par les adhérences utéro-pariétales faisant obstacle à la rétraction utérine. Une laparotomie suivie du décollement de ces adhérences put seule arrêter l'hémorragie contre laquelle tous les autres moyens avaient échoué.

e) *Conclusions.* — Nous pouvons donc dire que, dans la très grande majorité des cas, l'hystéropexie n'a pas d'influence nuisible sur l'évolution et sur la marche de l'accouchement: mais il y a hystéropexie et hystéropexie, et comme l'a dit mon maître, M. le prof. Pinard : « toutes les hystéropexies abdominales ne donnent pas les mêmes résultats et n'ont pas les mêmes conséquences au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. »

C'est ainsi que nous voyons certains procédés opératoires fournir une proportion considérable de dystocies graves; d'autres, au contraire, être presque inoffensifs.

Certains procédés paraissent, en effet, avoir des inconvénients tout particuliers. La fixation du fond (Léopold, Munde, Noble), surtout si elle est faite très près de la symphyse pubienne, est particulièrement fâcheuse en plaçant l'utérus en antéversion exagérée, en amenant un développement extrême de la paroi postérieure de l'utérus et en produisant parfois l'obstruction du détroit supérieur par la paroi antérieure ou le fond de l'utérus hypertrophiés. Nous ajouterons que, dans les cas où les adhérences sont restées solides, la fixation indirecte par un pédicule annexiel a pu ajouter à ces causes de dystocie la torsion de l'utérus sur son axe longitudinal.

De ces faits nous paraît ressortir l'indication de placer les fils utéro-pariétaux, ainsi que l'avait conseillé Laroyenne, uniquement sur la face antérieure de l'utérus et au-dessous de la ligne d'insertion des trompes, et de ne pas comprendre dans les sutures une surface trop étendue de la paroi utérine.

HYSTÉROPEXIE VAGINALE

Sensations douloureuses assez fréquentes, troubles de la miction, constituent de légères complications des grossesses qui succèdent à une hystéropexie vaginale, et nous ne nous y arrêterons pas plus que nous ne l'avons fait en ce qui concerne l'hystéropexie abdominale. Toutefois, la vagino-fixation paraît exercer sur la grossesse une influence plutôt défavorable (Demelin : 22 % d'avortements; Kustner, 37 %). Mais toutes les vagino-fixations ne sont pas comparables entre elles, et le mieux à faire est, avant tout, de rechercher quelles sont les causes habituelles de dystocie après la vagino-fixation.

Nous trouvons, d'abord, les présentations vicieuses, mais ce que nous constatons, surtout, c'est la fréquence de la rupture prématurée ou précoce, des membranes, l'antéversion et l'antéflexion exagérées de l'utérus, la déviation, parfois extraordinaire, du col.

Dans un vagin étiré, allongé de telle façon que le fond du cul-de-sac antérieur est inaccessible au toucher, la paroi anté-

rieure de l'utérus fait fréquemment saillie, sous forme d'une tumeur parfois volumineuse. Au fond du cul-de-sac postérieur se trouve le col, fortement dévié et remonté tellement que souvent le toucher manuel est nécessaire pour l'atteindre, et que parfois même il reste inaccessible, malgré le toucher manuel et la chloroformisation. Il est une particularité fréquemment notée, c'est l'épaisseur de la lèvre antérieure du col et la minceur de la lèvre postérieure, qui disparait même parfois presque complètement, attirée en haut par le développement de la paroi postérieure de l'utérus.

Nous trouvons donc ici, à un degré plus caractérisé, les mêmes causes de dystocie que nous avons rencontrées dans l'hystéropexie abdominale. Aussi, les accouchements difficiles et les interventions opératoires deviennent-ils plus fréquents.

L'extrême déviation de l'utérus ne compromet pas seulement, en effet, la marche de la dilatation, elle rend aussi, fréquemment, les interventions par les voies naturelles extrêmement difficiles et pénibles quand, toutefois, le col a pu subir une dilatation suffisante pour permettre l'introduction de la main ou des instruments, et encore faut-il ajouter à la résistance du col les difficultés qu'offre parfois au passage de la main un rétrécissement cicatriciel du vagin.

La fixation solide au vagin, et surtout la fixation du fond, mettant l'utérus en antéversion-flexion très marquée, paraissent avoir ici, comme dans l'hysteropexie abdominale, les conséquences les plus fâcheuses. Mais il est incontestable que la fixation haute ne constitue pas le seul élément capable d'occasionner la dystocie. Des adhérences très resistantes de la face antérieure peuvent produire, au moment de l'accouchement, des difficultés considérables.

Le bilan de la vagino-fixation peut donc se dresser ainsi:

Avortements fréquents, accouchements dystociques nombreux dus, pour la plupart, à l'extrême déviation du col, qui rend dans un certain nombre de cas l'intervention très difficile ou même impossible par les voies naturelles (11 opérations césariennes, de 1895 à 1903) et qui peut être la cause de rupture utéro-vaginale.

Le pronostic de l'hysteropexie vaginale apparaît donc comme nettement plus défavorable au point de vue obstétrical que celui de l'hysteropexie abdominale.

Il est certain que, dans cette opération, l'antéversion-flexion de l'utérus est sensiblement plus accusée que dans la plupart des hysteropexies abdominales.

Il est non moins certain que nous constatons presque tous les cas graves de dystocie en Allemagne, où l'hysteropexie vaginale est devenue une opération courante, ou nous voyons Martin et ses assistants la pratiquer comme terminaison habituelle de toute colpotomie (1000 vagino-fixations, de 1893 à 1899).

Le plus sûr, peut-être, serait, si toutefois on peut considérer la vagino-fixation comme absolument satisfaisante au point de vue de la statique utérine, de la réserver aux femmes qui n'ont plus à s'inquiéter de la maternité.

DISCUSSION

M. Lejars. — J'ai pratiqué 142 hystéropexies, dont 76 hystéropexies simples, pour intra-déviations utérines, et 66 fixations utérines complémentaires d'une intervention annexielle; je n'ai pu retrouver encore qu'un certain nombre de mes opérées, et je dois me borner à relater quelques faits qui me semblent démonstratifs et à en tirer quelques conclusions.

Quatre de mes anciennes opérées ont accouché normalement, à terme, sans que, d'ailleurs, l'adhérence utéro-pariétale ait cedé. Le premier cas remonte à 1896 : l'hystéropexie avait été pratiquée en mars 1895: l'accouchement eut lieu, en décembre 1896, dans le service de M. Budin; l'enfant, vivant et bien portant, pesait 3600 gr.; on put se rendre compte, avant le travail, que la face antérieure de l'utérus adhérait solidement à la paroi, dans sa partie inférieure, mais que les deux tiers supérieurs de l'organe étaient libres et franchement développés, et, à la suite de l'accouchement, que la cicatrice utéro-pariétale était restée intacte. Une seconde malade, opérée en 1897, accoucha, également à terme, en 1900, dans le service de M. Pinard : elle avait un rétrécissement du bassin, et l'accommodation pelvienne ne se fit pas pendant la grossesse, mais l'accouchement eut lieu aussi sans difficulté; toutefois, l'enfant, qui pesait 3150 gr., respirait difficilement, et succomba le lendemain. La troisième observation est heureuse de tous points : hystéropexie en 1896, accouchement, à terme, en novembre 1900, d'une fille bien vivante qui s'est parfaitement développée; et le quatrième fait est tout semblable.

J'ai revu quelques autres de mes anciennes opérées à un stade plus ou moins avancé de la grossesse, sans que j'aie de détails sur son issue; une autre, que j'ai revue récemment, a fait une fausse couche de deux mois, de cause inconnue; l'utérus est, d'ailleurs, bien fixé et non douloureux.

En rapprochant ces faits de ceux qui ont été publiés, il y a lieu d'admettre, il me semble, que l'hystéropexie, faite dans certaines conditions, est parfaitement compatible avec la conception, l'évolution normale de la grossesse et l'accouchement régulier. Ces conditions sont, avant tout, des conditions de technique, et je me suis toujours attaché à pratiquer la fixation utéro-pariétale basse, autrement dit à ne jamais placer de fil suspenseur au-dessus du niveau d'émergence des ligaments ronds et à laisser entièrement libre le dôme utérin. Sous cette réserve et en limitant l'intervention à ce segment déclive, je crois qu'il y a tout intérêt à réaliser une application large de l'utérus et de la paroi, et qu'une adhérence solide, médiane, continue, vaut mieux que les adhérences lâches de la pseudo-mobilité.

Toutefois, on ne saurait oublier que l'hystéropexie place toujours l'utérus, organe naturellement mobile, dans une situation un peu anormale; que, d'autre part, les adhérences fixatrices peuvent, dans certaines conditions, s'étendre au-delà de la zone opératoirement fixée; que des accidents de grossesse et d'accouchement ont été observés; et, pour toutes ces raisons, s'il y a lieu de tenir la fixation utéro-pariétale, bien faite, pour une opération efficace et légitime, il est sage également d'en limiter et d'en préconiser les indications de la façon suivante :

1° Lors de lésions bilatérales des annexes combinées à la rétro-déviation, l'hystéropexie doit céder le pas à l'hystérectomie complémentaire; hormis le cas, toutefois, où, chez une jeune femme, l'un des ovaires est sain et peut être conservé;

2° Lors de lésion unilatérale des annexes, l'hystéropexie ne saurait être tenue pour un complément normal de la salpingectomie, suivant la pratique de quelques chirurgiens; elle doit avoir ses indications propres, en réalité médiocrement fréquentes; en tous cas, elle sera toujours préférée à la fixation indirecte par l'intermédiaire d'un pédicule annexiel;

3° Lors de rétro-déviation simple, mobile, l'hystéropexie doit très souvent faire place aux procédés de fixation indirecte par les ligaments ronds, et spécialement par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments;

4° Enfin, la rétro-déviation, et surtout la rétroflexion ancienne, largement adhérente, avec gros utérus, qu'elle soit isolée ou combinée à une lésion annexielle, reste l'indication principale de l'hystéropexie, et l'on devra toujours recourir à l'hystéropexie basse comme à la technique la plus apte à sauvegarder le fonctionnement de l'utérus.

M. Le Fort (Lille) rapporte un fait de grossesse normale après hystéropexie. L'accouchement a été fait par M. Vauverts, qui a noté un éclatement du col malade et hypertrophié (il s'agissait d'un prolapsus utérin avec hypertrophie du col). L'hystéropexie n'a exercé aucune influence fâcheuse sur la grossesse et l'accouchement. La malade a été revue depuis; l'utérus tient solidement à la paroi. L'hystéropexie, pour être peu dangereuse au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, doit être basse. M. Le Fort a utilisé vingt-deux fois un procédé personnel qui lui a toujours donné de bons résultats; chez toutes les malades revues, même à distance, l'utérus tient solidement à la paroi. Il s'agit d'un procédé de suture sous fils perdus. Des anses doubles de crin de Florence sont passées dans l'utérus comme dans le procédé de Legueu, et ressortent au dehors à travers la paroi abdominale où on les fixe sur des drains (suture enchevillée).

M. Doléris (Paris). — Un premier point

du rapport m'a frappé, c'est l'extraordinaire audace de plusieurs procédés d'hystéropexie, leur ignorance du but physiologique à atteindre qu'il révèle. Ce sont des choses qui appellent une sanction, un verdict, et le dédain n'est pas suffisant à l'égard de ces opérations, qui condamnent l'utérus à une forme anormale, antiphysiologique.

De parti pris, je laisserai donc de côté tout ce qui a rapport aux hystéropexies vaginales, et je ne parlerai que de l'hystéropexie abdominale,faite avec des procédés acceptables, comme celui de Lejars. Même dans ces conditions, c'est une opération à indications très limitées, car si elle ne tient pas,elle est inutile, et si elle tient, en élevant le col elle place l'utérus en situation anormale.

J'ai suivi 31 femmes enceintes que j'avais hystéropexiées par des méthodes basses, et n'ai rien constaté chez elles d'anormal, soit dans la grossesse, soit dans l'accouchement. Chez six femmes grosses,qui avaient subi la même intervention du fait d'autres opérateurs, je n'ai constaté que les petits faits habituels: lenteur dans l'engagement de la tête, instabilité de la présentation. Pourtant, dans un cas,il y eut une infection qui m'a semblé due à la stagnation des lochies, à la difficulté du lavage par suite de la coudure post-opératoire de l'utérus.

Quant au rôle que l'on fait jouer aux hystéropexies comme cause d'avortement, il ne me semble pas démontré par les statistiques, car dans mon service de Boucicault il y a 30 °/o d'avortements et il ne s'agit pas d'hystéropexiées.

Pour ce qui est des présentations vicieuses, l'influence de l'hystéropexie est plus acceptable. Il ne faut pas oublier, du reste, que les femmes hystéropexiées ont, en général, d'autres lésions génitales que la rétro-déviation.

Les pexies ligamentaires sont bien plus normales que la ventro-fixation. Je ne sais pourquoi on abandonne, en France, l'Alexander, alors qu'en Amérique on y revient de plus en plus. C'est une opération physiologique. J'en possède 104 cas dans lesquels il n'y a jamais eu le moindre accident d'accouchement, ce qui était à prévoir puisqu'après l'opération l'utérus reste dans sa situation physiologique.

Le raccourcissement du ligament rond, par la voie intra-abdominale, est encore supérieur, parce qu'il supprime la partie affaiblie de ce ligament,c'est-à-dire celle qui répond au canal inguinal; on change l'insertion abdominale, on la porte sur un point solidement fixé; en agissant ainsi on a une grande solidité. On peut l'augmenter encore en créant un nouveau canal inguinal par transfixion des muscles et de l'aponévrose.

Je possède 9 cas de raccourcissement intra-abdominal du ligament rond, qui ont été suivis de grossesse; dans tous l'utérus a subi l'ascension normale et l'accouchement a été normal. Dans un cas l'opération a été faite au cours de la grossesse, dont la marche n'a nullement été troublée et l'utérus a évolué normalement.

Ces faits jugent la question et sont de nature à faire abandonner l'hystéropexie, opération antiphysiologique, pour le raccourcissement intra-abdominal du ligament rond, car cette intervention répond à toutes les indications.

M. Guillemet. — Je fus appelé bon troisième — après une sage-femme et un confrère — auprès d'une femme accouchée depuis dix jours et atteinte de salpingite suppurée. Le ventre ouvert, on trouva la corne gauche de l'utérus tellement altérée qu'on dut réséquer cette portion de l'organe, qui fut fixée dans la plaie. Résultat opératoire excellent.La femme devint, ultérieurement, enceinte; elle mena sa grossesse à terme et l'accouchement fut normal. Sept ans après elle redevint de nouveau enceinte et cette fois l'accouchement fut si rapide que j'arrivai après la venue de l'enfant.Voilà, donc, un cas d'hystéropexie latérale, où cette opération n'eut aucune suite fâcheuse,tant sur les grossesses que sur les accouchements consécutifs.

M. Richelot. — Je suis étonné du grand nombre d'hystéropexies pratiquées par certains chirurgiens. Pour ma part, je ne fais pas cette opération à la suite de l'ablation des annexes, sauf dans des cas exceptionnels.

En tout cas, les grosses réserves qu'il faut faire sur les conséquences de l'hystéropexie,au point de vue des grossesses consécutives, suffisent à faire condamner cette opération. J'ai été dédaigneux de l'Alexander. J'ai eu tort. Ma conduite actuelle est la même que celle de M. Doléris. Laparotomie sur la ligne médiane : je traite les annexes, s'il y a lieu. Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond par le procédé primitif de Doléris — le second est inutilement compliqué — on coude le ligament sans le dépouiller de son péritoine,on l'incorpore dans la plaie. La solidité ainsi obtenue est très suffisante.

La maladie de Barlow

M. E. Ausset (Lille), *rapporteur*.

I. — ÉTUDE CLINIQUE.

Un bébé de huit à onze mois est conduit au médecin parce qu'il pâlit depuis quelque temps, pousse des cris dès qu'on le touche, paraît d'une sensibilité extrême au niveau d'un ou plusieurs de ses membres, qu'il tient fléchis, immobiles, en apparence paralysés.

Si l'on examine cet enfant avec attention, on constate qu'il est, en effet, très anémié, qu'on ne peut l'approcher ou faire mine de le toucher sans qu'il se mette à crier; dans son lit, il reste immobile, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. Si l'on examine attentivement ces membres, on constate que sur l'un d'eux ou sur plusieurs existe une tuméfaction, dure, nettement osseuse, faisant absolument corps avec l'os, siégeant le plus habituellement au point de jonction de la diaphyse et de l'épiphyse, formant comme une sorte de manchon autour de l'os. On constate, de ci de là, sur les membres, des taches ecchymotiques, purpuriques; les gencives sont gonflées, bourgeonnantes tout autour des dents, et saignent au moindre contact. Il y a de la diarrhée; la faiblesse est extrême; le malade semble en voie de cachexie; la température, souvent normale, peut s'élever jusqu'à 39°.

Abandonnés à eux-mêmes, les accidents s'aggravent de plus en plus; l'évolution est généralement très lente; mais elle mène toujours, dans ces conditions, l'enfant à une issue fatale, et il succombe soit à la cachexie, soit à des complications quelconques intercurrentes. Si, au contraire, un traitement approprié intervient à temps, on voit, avec plus ou moins de rapidité, suivant l'intensité et l'ancienneté des accidents, l'enfant revenir progressivement à la santé.

Tel est le tableau classique d'un cas de maladie de Barlow, ou du scorbut infantile. Mais s'il est assez facile de faire le diagnostic dans ces conditions, il est des cas fréquents où le tableau symptomatique est beaucoup plus restreint, limité quelquefois même à de la simple pseudo-paraplégie ou à une hématurie; de telle sorte qu'il convient d'examiner avec quelques détails les manifestations cliniques de ce curieux syndrome.

Les douleurs violentes et les troubles de la motilité ont une importance considérable dans le diagnostic des cas frustes. Lorsqu'on nous conduira un enfant, un nourrisson, parce que, depuis quelque temps, il souffre beaucoup et crie lorsqu'on touche à ses membres, les inférieurs généralement, lorsqu'on constatera que cet enfant, qui commençait à marcher,qui marchait même déjà, refuse absolument de se tenir debout, si l'on prend soin d'éliminer la pseudo-paralysie syphilitique, ce qui est très facile, on devra immédiatement songer au début d'une maladie de Barlow.

Si l'on interroge minutieusement la famille on constatera que, depuis un certain temps, et antérieurement aux accidents actuels,existaient des troubles de la santé générale et un état d'*anémie* sans cesse croissante.

Avec cette anémie, l'hyperesthésie que nous notions tout à l'heure et l'impotence fonctionnelle, on doit faire le diagnostic de maladie de Barlow sans avoir besoin d'attendre l'apparition des hémorragies, et en particulier les hématomes sous-périostés.

Les hématomes sous-périostés, et, d'une façon générale, les lésions osseuses, sont absolument caractéristiques.

Le plus habituellement les hématomes sous-périostés sont multiples, et si l'on se trouvait en face d'un hématome unique, sans autre signe de maladie de Barlow, il faudrait être très réservé, car souvent alors il s'agit d'une fracture sous-périostée banale. Une fois qu'il s'est

produit un hématome, on ne tarde pas à en voir apparaître de nouveaux : c'est au niveau des membres douloureux primitivement, et qui semblaient affectés de paralysie, qu'on les voit se manifester le plus habituellement. On constate une sorte de gonflement fusiforme de l'os, parfois très étendu, siégeant souvent au niveau des points diaphyso-épiphysaires, mais pouvant aussi envahir la plusgrande partie de la diaphyse ; le décollement périostique est alors considérable. Au niveau de ces hématomes on constate que la peau est tendue, luisante, et parfois œdématiée ; la coloration cutanée est normale.

Les os du thorax sont rarement atteints. A la tête, on peut trouver des hématomes dure-mériens ; mais ce que l'on voit encore assez fréquemment, c'est une hémorragie sous-périostée orbitaire qui donne de l'exophtalmie, de l'ecchymose palpébrale supérieure, sans lésion de la conjonctive. L'apparition rapide de l'exophtalmie sera très utile pour le diagnostic.

Les fractures sont plutôt rares ; elles siègent au niveau des hématomes, et le plus habituellement sont constituées par un véritable décollement diaphyso-épiphysaire.

Les articulations sont moins souvent atteintes que les os. Toutefois, on peut noter un gonflement péri-articulaire qui, dans beaucoup de cas, a été la cause d'erreurs de diagnostic, et qui a fait penser que les enfants étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu. Au reste, on note assez souvent, sur les membres malades, un œdème, généralement dur, très étendu, pouvant envahir le membre jusqu'à sa racine.

Les lésions gingivales sont un des symptômes les plus fréquents, si l'enfant a des dents. Les gencives deviennent violacées, turgescentes, fongueuses, ulcérées ; elles saignent au moindre contact et si l'altération de la muqueuse est tant soit peu ancienne, on note de la fétidité de l'haleine.

Au niveau de la peau, les hémorragies sont également très fréquentes ; on les rencontre peut-être encore plus fréquemment que les hémorragies sous-périostées. Elles sont constituées par de petites taches purpuriques ; mais elles peuvent aussi exister sous forme de larges ecchymoses grandes comme des pièces de un franc.

Les hémorragies viscérales sont plus rares, mais présentent une grande importance au point de vue du diagnostic. Elles se rencontrent sous la forme d'hématémèse ou de mœlena ; elles peuvent constituer l'unique symptôme de la maladie.

On a signalé aussi des épistaxis, des hémorragies musculaires siégeant au niveau des hématomes sous-périostés.

Enfin, des enfants n'ont présenté pour tout symptôme de scorbut que l'hématurie. Evidemment, il faut ici bien prendre garde à ne pas errer dans le diagnostic et à ne pas prendre une néphrite aiguë pour une maladie de Barlow. On sait, en effet, que chez les enfants la néphrite aiguë s'accompagne souvent d'hématurie.

L'état des voies digestives est important à considérer, car tous ou presque tous ces enfants sont soumis à des alternatives de diarrhée et de constipation ; ce sont des dyspeptiques anciens, ce sont des suralimentés ou des alimentés précocement avec des soupes, des bouillies, des panades ; ce sont des malades qui font des fermentations gastro-intestinales.

En même temps qu'évoluent tous ces signes cliniques, l'anémie fait de plus en plus de progrès, l'amaigrissement s'accentue, l'anorexie apparaît, l'enfant se cachectise, et si la thérapeutique n'intervient pas à temps, il succombe dans le marasme, ou au cours d'une complication intercurrente quelconque.

II. — Pathogénie.

Si l'on est tout à fait d'accord sur les phénomènes cliniques, les divergences se montrent, considérables, lorsqu'il s'agit d'interpréter lesdits phénomènes, et surtout lorsqu'on veut en rechercher la nature.

Les uns identifient complètement cette maladie avec le scorbut de l'adulte et affirment que, seule, la privation d'aliments frais, la nourriture avec des aliments dénués de propriétés antiscorbutiques, est susceptible de faire apparaître les accidents ; d'autres prétendent qu'il s'agit d'une véritable complication du rachitisme, voire même d'une forme spéciale, d'un rachitisme hémorragique ; d'autres, enfin, pensent que ce syndrome n'est autre que la manifestation d'une auto-intoxication, ou d'une intoxication exogène, ou d'une infection hémorragique, ayant son analogue, en pathologie animale, dans les septicémies hémorragiques que sont le choléra des poules, la pneumo-entérite des porcs, etc.

Nous allons examiner dans quelles conditions se montre la maladie de Barlow et nous tâcherons d'en déduire l'étiologie de cette affection.

Un premier point est acquis : dans la plus grande majorité des cas l'apparition du syndrome de Barlow est précédée de troubles dyspeptiques, de gastro-entérite.

On a incriminé d'une façon spéciale telle ou telle alimentation. C'est à tort. Il est incontestable que parmi les enfants atteints un grand nombre recevaient des farines, des préparations de conserve. Mais il n'y a pas besoin de prêter à ces aliments un rôle spécifique, il suffit de se rappeler qu'ils sont de digestion bien plus pénible que le lait, s'altèrent souvent du fait de leur ancienneté, et par suite prédisposent aux troubles gastro-intestinaux. Nous pensons aussi que les vaches nourries avec des betteraves, des drêches, des résidus de sucrerie et distillerie, peuvent donner un lait très toxique susceptible de produire les troubles qui nous occupent. Dans une autre série de faits, on incrimine les laits maternisés ou condensés et enfin le lait stérilisé. Dans la plupart des cas où le lait stérilisé est incriminé, il s'agit du lait stérilisé dans la famille, par le procédé du bain-marie, avec l'appareil type Soxhlet par exemple. Mais les laits traités dans les familles sont quelconques, achetés n'importe où, provenant des fermes où les animaux sont nourris n'importe comment, ou plutôt sont souvent nourris avec les résidus toxiques dont nous parlions plus haut. Les laits stérilisés industriellement, au contraire, proviennent presque tous de fermes modèles où les animaux sont à peu près exclusivement nourris avec des fourrages. On s'expliquerait dès lors pourquoi, avec les premiers laits toxiques, on observerait plus souvent la maladie de Barlow ; pourquoi M. Variot, qui a une si grande expérience du lait stérilisé industriellement, ne l'a jamais vu causer ces accidents ; pourquoi nous-même, alors qu'avant de nous servir du lait pasteurisé nous employions le lait stérilisé industriellement, nous ne les avions non plus jamais observés. Dans les faits personnels que nous avons publiés, nous n'avons jamais pu incriminer la stérilisation proprement dite.

M. Netter, se basant sur l'action du jus de citron dans le scorbut, voit dans les modifications imposées au citrate de chaux du lait par la stérilisation, des conditions très favorables à l'apparition de la maladie de Barlow. Mais les citrates alcalins ne jouent pas dans le lait ce rôle antiscorbutique, mais un rôle purement physique. Des travaux récents montrent, en effet, que ces sels intéressent la formation plus ou moins rapide du coagulum du lait.

Dans le cas de Crandall un enfant de six semaines, nourri au sein, prenait comme antiscorbutique, avant chaque tétée, une cuillerée à café de crème fraîche. Dans le cas de Huber, au contraire, l'usage de la crème fraîche détermina l'apparition de la maladie de Barlow.

Tandis que Cheadle dit que la pomme de terre est antiscorbutique, cet aliment causa la maladie dans le fait observé par le Dr Choquet.

La même alimentation serait donc tantôt curative, tantôt pathogène !

Véritablement, peut-on, après cela, incriminer la nature de l'aliment !

Examinons maintenant les relations qui peuvent exister entre la maladie de Barlow et le rachitisme.

Ce n'est que dans un tiers des cas de maladie de Barlow que l'on ne trouve pas notées de tares rachitiques. Est-ce à dire que dans le tiers où l'on n'a rien noté, le rachitisme n'existait pas ? Nous ne le croyons pas. En effet, nous sommes bien tous d'accord sur ce point que le rachitisme évolue déjà depuis longtemps avant de créer des lésions osseuses cliniquement appréciables. Donc, pour dire qu'un enfant, dyspeptique chronique — comme le

sont tous ou presque tous les Barlowiens — n'est pas en cours d'évolution rachitique, il nous faudrait trouver noté l'état de son foie, de sa rate, de ses ganglions périphériques, de son estomac, etc., toutes choses qui ne sont qu'exceptionnellement signalées. Il y a, en outre, quelques observations où l'on a vu évoluer le rachitisme consécutivement à l'apparition de la maladie de Barlow.

On a dit que les accidents hémorragiques de la maladie de Barlow guérissaient rapidement, tandis que le rachitisme continuait à évoluer. Cela ne signifie absolument rien. En effet, est-ce qu'une scarlatine, une fièvre typhoïde, une maladie infectieuse quelconque à forme hémorragique, ne continue pas à évoluer lorsque on a pu parvenir à guérir les accidents hémorragiques? Pourquoi veut-on qu'il n'en soit pas ainsi pour le rachitisme?

Un des arguments les plus impressionnants en faveur de la théorie scorbutique est la guérison rapide par le traitement antiscorbutique classique. Nous ferons d'abord remarquer que jamais l'on ne se borne à faire uniquement ce traitement; on modifie en même temps l'hygiène alimentaire, on règle les repas, on regularise les tétées. Voici un fait personnel qui mérite qu'on s'y arrête. Il s'agit d'une enfant qui était au sein quand apparurent les premiers symptômes. Je la mis au traitement antiscorbutique, en même temps que j'instituai une alimentation hygiénique appropriée. L'amélioration fut très lente. Au bout de vingt jours, je supprime le traitement antiscorbutique et j'institue de grands lavages intestinaux et un traitement antiseptique gastro-intestinal. L'amélioration continue, beaucoup plus rapide, et au bout de dix jours l'enfant est guérie.

Au reste, les observations sont assez nombreuses où malgré le traitement antiscorbutique la guérison fut assez longue à obtenir, et nous sommes persuadé, en tous cas, que si les hémorragies cèdent assez vite, l'anémie et l'amélioration de l'état général sont bien plus longues à obtenir.

Nous pensons que l'on pourrait bien considérer la maladie de Barlow, non pas à proprement parler comme une manifestation du rachitisme, mais plutôt comme « une complication hémorragique de même nature que le rachitisme », c'est-à-dire d'origine toxi-infectieuse gastro-intestinale. Le rachitisme jouerait ici le rôle de prédisposant; le terrain serait tout prêt de par la gastro-entérite chronique, de par les accidents dyspeptiques, pour l'éclosion d'une infection à type hémorragique spécial, pour l'apparition du scorbut, si l'on tient absolument à faire de la maladie de Barlow une forme infantile du scorbut de l'adulte.

Nous pensons que la maladie de Barlow est une véritable infection à forme hémorragique, du même type que les infections dites septicémiques hémorragiques qu'on observe chez certains animaux.

Il existe chez les animaux tout un groupe d'affections hémorragiques qu'on a groupées sous le nom de pasteurelloses et qui sont dues à une bactérie en forme de bâtonnet ovoïde. Certaines de ces affections, dénommées à tort du nom de septicémies hémorragiques, ce qui implique l'idée d'une évolution suraiguë, ont une évolution très lente, insidieuse, compatible pendant longtemps avec l'apparence de la santé, et cachectisant cependant à la longue l'animal qui en est atteint.

Nous citerons : la pneumo-entérite du jeune porc, qui débute si souvent par des douleurs juxta-articulaires, quelquefois du gonflement, par de la boiterie et par des taches rouges sur la peau (probablement du purpura); la maladie des jeunes chiens et des jeunes chats, dans laquelle on voit souvent des phlyctènes contenant de la sérosité purulente, comme chez le petit malade de M. Lenoble; la diphtérie aviaire, qui débute souvent par de la boiterie.

Toutes ces manifestations se produisent toujours chez les jeunes animaux; elles sont encore assez mal étudiées au point de vue anatomo-pathologique; mais elles n'en sont pas moins caractéristiques si on les rapproche de l'évolution clinique de la maladie de Barlow qui, on le sait, débute aussi par de la douleur des membres, et de l'impotence fonctionnelle, et des pétéchies.

D'autre part, ces pasteurella ont été retrouvées dans divers organes d'individus atteints de scorbut, par le professeur Lewine, de Saint-Pétersbourg.

Le microbe que Lewine a trouvé chez ses malades ne peut être identifié, au point de vue de la virulence, à celui observé chez les animaux; c'en est une variété à part qui s'est acclimatée dans l'organisme humain (*Bacillus hæmosepticus hominis*); en effet, après une série de passages par le corps de divers animaux, il a pu transformer le microbe du scorbut, au point de vue de la virulence, en celui du choléra des poules ou de la septicémie des lapins, c'est-à-dire en un microbe typique de septicémie hémorragique.

Ce bacille est très répandu dans le monde extérieur, et mène une vie saprophyte dans le milieu où nous vivons; on le trouve dans l'eau, dans le sol, dans les eaux-mères des conserves de viandes.

Ces considérations jettent un jour tout nouveau sur l'épidémiologie du scorbut; on a, jusqu'à maintenant, incriminé la privation d'aliments frais et l'emploi de conserves alimentaires, sans se préoccuper des éléments bactériologiques que peuvent contenir ces conserves. D'après les recherches si probantes de Lewine, le scorbut ne serait pas dû à la privation d'aliments frais; il serait le résultat d'une toxi-infection endogène ou exogène, soit que les pasteurella, causes de la maladie, soient apportées à l'organisme par un aliment altéré, soit qu'à la faveur d'une alimentation vicieuse, ces pasteurella, qui sont des saprophytes habituels de notre intestin, exaltent leur virulence, traversent la paroi intestinale et vont se répandre dans le sang, y produisant des accidents hémorragiques comme elles ont l'habitude d'en produire dans toute la série animale. Intervient-il un traitement hygiénique et alimentaire approprié? le milieu gastro-intestinal se trouve modifié, la nutrition de l'individu également, et ces pasteurella, si rarement pathogènes chez l'homme qu'elles habitent ordinairement, sont bientôt terrassées, et le malade guérit.

Si l'on veut bien admettre cette théorie que la maladie de Barlow est une infection hémorragique du type pasteurellose, on s'expliquera pourquoi on la voit surtout chez les rachitiques, chez les dyspeptiques chroniques. Chez ces enfants, qui ont l'intestin malade, les microbes pullulent, tour à tour virulents ou saprophytes; à un moment donné ils traversent l'intestin, créent l'infection généralisée à type hémorragique, parce que ces pasteurella sont des bactéries qui font toujours des hémorragies quand elles sont virulentes.

Enfin, l'examen du sang prouve qu'il s'agit bien, en réalité, d'une réaction spécifique d'infection.

III. — Traitement

Il est évident qu'en changeant l'alimentation du malade on doit très rapidement améliorer et guérir son affection.

Si c'est l'aliment de conserve qui est la cause de tout, parce qu'il porte le microbe causal de la maladie, l'aliment frais qui le remplace transformera bientôt la scène clinique. Si c'est la mauvaise alimentation, la mauvaise hygiène qui, en créant des troubles digestifs chroniques, ont constitué un milieu propice à l'exaltation de virulence et à la pullulation des bactéries, une réglementation de cette alimentation transformera le milieu intestinal, et par suite sera des plus efficaces contre les accidents morbides.

Nous ne voyons aucun inconvénient à ce que l'on administre aux enfants des aliments antiscorbutiques, bien que nous croyons difficilement que ce soit le jus de citron, le jus de viande, les pommes de terre, etc., qui soient, à eux seuls, susceptibles de guérir l'enfant.

Mais ce que nous considérons comme bien plus utiles dans la thérapeutique de cette affection, c'est la bonne et sévère réglementation de l'hygiène alimentaire, la désintoxication gastro-intestinale, l'antisepsie du tube digestif.

Nous conseillerons donc de soumettre tout d'abord les enfants au régime lacté absolu. On leur donnera le lait aussi peu altéré que possible par le surchauffage. Les prises de lait seront bien réglées et bien dosées suivant l'âge.

L'antisepsie intestinale sera réalisée d'abord par une dose purgative de calomel, cinq, dix centigrammes, suivant l'âge; puis, les jours suivants, on pourra prescrire le benzo-napthol, ou même en-

core quelques milligrammes de calomel.

On fera matin et soir de grandes irrigations intestinales avec le bock et la sonde de Nélaton; l'eau bouillie suffira le plus souvent; on pourra y adjoindre 1 gramme d'hyposulfite de soude pour 1 litre d'eau, à titre antiseptique.

L'enfant sera conduit, si possible, à la campagne, au grand air; il sera soumis à la propreté la plus minutieuse par des bains journaliers. Une fois la période douloureuse passée, on fera bien de lui faire tous les jours des frictions aromatiques sur tout le corps; elles auront pour but de mieux faire fonctionner sa peau et d'activer ses échanges nutritifs.

Au niveau des hématomes, il n'y a absolument rien à faire, si ce n'est d'immobiliser les membres et de ne pas chercher à trop les explorer, car ils sont très fragiles, et l'on pourrait provoquer des fractures.

Au niveau des gencives saignantes, on fera plusieurs fois par jour des attouchements antiseptiques à l'eau boriquée ou même à la liqueur de Labarraque à 15 ou 20 ‰.

DISCUSSION

M. Comby (Paris). — Sans discuter les observations personnelles de M. Ausset et celles qu'il a prises dans la littérature étrangère, je dirai pourtant que celles-ci sont très exceptionnelles et je me bornerai, pour la discussion, à l'étude des faits que j'ai personnellement observés et qui sont au nombre de sept.

1° Garçon de treize mois. Allaitement artificiel avec le lait maternisé. Pseudo-paraplégie douloureuse prise pour du rhumatisme. Guérison en quinze jours par la diète antiscorbutique.

2° Garçon de onze mois. Scorbut infantile grave avec purpura; fongosités gingivales, hématomes sous-périostés multiples. Usage prolongé et exclusif du lait maternisé. Guérison en un mois par le traitement antiscorbutique.

3° Garçon de neuf mois et demi. Hématome sous-périosté de la cuisse droite pris pour du rhumatisme articulaire aigu. Lait maternisé. Guérison en un mois par la diète antiscorbutique.

4° Fille de dix-neuf mois. Forme grave et prolongée de scorbut infantile avec œdème des membres et purpura. Nombreuses erreurs de diagnostic. Usage prolongé de lait stérilisé de Val-Brenne. Guérison en trois semaines par la diète antiscorbutique.

5° Garçon de sept mois et demi. Usage exclusif de lait maternisé. Hématome fémoral droit pris pour une ostéopathie syphilitique. Ecchymoses gingivales. Guérison complète en un mois par la diète antiscorbutique.

6° Fille de neuf mois. Lait maternisé. A partir du huitième mois, légers symptômes de scorbut, douleurs et inertie des jambes, ecchymoses gingivales. Guérison en quinze jours par le traitement antiscorbutique.

7° Garçon de dix mois. Usage de lait stérilisé de Val-Brenne pendant cinq mois; pseudo-paraplégie douloureuse et ecchymoses gingivales. Guérison en quinze jours par la diète antiscorbutique.

En résumé, sur 7 observations, je compte cinq garçons de sept mois et demi, neuf mois et demi, onze mois, treize mois, et deux filles âgées de neuf et dix-neuf mois. Tous sont devenus scorbutiques par l'usage exclusif et prolongé pendant cinq, six, sept, huit, dix mois, d'un lait de conserve, lait stérilisé et modifié. Le lait coupable a été cinq fois le *lait de Gartner* ou *lait maternisé*, et deux fois le lait stérilisé de *Val-Brenne*. Je n'ai pas, jusqu'à ce jour, observé personnellement de scorbut chez les enfants faisant usage de lait pur stérilisé industriellement ou à domicile de lait bouilli, etc... Je suis donc porté à mettre au premier rang des scorbutigènes les *laits modifiés*, quand ils sont employés exclusivement et longtemps.

Dans six cas sur sept, le début des accidents s'est fait, dans la première année, entre sept mois et treize mois. Il a presque toujours été marqué par une impotence fonctionnelle, pseudo-paralysie des membres inférieurs accompagnée de douleurs au moindre mouvement. Ces douleurs, cette impotence font penser au *rhumatisme*, à une paralysie *spinale*, et quand l'hématome sous-périosté du fémur apparaît, on songe à une ostéomyélite, à un sarcome, à une ostéopathie syphilitique. Tous mes malades avaient des dents et, par suite, présentaient sur les gencives ces fongosités saignantes ou ces ecchymoses qui sont pathognomoniques. Quand le diagnostic est douteux, l'examen de la bouche a une très grande valeur.

Les stigmates rachitiques ont été légers quand ils n'ont pas manqué d'une façon absolue. Il n'est pas étonnant, d'ailleurs, de rencontrer un trouble nutritif aussi banal chez des enfants allaités artificiellement.

Il faut bien savoir que le pronostic du scorbut infantile est favorable, mais à une condition: que la maladie soit reconnue. Pensez au scorbut, et vos petits malades seront guéris en quelques jours. Dans le cas contraire, l'issue de la maladie peut être funeste. Tous mes malades ont guéri complètement en quinze jours, trois semaines, un mois, suivant la gravité des cas, par la simple diète antiscorbutique, que tout le monde connaît: lait cru ou bouilli remplaçant le lait de conserve, purée de pommes de terre, jus d'orange ou de raisin. Sous l'influence de ce changement de régime, l'enfant retrouve presque instantanément la force qui lui manquait, la gaieté qui l'avait fui; il ne souffre plus, ses hématémèses se résorbent, ses ecchymoses disparaissent. C'est une véritable résurrection, qui confirme le diagnostic de scorbut infantile et éclaire d'une lumière éblouissante la nature de la maladie.

M. Guinon (Paris). — Nous faisons peu de progrès dans l'étude de la maladie de Barlow. Tout d'abord, nous avons tout attribué au lait stérilisé, et, quoique persuadés encore que c'est là une cause fréquente, nous avons néanmoins, à ce point de vue, quelque peu modifié nos idées.

Dans beaucoup de cas, on ne constate aucuns troubles digestifs et, à l'encontre de M. Ausset, je reste partisan des bouillies bien faites pour l'enfant dans une partie de sa première année, et, dans ces conditions, les enfants n'ont pas de troubles digestifs; j'insiste sur le mot bouillies bien faites et données physiologiquement.

Un de mes petits malades prenait du lait stérilisé, il n'avait pas de troubles digestifs, le régime antiscorbutique l'a guéri en cinq jours.

Chez un seul de ces enfants, un petit névropathe qui supportait mal le lait, il y a eu des troubles digestifs, encore ont-ils été secondaires. Au surplus, il n'y a pas de proportion entre la fréquence des troubles digestifs chez les enfants et la rareté de la maladie de Barlow.

Au point de vue étiologique, il faut prendre en considération l'origine infectieuse, quoiqu'elle ne soit pas encore bien nettement établie. Quant aux troubles digestifs, nous venons d'en parler.

L'altération des aliments paraît devoir être invoquée, mais comment expliquer l'origine de la maladie chez les enfants nourris au sein?

Il est vrai de dire que je n'en ai jamais vus et que, dans ces cas, il faut s'assurer si le diagnostic était bien établi.

Comme M. Comby, je crois que le traitement est la pierre de touche de la maladie de Barlow qui, malgré ses aspects, n'est pas le purpura.

M. Oui (Lille). — M. Ausset, dans son intéressant rapport, a incriminé le lait des vaches nourries avec des drèches ou des pulpes de betteraves. Les cas qu'il cite viennent à l'appui des cas graves d'intoxication signalés par Demme, Roskany, Marfan, Daremberg et par moi-même.

Les chimistes savent bien que l'alimentation par les pulpes de distillerie a pour résultat le passage d'acides organiques dans le lait; de même, les éleveurs n'ignorent pas l'action néfaste de ce lait sur les jeunes veaux, dont la mortalité augmente considérablement. Avec les aliments naturels, foin, betteraves, son, paille, avoine, la mortalité diminue des trois quarts, les diarrhées sont rares. Le lait est moins abondant, mais la qualité est toute autre. De là, comme je l'ai dit, la nécessité de recueillir le lait stérilisé industriellement aux pays de pâturage et non sur les talus des fortifications.

Je n'ai point de documents qui me permettent d'accuser ces laits adultérés d'être indirectement scorbutogènes, mais peut être cette question pourrait-elle être élucidée si ceux de nos confrères qui observent des cas de maladie de Barlow, voulaient bien enquêter pour savoir comment sont nourries les vaches qui ont fourni le lait accusé à tort ou à raison d'être la cause de la maladie.

Je suis, pour ma part, très heureux que Ausset ait cru devoir insister à nouveau sur un fait dont j'ai, après d'autres d'ailleurs, signalé, il y a deux ans, l'importance. L'innocuité du lait stérilisé industriel, en ce qui concerne la maladie de Barlow, ne fait pour moi aucun doute. Des recherches ultérieures permettront sans doute de reconnaître le rôle de l'alimentation des vaches dans la genèse de cette maladie.

M. Derocque (Rouen). — Dans le seul cas de maladie de Barlow que j'ai observé, l'enfant était nourri au lait maternisé, il n'avait pas de troubles digestifs et n'en a présenté qu'avec le régime antiscorbutique qui, d'ailleurs, l'a rapidement guéri.

M. Ausset. — MM. Comby et Guinon font grand état au point de vue étiologique des résultats de l'enquête américaine, et ils veulent la négliger dans les considérations cliniques. Mais je ne veux m'occuper que du cas publié par moi en septembre 1903 dans la *Pédiatrie pratique*, que j'ai présenté à la Société de médecine du Nord et pour lequel il ne peut y avoir le moindre doute dans le diagnostic (hématomes sous-périostés, hémorragies gingivales, paraplégie douloureuse). Or, cet enfant était nourri au sein avec adjonction de panades et de lait bouilli. Il n'était donc pas privé de lait frais.

Au sujet de l'efficacité thérapeutique comme signe diagnostique, c'est un peu une pétition de principes que fait M. Guinon. Pour faire de cette efficacité thérapeutique un signe diagnostique primordial, il faudrait d'abord nous démontrer qu'il s'agit bien de scorbut.

(*A suivre.*) GRANJUX.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(Session annuelle, tenue à Paris du 7 au 9 avril 1904).

La Société obstétricale de France a tenu sa session annuelle les jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 avril 1904, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le fauteuil de la présidence a été occupé par MM. les Drs **Porak** et **Ch. Lefour**, vice-présidents pour cette année.

Séance du jeudi matin

Grossesse et dystocie chez une femme ayant un rein mobile descendant dans l'excavation

MM. Salemi et **Nantard** (Nice). — Il s'agit d'une femme ayant un bassin rachitique et un placenta prævia ; de plus, le rein est descendu dans l'excavation ; l'enfant, vivant et pesant 3200 gr., est extrait par version. Les auteurs ont trouvé dans la science plusieurs cas du même genre.

M. Maire (Vichy). — Pour déceler le rein, nous conseillons de faire prendre à la malade 5 gr. d'iodure ; une heure après le rein devient perceptible à la radiographie.

M. Lefour (Bordeaux). — Je demande s'il n'était pas hasardeux de faire passer par la version un enfant aussi gros dans un bassin de 7,5 ?

M. Budin (Paris) répond qu'il y a beaucoup d'autres cas semblables ; tout dépend de la forme du détroit supérieur et de la malléabilité de la tête fœtale.

Un cas de thrombose généralisée de la veine cave et des veines rénales chez une nouvelle accouchée

M. Legueu (Paris). — Il s'agit d'une syphilitique, accouchée dans le service du Dr Pozzi, d'un enfant macéré. Le soir du quatrième jour, la température est à 40°, et les lochies sont fétides ; lors du curettage une hémorragie formidable se produit, que l'on arrête par un tamponnement utérin. Les injections intra-utérines furent très chaudes ; il en résulta une eschare du col. Après quelques jours la femme mourut, ayant eu des vomissements incessants et même des hématémèses. A l'autopsie on constate une thrombose gagnant la veine cave, les veines sus-hépatiques et les veines rénales ; l'utérus est comme truffé par des caillots noirâtres. Les thromboses se retrouvent dans les veines utérines, rectales et vésicales. L'auteur se demande si le curettage, aidé du traumatisme de l'injection, n'est pas la cause occasionnelle de la propagation de l'infection au réseau veineux.

M. Porak (Paris) a observé un cas de thrombose où la coagulation était, non pas un caillot oblitérant, mais un véritable canal permettant encore la circulation.

M. Ferré (Pau) remarque que, de plus en plus, on revient du curettage : il convient toujours de faire un traumatisme minimum. C'est pourquoi la méthode du prof. Budin est excellente.

M. Porak (Paris) s'associe à la manière de voir du Dr Ferré ; il compte beaucoup sur le nettoyage, répété journellement, par des injections intra-utérines.

Flore buccale du nouveau-né

M. Jeannin (Paris). — L'auteur présente les résultats d'examens pratiqués, à la clinique Tarnier, sur près de cinquante nouveau-nés. Tous les ensemencements microbiens ont été faits en milieux aérobies et anaérobies. De ces expériences, il résulte : 1° que, lors de la naissance, la bouche est habituellement stérile ; 2° les espèces microbiennes l'envahissent dès les premières heures de la vie, devenant surtout nombreuses dès que l'enfant tête ; 3° la formule bactérienne reste la même chez tous les enfants sains, quel que soit leur mode d'alimentation ; 4° elle se modifie, par excès, chez les enfants malades, surtout s'ils sont mis en couveuse.

Enfoncement du frontal chez un enfant extrait au travers d'un bassin rétréci

M. Guillet (Caen). — L'enfant a été extrait par le forceps ; il s'agit d'une simple dépression, mais non pas d'une fracture. On fait une incision cutanée et une branche de ciseau mousse, passé sur l'os, le relève comme s'il s'agissait d'une balle de celluloïde. Les suites furent excellentes.

M. Maygrier (Paris) rappelle que le fait a déjà été observé par le Dr Boissard ; il se demande s'il n'est pas plus simple, au lieu de faire cette petite opération, de pratiquer la réduction digitale, en appuyant simultanément sur les quatre côtés. Ce procédé lui a toujours réussi.

M. Demelin (Paris) remarque que la prise, faite avec un forceps croisé, a porté sur les deux oreilles : prise qui n'est pas correcte et qui n'aurait pas eu lieu avec un forceps différent.

M. Ferré insiste sur la facilité avec laquelle ces enfoncements se réduisent, même spontanément.

M. Budin veut que l'on distingue les simples dépressions et les enfoncements avec fracture. Pour les premières, le mieux est d'avoir recours aux manœuvres digitales. S'il y a fracture, ces manœuvres échouent. Mais, quelles sont les conséquences de ces dépressions dans l'avenir ? Les dangers n'en sont pas très évidents ; souvent il n'en résulte aucune espèce de trouble. Est-ce à dire qu'il ne faudra jamais intervenir ? Non, tout cela est une affaire de degré. M. Budin a eu l'occasion de faire cette opération une fois ; l'enfant ayant succombé à un érysipèle, l'autopsie montra que tout était en parfait état.

Jeudi soir

Vaccine et grossesse

M. Tissier (Paris). — Il s'agit de constatations faites à l'asile Ledru-Rollin : sur les enfants vaccinés, on y a obtenu 84 % de succès, alors que la plupart des enfants avaient été vaccinés dans les maternités. Il est probable que cette immunité des premiers jours est la conséquence de l'immunité atavique, immunité qui cesse assez rapidement, au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

M. Ferré (Pau) connaît également ces insuccès de la vaccination dans les premiers jours, insuccès qui cèdent au bout de quinze jours à trois semaines. L'auteur croit qu'il s'agit là de conditions spéciales tenant à l'état de la peau du nouveau né.

De la courbe des poids au cours de la seconde année

MM. Perret et **Planchon** (Paris). — Cette courbe est intéressante à connaître, car c'est au cours de la seconde année que se produisent de nombreuses difficultés et accidents tels que : sevrage, éruption dentaire, retour des règles chez la nourrice, etc... Les auteurs ont recherché les courbes de 72 enfants de la seconde année, suivant la consultation des nourrissons du Dr Budin. La moyenne est re-

présentée par la courbe suivante : le poids passe de 9000 gr. à 11500 gr. Cette courbe est, d'ailleurs, essentiellement irrégulière, à cause même des accidents cités ci-dessus.

Du siège décompleté mode des fesses; étude pronostique et statistique

M. Dubrisay (Paris). — Les auteurs ont considéré le mode des fesses comme moins favorable parce que le siège, décompleté, dilate imparfaitement le canal génital; mais la circonférence qui mesure l'ensemble du thorax, des bras et des membres inférieurs relevés est toujours égale ou supérieure à celle du siège complet. Elle atteint, en effet, de 32 à 33 cent., le siège complet mesurant 32 centimètres. D'autre part, si l'on compare les chiffres recueillis à la Maternité, à la Clinique Tarnier et à Lariboisière, on trouve, sur 527 cas de siège, 215 cas de siège complet et 312 cas de siège décompleté : le mode des fesses est donc beaucoup plus fréquent (1/3 en plus), surtout chez les primipares. Le pronostic est de : 6,64 % de mortalité dans le mode des fesses, de 9,51 % dans le siège complet. Donc le mode des fesses n'a pas le mauvais pronostic que les classiques enseignent. Est-ce donc bien utile de faire l'abaissement du pied?

M. Budin croit que tout dépend de la primiparité et de la multiparité : il est bien certain que chez les multipares, le mode des fesses passe facilement. Ce qui importe, ce n'est pas le siège considéré en bloc, mais les sièges dystociques.

De l'inversion utérine puerpérale

M. Ferré (Pau). — Cet accident s'est produit chez une accouchée au sixième jour, au moment où elle faisait des efforts pour aller à la selle; la réduction étant impossible, le Dr Ferré fait l'hystérectomie vaginale; la malade succomba le treizième jour après l'opération, d'infection généralisée. L'utérus a tellement tendance à rester inversé, qu'après l'hystérectomie, chaque moitié utérine garde cette forme. L'auteur avoue ne pouvoir donner aucune explication satisfaisante de cet accident.

De l'opération césarienne d'urgence

M. Boquel (Angers). — L'auteur a eu cinq fois l'occasion de pratiquer cette opération, dans des cas où l'on conseille généralement de ne pas la faire; les résultats ont été tellement satisfaisants que le Dr Boquel croit qu'on peut y avoir recours plutôt que de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. La crainte de l'infection est exagérée. Si cette infection n'existe pas au préalable, il ne faut pas la redouter; si elle existe, la césarienne doit céder le pas, non pas à l'embryotomie, mais à l'opération de Porro. En résumé, l'embryotomie sur l'enfant vivant est toujours une chose mauvaise.

M. Demelin (Paris) croit aussi qu'on peut élargir les indications de l'opérations césarienne; avec les progrès de l'asepsie obstétricale, les accoucheurs arrivent à la faire plus souvent.

M. Ferré se rallie à l'idée de M. Boquel en ce qui concerne le Porro, lequel donne des résultats excellents.

M. Brindeau (Paris) a eu l'occasion de faire la césarienne chez une femme porteuse d'un kyste de l'ovaire, avec enfant mort, ayant eu des douleurs pendant vingt quatre heures et ayant subi plusieurs tentatives d'extraction; la femme a parfaitement guéri.

M. Lefour (Bordeaux) n'admet pas l'amputation utéro-ovarique; il y a trop d'intérêt à conserver les ovaires; il vaut mieux pratiquer l'hystérectomie totale ou subtotale.

M. Boissard (Paris) exprime sa crainte de toute opération césarienne entreprise dans de pareilles conditions; il s'agit, dans les cas de M. Boquel, d'une série heureuse, mais peut-être non définitive.

M. Budin fait remarquer que les femmes n'ont pas qu'un enfant; de telle sorte qu'il faut, autant que possible, ne pas faire courir de risques à la mère, même au prix de la vie d'un enfant, d'ailleurs compromis.

Traitement de la procidence du cordon

M. Poullet (Lyon). — La compression sur le cordon procident n'est pas exercée par le bassin mais par le segment inférieur; il croit donc qu'il y a intérêt à protéger le cordon contre la compression musculaire; dans ce but il a imaginé un protecteur métallique dans lequel on introduit l'anse prolabée, et que l'on laisse en place pendant que le col complète sa dilatation.

De l'hémorragie de la délivrance après l'expulsion de gros enfants

MM. Guéniot et Pierre (Paris). — Sur les registres de la clinique Tarnier on a vu 437 enfants pesant plus de 3800 gr.; il y a eu 49 hémorragies de la délivrance, soit une proportion de 12 % (au lieu de 3 % dans les accouchements d'enfants de moins de 3800 gr.). L'inertie utérine est la cause principale qui dépend, non pas tant de la distension utérine (comme dans l'hydramnios), mais bien de la longueur du travail qui, en moyenne, fut de plus de 13 heures, malgré la multiparité; il faut y joindre la fréquence des lésions des parties molles utéro-vaginales, produite surtout par les passages du front et du diamètre bisacroménial.

Difficulté de diagnostic des arthrites pelviennes et des névrites au cours des suites de couches

M. Cathala (Paris). — Il faut tenir grand compte de la persistance de réflexes rotuliens, ce qui n'a pas lieu dans les polynévrites; ces dernières ont, d'ailleurs, un pronostic très sérieux.

M. Budin ne croit pas absolument exact le diagnostic d'arthrite en pareil cas; il se demande s'il n'y a pas, en même temps, un peu de névrite?

M. Brindeau considère, à l'exemple d'Ahlfeld et de Dührssen, l'atrophie musculaire comme une des conséquences du diastasis articulaire.

De l'utilité de la contention après la symphyséotomie

M. Arzac (Bordeaux). — Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une symphyséotomie, souffrait atrocement : les douleurs cessèrent quand on plaça un appareil de contention; de même, l'écartement intersymphysien en a été très diminué.

M. Lefour regrette de n'avoir pas fait la césarienne au lieu de la symphyséotomie, cette dernière opération ayant été particulièrement laborieuse.

M. Porak déclare avoir abandonné la contention dans sa pratique de symphyséotomiste.

M. Guéniot (père) rappelle qu'il a imaginé un compresseur avec lequel on peut rapprocher lentement, progressivement les pubis.

M. Schwab (Paris) présente un *embryotome imaginé par le Dr Théodori* (d'Athènes) qui se compose de trois pièces : un crochet-couteau, une gaine dans laquelle viendra s'abriter le couteau, un levier qui permet d'abaisser le couteau.

M. Demelin fait remarquer que cet instrument, qui rappelle l'embryotome guillotin de Tarnier, a, sur ce dernier instrument, l'avantage de ne pas se détériorer si facilement.

M. Budin insiste sur ce point, que le meilleur embryotome est certainement le ciseau de Dubois; le crochet de Braun est bon, mais il risque de blesser le segment inférieur.

MM. Ferré et Guéniot adoptent absolument cette manière de voir.

Vendredi matin

Recherches sur les sucres urinaires pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches

M. Commandeur (Lyon). — Ces observations portent sur 25 femmes; avant l'accouchement on observe deux types différents : un à lactosurie constante, l'autre à glycosurie pouvant aller jusqu'à 15 gr. par litre.

Traitement des enfants issus de syphilitiques et non syphilitiques

M. Keins (Paris). — L'auteur est d'avis de traiter ces enfants même en dehors de tout accident de syphilis.

M. Ferré partage cette façon de voir.

De la fièvre chez les enfants syphilitiques

M. Schwab (Paris). — Il existe des cas dans lesquels la fièvre n'est pas explicable par aucune espèce d'autre infection; la température baisse et disparaît avec le traitement spécifique. La courbe

thermique peut atteindre 39°, 39°5, en même temps que l'on voit la courbe de poids s'abaisser. Sur 19 enfants syphilitiques, par exemple, on a observé 11 fois de la fièvre. Cette fièvre est bien connue chez l'adulte, où le prof. Fournier la croit en rapport avec les syphilis splanchniques ; chez le nouveau-né, la fièvre tient, le plus souvent, à des infections secondaires ; dans d'autres cas, la température est en rapport avec les poussées cutanées; dans d'autres, il s'agit de lésions splanchniques; enfin elle coïncide avec la chute du poids. La forme de la courbe thermique est essentiellement variable, d'ailleurs.

M. Bar (Paris) insiste sur cette tendance des nouveau-nés à présenter de la fièvre, et particulièrement sur la facilité avec laquelle ils s'infectent. C'est parce qu'ils font de l'infection, en particulier, qu'ils présentent de l'ictère : on a pu trouver des streptocoques dans le foie! L'infection atteint cette glande par voie digestive.

De la déflexion de la tête

M. Paullet (Lyon). — Cette déflexion de la tête était bien connue de Mme Lachapelle; vers 1880, la question fut discutée: Blot, Depaul, Tarnier voulaient faire la rotation de la tête dans les postérieures ; Villeneuve ne le voulait pas ; on ne parlait pas du rôle de la déflexion dans ce cas! Mme Lachapelle appelait cette déflexion « l'horizontalité ». En 1872, a été publié un mémoire de six observations, dans lequel l'auteur conseille de ne pas faire la rotation ; il ne parle pas de la déflexion. Et pourtant, cette déflexion est capitale. Ce qui la corrige, c'est l'élasticité du segment inférieur ; aussi la déflexion se voit-elle surtout chez la femme multipare à parties molles fatiguées. Cette déflexion a pour conséquence: la lenteur de la dilatation, le défaut de rotation, la longueur du travail, la déchirure centrale du périnée. Il importe donc, de toute nécessité, de corriger cette attitude. On essaiera de la faire d'abord avec la main, puis au forceps, et même encore avec le levier. M. Paullet présente également un fléchisseur céphalique spécial.

M. Demelin ne croit pas au rôle capital du segment inférieur en pareil cas ; il y a, en effet, des têtes défléchies en dehors de l'utérus.

Un cas de mort par hémorragie

M. Ferré. — L'hémorragie avait été due à une fluidité toute spéciale du sang.

M. Commandeur a observé un cas semblable.

Cyrille Jeannin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril.

Rien à l'ordre du jour.

Depuis que nous fréquentons l'Académie régulièrement, c'est-à-dire depuis dix-huit ans — depuis la fondation de ce journal — nous ne nous souvenons pas d'avoir vu une séance comportant absolument rien à l'ordre du jour. Les Académiciens présents en ont été manifestement impressionnés — mieux vaut tard que jamais — et les conversations particulières l'ont suffisamment indiqué. On faisait remarquer que M. le Secrétaire perpétuel s'était servi de termes impropres en disant que « l'ordre du jour *étant épuisé*, etc... » Il aurait dû dire : « *Rien n'étant à l'ordre du jour*, la séance est levée. »

M. Jaccoud n'a pas l'air de se douter qu'il est responsable de la pénurie croissante de communications et de discussions à l'Académie de médecine. C'est son affaire; mais l'Académie pourrait se dire que c'est encore plus la sienne.

J. J.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

TABLEAU D'AVANCEMENT

Année 1904.

LÉGION D'HONNEUR

Pour le grade d'officier.

Le méd. princ. de 1re cl. :

1 Audet, méd.-chef de l'hôp. mil. de Rennes.

Le méd. princ. de 2e cl. :

2 Sockeel.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

3 Folie-Desjardins, au 12e d'art.

Les méd. princ. de 1re cl. :

4 Colnenne, méd.-chef de l'hôp. mil. du Dey à Alger.

5 Brisset, méd.-chef de l'hôp. mil. Villemanzy à Lyon.

6 Forgues, dir. du serv. de santé du 16e corps.

7 Hocquard, dir. du serv. de santé du 8e corps.

8 Rigal, dir. du serv. de santé de la div. de Constantine.

9 Fournié, dir. du serv. de santé du 12e corps.

10 Mareschal, à l'état-major du gouv. et place de Paris.

Le méd. princ. de 2e cl. :

11 Gouell, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. d'Avignon.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

12 Cluzant.

Le méd. princ. de 1re cl. :

13 Antony, prof. à l'éc. d'appl. du service de santé militaire.

Le méd. princ. de 2e cl. :

14 Pilet.

Pour le grade de chevalier.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

1 Baudisson, à l'hôp. mil. du camp de Châlons.

2 Licht, au 1er génie.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

3 Marignac, au 17e d'inf.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

4 Trédes, au 47e d'inf.

5 Villiers, au 106e d'inf.

6 Messerer, au 109e d'inf.

7 Ferrand, au 28e d'inf.

8 Jaubert, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

Les méd.-majors de 2e cl. :

9 Pelegry, au 12e d'inf.

10 Peyret, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

11 Dormand, au 2e tiraill. algériens.

Les méd.-majors de 1re cl. :

12 Martin, au 19e d'inf.

13 Fargin, au 26e d'art.

14 Sudre, au 32e d'inf.

15 Bassères, au 31e d'inf.

16 Thirion, au 162e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

17 Douillet, au 4e chass. à cheval.

18 Batut, au 10e esc. du train.

19 Routier, au 5e chass. à pied.

20 Moutet, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

21 Vincent, agr. à l'éc. d'appl. du serv. de santé militaire.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

22 Ravoux, au 15e esc. du train.

23 Vielle, au 13e chass. à pied.

24 Barisien, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

25 Masson, au 29e dragons.

26 Lejonne, au 5e dragons.

27 Cardot, au 14e chass. à cheval.

28 Cros, au 5e chass. d'Afrique.

29 Lehmann, au 120e d'inf.

30 Beaussenat, à l'éc. polytechnique.

CONCOURS POUR LE PROSECTORAT

Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 25 mai 1904, à midi et demie, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 11 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1904 ; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1908.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT

Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 9 mai 1904, à midi et demie, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 30 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1904; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1907.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1904.

(*Suite.*)

De la malignité des kystes de l'ovaire

M. Cerné (Rouen), *rapporteur*

Le kyste de l'ovaire étant un épithélioma, est une tumeur fondamentalement maligne. En effet, une tumeur qui, dans des cas dont le pourcentage est certainement élevé, se greffe, récidive, se généralise, mérite bien d'être rangée parmi les néoplasmes graves.

Et cependant, sa bénignité clinique est souvent si manifeste que cette formule simpliste soulèverait des protestations légitimes. C'est que nous rencontrons ici des conditions favorables à l'évolution bénigne : l'enkystement, qui rapproche le kyste de l'ovaire des tumeurs anatomiquement bénignes; l'isolement relatif, tenant et à cet enkystement et à la ténuité des connexions avec le reste de l'organisme; un mode d'activité tout particulier de l'épithélium néoplasique, activité souvent dirigée dans le sens de la sécrétion plutôt que multiplicatrice et envahissante.

Nombre d'auteurs considèrent encore l'évolution maligne du kyste de l'ovaire comme presque exceptionnelle. Telle n'est point, depuis plusieurs années, mon opinion personnelle, en raison des nombreux cas de malignité clinique absolue qu'il m'a été donné de rencontrer. J'espère montrer qu'il est utile de serrer de près la question et préparer pour l'avenir des conclusions définitives, en attirant l'attention de tous les chirurgiens sur le sort définitif de leurs opérées.

Je prendrai comme point de départ ce kyste bénin, qui a été si longtemps, pour les cliniciens, le type de l'affection qui nous occupe, et parcourrai les étapes de sa gravité croissante. J'ai à peine besoin de spécifier qu'il ne sera point question, ici, du kyste parovarien uniloculaire et hyalin, ni du kyste dermoïde pur, mais seulement du kyste dit *épithélioma mucoïde*, ovarien ou parovarien, simple ou associé au kyste dermoïde ou en combinaison avec d'autres tissus dans les tumeurs complexes. Mais j'ajouterai que les cas étiquetés épithélioma végétant, adénome papillaire des ovaires, me paraissent de même nature que les kystes mucoïdes. J'ai observé un cas où ces prétendus papillomes existaient seuls dans une première opération, tandis qu'à la récidive, un an après, on trouvait un véritable kyste à végétations internes. C'est un point à élucider au point de vue microscopique.

I. — Anatomie pathologique

1° *Formes.* — Un kyste de l'ovaire vrai n'est jamais uniloculaire au sens absolu du mot. La gravité croit généralement en raison directe du nombre des poches et de la petitesse relative de leurs dimensions. Il est aussi de constatation certaine que la densité et la consistance plus grandes du liquide sont en rapport avec une gravité plus marquée. Lorsque, dans l'intérieur des poches, les papilles se multiplient et deviennent visibles à l'œil nu, elles constituent des indices de prolifération active et dangereuse. Lorsque la prolifération épithéliale devient irrégulière, l'épithélioma atypique, le carcinome, se trouve constitué.

En somme on peut ranger, au point de vue de la gravité croissante, les différentes formes anatomiques du kyste de l'ovaire dans l'ordre suivant :

1° Kystes pauciloculaires, épithéliomas mucoïdes simples.

2° Kystes multiloculaires, souvent à contenu partiellement colloïde.

3° Kystes multiloculaires avec gâteaux aréolaires, ou complètement aréolaires, ordinairement à contenu colloïde.

4° Tumeurs mixtes : association avec un kyste dermoïde ou présence de tissus complexes dans la paroi.

5° Kystes à végétations papilliformes internes.

6° Kystes à végétations papilliformes externes, souvent avec greffes péritonéales.

7° Kystes à transformation partiellement carcinomateuse.

2° *Récidives. Greffes. Généralisations.* — Nous n'avons pas trouvé d'exemple de malignité notée après l'ablation d'un kyste pauciloculaire, mucoïde simple. La croyance à la bénignité complète de ces kystes est l'opinion à peu près unanime des chirurgiens.

Avec les kystes multiloculaires à contenu colloïde commence vraiment l'insécurité, d'autant plus fâcheuse que, le plus souvent, on a cru pouvoir escompter une guérison définitive. Tous les travaux qui contiennent des observations de kystes malins relatent des faits concernant des kystes multiloculaires classés à l'opération comme bénins.

Le danger des kystes colloïdes est encore augmenté s'ils se rompent dans le péritoine. Leur paroi est souvent très mince en certains points; on le constate facilement pendant les opérations; la rupture spontanée n'est pas exceptionnelle. Sans doute on a cité nombre de cas de guérison malgré cette rupture; elle n'en constitue pas moins un incident fâcheux.

La malignité des kystes végétants est hors de doute.

A plus forte raison n'y a-t-il pas lieu de discuter la malignité des transformations carcinomateuses.

3° *Forme.* — Les tumeurs secondaires reproduisent la structure de la tumeur primitive : épithélioma, tumeur complexe, carcinome, dans leur type, sinon dans leur variété exacte, car la tendance kystique peut ne plus s'y trouver.

4° *Siège. Mécanisme.* — La récidive se fait parfois, rarement d'ailleurs, sur le pédicule de la tumeur primitive. On peut supposer alors que des vestiges de cette tumeur ont été malencontreusement laissés au moment de l'opération sur un pédicule très court.

La greffe spontanée peut se faire sur tous les points du péritoine abdominal, plus particulièrement dans le petit bassin et sur le grand épiploon. Ce siège dépend de celui des végétations qui en sont le point de départ habituel. D'autres fois, elle se fait à la suite de ruptures d'une poche simplement colloïde, comme nous l'avons déjà dit.

Quant aux greffes post-opératoires, elles apparaissent habituellement au niveau même de la cicatrice opératoire. Elles résultent donc d'une protection insuffisante de la plaie contre le liquide qui peut s'écouler autour du trocart ou par une incision ou une déchirure accidentelle. La même greffe se voit après de simples ponctions.

La généralisation est moins fréquente, et plus rare vraisemblablement dans les épithéliomas purs que dans le carcinome

II. — Revue clinique.

a) *Kyste pauciloculaire d'allure bénigne.* — Il s'agit ordinairement de tumeurs existant depuis plusieurs années — jusqu'à dix et quinze ans — remplissant l'abdomen, acquérant un volume considérable, ayant subi des ponctions multiples, affaiblissant la malade par la gêne apportée aux autres viscères, par la grande quantité de liquide soustrait à l'économie, lui imprimant l'aspect spécial non cachectique appelé *facies ovarien* par Spencer Wells. De temps en temps, des poussées inflammatoires intra ou extrakystiques viennent compliquer la situation, la rendre grave ou donner à l'intervention les difficultés spéciales dues à des adhérences plus ou moins étendues.

b) *Kystes multiloculaires.* — Ils sont déjà différents. Ils grossissent plus vite; et quand leur volume est devenu considérable, on observe parfois un peu d'ascite, plus souvent de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Leur rupture déverse dans l'abdomen une matière colloïde irritante, source possible de greffes, en tout cas point de départ habituel d'accidents nécessitant une intervention rapide.

Cette variété forme, croyons-nous, la grande majorité des kystes de l'ovaire; mais ils ne sont pas tous semblables, ni anatomiquement, ni cliniquement. Les signes locaux et généraux sont souvent aussi bénins que pour les kystes pauciloculaires; mais, d'autres fois, la patiente est plus réellement une malade. Les douleurs intra-abdominales sont assez accu-

sées et presque permanentes; l'amaigrissement se produit rapidement et le facies ovarien peut se trouver remplacé par un aspect vraiment cachectique ou peu s'en faut. Il semble bien que cette aggravation soit en rapport avec la présence dans le kyste d'un processus de multiplication s'accusant par les gâteaux compacts et les végétations internes.

D'ailleurs, la palpation donne des renseignements importants. Le peu d'étendue de la fluctuation, dans de grosses tumeurs, indique la multiplicité des poches; son peu de netteté montre la consistance du liquide. On a souvent, sur certaines bosselures formant un relief séparé, une sensation de rénitence plutôt que de fluctuation ou même une dureté comparable à celle des tumeurs solides, capable de faire hésiter le diagnostic, d'autant que la tumeur multilobulée peut paraître composée de tumeurs séparées, fibrome et kyste. Cette dureté spéciale correspond à des masses aréolaires presque solides, à l'aspect sarcomateux, comme on le signale souvent.

c) *Végétations externes.* — Avec elles apparaissent les phénomènes cliniques vraiment graves. L'état général révèle, à un œil tant soit peu exercé, une déchéance marquée, presque à coup sûr l'existence d'un néoplasme malin. Une ascite notable apparaît, souvent assez abondante pour masquer la présence de la tumeur avant l'évacuation du liquide péritonéal; celui-ci peut être sanguinolent, et dans le trocart peuvent s'engager des débris des végétations. Contrairement aux premières variétés, la tumeur n'a souvent qu'un volume médiocre. Quelques malades signalent d'elles-mêmes que, depuis quelques mois, elles avaient une tumeur assez volumineuse dans le ventre, et que celui-ci a augmenté considérablement de volume avec rapidité. Dans certains cas que j'ai observés, il m'a semblé pouvoir affirmer que le kyste existait depuis longtemps et que le caractère malin, les végétations, l'ascite, étaient apparues à l'âge où, le plus habituellement, se montrent les tumeurs malignes de n'importe quel organe, vers quarante-cinq à cinquante ans.

Lorsque l'envahissement péritonéal est réalisé, il n'est pas rare de sentir superficiellement, dans la paroi, des masses dures, plus ou moins étendues, qui sont les tumeurs secondaires. D'autres fois, c'est le palper profond, le toucher vaginal, qui donneront sur ce point des renseignements suffisamment précis.

Enfin, l'attention pourra être sollicitée, même en l'absence d'ascite et de noyaux péritonéaux, par un épanchement pleural, par des troubles digestifs, par des symptômes hépatiques liés à des noyaux viscéraux.

III. — Traitement

Je ne reconnais vraiment que deux contre-indications formelles à l'intervention chirurgicale: l'état moribond et le diagnostic probable de généralisation (pleurésie hémorragique, vomissements continus et sanglants, gros foie), en dehors, bien entendu, des contre-indications temporaires ou absolues à une opération quelconque, telles que l'asystolie ou l'albuminurie brightique. Même dans les cas d'ascite abondante, même avec des noyaux péritonéaux constatés, j'ai pris comme règle de faire au moins une laparotomie exploratrice et l'évacuation de l'ascite.

Parmi toutes les malades très graves qui se sont présentées à moi, je n'ai refusé le bénéfice de l'intervention opératoire qu'à trois: une moribonde par péritonite, une hémiplégique par ramollissement cérébral, morte quelques jours après son entrée, la troisième présentant une pleurésie hémorragique symptomatique. Je n'ai pas eu à m'en repentir, et il est remarquable de voir, d'une part, de quelle simplicité sont les suites opératoires, même dans les opérations incomplètes; d'autre part, quel est presque toujours le relèvement de l'état général dans les mêmes cas. Il est de règle que l'ascite ne se reproduit pas immédiatement, que les noyaux péritonéaux semblent momentanément s'arrêter dans leur évolution, qu'une période de guérison apparente s'écoule avant la nouvelle et définitive poussée.

La guérison définitive est-elle vraiment possible? Il serait difficile de le nier, et théoriquement même nous sommes disposé à l'admettre. Il semble que le péritoine, après la suppression du kyste et l'exposition opératoire, soit capable parfois d'exercer une action aussi bienfaisante sur des noyaux cancéreux que sur des noyaux tuberculeux. Sans doute le processus n'est pas semblable, mais il est comparable. Un cancer atrophique est, en somme, un cancer qui se guérit spontanément en certains de ses points; pourquoi notre action n'aiderait-elle pas, parfois, et par des moyens divers, à cette guérison naturelle?

D'où cette conclusion, quelque peu consolante en somme, que si nous devons presque toujours nous défier de l'avenir des kystes de l'ovaire, nous ne devons pas toujours désespérer de leurs formes les moins rassurantes.

Il est prudent, d'ailleurs, de ne pas se fier outre mesure à la puissance d'enkystement et de résorption du péritoine, et de ne pas conclure avant plusieurs années à la guérison. On a signalé, après une diminution ou une disparition de ces greffes pendant sept et huit ans, leur reproduction ou plutôt leur évolution nouvelle.

En somme, il faut enlever les kystes de l'ovaire aussitôt que possible, sans leur laisser le temps de grossir ou de dégénérer. C'est une thérapeutique à la fois curative et préventive; d'ailleurs, médecins et malades entrent de plus en plus dans cette voie.

Pour prévenir la récidive dans les cas simplement suspects, il faut bannir la ponction en dehors de l'opération, et l'éviter pendant l'opération quand il n'y a pas nécessité absolue de diminuer le volume du kyste pour l'extraire. En tout cas, on doit prendre toutes les précautions pour que la plaie opératoire ne soit pas souillée par le liquide sortant de l'orifice de ponction. On ne négligera pas non plus la cautérisation d'un pédicule un peu court.

Quand la greffe est réalisée au moment de l'intervention, il faut enlever tout ce qui est enlevable; on sera parfois récompensé de la patience et de l'habileté déployées dans cette ingrate besogne. C'est à l'heure actuelle d'autant plus indiqué que le temps n'est peut-être pas éloigné où, soit par une modification dans la composition des humeurs, soit par l'action locale de certains agents physiques, la thérapeutique pourra s'enorgueillir de la prévention ou de la guérison de ces récidives ou des généralisations dans un certain nombre de cas.

IV. — Conclusions

1° Il n'est pas démontré qu'aucun kyste de l'ovaire ne puisse pas présenter une évolution maligne.

2° Cependant, il ne semble pas que l'on ait observé de récidive ou de généralisation dans les kystes qui, au moment de leur ablation, étaient pauciloculaires avec contenu peu dense, et offraient la structure de l'épithélioma mucoïde typique.

3° Toutes les autres formes fournissent des exemples de récidive et de généralisation; la forme la plus grave appartient aux kystes végétants ou papillaires.

4° Cette dernière forme a cependant donné quelques guérisons définitives, même avec greffes péritonéales incomplètement enlevées.

5° Les cas étiquetés généralement comme malins, du fait de gâteaux compacts, végétations, dégénérescence carcinomateuse, et qui représentent près du quart de la totalité, sont suivis de mort, du fait de cette malignité, dans plus de la moitié des cas.

Discussion

M. Lejars. — L'intérêt pratique de la question présente se concentre principalement en trois points: 1° la fréquence de la malignité des kystes de l'ovaire; 2° le diagnostic clinique de cette malignité; 3° les indications opératoires qui en découlent.

Il paraît fort malaisé d'établir, par un pourcentage précis, la fréquence relative de la dégénérescence maligne, dans les kystes ovariens, et les chiffres très différents auxquels aboutissent les diverses statistiques opératoires le démontrent. Sur 121 opérations, je relève 18 cas malins, reconnus tels au cours de l'intervention ou par le fait de la récidive ultérieure, de ses caractères et de son issue: ce qui représente 14,88 % de kystes dégénérés. Pour obtenir une notion plus exacte, il faudrait avoir, d'une part, l'examen histologique complet de tous les kystes, quel que soit leur aspect, et, de l'autre, suivre toutes les opérées pendant de

longues années, des récidives très tardives n'étant pas exceptionnelles. Ce qui nous intéresserait plus encore que l'évolution des kystes nettement malins, au moment où nous intervenons, ce serait, en effet, de savoir exactement dans quelle mesure nous devons craindre la récidive en présence des kystes d'allures et d'apparence non suspectes, et à quels signes certains nous pourrions reconnaître le danger d'avenir.

Or, ce diagnostic de malignité, et avant l'opération et au cours même de l'opération, est loin d'être toujours facile. L'ascite sanglante elle-même n'est point un signe de certitude, puisqu'on peut la rencontrer aussi dans les kystes simples, anciennement tordus, et qui, précisément, par leurs adhérences, leur dureté, leurs bosselures, peuvent faire croire à une transformation néoplasique. J'en dirai autant de l'état général, de la cachexie, du facies; je n'ai jamais vu cachexie plus profonde que chez une malade que j'opérai, *in extremis* pour ainsi dire, d'un énorme kyste multiloculaire, compliqué d'ascite, il y a dix ans; or, ce kyste n'était nullement malin, et la persistance d'une santé excellente continue à en témoigner. L'accroissement brusque d'un kyste, au moment de la ménopause, coïncidant avec l'apparition des douleurs et de l'ascite et un amaigrissement notable, est d'une signification toujours importante. Enfin, l'examen cytologique du liquide ascitique ou kystique, prélevé par une ponction capillaire, et l'examen du sang peuvent fournir quelque appoint au diagnostic.

Même pendant l'opération et lorsqu'on a la tumeur entre les mains, on n'est pas renseigné toujours sur sa nature réelle ni sur les germes de récidive qu'elle a pu semer autour d'elle et à distance. Une femme que j'avais opérée d'un gros kyste de l'ovaire, d'apparence absolument banale, me revint, trois ans après, avec une tumeur de l'autre ovaire et une généralisation si avancée, que toute intervention fut impossible et la mort rapide. Une autre opérée, en 1890, d'un kyste de l'ovaire droit et d'un autre, plus petit, de l'ovaire gauche, présentait, en février 1903, un néoplasme utéro-pelvien inopérable pour lequel je pratiquai, à titre palliatif, la ligature des deux hypogastriques, et, en octobre, je lui amputai la jambe droite pour une tumeur des os du pied que l'examen histologique caractérisa comme un cancer épithélial métastatique.

Il semble, d'ailleurs, que, souvent, les kystes bilatéraux des ovaires doivent être tenus pour suspects, et c'est une raison de plus pour compléter leur ablation par l'hystérectomie totale. La même pratique, l'ablation totale utéro-annexielle, serait rationnelle en présence d'un kyste unilatéral nettement malin. Enfin, même dans les formes avancées et lorsque le péritoine pelvien est largement envahi, l'éradication aussi complète et aussi minutieuse que possible de la tumeur primitive et des greffes peut rendre encore des services durables. J'ajoute que la laparotomie suivie de l'évacuation pure et simple de l'ascite a donné, chez quelques malades, où je ne pouvais rien faire de plus, des résultats inattendus : réduction de la tumeur, atténuation des douleurs et des accidents fonctionnels, amélioration parfois prolongée de l'état général.

M. Pozzi. — Je trouve que M. Cerné est trop pessimiste et je tiens à réagir en partie contre son pronostic des kystes de l'ovaire. La statistique si sombre de notre confrère tient, peut-être, ainsi qu'il le pense, à la fréquence du cancer en Normandie. Pour juger pareille question, aux statistiques je préfère l'impression du chirurgien, et la mienne est moins sévère. Cette divergence de vues tient peut-être à ce que dans mes cas la proportion des kystes multiloculaires, par rapport au nombre total des kystes, est moins grande que dans les faits vus par M. Cerné.

Il y a, à mon sens, une différence entre les tumeurs récidivantes et les tumeurs malignes. Cette différence, M. Cerné ne la fait pas, et c'est pour cela qu'il porte sur les kystes papillaires un pronostic très sévère, trop sévère à mon avis. Ces kystes récidivent fréquemment, mais sont rarement des tumeurs malignes, c'est-à-dire s'infiltrant au delà de leur point d'origine, colonisant au loin.

Je divise ainsi les kystes de l'ovaire au point de vue du pronostic :

a) Tumeur bénigne, ne récidivant pas après l'opération.

b) Tumeur bénigne mais récidivant, qu'on l'ait enlevée ou non en totalité. Cette récidive est bien différente de celle des tumeurs cancéreuses; il n'y a point généralisation, mais réapparition *in situ*.

c) Tumeur dégénérant. Ce sont des tumeurs à état instable, à évolution douteuse, qui, à un moment donné, subissent la dégénérescence maligne.

Ce dernier groupe, M. Cerné en fait des tumeurs primitivement malignes, mais que l'économie tolère pendant un temps plus ou moins long. Je ne saurais me rallier à cette conception. Il me semble plus rationnel de croire à une dégénérescence ultérieure de ces tumeurs, primitivement bénignes, plutôt qu'à la tolérance de tumeurs malignes, ce qui est contraire à l'observation clinique.

Quant aux indications opératoires, j'avoue être absolument audacieux et très opérateur, car il ne faut pas s'en laisser imposer par l'aspect malin. Voici quelques faits qui le prouvent :

En 1879, j'ai opéré une dame profondément cachectique, qui avait des papillomes des ovaires. A la suite elle est demeurée complètement guérie pendant dix-neuf ans. A ce moment elle revint me voir dans un état lamentable : ascite, œdème des jambes ; elle paraissait inopérable. J'intervins cependant et je trouvai un grand kyste remontant jusqu'au diaphragme et, au fond, un petit kyste papillaire. J'installai le drainage par le vagin et, pendant un an, cette malade resta en parfaite santé. Puis elle dépérit avec une récidive locale ?

Une américaine avait subi une laparotomie, qui avait fait reconnaître un énorme papillome, qu'on n'avait pas osé enlever. Elle vint à Paris, me demanda de l'opérer. Elle était dans un état misérable. Néanmoins je fis l'opération. Il y a de cela six mois, et cette dame demeure radicalement guérie.

Quand l'opération partielle est possible je la fais, mais, en cas de papillome, j'enlève l'autre ovaire. Je fais toujours le drainage. Je pense, comme M. Cerné, que la simple laparotomie a, dans les cas qu'il a indiqués, une action analogue à celle qu'on lui connaît dans la tuberculose péritonéale.

M. Bender (Paris). — Cette question de la malignité des kystes de l'ovaire est comprise d'une façon défectueuse, parce qu'on se base sur cette donnée que toutes ces tumeurs sont des épithéliomes, ce qui est contraire à ce que montre l'histologie et même la clinique. Ces kystes, en effet, ne sont pas envahissants, ne détruisent pas, ne se transmettent pas à distance. Histologiquement, ce sont des adénomes. Dans quelques cas, au lieu du revêtement régulier épithélial on voit, soit une papille, soit une infiltration diffuse gagnant le péritoine : cela c'est du cancer. Mais la tumeur n'était pas maligne dès le début dans la plupart des cas. Elle est demeurée silencieuse pendant des mois, puis elle s'est mise à augmenter de volume et les douleurs ont apparu. C'est à ce moment que le kyste a dégénéré. En dernière analyse les kystes de l'ovaire sont donc des cysto-adénomes et des cysto-épithéliomes.

Quant aux greffes, pour qu'elles se produisent, il faut que le kyste ait été perforé. Ces greffes conservent quelquefois le type primitif du kyste; d'autres fois c'est de l'épithélioma détaché qui se greffe. Dans les cas de rupture des kystes de l'ovaire, le pronostic est absolument lié à la structure du kyste. Dans les adénomes, l'accident peut n'avoir pas de suites, tandis que s'il s'agit d'épithélioma il en est tout autrement. C'est ainsi que M. Richelot a trouvé le péritoine absolument farci d'épithélioma.

M. Richelot. — Il règne certainement une grande obscurité dans le pronostic des kystes de l'ovaire, et je crois que l'histologie apportera la lumière. C'est grandement désirable, car les faits viennent trop souvent démentir les pronostics portés par l'examen à l'œil nu de ces kystes.

M. Boursier. — Mon impression est bien moins sévère que celle de M. Cerné, et je crois que cela tient à la différence de fréquence du cancer dans les deux régions que nous habitons. Sur 70 ovariotomies, je n'ai que quatre à cinq cas malins. Pour les papillomes, il ne faut pas, je crois, affirmer d'emblée leur malignité.

M. Cerné. — M. Bender nous a fait entrevoir le moment où l'histologie vien

dra donner la clef du problème qui nous occupe; mais cette science a déjà fait antérieurement beaucoup de promesses qu'elle n'a pas tenues. En tout cas, ce qu'a dit M. Bender renverse toutes les idées de pathologie générale et de clinique que je possède. Je ne vois pas cette tumeur tantôt adénome, tantôt épithéliome, tantôt carcinome. Sur combien de faits cette assertion s'appuye-t-elle? Combien a-t-on vu d'adénomes du sein se transformer en cancer? Combien de papillomes de la vulve sont devenus des épithéliomes? Pourquoi alors ces transformations auraient-elles lieu dans l'ovaire? Je ne puis pas davantage admettre deux groupes de papillomes : l'un bénin, l'autre malin. Des tumeurs classées bénignes par l'histologie se sont montrées malignes. Le dernier mot restera toujours à la clinique.

M. Richelot. — L'avenir est à l'accord entre la clinique et l'histologie.

Note sur trente deux cas de cysto-épithéliomes de l'ovaire (1898-1903)

M. H. Barnsby (Tours) a porté seize fois le diagnostic clinique de kyste ovarique bénin et seize fois celui de kyste malin. L'examen hystologique a démontré la transformation carcinomateuse dans dix-huit cas, ce qui porte à quatorze le total des cas bénins (épithéliomas mucoïdes simples).

Le pourcentage de malignité histologique constaté est donc très élevé, soit 56,25 %.

Les résultats opératoires ont été les suivants :

Suites immédiates : 31 guérisons opératoires, 1 mort.

Suites éloignées : 6 récidives constatées.

Le pronostic est toujours grave dans les cas de cysto-épithéliomes largement adhérents au péritoine pelvien et aux anses intestinales, de cysto-épithéliomes avec gâteaux compacts, végétations intra et extra cavitaires. Il l'est surtout dans les cas de rupture intra péritonéale, rupture spontanée ou provoquée par le chirurgien au cours de l'opération.

Sur les six récidives signalées, il s'agissait, dans cinq cas, de rupture intra-péritonéale.

Au point de vue du manuel opératoire, il sera donc toujours préférable d'enlever ces kystes à la façon d'une tumeur solide, sans effraction et sans ponction préalable.

Tumeur solide de l'ovaire

M. Le Fort (Lille) rapporte une observation de tumeur solide, énorme, de l'ovaire droit, développée dans le ligament large correspondant, et ayant décollé largement le péritoine voisin. La tumeur était un fibrome, pesait 23 livres et mesurait 1 m. 18 de circonférence.

Le péritoine se réfléchissait sur la tumeur, à plus d'un travers de main au-dessus du pubis; le cæcum et l'appendice étaient plaqués sur la masse néoplasique sans ébauche de méso. L'utérus était basculé sans dessus-dessous et la vessie l'avait complètement abandonné si bien qu'elle fut lésée à plus de 15 centim. de distance de l'utérus; elle était restée médiane. L'ablation fut laborieuse, il fallut lier temporairement les vaisseaux iliaques primitifs. La guérison fut très simple, malgré une fistule urinaire temporaire, et la malade quitta l'hôpital, entièrement guérie, trente-six jours plus tard.

Les infections cutanées chez le nourrisson

M. d'Astros (Marseille), *rapporteur.*

I. — Infections cutanées d'origine externe.

Le *jeune âge* favorise au plus haut point les infections cutanées : l'épiderme est des plus fragiles, les moyens de défense sont peu développés. Cette prédisposition s'accentue chez le prématuré. Il en est de même dans toute débilité congénitale ou acquise.

Les *agents d'infection* sont soit les microbes autochtones qui vivent en saprophytes à l'état normal sur la peau, soit les microbes pyogènes banaux.

Les *portes d'entrée* sont fréquemment les lésions préalables de la peau : plaie ombilicale; lésions traumatiques obstétricales; brûlures, engelures ulcérées, piqûres de moustiques, plaie de vésicatoire, percement des oreilles; desquamation de la peau, érythème du nouveau-né. Les fièvres éruptives se compliquent assez fréquemment d'infection secondaire. Les parasites cutanés sont une cause assez fréquente de pyodermie.

Certaines infections cutanées paraissent se produire sans lésions préalable de la peau.

L'inoculation de la peau par ces différentes voies constitue le premier degré de l'infection cutanée qui peut s'étendre en surface et en profondeur : lymphangites, abcès lymphangitiques, adénites; envahissement du sang, généralisation à l'organisme.

Formes cliniques. — 1° Epidermites et pyodermites :

a) *Infections phlycténulaires à streptocoques* : impetigo, pemphigus des nourrissons, ecthyma, avec sa forme intense, ecthyma infantile térébrant.

b) *Infections du système pilo-sébacé* : produites par le staphylocoque elles comprennent la pustule pilaire, la folliculite, le furoncle.

c) *Infection des glandes sudoripares* : elle s'associe à l'infection sebacéo-pilaire dans les pyodermites sudorales. Elle est constituée par des nodosités, hypodermiques ou dermiques avec ou sans production de pus. Le staphylocoque trouve un terrain tout préparé pour proliférer et acquérir une virulence plus grande.

d) *Abcès de la peau* : épidermiques, dermiques, sous-dermiques. Il convient d'en rapprocher les mammites en rapport probable avec une galactophorite ascendante. Les abcès se présentent sous deux formes cliniques : phlegmons ou abcès isolés; abcès multiples des nourrissons. Dans cette dernière forme il convient de distinguer deux types : abcès multiples superficiels à forme d'abcès chauds et limités à une région; abcès sous-cutanés, multiples, profonds, à forme d'abcès froids, disséminés dans les diverses régions du corps. L'agent morbide est presque toujours le staphylocoque.

2° Lymphangites. — Elles peuvent, en dehors des lésions cutanées, se développer par contagion. La porte d'entrée est incertaine dans la lymphangite gangréneuse du scrotum chez le nouveau-né, qui présente des analogies objectives avec l'infiltration d'urine. La lymphangite, infection staphylococcique, peut revêtir, chez le nourrisson, la forme pseudo-érysipélateuse.

3° Erysipèle. — Infection streptococcique très grave comparé à celui de l'adulte par suite de l'absence ou de la faiblesse des phénomènes réactionnels du côté du système lymphatique.

4° Gangrène. — En dehors des plaques isolées, consécutives à des lymphangites ou à de l'érysipèle, on peut voir la gangrène disséminée qui se présente sous deux types :

a) Chez certains nouveau-nés, chez les athrepsiques surtout, on peut voir, comme conséquence d'une circulation et d'une nutrition insuffisantes de la peau, se développer, notamment aux points qui sont le siège de pression, des plaques de gangrène, ou plus exactement de nécrobiose, c'est-à-dire de gangrène primitivement aseptique, qui ne tardent pas à s'infecter secondairement.

b) Quant à la gangrène disséminée post-ulcéreuse, elle peut se développer sur des lésions d'impétigo, sur des pustules d'ecthyma, notamment dans les cas d'ecthyma térébrant. Les pustules de vaccin peuvent devenir franchement gangréneuses. Il faut surtout citer la varicelle. La varicelle gangréneuse a été décrite par de nombreux auteurs.

Ces gangrènes cutanées s'accompagnent fréquemment d'autres manifestations infectieuses du côté de la peau et de l'organisme.

Quant à leurs causes, la plupart des auteurs sont d'accord pour admettre qu'on doit les chercher dans un état antérieur de santé de l'enfant plus ou moins précaire.

Le staphylocoque, presque toujours constaté dans ces gangrènes secondaires, ne saurait être mis en cause dans leur production. On a pu dans quelques cas incriminer le pyocyanique. Mais il est probable que ce sont les microbes anaérobies qui sont responsables de ces processus gangréneux.

II. — Les infections cutanées d'origine interne.

Par infections cutanées d'origine interne, nous décrirons seulement celles qui sont la conséquence directe de l'en-

vahissement de la peau par les agents infectieux et de la sécrétion sur place des toxines. Elles sont conditionnées par une infection préalable de l'organisme ou d'une de ses parties; mais la nature de ces infections importe plus que leur généralisation.

Les portes d'entrée sont : les voies digestives, l'appareil respiratoire, l'ombilic.

Agents d'infection. Ils varient suivant la porte d'entrée et la forme de l'infection Le streptocoque est l'agent des plus graves septicémies.

Formes cliniques. Dans certains cas, l'infection générale domine de beaucoup la situation; et ses manifestations cutanées n'ont qu'une importance secondaire. Ailleurs, les lésions de la peau constituent la localisation dominante de l'infection par leur gravité ou leur extension.

Abcès cutanés et sous-cutanés. Les abcès multiples des nourrissons ont été attribués à une cause interne par les anciens. Leloir les range dans la classe des pyodermites par élimination. De fait, ils se développent au cours des gastro entérites; Budin, frappé de la coexistence des abcès du sein chez la mère et des abcès du sein chez le nourrisson, admet que les staphylocoques ingérés avec le lait peuvent être absorbés et devenir la cause de ces abcès. On objecte qu'on n'a pas trouvé les agents de la suppuration dans le sang des petits malades. Mais nous savons que le staphylocoque, pénétrant dans la circulation, peut, et assez fréquemment chez les nouveau-nés et les nourrissons, aller se fixer sur les os et y déterminer des ostéomyélites multiples, sans qu'il y ait, à proprement parler, de pyosepticémie généralisée. Pourquoi ne pourrait-il pas choisir le tissu cellulaire sous cutané pour y coloniser dans des conditions pathogéniques analogues?

Purpuras infectieux. — Quand on constate la présence de microbes pathogènes au niveau des éléments purpuriques, on peut dire qu'il y a infection cutanée. Des faits de cette nature ont été signalés chez le nourrisson. Cette forme de purpura infectieux paraît généralement secondaire à des infections broncho-pulmonaires subaiguës. Chez un enfant de treize mois, l'agent infectieux trouvé au niveau des lésions cutanées et dans le sang était le pneumocoque (Claude). Chez un autre enfant du même âge, le pneumocoque était associé au streptocoque (Ch Levi).

Eruptions pemphigoïdes et pustuleuses. — Hutinel et Labbé en ont donné la description suivante : « L'éruption débute par une macule, une tâche rougeâtre ou un érythème plus étendu, sur lequel apparaît rapidement une phlyctène remplie d'un liquide clair. Le liquide peut rester clair jusqu'à dessèchement de la phlyctène; le plus souvent il devient hémorragique ou se trouble et se transforme en pus; il peut enfin donner lieu à de la gangrène de la peau. Ces phlyctènes viennent par poussées successives, s'accompagnant généralement de fièvre. »

Ces éruptions pemphigoïdes sont la conséquence d'une infection générale qui vient se manifester du côté de la peau par le moyen d'embolies microbiennes, comme Unna l'a démontré. Il s'agit presque toujours d'infections staphylococciques.

Gangrène disséminée infectieuse. — Contrairement aux gangrènes disséminées post-ulcéreuses, signalées précédemment, cette forme de gangrène, secondaire à une infection générale, se développe sans lésions préalables de la peau.

Cette forme de gangrène disséminée a été observée chez des nourrissons de dix mois et au-dessus. Fait essentiel, elle apparaît toujours comme manifestation cutanée d'un état infectieux général grave. Presque toujours cet état infectieux est secondaire à une rougeole, compliquée souvent déjà elle-même de broncho-pneumonie.

Des symptômes généraux, frisson, fièvre, etc..., marquent le début de la maladie qui, d'emblée, revêt les allures d'une infection. L'éruption se produit le deuxième ou le troisième jour, commençant par des bulles ecthymatiformes ou des plaques d'érythème qui se recouvrent de phlyctènes; au-dessous le derme est nécrosé, forme eschare. Chaque plaque de gangrène est de petite dimension (un pois à une pièce de cinquante centimes) et n'a que peu de tendance à s'étendre en largeur; elle forme, après l'ouverture de la phlyctène, le fond d'une ulcération dont les bords sont taillés à pic, cratériformes. Toutes les lésions peuvent ne pas aboutir à la gangrène, d'où quelquefois polymorphisme de l'éruption. Dans quelques cas, on a constaté la concomitance d'abcès. La température est élevée, l'état général grave, la diarrhée fréquente, la terminaison ordinairement fatale.

Au point de vue pathogénique, il semble bien démontré que ces foyers gangréneux relèvent d'une infection par voie sanguine. Au-dessous de la bulle, en effet, on peut trouver, dès les premières heures, un petit point sphacélé; et l'examen histologique a fait constater que l'épiderme, la partie superficielle du derme, les glandes sudoripares sont relativement peu altérés, tandis que l'inflammation est surtout intense à la partie profonde du derme (Veillon et Hallé).

Dans un cas, chez un enfant de dix-huit mois, Veillon et Hallé ont récemment constaté la présence d'un microbe spécial anaérobie, le bacillus ramosus, trouvé d'ailleurs déjà dans plusieurs autres affections gangréneuses.

III. — Evolution et complications des infections cutanées.

Les infections cutanées d'origine externe, primitivement localisées à la peau, peuvent être le point de départ et devenir la cause de troubles généraux et de complications secondaires viscérales ou autres, *infections d'origine cutanée.* C'est d'elles seulement que nous traiterons ici.

Système lymphatique. — L'infection chronique de la peau crée chez les nourrissons un état lymphatique pathologique qui conduit à la strume, ce premier degré de l'ancienne scrofule. Ces infections bénignes de la peau sont toujours graves par leur chronicité. Tant qu'elles persistent, le système lymphatique résorbe et charrie des produits microbiens incessamment renouvelés. C'est là, pour l'organisme du nourrisson, une cause d'usure et une prédisposition à de plus graves infections. Le staphylocoque, en se perpétuant sur un sujet, fait le jeu du bacille tuberculeux et lui ouvre la porte.

Sang. — Les infections cutanées peuvent agir sur le sang : par diminution des fonctions de la peau; par les toxines microbiennes incessamment sécrétées et résorbées; par le germe morbide pénétrant lui-même dans la circulation. Dans ce dernier cas l'état de septicémie est constitué.

En dehors des cas de septicémie où les germes circulent constamment dans le sang, il en est d'autres où l'infection, en quelque sorte temporaire, est constituée par des décharges microbiennes qui se font à certains moments.

Les infections cutanées à forme aiguë déterminent une réaction des organes leucopoïétiques, qui se manifeste par une leucocytose plus ou moins marquée. Dans les infections graves, on peut constater dans le sang la présence d'hématies nucléées. Ces poussées leucocytaires et normoblastiques traduisent les réactions de défense de l'organisme. Mais les infections prolongées déterminent dans le sang les lésions de l'anémie, caractérisées par une diminution notable des globules rouges et surtout un abaissement du taux de l'hémoglobine. A ces réactions et à ces altérations du sang correspondent des lésions des organes leuco et hématopoïétiques.

Cliniquement, ces processus toxi-infectieux se traduisent d'une façon variable. D'une manière générale, les formes apyrétiques ou peu fébriles et même hypothermiques, relèvent plutôt de la toxémie, tandis que les formes aiguës et hyperthermiques sont attribuables surtout à la septicémie.

a) Les infections prolongées de la peau, chez les nourrissons, produisent une anémie plus ou moins profonde, à laquelle s'ajoutent des troubles de la nutrition générale avec amaigrissement, fonte du tissu cellulo-graisseux et sécheresse de la peau, puis cachexie.

b) Au cours des infections cutanées surviennent, quelquefois, des poussées fébriles, avec agitation ou abattement, et qui ne correspondent, au moins primitivement, à aucune localisation morbide. Ces accidents aigus sont probablement en rapport avec des poussées microbiennes ou des recrudescences des résorptions toxiques. Elles peuvent, dans quelques

cas, aboutir à des localisations infectieuses secondaires.

Les plus graves de ces accidents aigus peuvent se présenter sous deux formes :

La forme pyo-septicémique, dans laquelle le passage des germes infectieux dans le sang va provoquer, par embolies microbiennes, des suppurations secondaires dans l'organisme.

La forme septicémique pure, qui peut présenter une évolution absolument suraiguë. Ce qui caractérise essentiellement ces faits de septicémie suraiguë pure, c'est qu'on ne constate du côté des viscères, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, aucune lésion suffisante pour expliquer la mort. Cliniquement, le symptôme essentiel est l'élévation progressivement croissante de la température, à laquelle peuvent s'ajouter, à un certain degré thermique, des phénomènes nerveux, coma et convulsions. L'évolution de la maladie est des plus rapides, puisque la mort peut survenir au bout de quatre ou cinq jours, en moins de vingt-quatre heures quelquefois chez les plus jeunes.

Muqueuses. — Du côté des yeux, il faut citer les blépharites et surtout la kératoconjonctivite, la kératite phlycténulaire.

La rhinite ulcéro-croûteuse du vestibule n'est pas rare et l'otite suppurée est fréquente.

Du côté de la bouche, nous signalerons les fissures et ulcérations des lèvres, et surtout les stomatites. Ces infections buccales peuvent, secondairement, déterminer, par infection canaliculaire ascendante, des parotidites, des suppurations sous-maxillaires, etc.

Chez les petites filles, on observe souvent des vulvites par infection de voisinage (Bazy), vulvites à staphylocoques à différencier des vulvites à gonocoques.

Appareil respiratoire. — Les complications broncho-pulmonaires comptent parmi les plus fréquentes et les plus graves.

a) Les broncho pneumonies par inhalation viennent compliquer surtout les infections cutanées superficielles, ouvertes et étendues. C'est au cours d'impétigos, principalement d'impétigos greffés sur de vastes surfaces d'eczéma, au cours d'eczémas croûteux, que se produisent les infections broncho-pulmonaires les plus graves.

Chez les nouveau-nés débiles, elles peuvent évoluer sans température élevée, quelquefois même avec hypothermie et cyanose. Mais chez les nourrissons de quelques mois, elles déterminent d'emblée de l'hyperthermie, se manifestent à l'auscultation par des râles fins aux deux bases qui, rapidement, envahissent les deux poumons de bas en haut, souvent sans foyer d'hépatisation, et se terminent par la mort en trois ou quatre jours avec des températures de 42°, 43°.

Ces complications ne sont pas toujours, cependant, d'une aussi grande gravité ; quelques-unes évoluent de façon moins aiguë et peuvent se terminer par guérison. Mais, d'une manière générale, il faut se méfier de toute complication broncho-pulmonaire survenant chez un nourrisson infecté de la peau, et notamment porteur d'eczéma étendu, plus ou moins impétiginisé.

Au cours de ces broncho-pneumonies, les lésions de la peau pâlissent souvent. Nous sommes convaincu que parmi les faits qui sont décrits sous le nom de métastases de l'eczéma, il en est plusieurs, beaucoup peut-être, qui sont des infections bronchiques d'origine cutanée et doivent rentrer dans le cadre de ceux que nous venons de signaler.

b) Les infections pulmonaires par voie sanguine sont plus rares. Leur mode d'origine explique leur coïncidence fréquente avec d'autres localisations d'une pyo-septicémie.

Des pleurésies purulentes peuvent se développer dans deux conditions, soit consécutivement à une broncho-pneumonie, soit comme manifestation d'une pyohémie. On en a rencontré chez des nouveau-nés, secondairement à des infections cutanées très variées.

Appareil digestif. — Les troubles digestifs sont fréquents au cours des infections cutanées étendues et persistantes. Tantôt il s'agit de troubles dyspeptiques plus ou moins accentués, paraissant surtout en rapport avec la détérioration générale de l'organisme qui résulte de l'intoxication chronique d'origine cutanée dans les pyodermites. Tantôt ces troubles prennent l'allure grave d'une infection digestive aiguë. C'est surtout encore au cours d'impétigos chroniques, de larges eczémas croûteux, que se développent ces accidents. Ils surviennent souvent brusquement. Ils revêtent la forme d'infection gastro-intestinale pyrétique ; ailleurs, celle d'un véritable choléra infantile, mortel en un ou deux jours.

Il reste encore à établir la nature de ces infections digestives secondaires.

Le foie présente souvent les lésions du foie infectieux.

Appareil circulatoire. — Les phlébites sont très rares. L'endocardite n'a pas été signalée chez le nourrisson. La péricardite a été constatée quelquefois, péricardite purulente, manifestation de pyohémie, et dont le développement n'est généralement pas reconnu pendant la vie.

Reins. — Nombreuses sont les complications d'albuminurie et de néphrite dans les cas d'impétigo, d'eczéma impétiginisé, d'ecthyma, de gale, etc. Mais la littérature médicale est rare en documents pour ce qui concerne les nourrissons. Cette rareté peut tenir en grande partie à ce qu'on néglige souvent d'examiner leurs urines. Quelques faits, du reste, témoignent que les infections cutanées peuvent aussi, chez eux, agir sur les fonctions et le tissu du rein.

Appareil cérébro-spinal. — Quelquefois les accidents sont dus à la propagation d'une infection de voisinage. Le plus souvent ils sont sous la dépendance d'une infection générale.

Dans une observation d'Hulot, une thrombose des sinus, secondaire à un impétigo ulcéreux de la tête, se manifesta par des symptômes nerveux, mydriase, coma, sous la dépendance d'un épanchement ventriculaire par stase.

Mais les complications cérébro-spinales se montrent surtout comme conséquence d'une infection générale, d'une septicémie ou d'une infection broncho-pulmonaire et viennent se surajouter au tableau clinique.

Dans les cas les plus aigus, avec hyperthermie, l'enfant est pris de raideur de la nuque, quelquefois de strabisme, souvent de convulsions, et la mort survient rapidement.

Dans les cas à évolution plus lente, laissant à un épanchement le temps de s'effectuer, on constate la dilatation des veines temporales, la tension de la fontanelle, signes objectifs qui dénotent le début d'une hydrocéphalie aiguë ou subaiguë.

Les lésions varient dans les deux cas. Dans le premier, on ne constate guère que de la congestion des méninges. Dans le second, il existe manifestement une augmentation du liquide céphalo-rachidien avec dilatation des ventricules. Ces faits correspondent à ce que l'on décrit actuellement sous le nom de méningite séreuse. La méningite purulente est beaucoup plus rare.

Il se peut que, dans certains cas, se soient les toxines résorbées au niveau de la peau qui déterminent les symptômes nerveux et les lésions correspondantes. Mais fréquemment l'on a constaté la présence des germes infectieux, staphylocoques et streptocoques, dans le liquide cérébro-spinal. On peut même dire que, lorsque dans les infections cutanées, la septicémie se produit, lorsque les germes infectieux passent dans le sang, on les trouve aussi presque constamment dans le liquide cérébro-spinal.

Os et articulations. — Depuis que Lannelongue a démontré qu'une lésion cutanée était souvent la porte d'entrée des agents de l'ostéomyélite, les faits à l'appui de cette opinion se sont multipliés. Chez les bébés également, la voie d'entrée de ces ostéomyélites est très souvent une lésion et une infection cutanée. Ce peut être la plaie ombilicale, la mammite, les pustules vaccinales, une plaie de vésicatoire, un abcès de la pulpe du doigt, des tournioles, des panaris, l'impétigo.

Il est un fait à remarquer, c'est que c'est surtout à la suite de lésions limitées que se développent ces ostéomyélites, beaucoup plus rares, semble-t-il, au cours des infections étendues et graves de la peau.

Les arthrites suppurées sont, le plus souvent, la conséquence d'ostéomyélites épiphysaires avec propagation à l'articulation ; souvent la lésion ostéomyélitique est si limitée qu'elle peut passer inaperçue cliniquement, et la suppuration articulaire paraît primitive. Dans un second ordre de faits, les arthrites suppurées

sont sous la dépendance d'une pyohémie et coïncident généralement avec d'autres suppurations du côté des séreuses (péricarde, etc.) et des organes.

IV. — Thérapeutique

A. — *Prophylaxie*

Deux indications : 1° mettre l'enfant à l'abri des contagions du dehors ; 2° combattre ses prédispositions individuelles.

1° La séparation des enfants sains des infectés ; l'isolement de ces derniers dans des chambres spéciales, dans des box, est la première loi qui s'impose.

Secondairement hygiène des locaux occupés par les enfants. Aération. Ensoleillement. Suppression du balayage à sec dans les salles d'hôpital et dans les crèches. Désinfection complète des couveuses.

En troisième lieu, mesures de propreté des personnes préposées aux soins des enfants. Désinfection des mains, des nurses et des infirmières.

Les langes doivent être changés dès qu'ils sont souillés. Bains quotidiens. La tête doit être débarrassée, par des lotions savonneuses, des crasses séborrhéiques ; les croûtes grasses seront préalablement ramollies par des lotions huileuses, et même par des pansements humides.

Enfin la propreté absolue des linges destinés aux nouveau-nés et nourrissons ; dans les hôpitaux d'enfants et les crèches, emploi des linges stérilisés.

2° Soins de propreté et d'asepsie des seins de la nourrice, surtout dans les cas de lésions du mamelon ou d'abcès, changement de nourrice au cas de galactophorite, hygiène alimentaire bien dirigée, traitement des troubles digestifs dès leur apparition.

Asepsie de la plaie ombilicale jusqu'à complète cicatrisation. Les moindres plaies accidentelles, les moindres lésions de la peau doivent être recouvertes de pansements occlusifs, et, s'il y a lieu, antiseptiques.

B. — *Traitement curatif*

I. — *Traitement local*. Il doit : 1° stériliser les pyodermites et les régions infectées de la peau ; 2° empêcher les inoculations ultérieures.

Il est bon de commencer le traitement par une désinfection générale de la peau. Le moyen le plus efficace est, chez les nourrissons, le bain sublimé à 1/15000 : 1 gramme de sublimé pour 15 litres d'eau. Si l'on craint l'action du sublimé dans le cas de lésions trop étendues, on le remplacera par un bain savonneux suivi de l'application de pommade à la vaseline naphtolée à 1/10. Ces bains pourront être répétés pendant le cours du traitement.

a) Dans les infections superficielles ouvertes, la double indication doit être réalisée par des lavages pour aseptiser, par des pansements pour préserver les régions voisines. Mais le respect dû à la peau du nourrisson guidera dans le choix des liquides et des solutions de lavage. L'eau bouillie avant tout, l'eau bicarbonatée quelquefois, l'eau très légèrement boriquée, suffiront dans bien des cas ; les lavages seront répétés toutes les vingt-quatre heures, quelquefois deux fois par jour, avant les pansements.

Comme pansement, après un lavage à l'eau bouillie, l'application d'une simple gaze aseptique sans incorporation d'antiseptiques, répondra bien souvent aux indications par son pouvoir absorbant. Comme pommades, on donnera la préférence aux pâtes épaisses de zinc, additionnées quelquefois d'une faible dose d'acide borique ou d'acide salicylique. Les pâtes sont préférables aux emplâtres. Si l'on avait recours à ceux-ci, on choisirait l'emplâtre de zinc de préférence à l'emplâtre rouge de Vidal et au Vigo. Dans les formes suintantes on emploiera les poudres, telles que mélange de talc, de sous-nitrate de bismuth et d'oxyde de zinc.

Les sulfates de zinc et de cuivre, tels qu'ils entrent dans la composition de l'eau d'Alibour, sont les meilleurs antiseptiques à employer contre l'impétigo. L'eau d'Alibour peut être employée au 1/5 pour les lavages ; mais, même étendue de 10 et 15 fois son volume d'eau, elle est encore fort active et souvent suffisante chez les nourrissons. Chez eux, les lavages répétés sont moins pratiques que les pansements humides permanents sous forme de cataplasmes de fécule ou d'amidon cuit, arrosés d'eau d'Alibour au 1/3 ; le pansement est maintenu par une bande de laine qu'on soulève toutes les trois ou quatre heures pour mouiller le pansement.

L'eau oxygénée est un excellent antiseptique, qui a été appliqué par Marfan au traitement des affections pyodermiques de l'enfance. L'eau oxygénée a le grand avantage de ne pas être toxique. Il n'y a aucun inconvénient à se servir d'eau pure à 10 ou 12 volumes, pourvu que ce soit en lotions et non en application permanente.

L'iodoforme est un antiseptique puissant, mais qui peut présenter des dangers. Il doit être réservé aux formes graves et localisées de l'infection cutanée, telle que l'ecthyma térébrant (Lascoronsky) et les gangrènes de la peau.

b) Dans les lésions que le médecin est appelé à ouvrir pour empêcher les inoculations de voisinage, Grégor (de Breslau) conseille le procédé suivant : savonner et nettoyer à l'éther la région de l'éruption, l'enduire d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10/100 pour protéger la peau des inoculations secondaires ; puis, inciser tous les abcès, même ceux qui ne présentent pas encore de fluctuation, et les vider complètement ; éponger soigneusement les gouttes de pus et de sang, sans enlever la pommade ; panser à sec. En quatre ou six séances on peut obtenir une guérison définitive.

II. — *Traitement général*. — L'état général, dans les formes aiguës des infections cutanées, doit être quelquefois soutenu par les stimulants généraux (grogs, caféine, huile camphrée en injections).

Dans les formes chroniques à tendance cachectique, on peut tirer quelque profit des injections sous-cutanées d'eau salée, à condition que l'enfant ne soit ni tuberculeux, ni néphritique. Mais c'est surtout à des conditions d'hygiène générale, à une alimentation appropriée et à l'ensoleillement par le séjour à la campagne, et quelquefois au bord de la mer, qu'il faut demander la reconstitution de ces petits organismes infectés.

DISCUSSION

M. Pinard. — Dans le remarquable rapport de M. d'Astros, le chapitre dominant est celui de la pathogénie et de la prophylaxie. C'est à cette dernière que je m'attacherai.

Pendant longtemps, et malgré les précautions les plus minutieuses, nous avions, dans nos services, des infections multiples chez les nouveau-nés, nous avions surtout des infections de la région ombilicale, des érysipèles.

A partir d'un certain moment, il m'a été impossible d'en montrer un seul cas, et cela a coïncidé avec l'établissement, dans le service, d'une étuve à désinfection. Nous avons vu aussi disparaître les impétigos, le pemphigus des nouveau-nés qui n'est qu'une manifestation impetigineuse. Quand, par hasard, on en a constaté, c'est qu'on s'était servi, pour l'enfant, de linge venant du dehors, de linge qui n'avait pas été désinfecté.

Contribution à l'étude de la pathogénie de la gangrène infectieuse disséminée de la peau

M. Auché (Bordeaux). — Dans deux cas de gangrène infectieuse disséminée de la peau chez des enfants, l'un est survenu consécutivement à l'autre et par contagion. J'ai isolé, dans le premier cas : 1° un bacille court sans virulence, présentant les caractères du bacille court de la diphtérie ; 2° un streptocoque pyogène très peu virulent ; 3° un staphylocoque doré très virulent et doué de propriétés spéciales nécrosantes. Dans le second : 1° un coli-bacille très peu virulent ; 2° un streptocoque pyogène peu ou pas virulent ; 3° un staphylocoque doré doué des mêmes propriétés nécrosantes que le staphylocoque du premier malade.

Le *staphylocoque doré*, en injection intra-veineuse au lapin, amène la mort dans l'espace de quinze heures. Mais le point essentiellement intéressant, c'est que ce staphylocoque, en injection sous-cutanée, chez le lapin aussi bien que chez le cobaye, détermine très rapidement, au niveau du siège de l'injection, une plaque de sphacèle de la peau, qui s'étend plus tard dans les régions environnantes très fortement infiltrées de sérosité.

Cette action nécrosante a dû évidemment s'exercer au même titre chez les deux enfants qui font l'objet des observations. Dans ces deux faits, le premier rôle, dans la pathogénie des accidents,

revient au staphylocoque. La gangrène infectieuse disséminée de la peau n'est pas une entité morbide définie déterminée par une espèce microbienne spécifique, soit aérobie, soit anaérobie, mais bien une lésion d'ordre nécrotique que plusieurs variétés microbiennes isolées ou associées peuvent produire.

La scrofule (septico-pyohémie héréditaire ou acquise) Diathèse d'infection

M. **Gastou** (Paris). — La scrofule est le reliquat de toxi-infections héréditaires ou acquises, créant une véritable septico-pyohémie à évolution aiguë, subaiguë ou chronique se caractérisant par des manifestations cutanéo-muqueuses ganglionnaires et viscérales en rapport avec des lésions des systèmes lymphatiques et sanguins dont la forme anatomique est le *scrofulome* ou *lymphome* à opposer au tuberculome, au syphilome et aux dégénérescences ou néoplasies arthritiques.

La scrofule présente trois types cliniques principaux :

1° Le type strumeux syphiloïde, facio-cervical ou adénoïdien de Gallois, caractérisé par l'existence du coryza, la tuméfaction nasolabiale, les conjonctivites, kératites, les otorrhées avec adénopathies suppurées ou non, caractérisant les écrouelles.

2° Le type cutanéo-muqueux pyohémique ou septico-pyohémique, caractérisé par l'existence d'éruptions cutanées érythémateuses, érysipélatoïdes, nodulaires, aboutissant souvent à des abcès, à des ulcérations et des gangrènes ; créant sur les muqueuses, les pharyngites, laryngites, bronchites à répétition, les diarrhées alternantes et consécutivement les hypertrophies ganglionnaires, hépatiques, rénales et quelquefois le type lymphadénique ou leucocythémique.

3° Le type lymphatique ou type atténué, hybride formé de scrofule et d'arthritisme et se caractérisant par la pâleur de la face, la bouffissure des téguments, la micropolyadénopathie, l'anémie, la faiblesse générale et la prédisposition aux éruptions et infections cutanées. Ces différents types peuvent exister à l'état isolé ou s'associer. Ils évoluent le plus souvent vers la guérison spontanée ou provoquée. Mais la scrofule complique la tuberculose ou lui sert de porte d'entrée.

La caractéristique anatomique de la scrofule est soit le scrofulome ou nodule infectueux formé de leucocytes poly ou mononucléaires à siège intra ou périlymphatique; soit le lymphome ou amas de lymphocytes ; le premier en rapport avec les formes pyohémiques, le second avec les formes septicémiques.

Le scrofulome et le lymphome se différencient du tubercule qui est péri-artériel, formé par des cellules géantes ou épithéloïdes d'origine conjonctive; du syphilome formé également par la réunion autour des artères et veines de cellules conjonctives et d'éléments lymphatiques ; du néoplasme arthritique formé aux dépens des épithéliomes vasculaires ou glandulaires.

C'est à la scrofule que convient surtout le climat maritime agissant à la fois sur l'état général par l'air, sur l'état local par les bains.

M. **Hack** (Fécamp). — Mes études sur la scrofule, basées sur l'observation de plus de 1000 cas au dispensaire gratuit de Fécamp, m'ont amené à ne reconnaître qu'une seule cause étiologique à cet état, *c'est la viciation de l'air dans lequel vit le sujet, par l'oxyde de carbone et l'acide carbonique.*

La scrofule est fonction des asphyxies locales de la peau.

Sous l'influence des gaz délétères, la respiration cutanée ne se fait pas, il y a des envahissements microbiens locaux. Le tempérament scrofuleux n'existe pas et la maladie frappe tous ceux qui sont soumis à la diète oxygénée et à l'action, pendant l'hiver, des deux gaz que nous avons nommés.

Le traitement général est nul en tant que curatif. Le traitement préventif consistera dans l'oxygénation résolue et l'acclimatement rigoureux.

Les lésions secondaires dues à la réaction défensive de l'économie seront traitées par les préparations d'iode et de tannin.

Les formes de l'hérédité pathologique infantile. Dystrophies, stigmates et maladies

M. **Gastou**. — Il y a, dans l'hérédité pathologique, trois modes différents à étudier :

1° La transmission de caractères modalités, organiques ou morbides en puissance en état définitif existant chez les parents avant la conception : c'est l'hérédo-transmission, l'hérédité de terrain, l'hérédité des troubles de nutrition, des diathèses, l'hérédité en un mot proprement dite qui provoque les prédispositions, les dystrophies, transmet la malformation héréditaire et tous les caractères de l'espèce et de la race.

2° La transmission en nature de maladies en activité ou en voie d'évolution, par exemple, de maladies contagieuses; ou bien la transmission d'un trouble nutritif aigu, passager, existant au moment de la conception : c'est l'hérédo-contagion, l'hérédo-infection ou l'hérédo-intoxication qui crée la maladie en nature ou le trouble nutritif identique à celui des parents, maladie ou trouble qui, empêchant la fécondation, tuant l'embryon dès le principe ou évoluant *in utero* pour créer la maladie congénitale.

Cette hérédo-contagion, de tous les modes d'hérédité le plus important, comporte deux modalités :

a) L'hérédo-contagion conceptionnelle qui provoque des modifications morbides qui, le plus souvent, nous échappent à cause de la mort du germe ou bien par ce fait que la maladie ayant évolué dans l'utérus, l'enfant vient au monde en apparence sain ou seulement avec des stigmates des lésions qui ont évolué.

b) L'hérédo contagion post-conceptionnelle qui comprend les cas où la maladie a été transmise par la mère à l'enfant, mais à une époque postérieure à la conception, ce qui permet de trouver à la naissance, chez l'enfant, la maladie en nature avec tous ses signes.

3° La maladie embryonnaire ou fœtale proprement dite, qui n'appartient qu'indirectement à l'hérédité, mais qui doit rentrer dans son étude, parce que les maladies fœtales reconnaissent, à leur origine, soit les troubles de nutrition anté conceptionnels des procréateurs, soit et, le plus souvent, des maladies ou troubles du milieu maternel, par maladies générales de la mère, par maladies locales des organes génitaux. On pourrait appeler cette variété d'hérédité : hérédo-morbidité congénitale, c'est elle qui produit, chez le nouveau né, soit des maladies qui lui sont propres, soit les malformations, arrêts de développement et monstruosités.

Envisagée ainsi, l'étude de l'hérédité permet de voir qu'il ne faut pas attribuer à une cause unique, comme on a tendance à le faire pour la syphilis, toutes les dystrophies, malformations ou arrêts de développement que présente le nouveau-né ou l'enfant.

En résumé et comme conclusion, il y a lieu de reprendre entièrement la question de l'hérédité pathologique infantile, en basant son étude sur les trois caractères essentiels de cette hérédité envisagée dans le temps et suivant l'état des procréateurs antérieur, concomitant ou postérieur à la conception : transmission conceptionnelle, contagion ou intoxication congénitale post-conceptionnelle, maladies fœtales congénitales intra-utérines.

M. **Pinard**. — Il faut distinguer, à mon avis, deux sortes d'hérédité : l'hérédité conceptionnelle et l'hérédité intra-utérine.

La première vient du tempérament et des maladies des ascendants au moment de la conception. C'est elle qui constitue l'hérédité pathologique avec stigmates.

Il y a, en outre, l'hérédité intra-utérine qui s'exerce sur un individu déjà formé. Dans ce cas les manifestations morbides constituent une maladie acquise, c'est le cas des malformations, des monstruosités.

De l'invagination intestinale de l'enfant

M. **Grisel** (Paris), *rapporteur*.

CONCLUSIONS

L'invagination intestinale aiguë de l'enfant est une affection relativement rare en France, mais dont les observations, comme celles faites en Angleterre, se multiplieront certainement lorsque ses symptômes seront mieux connus.

C'est une maladie du nourrisson chez qui elle constitue à peu près la seule cause d'obstruction aiguë. Sur 300 cas ou nous connaissons l'âge des malades, 204, soit 68 %, sont des nourrissons âgés de moins d'un an.

Chez le nourrisson, 66 fois pour 100, l'invagination apparaît entre le quatrième et le septième mois, et 70 fois pour 100 chez des garçons (75 %, Wiggin).

L'âge a une influence sur la variété de l'invagination; chez le nourrisson, la variété iléo-cæcale existe dans 82 % des cas; chez les enfants plus âgés, on ne la trouve que 37 fois pour 100. La variété entérique augmente, au contraire, de fréquence avec l'âge, puisqu'elle passe de 5 % chez le nourrisson à 30 % chez le jeune enfant.

L'étiologie de l'invagination des jeunes enfants se précise de jour en jour grâce aux interventions qui permettent, dans un nombre de cas relativement élevé, de rapporter la cause déterminante soit à un diverticule de Meckel, soit à une appendicite chronique, à des ulcérations de l'intestin, à l'ingestion de masses alimentaires solides, etc.

L'étiologie de l'invagination du nourrisson est plus difficile à établir; on la regarde habituellement comme facilitée par des dispositions anatomiques spéciales de la région iléo-cæcale et par une hyperexcitabilité réflexe habituelle à cet âge, et comme déterminée par une entéro-colite consécutive à des fautes d'alimentation.

Les observations que nous avons recueillies ne donnent pour l'invagination du nourrisson aucun renseignement étiologique. Nous souhaitons qu'à l'avenir ce côté important de la question soit examiné, et que le mode d'alimentation, les troubles digestifs antérieurs, soient indiqués.

Pour l'invagination des enfants plus âgés, nous voyons augmenter le nombre des cas où le diverticule de Meckel a provoqué l'invagination en se retournant lui-même, cette invagination du diverticule pouvant être déterminée par l'existence de tumeurs dans sa partie libre (lipome, pancréas accessoire).

L'appendicite chronique est la cause de presque tous les cas de l'invagination iléo-cæcale chronique de la seconde enfance (12 fois sur 23 cas).

A l'invagination du diverticule de Meckel correspond un mode d'invagination à la fois entérique et iléo-colique que nous avons essayé de préciser.

A l'invagination de l'appendice et du cæcum correspond une variété d'invagination cæcale ou appendiculaire, ou cæco-appendiculaire, signalée par Pollard, Eve Ackermann, Jalaguier, qu'il faudra distinguer dans la suite des véritables invaginations iléo-cæcales.

L'invagination intestinale est aiguë ou chronique. La première comprend la totalité des cas chez le nourrisson. L'invagination chronique est très rare; elle frappe les enfants plus âgés, et l'âge moyen de nos 23 observations est la septième année (1).

Le traitement exclusivement recommandé à l'heure actuelle est la désinvagination directe après laparotomie. Cette thérapeutique est justifiée par l'amélioration progressive des résultats. La mortalité était en 1888 de 78 %; elle est, sur notre ensemble de 131 observations, de 13 % (1899-1903).

Le traitement par l'insufflation et les lavements est entièrement rejeté pour les malades qui sont en situation d'être laparotomisés immédiatement.

Cependant, on peut dire que ce qui importe le plus est un diagnostic précoce : dans les douze premières heures, la mortalité est extrêmement faible, quel que soit le traitement employé. L'insufflation ou le lavement à ce moment sont peu dangereux en eux-mêmes, et lorsque les moyens de faire la laparotomie font défaut, on ne peut que recommander d'y avoir recours. On ne cessera de surveiller l'enfant, en se précautionnant à l'avance de tout ce qui est nécessaire à la laparotomie immédiate en cas de récidive.

La laparotomie avec désinvagination a une mortalité d'autant moindre qu'elle est plus précoce; elle est, en effet, de 11 % dans les premières heures, reste aux environs de 35 % jusqu'à la fin du deuxième jour, monte à 51 % le troisième jour, à 78 % le quatrième, et ne donne aucun succès le sixième et le septième jour.

La variété de l'invagination influe aussi sur le succès; la moins grave est la variété iléo-colique (mortalité 32 %); puis vient l'iléo-cæcale, la plus fréquente (mortalité 39,5 %); enfin la variété entérique, dans les rares cas où la désinvagination est possible; vient ensuite avec une mortalité de 50 %.

Le fait que le boudin invaginé est senti par le rectum ou apparaît à l'anus ne modifie pas le pronostic, qui dépend de l'état d'altération de l'intussusceptum.

Sur 21 cas de tumeur rectale, la désinvagination simple a donné 12 succès et 9 insuccès.

L'anus artificiel a pu être considéré comme une opération bénigne pouvant être faite d'emblée en attendant l'élimination spontanée ou la résection secondaire. L'expérience a démontré qu'il n'en est rien, et tous les auteurs s'accordent à lui reconnaître une mortalité de 90 à 100 %. Sur nos 18 observations, il y a 2 cas de guérison, soit 89 % de mortalité.

Il est de règle que l'irréductibilité (33 cas), la gangrène (19 cas), la perforation (6 cas), exigent soit l'anus artificiel, soit la résection.

En présence des résultats mauvais que donne la désinvagination au delà du sixième jour il faut se demander si, dans ces cas où, après une désinvagination difficile on trouve un intestin fortement altéré quoique non gangréneux, il n'y aurait pas lieu de tenter la résection, puisque l'anus artificiel est mortel.

Dans le cas de résection, il nous semble que le procédé n'est pas sans influence sur le succès. Le procédé, d'apparence bénigne, qui consiste à réséquer l'intussusceptum au travers de la gaîne incisée (Maunsell, Jessett, Barker), n'a donné aucun succès, et la statistique personnelle de Barker n'en comporte aucun; il en est de même des statistiques plus anciennes, et le cas de guérison publié par Rydygier appartient à une enfant déjà âgée de onze ans. Au contraire, la résection franche avec anastomose compte tous les succès au nombre de 14 sur 46 observations. C'est elle qui comprend les deux seuls cas suivis de guérison chez des nourrissons âgés de six et sept mois (Fisk, Grosz).

L'invagination chronique est rare chez l'enfant; nous n'en trouvons pas d'observations chez le nourrisson; celles recueillies, au nombre de 23, appartiennent à des enfants dont l'âge moyen est de sept ans; sa mortalité est très faible (19 %).

Sur 23 cas, la cause de l'invagination chronique est connue 14 fois, dont 12 comme dépendant d'une inflammation chronique de l'appendice. L'invagination produite peut être de voisinage (iléo-cæcale, iléo-colique); plus souvent elle porte sur l'appendice lui-même et sur le cæcum.

Le traitement de choix de l'invagination chronique est la résection qui, sur 21 cas, a donné 17 guérisons et 4 morts (mortalité, 19 %).

Le pronostic de l'invagination intestinale aiguë de l'enfant, et en particulier du nourrisson (68 % des cas), s'améliore chaque année; cette amélioration sera poussée plus loin encore par l'observation des règles formulées par tous les chirurgiens compétents, à savoir : une intervention précoce grâce à un diagnostic rapide, et, pour les cas désespérés, une thérapeutique hardie qui seule compte des succès, les moyens de traitement palliatifs (anus artificiel) ou moins radicaux (Maunsell, Barker, Rydygien) échouant presque toujours.

Invagination du diverticule de Meckel

M. Guyot (Bordeaux). — Le nombre des observations d'invagination du diverticule de Meckel est très restreint; quatorze ou quinze faits en ont été publiés. Celui que nous rapportons a trait à un enfant de dix ans que nous opérâmes au cinquième jour. La désinvagination intestinale fut impossible. En raison de la gravité de l'état général on ne pouvait songer à pratiquer une résection de l'intestin. Nous eûmes recours à l'entéro-anastomose. La mort survint, due à la persistance des accidents de septicémie péritonéale.

A l'autopsie, on trouva que l'anastomose intestinale avait bien fonctionné. L'invagination était à cinq cylindres avec diverticule de Meckel retourné. Cette observation vient à l'appui des conclusions émises par M. Grisel dans son remarquable rapport, à savoir que l'invagination aboutit très vite, dans les cas analogues, à la gangrène, et s'observe surtout chez des enfants de huit à dix ans. Dans ce cas, il n'existait, au fond du

(1) M. le Dr Gallois en a publié récemment dans ce journal (n° 25, 1904), un cas fort intéressant accompagné de commentaire. N.D.L.R.

diverticule, ni lipome, ni pancréas accessoire pouvant être invoqués dans le mécanisme complexe de sa production.

Deux cas d'invagination intestinale récidivante chez l'enfant

M. Mauclaire. — *1er cas* : enfant âgé de deux ans; fut opéré d'urgence pour une invagination colo-iliaque que l'on sentait facilement à la palpation. La désinvagination fut très aisée. L'enfant paraissait guéri, lorsqu'il y eut une récidive trois semaines après. A l'ouverture de l'abdomen, on retrouva la même invagination colo-iliaque et cinq ou six invaginations sur le colon ascendant et sur l'intestin grêle, celles-ci peu étendues. La désinvagination colo-iliaque fut difficile à réduire; l'intestin se rompit en plusieurs points. L'enfant succomba à la péritonite.

2e cas : l'enfant, âgé de quinze ans, avait eu, dix-huit mois auparavant, une crise d'invagination réduite spontanément. A la deuxième crise, l'enfant ne fut opéré que le huitième jour en pleine péritonite. La désinvagination jéjuno-iléale fut impossible à réduire. Le boudin fut réséqué, et on pratiqua l'entéro-anastomose, car la rétraction mésentérique avait collé l'anse invaginée contre le rachis.

Des travaux récents montrent que, dans l'invagination chronique, la résection est le traitement de choix quand on peut bien attirer l'anse au dehors du ventre. L'exclusion intestinale, l'entéro-anastomose, l'anus contre nature ne sont que des méthodes de nécessité (Eloy, Hassler, Kredel).

(*A suivre.*) GRANJUX.

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux de lavage

La mode est aux eaux de lavage. C'est la conséquence naturelle des croyances en l'auto-intoxication. Faire passer à travers la glande rénale un courant d'eau pure, diurétique, l'eau d'Evian, par exemple, est, en effet, un moyen de désintoxiquer l'organisme, mais est-ce le meilleur ?

Ce serait le meilleur si les produits toxiques dont il s'agit de débarrasser nos tissus étaient en simple solution dans le sang. Mais tel n'est pas le cas. Les produits d'oxydation incomplète de nos aliments sont en général peu solubles; ils déposent dans les tissus comme l'acide urique chez les goutteux, et ils contractent avec eux des combinaisons que l'eau ne détruit pas. En pratiquant le lavage aqueux de l'organisme, nous faisons un peu comme la ménagère qui voudrait enlever, sur un tissu, une tache de graisse ou une tache d'encre avec beaucoup d'eau. Elle n'aboutirait qu'à un résultat médiocre, sinon nul. L'indication est de chercher un dissolvant de la tache. Quelques gouttes d'un alcali enlèveraient mieux la tache de graisse, un peu d'acide oxalique la tache d'encre que des hectolitres d'eau.

Eh bien, il en est de même pour l'organisme. Les substances toxiques sont, chez la grande masse des arthritiques, des substances acides que les alcalis solubilisent facilement. L'acide urique, par exemple, est dix fois moins soluble que les urates, c'est-à-dire qu'un litre d'eau alcaline suffira à le dissoudre là où il faudrait dix litres d'une eau indifférente.

Y a-t-il donc inconvénient à savonner l'organisme au lieu de le laver à l'eau pure ?

Au point de vue digestif, une eau alcaline légère comme l'eau de Vals Saint-Jean, par exemple, n'a que des avantages. Elle excite légèrement la sécrétion gastrique et rend la digestion plus prompte et plus facile. Au point de vue général, on a beaucoup redouté l'abus des alcalins. Est-il utile de dire que si on peut redouter l'usage des doses de 20 à 30 gr. par jour de bicarbonate de soude (et encore d'excellents cliniciens, comme Huchard, trouvent-ils cette crainte exagérée), l'ingestion quotidienne de 0 gr. 50 à 1 gr. de bicarbonate de soude, dose maximum qu'on a introduite dans l'organisme par l'usage constant au repas d'eau de Vals Saint-Jean, ne peut avoir aucun inconvénient.

Elle en a d'autant moins que nous avons tous ou presque tous, par le fait d'une alimentation trop carnée, d'une vie trop sédentaire, d'un fonctionnement exagéré du système nerveux, des tissus et humeurs exagérément acides, et qu'une petite dose d'alcali ajoutée à l'alimentation, loin de constituer une condition anormale, n'est que le correctif tendant à ramener à la normale un organisme acidifié outre mesure par une mauvaise hygiène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril.

Kyste essentiel du mésentère

M. Kirmisson. — Ce fait, qui peut être rapproché de celui dont on nous a entretenus dans l'une de nos séances précédentes, concerne un enfant de trois ans, atteint d'une énorme tuméfaction du ventre. Dès sa naissance on avait remarqué que l'abdomen était volumineux mais l'augmentation s'était surtout accrue dans les six dernières semaines, au point que la circonférence de l'abdomen donnait comme mesure 63 centimètres. A la palpation on percevait deux tuméfactions, l'une plus considérable dans l'hypochondre droit, dure, mate et immobile; l'autre, du volume du poing, plus superficielle et située plus bas et à gauche de la ligne médiane.

Une ponction, faite dans la grosse tumeur, donna issue à un litre et demi d'un liquide jaune-verdâtre, dont l'examen ne fournit aucun renseignement caractéristique, mais cette ponction fit voir que les deux poches communiquaient entre elles. Le liquide s'étant rapidement reproduit, j'ai fait la laparotomie médiane. Les anses intestinales écartées, j'ai pu attirer au dehors la petite tumeur qui était enveloppée par un feuillet mésentérique. Une ponction m'a donné le même liquide jaune-verdâtre. Je l'ai ensuite incisée et j'ai fixé les lèvres de la poche à la plaie cutanée. Une pince a confirmé la communication des deux poches par un canal rétréci. Des lavages ont été faits dans la suite, mais il est resté une fistule par où le liquide, changeant de nature, a continué à couler sous l'aspect d'une sécrétion analogue à celle d'une grenouillette. L'enfant, sorti de l'hôpital, a été perdu de vue.

Occlusion tardive d'origine appendiculaire

M. Lejars. — Cette observation, que M. René **Lefort** (Lille) a recueillie, a trait à un homme de soixante-douze ans qui, cinquante ans auparavant, avait eu plusieurs crises d'appendicite. Depuis lors, il n'avait présenté aucun accident. Quatre jours seulement avant d'être vu par notre confrère, il avait été atteint d'accidents d'occlusion intestinale. La laparotomie a montré que plusieurs brides enserraient des anses intestinales, qui étaient grêles et vides et que, de plus, il existait en haut une torsion du mésentère. Malgré la libération des parties étranglées, le malade succombait le lendemain. A l'autopsie, on a constaté que toutes les brides avaient été sectionnées, mais dans la fosse iliaque droite on a trouvé l'appendice sectionné en deux parties, un petit bout cœcal et l'autre bout complètement fermé, adhérent au péritoine voisin. Le tout était enclavé dans une masse fibroïde, reste du foyer appendiculaire primitif.

Un cas d'hypospadias périnéal

M. A. Reverdin. — Les photographies que je vous présente vous montrent un sujet de trente-deux ans, de sexe resté longtemps indéterminé. Son apparence générale tient de l'homme et de la femme ; cependant, du côté des organes génitaux, on note une saillie pénienne du volume d'une verge d'un enfant de quatre ou cinq ans, dont le prépuce bifide simule des petites lèvres. Le scrotum a l'aspect des grandes lèvres et contient les testicules, dont le droit est accompagné de l'épididyme. L'urètre offre un défaut de soudure s'étendant du méat au col de la vessie, situé au fond d'un infundibulum profond. Une opération peut-elle remédier à ce vice de conformation ?

M. Legueu. — J'ai en ce moment, dans mon service, deux malades inscrites et élevées comme deux filles. Ce sont, en réalité, deux hypospades semblables à celui de M. Reverdin. Je me propose de les opérer prochainement.

M. Demoulin. — Il y a actuellement à

l'Hôtel-Dieu le moulage d'un malade semblable, auquel M. Duplay a refait un urètre et une verge de 5 centimètres de longueur. J'apporterai ce moulage à la prochaine séance.

M. Pozzi. — J'ai présenté à la Société d'anthropologie un sujet porteur de la même difformité. Celui de M. Reverdin diffère un peu des autres par l'existence de l'infundibulum. Cependant, je crois qu'il faut tenter de l'opérer.

M. Walther. — Dans le cas actuel le sexe ne paraît pas douteux, puisqu'il y a un épididyme du côté droit. Quant au cul-de-sac profond signalé, je l'ai plusieurs fois observé chez des enfants. Ce n'est pas une contre-indication à l'opération.

M. Carlier (de Lille). — J'ai traité un malade de dix-sept ans et demi dans les mêmes conditions, par le procédé à lambeaux, et j'ai obtenu un bon résultat. De même, chez un enfant, j'ai obtenu pareil succès.

M. Hermann fait une communication sur *la palatoplastie en deux temps*, en faisant ressortir ses avantages mis en cause par MM. Broca et Sebileau.

Présentations

M. Chaput. — Femme : *Hernie crurale opérée.*

M. Schwartz. — *Corps étranger du rectum* (pot à colle).

M. A. Reverdin. — *Photographie d'un bec de lièvre* (gueule de loup). Facilité du décollement par une injection sous-muqueuse d'une solution de cocaïne au millième.

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 11 avril.

Action analgésiante du bicarbonate de soude dans les brûlures

M. Pecker communique un cas de brûlure au 2e degré, chez un enfant de trois ans, traité efficacement par l'emploi d'une solution aqueuse saturée à froid de bicarbonate de soude. Ayant eu l'occasion de recourir au même traitement pour une brûlure dont il avait été lui-même victime, l'auteur insiste sur l'action, particulièrement analgésiante, du bicarbonate de soude en pareil cas.

Action des bains carbo-gazeux

M. Laussedat (Royat) fait, sur ce sujet, une communication dont la conclusion est que les bains carbo gazeux à eau courante améliorent d'une façon persistante la contractilité de la vessie chez les neurasthéniques, les anciens blennorragiques avec paresse vésicale, les prostatiques et les tabétiques à la période préataxique. Pour lui, cette action s'expliquerait par le développement d'un courant électrique dans certaines eaux minérales naturelles.

MM. Gautrelet et Moutier contestent cette explication et croient beaucoup plus logique de rapporter l'action dont il s'agit à l'excitation périphérique produite par l'acide carbonique.

M. Moutier ajoute qu'à son avis l'action directe de ces bains sur la vessie n'existe pas. Il s'agit plutôt d'un relèvement de l'état général, dont l'amélioration vésicale n'est qu'un corollaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril

Accidents méningés avec lymphocytose arachnoïdienne dans la fièvre typhoïde

MM. Achard et **Paisseau** rapportent l'observation d'un jeune homme qui, au début d'une fièvre typhoïde, présenta des symptômes méningés consistant en raideur de la nuque, signe de Kernig, délire, constipation et quelques vomissements. La ponction lombaire donna un liquide clair, contenant des lymphocytes assez abondants, et dont l'ensemencement fut négatif. Les symptômes méningés s'atténuèrent notablement à la suite de la ponction, puis disparurent, et la fièvre typhoïde évolua d'une façon régulière.

Il est à remarquer que, lorsqu'il existe une réaction méningée légère dans les affections aiguës, le liquide céphalo-rachidien est ordinairement privé de microbes et renferme des lymphocytes exclusivement ou d'une façon prédominante. Ces faits sont utiles à connaître pour éviter de conclure à une méningite tuberculeuse, en présence d'une réaction lymphocytaire et de symptômes méningés avec état général mal défini, comme au début de la fièvre typhoïde.

Les complications méningées des pyrexies présentent une série de faits assez dissemblables ; à côté des méningites vraies, il y a des méningites latentes cliniquement et dont les lésions sont légères ; il y a aussi des accidents méningés sans réaction anatomique appréciable. Mais ce désaccord, entre la clinique et l'anatomie pathologique, est peut-être plus apparent que réel, car les symptômes méningés sont dus aux troubles dont sont atteints les éléments nerveux sous-jacents aux méninges, et l'on conçoit que ces symptômes puissent exister sans que la séreuse soit elle-même enflammée. De plus, il faut encore compter avec la possibilité des lésions méningées, exclusivement craniennes, et ne se révélant pas à la ponction lombaire. Enfin, les faits observés par MM. Chauffard et Budin, dans les oreillons, permettent de penser que, lorsqu'il existe une réaction anatomique sans symptômes apparents, une analyse clinique plus délicate, la lenteur du pouls notamment, fournira des indices de la lésion.

M. Netter insiste sur la fréquence des manifestations méningitiques au cours de la fièvre typhoïde. Elles se traduisent tantôt par le seul signe de Kernig, tantôt par ce signe et d'autres symptômes de méningite. En pareils cas, l'examen du liquide de ponction confirme ce qu'a observé M. Achard.

M. Netter ajoute que la coexistence de ces symptômes méningitiques avec une fièvre typhoïde a une importance pronostique sérieuse. La mortalité est trois fois plus considérable, d'après les statistique et, chose singulière, les rechutes sont trois fois plus fréquentes.

M. Comby a fait récemment l'autopsie d'une fillette de treize ans, morte au septième jour d'une fièvre typhoïde après avoir présenté le tableau complet de la méningite. Or, les centres nerveux étaient absolument indemnes, tandis que les lésions intestinales caractéristiques de la dothiénentérie étaient extrêmement accusées. Les faits de cet ordre correspondent à la forme dite spinale de la fièvre typhoïde.

M. Sicard observe que le signe de Kernig est également assez fréquent dans la pneumonie.

Endocardite mitrale ulcéro-végétante à staphylocoque post-grippale

MM. Cornil et **E. Barié** rapportent le cas d'une femme jusqu'alors d'une excellente santé et sans aucun antécédent morbide antérieur qui fut prise d'une attaque d'influenza de forme moyenne et, bientôt après, d'infection secondaire post-grippale ayant porté sur le cœur, le rein, le foie et la rate.

Les manifestations infectieuses se sont localisées principalement sur le cœur, et la malade a été emportée en douze jours, en proie à une adynamie extrême et à une vive dyspnée causée par une congestion pulmonaire double, consécutive à une endocardite ulcéro-végétante de la mitrale.

Outre la présence de nodosités végétantes et fongueuses sur celle-ci, on relève tout particulièrement la rupture partielle de la grande valve de la mitrale qui, séparée et pendante, flottait dans la cavité ventriculaire, et en second lieu, la présence d'un anévrysme valvulaire perforé à son centre siégeant sur la petite valve de cette valvule.

C'est là un fait exceptionnel, car les anévrysmes valvulaires, ainsi que l'a montré Drasche (1898), occupent généralement la grande valve de la bicuspide. Cette rupture valvulaire et cette dilatation anévrysmale ont été toutes deux la conséquence du travail ulcératif particulièrement rapide de l'endocardite infectante post-grippale.

Un point très intéressant encore à faire remarquer, est que l'agent microbien qui a déterminé l'endocardite est le staphylocoque ; c'est là un fait rare, car en pareil cas c'est le pneumocoque ou le staphylocoque — isolés ou associés entre

eux ou encore avec le diplocoque — que l'on rencontre généralement.

Enfin, chez cette femme, le processus infectieux s'est étendu encore au rein d'une façon toute particulière; sans être exceptionnelle, la néphrite aiguë post-grippale est encore assez rare, puisque d'après Freemann (1900), sur un ensemble de 400 cas, on ne l'aurait rencontrée que quatre fois, c'est-à-dire dans la proportion de 1 %.

L'absorption intestinale chez l'obèse

MM. P. Oulmont et F. Ramond. — L'observation clinique montre que les fonctions intestinales s'effectuent normalement chez la très grande majorité des obèses. Sur 45 cas, 9 fois seulement la constipation a été notée. De plus, l'analyse chimique des fèces, faite comparativement chez l'obèse et le normal, prouve que l'excrétion fécale est la même dans les deux cas pour un même régime alimentaire. L'engraissement et l'amaigrissement ne semblent pas s'accompagner, le plus souvent, de modifications du taux de l'excrétion fécale. De sorte que l'absorption intestinale apparaît normale et nullement exagérée chez l'obèse.

Surrénalite subaiguë avec syndrome d'insuffisance surrénale terminé par la mort

MM. L. Bernard et J. Heitz. — Il s'agit d'une femme jeune encore, bien portante habituellement, prise sans raison apparente de fatigue musculaire rapidement progressive. En la durée de six mois, elle arrive à un état de myasthénie profond, incapable, non seulement d'aucun effort, mais même d'effectuer aucun mouvement, si bien que les derniers jours de cet état se rapprochent presque plus de la paralysie que de l'asthénie. A cette asthénie considérable, permanente, progressive, se sont joint des phénomènes douloureux épigastriques et des vomissements de plus en plus opiniâtres avec anorexie absolue; de l'hypotension artérielle; une pâleur généralisée des téguments; donc pas de mélanodermie. La mort survient brusquement.

A l'autopsie, tous les organes se sont montrés sains, en particulier le système nerveux cérébro-spinal sympathique abdominal. Seules, les capsules surrénales sont profondément altérées : on constate une atrophie considérable de l'organe, portant surtout sur la substance corticale; là, on note la dislocation trabiculaire par ectasie capillaire considérable; disparition de l'état spongieux des cellules, atteintes de tuméfaction trouble, de dégénérescence graisseuse et, par place, de nécrose, de coagulation; enfin, disparition complète du pigment. Dans la substance médullaire, lésions cellulaires difficiles à spécifier et infiltrations lymphocytique très marquée.

Il s'agit donc d'une surrénalite, affection inflammatoire non spécifique des surrénales qui constitue toute la maladie et suffit à provoquer la mort par insuffisance surrénale. Elle est subaiguë et sa cause échappe; les auteurs la supposent toxi-infectieuse, en raison de l'identité des lésions observées et de celles qu'ont reconnues L. Bernard et Bigard dans certaines intoxications expérimentales, lésion qui leur ont paru traduire l'hypoépinéphrie.

Les auteurs tracent l'histoire des surrénalites : les surrénalites aiguës sont congestives, hémorragiques ou suppurées. Elles restent latentes ou se manifestent par le syndrome d'insuffisance surrénale aiguë de Sergent Bernard. Les surrénalites chroniques doivent être distinguées en surrénalites épithéliales hyperplasiques et surrénalites scléreuses. Celles-ci peuvent aussi rester latente ou bien elles s'expriment, soit par un syndrome lent d'insuffisance surrénale, soit par le syndrome addisonien. Au contraire, les surrénalites hyperplasiques traduisent l'hyperépinéphrie telle qu'elle a été reconnue histologiquement par L. Bernard et Bizart dans certaines intoxications expérimentales; elles ne provoquent donc pas d'insuffisance surrénale. Enfin, le cas rapporté par les auteurs marque la place d'une troisième catégorie de faits, surrénalites subaiguës, justifiant cette appellation par ses caractères à la fois anatomiques et cliniques.

M. Merklen signale l'importance clinique de l'insuffisance surrénale récemment mise en lumière et qui donne la clef de diagnostics presque impossibles jusque-là (avec, par exemple, certains cas étiquetés jusqu'alors : neurasthénie grave).

Chorée aiguë mortelle. Péricardite hémorragique

MM. E. Dupré et P. Camus. — Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, entré dans le service pour des accidents de nature imprécise, d'apparence typhoïde, avec altération profonde du teint, céphalée, douleurs articulaires vagues, fièvre légère, etc. Cinq jours après l'entrée, amélioration sensible dans la fièvre, les douleurs et l'aspect général; mais état mental singulier : indifférence, inattention, contradiction dans les réponses, mobilité dans la physionomie; moue et mâchonnement de temps à autre.

Deux jours après, apparition des signes physiques et fonctionnels d'une péricardite sèche; accentuation des symptômes psychiques et début par la face des premières convulsions choréiques.

Les jours suivants, extension aux membres supérieurs puis inférieurs, et au tronc, des mouvements choréiques qui deviennent très rapidement, et malgré le traitement, d'une extrême violence. Hallucinations visuelles, fièvre, excoriations cutanées, agitation psychique et motrice incoercible : signes persistants de péricardite sèche. Mort cinq jours après le début de la chorée, quinze jours après le début apparent des accidents infectieux. Deux jours avant la mort, ponction lombaire : lymphocytose très discrète.

Nécropsie : péricardite adhésive et hémorragique, avec fausses membranes épaisses; très légère endocardite mitrale et sigmoïdienne aortique. Rate grosse. Extrême congestion des centres nerveux, sans autre lésion saisissable.

J. J.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 20 avril. — *M. Lionnet* : Rhumatismes tuberculeux. Les arthropathies rhumatiformes au cours de la tuberculose chez l'enfant. — *M. Jamin* : De la diathèse goutteuse au XVIII[e] siècle et au commencement du XIX[e] siècle. — *M. Boucher* : De l'influence du traitement antisyphilitique, chez la femme enceinte, sur le fœtus. — *M. Mocorhain* : Traitement comparé des fractures de rotule : méthode sanglante et méthode non sanglante. — *M. Lebourgeois* : Contribution à l'étude des fractures sus-condyliennes de l'humérus.

Jeudi 21 avril. — *M. Du Peloux* : Repos stomacal absolu et ulcère simple de l'estomac. — *M. Guibier* : De la possibilité d'une action thérapeutique de la musique. — *M. Monod* : Contribution à l'étude sur l'avenir des convulsifs infantiles. — *M. Sauvageot* : De la rupture des collections tubaires au cours du palper abdominal et du massage gynécologique. — *M. Henry* : Contribution à l'étude des fausses grossesses : la grossesse nerveuse. — *M. Notton* : De la procidence des membres dans l'accouchement. — *M. Leconte* : Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes. Résultats statistiques recueillis à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

L'Assemblée générale annuelle de « l'Association générale des médecins de France » aura lieu demain, dimanche, 17 avril, et après-demain, lundi 18, à 2 heures précises, dans la salle des Concours de l'Assistance publique (ancienne Académie de médecine), *rue des Saints-Pères, 49.*

Le banquet offert par les membres du Conseil général aux présidents et délégués des Sociétés unies, aura lieu dimanche 17, à sept heures et demie précises, au *Palais d'Orsay* (tenue de ville).

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

FAITS CLINIQUES

Intoxication par l'antipyrine

Par MM. le Dr Landrieux
Médecin de l'hôpital Lariboisière
et
Rousseau, interne des hôpitaux.

Cette observation, assez exceptionnelle par la gravité extrême des symptômes observés, qui mit l'existence du malade en péril pendant plusieurs jours, nous paraît intéressante à plusieurs points de vue. Elle montre surtout les dangers multiples auxquels peuvent s'exposer nombre de pharmaciens qui délivrent des doses importantes d'antipyrine au premier venu et sans une ordonnance magistrale.

M. Gaston, trente ans, employé de commerce, entré salle Bouley, lit n° 8, le 22 décembre 1903.

Ce malade, qui a contracté la syphilis en 1897, souffre fréquemment, depuis trois ans, d'une céphalée intense, surtout nocturne. Plusieurs fois déjà, il a pris, de ce fait, de petites doses d'antipyrine (0,50 centigr.), sans éprouver aucun accident). Le 19 décembre dernier, cette céphalée étant particulièrement intense et ayant persisté toute la nuit, le lendemain 20, à 8 h. 1/2 du matin, le malade se fait délivrer, par un pharmacien, 2 gr. d'antipyrine en deux cachets, qu'il absorbe simultanément.

Presque immédiatement, le sujet ressent une brûlure dans l'arrière-gorge et, une heure après, présente des signes d'œdème pharyngé et d'œdème de la glotte (dysphagie intense, dyspnée violente accompagnée de cornage, voix éteinte), puis les lèvres s'œdématient et tout le visage prend une teinte uniformément écarlate. Les accidents d'œdème de la glotte, d'abord menaçants, diminuent peu à peu d'intensité et s'apaisent au bout d'une heure et demie.

Vers 2 heures de l'après-midi, c'est-à-dire cinq heures après l'absorption, on constate de l'œdème des paupières, une conjonctivite intense avec larmoiement et sécrétion muco-purulente. Dans la nuit du 20 au 21, le malade ressent des démangeaisons violentes dans la paume des mains, et se plaint d'une sensation de brûlure au niveau des bourses.

21 décembre. — Le lendemain matin, on constate de la balanoposthite, et sur la face antérieure du scrotum, deux larges ulcérations superficielles à contours irréguliers et donnant lieu à une sécrétion demi-purulente. Dans l'après-midi, le malade éprouve des bourdonnements d'oreille très intenses et a deux syncopes. Les phénomènes généraux sont graves; le délire est intense, la température de 39°.

22 décembre. — L'état général est toujours grave; la prostration a remplacé le délire, et le malade, conduit à l'hôpital dans un état demi-comateux, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose.

La face est gonflée, uniformément rouge écarlate, les paupières sont très œdématiées, les conjonctives injectées, les cils collés par une sécrétion purulente; les lèvres énormes saignent abondamment au moindre contact. La langue est saignante, augmentée de volume; la face interne des joues, le voile du palais, les piliers du voile sont le siège d'un exanthème intense, la luette est œdématiée; l'alimentation est impossible, la phonation très pénible.

Le cou, le tronc, les membres sont indemnes, mais l'érythème est localisé à la paume des mains sous forme de plaques couleur lie-de-vin, et à la face dorsale des pieds où il présente l'aspect de traînées rougeâtres avec maximum de coloration au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. A la jambe gauche, une cicatrice ancienne d'ulcère variqueux présente la même coloration. Les bourses sont œdématiées, uniformément rouges, avec ulcérations recouvertes d'une sécrétion muco-purulente; balano-posthite intense.

Les urines sont rares; les sueurs sont, en revanche, très abondantes. La température est de 38°1.

23 décembre. — Même état. Somnolence. Sudation abondante. Température : 38°6.

24. — Le malade sort peu à peu de la stupeur où il était plongé. Température : 38°2.

25. — L'état général s'améliore; la phonation et l'alimentation sont possibles. Les lèvres sont moins saignantes, l'exanthème pâlit à la face et aux extrémités; les ulcérations scrotales sont presque complètement cicatrisées. La température a baissé : 38°.

27. — La température est redevenue normale. Les ulcérations des bourses sont entièrement cicatrisées; la face pâlit de plus en plus; la desquamation commence aux mains et aux pieds.

La guérison est complète le 31 janvier et le malade sort de l'hôpital le 5 février.

L'examen de la perméabilité rénale, pratiqué dans les derniers jours de son séjour à l'hôpital, montre le bon fonctionnement des reins, l'élimination du bleu ayant commencé une heure et demie après l'injection et s'étant terminée dans le cours de la vingt-troisième heure.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie O. Doin

Les hernies, par M. le Dr E. Rochard. (1 vol. de 500 pages, 1904.)

Les hernies, tel est le titre du dernier volume, dont la bibliothèque de chirurgie contemporaine vient de s'enrichir. Comme ses aînés, il lui fera autant d'honneur qu'à celui qui l'a écrit. Un pareil sujet ne se prête à aucune analyse, quelque étendue qu'elle puisse être. L'ouvrage comprend deux parties: l'une consacrée aux généralités et l'autre aux hernies, d'après leur siège et d'après l'organe hernié. C'est dire que le Dr Rochard, en ce petit volume, a su n'omettre aucune variété de hernies, tout en consacrant à chacune d'elles une description qui se recommande par sa clarté, sa concision et son esprit pratique.

Ozenne.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

NOMINATIONS

Sont promus dans le cadre du corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal

Le méd. de 1re cl. :

2e tour (choix) M. Durand, en rempl. de M. Alix, retr.

1er tour (ancienneté) M. Bourit, en rempl. de M. Bourit, retr.

Au grade de méd. de 1re cl.

Les méd. de 2e cl. :

1er tour (ancienneté) M. Penon, en rempl. de M. Durand, pr.

2e tour (ancienneté) M. Boy, en rempl. de M. Bourit, pr.

MUTATIONS

M. le méd. de 2e cl. Rolland est dés. pour emb. sur le *Formidable* (esc. du Nord), en rempl. de M. Cras.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Ortal, 4 Couteaud.

MM. les médecins principaux :

1 Féraud, Cognes, Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau, Rousseau, Mercier, Thémoin.

11 Michel, Laffont, Bourdon, Damany, Gaurau.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Bonnefoy, Viancin, Pervès, Sisco, Glérant Fournes, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine.

11 Lallement, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng.

21 Tricard, Titi, Vignier, Bourrit, Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch.

31 Aubry, Barbolain, Jouenne, Seguy, Bartet, Frézouls, Castaing, Merleau-Ponty, Labadens, Valence.

41 Liffran.

MM. les médecins de 2e cl. :

1 Coquelin, Lemaître, Parrenin, Duchateau, Cristol, Bourges, Chapuis, Dargein, Vialet.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1904 devant l'École de médecine d'Angers pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur la méthode graphique appliquée à la pathologie humaine

Par M. le prof. Lannelongue

Je donne ce nom à une méthode qui a *pour but* de permettre aux yeux et à l'esprit d'apprécier, avec beaucoup plus d'exactitude, les modifications de forme et les changements de rapport survenus dans les parties du corps humain et, *pour moyen*, d'inscrire, sur le sujet vivant, à l'aide du toucher, les déformations, les déplacements, les augmentations de volume, les différences de niveau, c'est-à-dire des altérations aussi bien superficielles et visibles que profondes et invisibles.

Son principe émane d'une comparaison entre la région normale du corps et la région déformée, entre les organes sains et les organes lésés, sans que rien puisse faire soupçonner aux yeux l'existence, le mode et même la nature d'altérations organiques profondes.

Il repose aussi sur ce fait que l'*anatomie de l'homme vivant*, c'est-à-dire de ses *divers organes en fonction*, comprend tout un ordre de considérations dont je n'ai, pour mon propre compte, qu'une très pauvre idée, et il y a là, en même temps qu'un ensemble de connaissances à acquérir, une éducation médicale à faire. On est élevé et dressé à fond dans la religion du cadavre envisagé sous tous ses aspects et on ne se préoccupe pas de ce qui mériterait d'être appelé l'*anatomie biologique*, qui est la seule qu'on ne devrait pas ignorer, l'étude du cadavre ne devant servir qu'à la préparer et à la faire mieux concevoir.

Pénétré depuis bien longtemps de ces idées, je ne manque jamais, lorsqu'une région du corps est affectée d'une manière quelconque, soit pour procéder à un examen comparatif qui s'impose entre le côté sain et le côté malade, soit pour mieux graver dans mon esprit les différences constatées pour les lire à chaque instant sur le sujet, je ne manque jamais d'inscrire les reliefs, les formes des saillies, leurs contours, leurs rapports, sur le côté sain d'abord, sur le côté malade ensuite, les deux segments du corps étant placés dans une position déterminée exactement symétrique. C'est à l'aide du toucher et par l'exploration faite avec les mains qu'on délimite les organes profonds, leurs rapports réciproques, les interlignes articulaires.

L'inscription se fait directement sur la peau, soit avec une plume et de l'encre, soit avec un crayon dermographique, soit encore, ainsi qu'on me le voit faire tous les jours dans mon service d'hôpital, à l'aide de pinceaux fins et d'encres de couleurs différentes, qui font mieux ressortir certaines particularités.

Je ne prétends en aucune manière à l'invention de la manière d'agir, du procédé en un mot; car il y a plus d'un demi-siècle qu'un des médecins les plus illustres d'alors, j'ai nommé Piorry, se servait de crayons dermographiques pour fixer sur le corps humain la place du foie, de la rate, du cœur, à mesure qu'à l'aide de son plessimètre il en faisait ressortir les limites.

Mais on n'a guère cherché à étendre les applications du procédé en dehors de certains viscères, et ce n'est que fortuitement qu'on imprime sur la peau une marque ou un trait, en vue d'un détail anatomique qu'on tient à ne pas oublier. On n'a pas eu la pensée d'y voir une méthode d'investigation avantageuse pour le diagnostic, qui en retirera beaucoup plus de clarté et de précision, qui pourra même en sortir tout entier.

La méthode graphique trouve des indications et des applications utiles dans toutes les régions du corps humain, et il convient de faire connaître sa technique pour bien établir les ressources dont elle dispose.

Avant la découverte de la radiographie, je la considérais comme le moyen le plus sûr de mettre en lumière et d'apprécier certaines variétés de fractures ou de luxations. Depuis la radiographie, je vois en elle un auxiliaire de cette dernière, en ce sens qu'elle apporte un élément de plus dans l'interprétation de l'épreuve radiographique. L'ayant employée dans toutes sortes d'états morbides autres que les fractures, dans les tumeurs des parties molles, etc., je puis dire qu'elle m'a fait éviter de nombreuses erreurs, permis d'affirmer certains faits, et fait voir surtout ce qui m'eût échappé sans son concours.

Si la méthode graphique trouve son application dans toutes les parties du corps humain, c'est surtout dans les régions articulaires qu'elle fournit les données les plus intéressantes, en particulier au coude, à la hanche, au genou, au cou-de-pied et au médiotarse. Je décrirai donc, tout d'abord, la technique de cette méthode appliquée à une lésion articulaire. Nous verrons ensuite son application aux autres régions du corps, telles que la face, le rachis, la poitrine, l'abdomen.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une jointure qui est ou paraît malade, le premier soin doit être de placer les deux membres correspondants dans la même attitude, et si les deux articulations symétriques sont libres, on les mettra dans ce qu'on peut appeler leur *position d'examen*; dans le cas contraire, l'articulation saine sera placée dans la même situation que l'autre.

On commencera par inscrire du côté sain, les contours osseux et les points culminants des différentes parties constituantes de l'article; on figurera par un trait le niveau de l'interligne articulaire, dans les régions où ce dernier est accessible. S'il s'agit de traumas, il sera inutile de chercher à dessiner les contours des synoviales. Cette opération sera, au contraire, nécessaire, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. Pendant un temps, j'ai exercé mes élèves à rechercher les limites de la synoviale normale du genou, à partir du cul-de-sac supérieur jusqu'aux parties latérales de chaque côté.

Cette découverte n'est pas toujours possible; elle n'est, en tout cas, pas facile pour les commençants; on n'y arrive qu'après avoir acquis un certain doigté, car il s'agit de reconnaître sous les muscles de la cuisse l'épaisseur presque d'une feuille de papier, qui se présente sous la forme d'un léger bourrelet marginal adhérent à l'os. Cette synoviale reconnue, est dessinée. Un tel exercice a cela d'utile, qu'il habitue ceux qui s'y livrent à toucher délicatement les parties, à analyser leurs sensations et à dépister ensuite facilement des synovites tuberculeuses au début. Je ne saurais trop engager les élèves à se livrer à de pareils exercices.

On procédera ensuite aux mêmes recherches et inscriptions du côté malade. Il arrivera souvent, alors, que le diagnostic sera écrit avant qu'on ait cherché à le poser; en tout cas l'inscription, complétée par l'examen méthodique du membre sain d'abord, de l'autre ensuite, constituera un élément important de connaissance et d'appréciation.

On pourra se rendre compte des changements survenus, des augmentations de volume, des déplacements produits. On lira que telle saillie est plus large que celle du côté opposé, qu'elle s'est élevée ou abaissée, ou qu'elle s'est rapprochée d'une voisine et que l'intervalle qui la sépare de cette dernière diffère beaucoup d'un côté à l'autre. L'esprit n'a plus d'effort de



Fig. 1

Face antérieure du genou, le membre inférieur étant dans l'extension. Aspect sous lequel se présentent, au toucher, les parties saillantes du fémur, du tibia et de la rotule. Cette dernière est, on le voit, très élevée. Au-dessous d'elle et de chaque côté on distingue les lignes répondant à l'extrémité inférieure du fémur et aux rebords des condyles fémoraux. On reconnaît également, au-dessous, les contours de l'épiphyse du tibia avec le commencement de la crête tibiale. En dehors (à gauche, sur le cliché), un trait indique le contour de la tête du péroné.



Fig. 3

Membre inférieur gauche photographié dans la flexion presque à angle droit. Avant de le photographier, on a placé le membre dans l'extension complète et on a dessiné les reliefs révélés par le toucher du condyle interne du fémur, de la rotule et du bord interne de la tubérosité interne du tibia. Les ***lignes pleines*** représentent les contours de ces os dans l'extension. On a ensuite placé le membre dans la flexion et on a fait le tracé ***en pointillé*** des mêmes os. Il apparaît tout de suite que les os se sont déplacés et on remarquera que les tracés sur la peau de la première position en extension n'ont pas changé, ce qui veut dire que les téguments ne se sont pas déplacés.

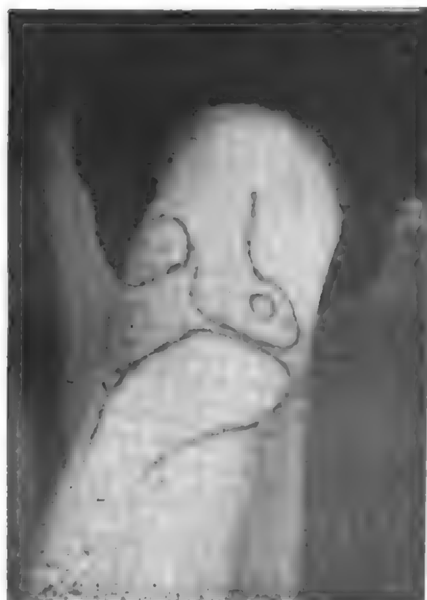


Fig. 2

Face antéro-interne du genou. Aspect sous lequel apparaissent au toucher les parties saillantes du fémur du tibia et de la rotule. Interligne articulaire interne. On a inscrit sur la peau les limites reconnaissables du condyle interne du fémur, de la tubérosité interne du tibia et de la rotule.



Fig. 4

Coude. L'avant-bras est en flexion à angle droit sur le bras. On voit sur le bras, en haut et sur le bord externe, les contours de l'épicondyle avec un point central culminant; en dedans du bras le contours de l'épitrochlée. On voit sur l'avant bras les contours de l'olécrane et du corps du cubitus en dedans, de la tête radiale en dehors. L'interligne articulaire se voit au-dessus de cette dernière.

mémoire à faire, il n'a plus à chercher des souvenirs anatomiques plus ou moins effacés, il suffit de mesurer de l'œil les nouveaux rapports qui existent entre les parties, et de les comparer avec ceux de l'état sain.

Cette inscription n'empêchera nullement, d'ailleurs, d'examiner l'état des mouvements, leur limitation ou ce qu'ils présentent d'anormal sur les deux membres. Le point essentiel de la méthode consiste, pour ne pas se tromper, à maintenir ou à ramener les deux membres dans la même position, car les rapports des saillies osseuses avec les téguments changent considérablement, selon le degré de flexion ou d'extension d'une jointure.

Les dessins ci-joints montrent ce qu'est le condyle interne du fémur, dans l'extension (figures 1 et 2) et dans la flexion à angle droit (figure 3). Dans cette dernière attitude, il remonte et vient proéminer en avant, tandis que les téguments correspondants ne se déplacent pas; ses rapports avec eux sont donc changés du tout au tout. La rotule, au contraire, descend dans la flexion et se met en rapport avec une nouvelle section de la peau. Ces photographies sont intéressantes et instructives. D'autres photographies, que je mets sous les yeux des lecteurs, montrent que les dessins des extrémités osseuses, sur la peau, offrent des contours particuliers. C'est, qu'en effet, ce sont les projections des parties accessibles, c'est à-dire saillantes, et que le toucher indique facilement, qui sont inscrites sur la peau. Or, ce sont ces formes qu'il est utile de connaître pour la clinique de l'homme. Les interlignes articulaires deviennent des lignes.

La position la plus favorable à l'examen du coude est la flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras, la main étant dans une position aussi éloignée de la pronation que de la supination (Fig. 4).

Mais on comprend que dans certains cas il soit nécessaire de placer les deux membres dans une autre attitude pour pouvoir faire la comparaison; le membre sain sera mis dans l'attitude de l'autre.

Le genou offre, comme position naturelle d'examen, l'extension de la jambe sur la cuisse. On y dessinera facilement le relief de chaque condyle fémoral, de la rotule, l'interligne articulaire, assez délicat à trouver. Mais il est une autre position où on examine plus facilement l'interligne articulaire et le contenu articulaire, c'est la flexion de la jambe à 40° environ sur la cuisse, de manière à ne pas trop tendre le ligament rotulien.

Il m'est arrivé récemment de reconnaître une encoche avec félure évidente du condyle interne du fémur, consécutive à une entorse grave du genou, qu'il n'aurait pas été possible de découvrir sans l'inscription de la forme du condyle sur le sujet. La radiographie en a montré l'exactitude.

Dans une autre circonstance, une bifidité congénitale incomplète de la rotule a été reconnue par cette méthode, alors qu'elle avait échappé à l'examen de plusieurs observateurs.

La position d'examen de la jointure de la hanche est celle où la cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, en même temps que portée dans la rotation en dedans et en légère adduction. On dessine alors la tête fémorale, qui soulève les muscles au-dessus du grand trochanter, ainsi que la saillie de cette dernière éminence.

Au cou-de-pied, la position d'examen est la flexion à angle droit. On pourra dessiner toutes les saillies osseuses, le contour antérieur du tibia, les malléoles, le tendon d'Achille, jusqu'à son insertion. En plaçant le pied dans l'extension, on obtiendra la saillie de l'astragale en avant, et on pourra la mieux dessiner dans cette attitude.

Pour étudier la région médio-tarsienne, il conviendra de faire saillir la tête de l'astragale, en faisant porter l'avant-pied dans l'adduction.

Afin de permettre d'apprécier les services que peut rendre la méthode graphique appliquée aux articulations, je vous citerai quelques exemples, tirés justement de la région du pied.

L'inscription du calcanéum, de la tête de l'astragale, de la saillie du scaphoïde, en dedans, du cuboïde en dehors, jointe à celle des épiphyses tibiale et péronéale, m'a permis, récemment, de reconnaître un déplacement certain du scaphoïde, en avant et en dedans, que je n'aurais pas osé affirmer sans ces diverses inscriptions des os et de leurs interlignes articulaires sur le pied. Il y avait, entre les méplats et les saillies de chaque pied pour une attitude semblable, des différences profondes et étendues, que le dessin mettait en évidence d'une façon remarquable, et qui s'expliquaient par le déplacement scaphoïdien.

Un exemple plus intéressant de l'utilité de la méthode dans la même région, m'a été fourni, récemment, par une fillette de quatorze ans, pour laquelle on me demanda un avis. Le dessin me fit reconnaître un épaississement de la malléole interne et de l'épiphyse inférieure du tibia dans la partie adjacente, qui m'eût peut-être échappé sans lui, et malgré l'exploration comparative des deux régions homologues.

Ne comprenant pas bien la cause de cette ostéite douloureuse et subaiguë, je demandai à revoir l'enfant tous les quinze jours au moins, et il fut convenu que le dessin ne serait pas enlevé.

L'inscription nous fit reconnaître une augmentation progressive de l'ostéo-périostite, qui augmenta au point de venir très près du tendon d'Achille en comblant l'espace qui sépare le bord interne de ce tendon du tibia.

Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, la méthode graphique montre les reliefs que forment les fongosités, reliefs qui passent inaperçus, pendant longtemps, pour certaines jointures. Au coude, par exemple, la découverte de fongosités légères n'est pas aisée, lorsque les culs-de-sacs placés entre l'olécrane et les tubérosités humérales sont à peine tuméfiés. Pareilles difficultés se montrent quelquefois au genou, surtout au cou-de-pied, dans les gouttières interne et externe. On sait quelle est l'importance de la découverte des fongosités dans les phases initiales. Aussi doit-on mettre à profit les enseignements de la méthode graphique, qui aplanit toutes les difficultés et révèle ce que l'œil ne découvrirait pas sans elle.

Il n'est pas jusqu'aux anciennes fractures du coude, jusqu'aux vieilles luxations, qui ne soient facilement reconnues par l'inscription de la forme anormale en regard de la forme saine, et il m'est arrivé plusieurs fois d'interpréter la nature de la lésion beaucoup plus aisément par cette méthode que par l'examen de photographies radiographiques, qui me laissaient des doutes.

Je puis citer encore des exostoses parenchymateuses épiphysaires ou dia-épiphysaires, maladies d'origine habituellement syphilitique — et il s'agit particulièrement de syphilis héréditaire — qu'on a de la peine à reconnaître, qu'on méconnaît même quand elles sont peu prononcées et que, par contre, la méthode graphique permet d'apprécier immédiatement, en montrant inscrit le développement inégal des os, de leurs saillies épi ou apophysaires, leurs courbures anormales, la saillie de leurs bords ou la convexité de leur forme, comme au tibia, à la clavicule.

J'ai dit plus haut que la méthode graphique était également utile dans

l'examen des lésions de la face. Grâce à elle, en effet, on peut reconnaître et montrer des déformations osseuses, l'asymétrie faciale, le niveau différent des arcades orbitaires de la ligne des yeux, du plan horizontal des oreilles, de certains plis ou rides, toutes choses qui passent si souvent inaperçues pour ceux qui n'ont pas la grande habitude d'examiner et de comparer. Dans un cas, j'ai pu établir par la plume que la branche du maxillaire, d'un côté, descendait d'un centimètre plus bas que l'autre, que cette branche était hyperostosée, ainsi que l'apophyse zygomatique, chez un sujet syphilitique présentant en apparence une simple asymétrie faciale.

Au front, au crâne, la méthode graphique rendra plus évidentes les bosses des hyperostoses qu'on ne cherche pas et l'asymétrie si commune du crâne; elle sera encore utile pour dessiner les lambeaux autoplastiques qu'on désire employer.

Du côté du rachis, elle est indispensable si l'on veut mettre bien en relief les courbures de cette partie du squelette, en particulier les scolioses au début et leur degré ultérieur. Le sujet posé également sur ses pieds et tout nu, il sera utile, dans la scoliose, de fixer par des traits à l'encre les angles inférieurs et les bords spinaux des omoplates, afin de montrer leur différence d'inclinaison, de même que les reliefs bien dissemblables de la partie inférieure du thorax à droite et à gauche. Les angles inférieurs du scapulum, la direction du bord spinal de cet os, le sommet des épaules seront, aussi, marqués et trouvés déviés, plus élevés d'un côté que de l'autre.

La méthode graphique est également utile dans le mal de Pott; elle fait voir l'étendue de la gibbosité, la vertèbre la plus saillante et, comme chaque apophyse vertébrale est pointée, on compte facilement le nombre des vertèbres qui forment la courbure anormale; elle indique enfin le sens de la gibbosité.

Il me reste à parler de l'application de la méthode graphique à la poitrine et à l'abdomen.

En ce qui concerne la poitrine, je me bornerai à rappeler qu'il y a longtemps déjà, Piorry et, depuis, une multitude de médecins, à son exemple, se sont servis de crayons et de plumes pour tracer la limite des organes normaux ou altérés, et je n'ai rien à y ajouter.

On peut inscrire, sur l'abdomen, un pentagone intéressant, grâce à des lignes unissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures aux rebords saillants des fausses côtes, d'une part, et à la symphyse pubienne, d'autre part (Fig. 5).

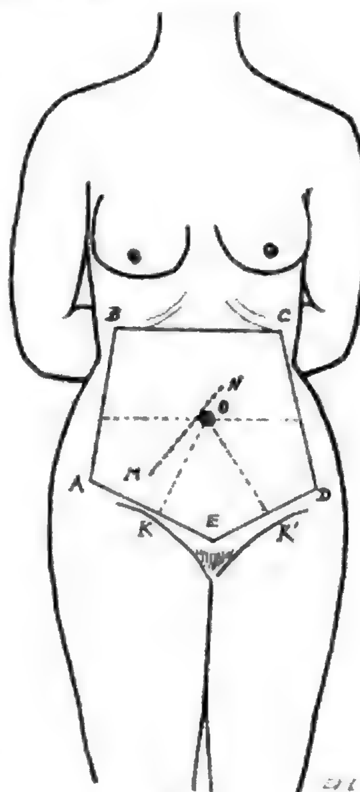


Fig. 5.

Pentagone abdominal *ABCDE*. *A* et *D*, épines iliaques antérieures et supérieures. *B* et *C*, rebords saillants des côtes. *E*, pubis. *O*, ombilic. *K*, milieu de *A E*. *IOH* perpendiculaire sur *AB* et *CD*. L'espace *AHOK* renferme le cæcum et l'appendice. L'espace losangique *KOK'E* contient chez la femme, la vessie, l'utérus et ses annexes, quelques anses d'intestin grêle et le rectum; chez l'homme, la vessie, la prostate, les vésicules séminales, quelques anses d'intestin grêle et le rectum. L'espace *OIKD* contient surtout l'S iliaque.

Le cinquième côté sera constitué par une ligne allant d'un rebord costal à l'autre. Si, dans ce pentagone, on dirige, en partant de l'ombilic, une ligne sur le milieu de l'autre, allant de l'épine iliaque à la symphyse, on laisse, immédiatement en dehors de cette ligne, le cæcum et son appendice du côté droit; une partie de l'S iliaque et la fin du gros intestin du côté gauche.

Le losange médian comprend, en plus de quelques anses d'intestin grêle sur le milieu de la vessie, le corps de l'utérus et le rectum chez la femme, la vessie, les vésicules séminales, la prostate et le rectum chez l'homme; de chaque côté sont les annexes utérines.

On peut tracer dans ce pentagone, en partant du côté interne du cæcum au niveau de l'origine de l'intestin grêle, la ligne oblique de l'insertion du mésentère. Cette insertion va en ligne droite du point précédent à la partie latérale gauche du corps de la seconde vertèbre lombaire, qu'il est

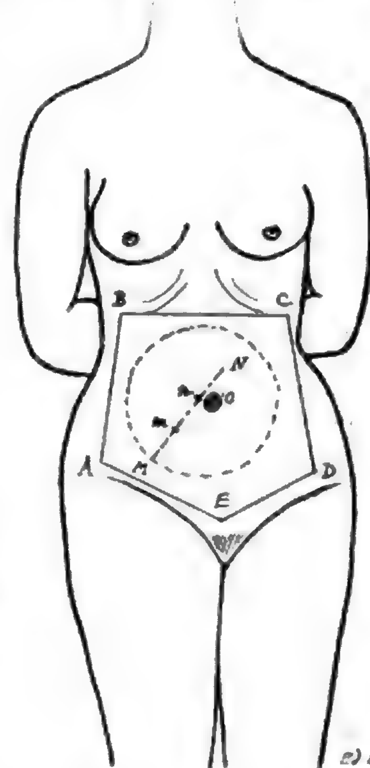


Fig. 6.

Même pentagone. La ligne *MN* est la ligne d'insertion du mésentère; elle part du côté interne du cæcum pour se diriger de droite à gauche et de bas en haut jusqu'au niveau du corps de la seconde vertèbre lombaire. Elle est divisée en trois segments égaux *Mm*, *mn*, *nN*. La circonférence décrite avec le compas en prenant le point *n* pour centre et la longueur *nM* comme rayon — c'est-à-dire les 2/3 de la longueur de la ligne d'insertion mésentérique, limite la zone occupée par l'intestin grêle. Le gros intestin se trouve dans l'espace du pentagone, immédiatement situé autour de cette circonférence.

facile de marquer en arrière du tronc. Cette ligne tracée, comme le montre le dessin (Figure 6), on la divisera en trois segments égaux à partir du cæcum. Or, si on dessine au compas une circonférence en prenant pour centre le point d'union du second et du troisième segment et pour rayon la longueur des deux segments inférieurs, on a la situation approximative de l'intestin grêle dans l'abdomen. Le gros intestin l'encadre. Il va de soi que beaucoup de particularités tenant au développement du ventre peuvent modifier les rapports précédents.

En résumé, la *méthode graphique* peut être appliquée avec fruit dans une foule de circonstances différentes où la photographie et la radiographie ne sauraient la remplacer. C'est une leçon de choses qui consiste à inscrire, à

l'aide du toucher, sur le tableau, c'est-à-dire sur l'homme vivant, à leur vraie place et sans erreur d'interprétation possible, ce qui n'est pas le propre de la radiographie, les particularités superficielles et profondes d'une région du corps, dont l'analyse devient facile par comparaison.

A elle seule elle peut, dans bien des cas, donner immédiatement la clef d'un diagnostic, le rendre plus facile et plus précis, et depuis vingt-cinq ans que je l'emploie et que je l'enseigne, elle m'a rendu les plus grands services. Elle appelle l'attention sur des altérations qu'on n'aurait pas découvertes sans son aide et elle fournit par voie de conséquence des indications utiles à la thérapeutique. Enfin la méthode est à la portée de tout le monde, et j'ai connu des parents qui s'en sont emparés pour apprécier et suivre les modifications opérées dans l'état de leurs enfants par la thérapeutique employée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A l'A. G. — A l'Assemblée générale du 17 avril. — Projet d'assistance par le travail

A l'Assemblée générale annuelle de l'A. G. du 17 avril assistaient environ 150 présidents ou délégués de sociétés locales. Le compte-rendu officiel de cette séance devant paraître prochainement dans le « Bulletin de l'A. G » — qui sera, sans doute, adressé à la plupart des médecins — nous nous dispenserons, cette année, du compte-rendu relativement détaillé que nous faisions jadis. Nous nous bornerons à signaler ici les particularités les plus intéressantes de cette réunion. Comme on va le voir, elles sont assez nombreuses.

Mais, auparavant, nous tenons à faire remarquer que la voix des orateurs du Bureau — M. Brouardel excepté — était plutôt sourde et portait mal, malgré le silence de l'auditoire. D'autre part, un aménagement spécial de la salle — ancienne Académie de médecine — en avait rendu l'acoustique assez mauvaise. Pour ces motifs, nous ne pouvons garantir, d'une façon absolue, l'exactitude de ce que nous allons rapporter, mais nous ne pensons pas commettre des erreurs sur le sens, sur le fond même des questions Ajoutons que si nos dignitaires ont plutôt imposé à nos centres auditifs un effort assez grand, en revanche, presque tous les délégués qui ont pris la parole avaient des voix claironnantes de commandement. Quels poumons, tudieu, que ceux de nos confrères Gairal, Gassot, Granjux, Lassalle, Maurat, *e tutti quanti!*

1° *Allocution du Président.* — M. Brouardel, faisant allusion aux discussions un peu vives de la dernière assemblée générale, a ajouté que l'on finissait cependant presque toujours par s'entendre (1). Il a conseillé de se préoccuper surtout de ce qui, dans l'organisation mutualiste, risque de mettre en danger les intérêts de la profession médicale. La grosse question est là.

2° *Exposé de la situation financière par M. Blache.* — Je crois qu'on aurait pu éviter à notre trésorier la peine de lire son rapport que nous avions tous entre les mains, et à l'assemblée une certaine perte de temps.

Nous ne relèverons, dans cet exposé financier, que deux choses : *a*) la fortune totale de l'Association est environ de quatre millions et demi; *b*) notre Association a fini par se tirer d'affaire avec la Caisse des dépôts et consignations. Ce n'a pas été sans peine, et il n'a fallu rien moins que la perspective d'un procès pour que la susdite Caisse vînt à recipiscence. Voilà qui est fort bien. Mais on est un peu surpris, après cette aventure, de voir laisser à la Caisse des dépôts les sommes dont l'emploi reste libre pour nous. Que dirait on d'un simple particulier qui, après avoir failli être « roulé » par son notaire pour l'intérêt d'un dépôt d'argent, lui continuerait sa confiance et lui laisserait ses fonds ? Nous avouons ne pas bien comprendre.

3° *Rapport sur la gestion financière du trésorier, par M. Hallopeau.* — Comme bien on pense, ce rapport était approbatif, mais nous n'en avons guère entendu que cette gracieuse adaptation à notre trésorier de la définition de l'orateur par Cicéron : « *Vir probus, gerendi peritus.* » M. René Blache s'est modestement incliné et l'assemblée a applaudi.

4° *Compte-rendu sur la situation et les actes de l'A. G. en 1903, par M. Lereboullet.* — On sait que lorsqu'il fut question de l'acceptation des femmes de sociétaires dans l'Association, il avait été convenu que chaque société locale conserverait sa liberté d'action sur ce point. Or, à propos des difficultés que la diversité des statuts des sociétés locales crée dans certains cas, notamment pour l'admission des femmes de sociétaires dans la Caisse des retraites du corps médical, M. le Secrétaire général a dit qu'il serait désirable de voir les Sociétés unies réglées par des statuts uniformes. C'est la thèse habituelle soutenue par le Conseil général. Elle peut avoir ses avantages, comme dans le cas visé plus haut, mais elle a, à notre avis, le tort d'aboutir à une centralisation excessive, d'enlever trop d'initiative et d'indépendance aux Sociétés unies et de les fondre dans un moule unique alors que les besoins et même les façons de voir varient suivant les régions.

(1) Surtout quand ceux qui demandent quelque chose ont raison. Peut-être me sera-il permis de me ranger dans cette catégorie à propos des vœux que, l'an dernier, la Société de la Nièvre m'avait chargé de soutenir, à savoir, l'établissement d'une table de mortalité des médecins et l'étude d'une combinaison de retraites à capital réservé. Les deux vœux sont en cours d'exécution. Et peut-être eussent-ils eu un sort différent si j'avais mis moins d'ardeur à les défendre.

J. J.

Deuxième point.

M. le Secrétaire général a présenté, en termes extrêmement favorables, — presque comme une chose qui s'imposait par elle-même — le projet de M. Lepage dont nous avons longuement entretenu nos lecteurs. La suite de la séance devait montrer que l'assemblée était opposée à ce projet. Nous y reviendrons dans un instant.

Troisième point.

M. le Secrétaire général a indiqué les espérances qu'il fondait sur le code de déontologie dont il est un des auteurs. Le plus grand nombre des appréciations ou solutions de ce code nous paraissent justes. Nous devons, cependant, faire remarquer que le *Concours médical*, organe officiel des deux filiales de l'A.G., vient de se séparer de ce projet et sur les principes mêmes. A titre de document, nous reproduisons ci-dessous, en renvoi, la déclaration du « Conseil de direction du *Concours médical* ». Il y a là, et sur des questions de première importance, des divergences radicales qui donnent à réfléchir (1).

(1) Pour le « Bulletin de l'A. G. », « un *Code de déontologie* est l'exposé des règles auxquelles doit obéir un médecin *soucieux de rehausser dans l'estime publique la profession à laquelle il appartient et conscient du dommage que la faute d'un seul peut causer à la profession toute entière* »

Ainsi, le criterium de notre moralité professionnelle serait, dans cette opinion, l'appréciation de la galerie (toujours hostile et changeante comme la mode), le « qu'en dira-t-on », la suspicion moliéresque. C'est bien cela qu'ont voulu dire nos amis de l'Association, car ils y reviennent à vingt reprises différentes dans les articles de ce soi-disant code. Là où il fallait dire *conscience*, ils ont mis *suspicion*.

Eh bien, nous leur répondrons ceci :

« Nous ne pouvons déférer à votre invitation de discuter ce long travail, car vos prémisses sont erronées. De cette discussion ne sortiraient que la polémique qui répugne, l'ostracisme, la disqualification, l'interdit, prononcés à la légère et à tort, comme pourrait le faire l' « ordre des médecins » dans les mauvais jours d'emballement que redoutent tous ceux qui le combattent.

« Mais nous vous devons, de plus, une protestation légitime, puisque vous l'avez provoquée.

« En effet, il paraît (d'après la note en caractères microscopiques qui suit votre avant propos), que cette définition, ces principes, ce code de déontologie seraient présentés sous les auspices du *Comité de déontologie et de défense professionnelle*, réuni le 28 janvier dernier. Comment se fait-il qu'on n'ait convoqué à cette séance ni les représentants du Concours médical, ni ceux de l'Union des Syndicats, etc...?

« C'est sans doute qu'ils auraient mis en miettes la fragile machine de guerre en montage si pénible depuis un an : c'est à peu près certain, mais il n'en était pas moins indispensable d'être correct. »

Nous disions, il y a un mois : « Vive l'union des Sociétés de défense pour les *actes*, et foin

5° Election d'un archiviste et de sept membres du Conseil général. — Les candidats présentés par le Conseil général étaient les suivants :

Archiviste : M. Périer, en remplacement de M. Sainton, décédé.

Membres : MM. Léon Labbé, président de la Société de l'Orne, en remplacement de M. Passant, décédé; Gairal, vice-président de la Société des Ardennes, membre du Conseil supérieur de la Mutualité, en remplacement de M. Périer proposé pour archiviste; Paul Fabre, président de la Société de l'Allier, en remplacement de M. Liétard, décédé; Louis Sentex, secrétaire général de la Société des Landes, en remplacement de M. Delvaille, décédé; Gross (de Nancy), Hérard, Millard et de Ranse, membres sortants, arrivés au terme de leur mandat, mais immédiatement rééligibles.

Tous ces choix, excellents, ont été ratifiés à l'unanimité des votants. Il n'en reste pas moins que, comme nous l'avons fait remarquer l'an dernier, on se trouve toujours en présence d'une auto-élection par le Conseil général. Le processus dit « exogène » n'y est pas précisément en honneur. On ne connait que l' « endogène ».

6° Rapport de M. Rist sur les pensions viagères. — Mêmes observations que pour le compte-rendu financier. Les pensions accordées — à l'unanimité, cela va de soi — sont au nombre de 85. Pour 8673 membres, cela fait 1 pension par 100 associés.

7° Rapport de M. A.-J. Martin au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés unies à la prise en considération de l'Assemblée générale. — M. A.-J. Martin a eu le bon esprit de ne pas lire un rapport que chacun de nous avait entre les mains. Il s'est contenté de rappeler le texte des vœux.

Les Sociétés de la Haute-Garonne et de la Nièvre demandaient que l'on essayât de mettre un terme à l'exploitation dont nous sommes si souvent victimes de par l'application, pour les soins donnés pour accidentés du travail, du « tarif de l'assistance médicale gratuite », au lieu du « tarif ouvrier ». La Société de la Nièvre exprimait, en outre, à ce sujet, le vœu de voir se généraliser encore davantage le tarif dit « girondin ».

Un délégué de Seine-et-Marne objecta que, dans son département, les soins donnés aux malades assistés étant rétribués à l'abonnement, il faudrait de toute nécessité créer un tarif spécial pour les accidents du travail.

Le délégué de la Haute-Garonne, à l'appui du vœu de sa Société, a ajouté que dans son département les médecins avaient présenté un tarif *ouvrier*, intermédiaire entre le tarif des assistés et le tarif girondin. Leur tarif ouvrier fut accepté par le préfet et par le Conseil général. Le préfet, même, le trouva trop modéré pour les grandes opérations et le majora. (*Etonnement général.*) « Voilà un préfet qui devrait bien faire des petits », s'écria le délégué d'Ille-et-Vilaine. « J'en retiens un pour mon departement. »

A la suite de cette discussion, les vœux des sociétés de la Nièvre et de la Haute-Garonne furent pris en considération, comme bien on pense, et à l'unanimité des voix. Réglementairement, cette prise en considération entraînait le renvoi à l'examen des sociétés locales.

Il allait en être fait ainsi quand M. Gairal (Ardennes), président de l'Union des Syndicats, fit remarquer qu'il était inutile et regrettable de perdre une année entière pour consulter les Sociétés locales alors qu'il y avait unanimité parmi nous sur la légitimité de ces vœux. Il ajouta que l'Union des syndicats s'était déjà occupée de la question et qu'elle avait commencé des démarches; que provoquer une délibération des Sociétés unies semblerait signifier qu'on n'est pas d'accord, alors que l'accord est parfait. Bref, il a demandé qu'on votât séance tenante. Le bureau s'est rallié à cet avis et il agira en conséquence; mais il est extrêmement utile que l'action individuelle des délégués lui vienne en aide auprès des pouvoirs publics.

La Société de la Haute-Marne demandait au Conseil général « d'étudier et de proposer à l'étude des Sociétés locales la question des honoraires dus aux médecins et chirurgiens des hôpitaux pour les soins donnés par eux aux malades payants reçus dans les hôpitaux, et dont le nombre s'accroît d'une manière sensible depuis quelques années, d'une part, par l'effet de la loi sur les accidents du travail, de l'autre par les progrès de la chirurgie. »

M. Gairal présente les mêmes observations que pour les vœux précédents. Il ajoute que l' « Union des Syndicats » avait depuis longtemps étudié et tranché toutes ces questions, qu'elle avait agi pour les faire aboutir, que l'A. G. arrivait vraiment en retard et qu'il ne fallait pas ajouter à ce retard par un renvoi aux Sociétés unies puisque tout le monde était du même avis. Ainsi fut fait, mais plusieurs ne purent s'empêcher de remarquer que l'on pouvait se croire à l' « Union des Syndicats » et non à l'A. G., et que la première jouait, vis-à-vis de la seconde, le rôle de remorqueur. Que les temps sont changés depuis le jour — cela doit remonter à quinze ou vingt ans — où le mot seul de « syndicat » prononcé, si mes souvenirs sont exacts, par M. Trolard (d'Alger), agitait fiévreusement la personne menue de notre ancien et excellent président d'alors, Henri Roger.

Ici s'est terminé l'examen des vœux soumis à l'Assemblée générale. Nous avons été extrêmement surpris — pour ne pas dire plus — de ne pas entendre parler du vœu émis à l'unanimité par la Société centrale — sur la proposition motivée de M. Granjux — demandant que, dans la loi de deux ans, les étudiants en médecine ne soient appelés à faire leur service militaire qu'après leur doctorat, comme cela se pratique en Italie. On ne s'explique pas cette omission sur une question aussi importante. Elle est d'autant plus inexplicable que le président de l'A. G. et le secrétaire général avaient pris la parole à la Société centrale sur ce vœu de M. Granjux et que, dans son rapport à l'Assemblée générale de l'A.G., M. Lereboullet a fait état d'un autre vœu adopté dans cette même séance de la Société centrale (admission des femmes).

8° Examen du projet Lepage, sur les rapports qui doivent exister entre l'Association générale et les Caisses annexes, et première discussion avant l'examen définitif de ce projet par les Sociétés unies.

C'était le gros morceau.

Immédiatement — et nos lecteurs n'en seront pas surpris — mon ami Granjux ouvre le feu. Il fait observer que l'A. G. était liée avec les deux filiales « l'Indemnité-maladie » et la « Caisse des retraites » par un traité. Ces filiales se sont engagées — c'est leur véritable apport dans la combinaison — à ne plus se recruter que parmi les adhérents de l'A. G. En revanche, celle-ci leur a promis, d'une part, son appui moral, de l'autre, de se substituer, dans la mesure de ses moyens, aux membres de ces filiales qui se trouveraient dans l'impossibilité d'acquitter leur cotisation. Au lieu de cela, M. Lepage propose d'accorder une subvention globale à ces Sociétés. Mais le contrat intervenu entre les deux parties les lie *sine die*; il ne saurait donc être modifié que d'un commun accord. Or, les « filiales » repoussant la proposition Lepage, la question est jugée.

M. Granjux ajoute que l'adoption du projet Lepage amènerait l'A. G. à abandonner le système de l'assistance individuelle des sinistrés — qui est sa raison d'être — pour celui des allocations globales aux collectivités, c'est-à-dire qu'on verserait dans le collectivisme.

M. Lepage objecte que les deux Sociétés n'ont pas été consultées sur sa proposition.

Alors, M. Maurat, au nom de l' « Indemnité maladie », M. Gassot, au nom de la « Caisse des retraites », déclarent nettement que les deux Sociétés se suffisent parfaitement, qu'elles n'ont nul be-

---

des palabres et des discussions oiseuses ». Notre sentiment n'a pas changé. Nous ne serons donc pas parmi les discoureurs ; en revanche on nous verra partout sur la brèche agissant pour faire aboutir, à force de démarches, à force de luttes, les pauvres vœux des Sociétés locales que le Bulletin noie dans l'eau bénite officielle, dans les propositions d'enquête déjà terminées, et dans les renvois aux calendes grecques.

Chacun comprend à sa façon la déontologie et la solidarité: les praticiens apprécieront.

Mais on nous obligeait à protester contre une attribution de paternité subrepticement opérée.

C'est fait. Remettons-nous à la besogne utile et, en vertu même de l'article 9 du prétendu Code, fi de la polémique.

Le Conseil de direction du « Concours médical ».

(*Concours médical* du 16 avril.)

soin des subventions de l'A. G., que si cette dernière vient en aide à ses adhérents dans la gêne, en se substituant à eux pour le paiement des cotisations, elle fera une bonne action, qui est dans son rôle, mais les « filiales » n'ont pas à intervenir. Ceux qui sont venus à elles savaient à quoi ils s'engageaient. S'ils ne tiennent pas leurs engagements, les « filiales » ne sauraient tenir les leurs.

Le président de la Société d'Ille-et-Vilaine fait remarquer que l'A. G. n'a pas le droit de subventionner une Société de retraites aux dépens des autres, d'encourager la prévoyance sous une forme et non sous l'autre.

Un délégué de Seine-et-Oise ajoute que la question a été tranchée dans ce sens par une assemblée générale antérieure.

A ce moment, le conseil judiciaire, M. Liouville, s'avance à la tribune et démontre les dangers que l'adoption du projet de M. Lepage ferait courir à l'A. G. en vertu de la loi qui régit les Sociétés de secours mutuels.

Cette intervention, qui fut pour quelques-uns d'entre nous une surprise, en raison de la façon dont M. le secrétaire général avait paru envisager la question, portait un coup décisif au projet. M. Lereboullet s'en aperçut tout de suite et ce fut très habilement que, sentant le terrain manquer, il opéra une conversion. Il est probable que c'est par déférence pour le mobile généreux qui a inspiré M. Lepage, que sa proposition a été renvoyée à l'examen des Sociétés locales.

Il était au moins 5 heures et on siégeait depuis plus de trois heures, quand l'ordre du jour arrivait au numéro final traditionnel : questions diverses.

On était visiblement un peu fatigué et la salle commença à se vider. On risquait de parler dans le vide. Ce fut ce qui nous empêcha, Granjux et moi, de soumettre à nos collègues une idée qui nous préoccupe depuis longtemps et que je vais résumer en quelques lignes, pour prendre date, en attendant de la développer plus longuement.

Nous avons eu plusieurs fois le très grand bonheur, grâce à un simple avis inséré avec une certaine ténacité dans notre journal, et à quelques démarches personnelles, de trouver une occupation à des veuves ou à des orphelins de la profession, de solutionner pour d'autres des questions épineuses, de leur faciliter la vente d'une clientèle ou la cession d'un bail devenu ruineux par la mort du père de famille. Ce que voyant, nous nous sommes demandés pourquoi l'A. G. n'organiserait pas, au sein de son Conseil général, un bureau permanent d'*assistance par le travail*.

Que valent, à côté d'une position, même modeste, trouvée pour une veuve, pour des orphelins en âge de gagner leur vie, que valent les secours pécuniaires forcément limités et qui ne mènent jamais loin ! Que vaut même une pension annuelle de 800 francs en regard d'une occupation trouvée à la femme, ou du placement des enfants !

Or, l'A. G. a tout ce qu'il faut pour organiser sur des bases solides cette « assistance par le travail. » Son Conseil général a le dévouement, auquel tout le monde rend hommage. Le dévouement des femmes de nos conseillers s'ajouterait certainement, pour la partie féminine de cette œuvre d'assistance par le travail, au dévouement des maris, des pères, des frères.

L'A. G. a maintenant un journal à elle, à tirage élevé, qui, avec la discrétion voulue, indiquerait les offres et les demandes et qui porterait très loin.

L'A. G. a des bureaux, une organisation administrative.

Enfin, le Conseil général a, de par la situation sociale de la plupart de ses membres, le bras très long. Quelle force ne serait-ce pas pour tous ceux des nôtres qui, dans le malheur, cherchent vainement des recommandations, des appuis, des protections, qui habitent souvent de petits trous de province, qui ne connaissent personne, etc.

Notre conviction est qu'il y a beaucoup de bien à faire avec cette assistance par le travail. Elle met à l'aise ceux qui la reçoivent, elle les relève à leurs propres yeux, et sans supprimer, bien entendu, l'assistance par l'argent, les secours, les pensions, on diminuerait, cependant, dans bien des cas, le quantum nécessaire de ces secours ; on les rendrait même souvent inutiles.

J. JANICOT.

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1901.

(*Suite.*)

Les résultats éloignés de la transplantation tendineuse dans la paralysie infantile

M. Derocque (Rouen), *rapporteur.*

La transplantation tendineuse dans la poliomyélite antérieure, pratiquée pour la première fois par Nicoladoni, en 1881, n'avait été exécutée que cinq fois jusqu'en 1892.

Depuis, plus d'un millier de transplantations ont été exécutées et l'on pourrait croire que le moment était venu de jeter un coup d'œil d'ensemble sur toutes ces opérations, afin de mettre un peu d'ordre dans cet ensemble cahotique et de poser des conclusions nettes et précises permettant de juger la méthode à sa juste valeur.

Malheureusement les observations sont généralement trop sobres quant aux résultats fonctionnels obtenus, de telle sorte que le rapporteur n'a pu se fixer une opinion et, après avoir discuté toutes les statistiques publiées, il estime qu'il est prudent de réserver un jugement définitif sur la question jusqu'au jour où les cas seront publiés, avec les détails qui permettront de les apprécier.

M. Péraire (Paris). — Les interventions chirurgicales dans la paralysie infantile sont de date relativement récente. Aussi l'auteur les passe rapidement en revue, fait le procès des ténotomies et termine par la technique opératoire de la transplantation musculo-tendineuse.

M. Pierre (Berck). — Je fais deux reproches à M. Derocque, c'est d'être un peu décourageant pour les chirurgiens qui voudraient pratiquer la transplantation, et aussi d'être incomplet, de ne donner aucune indication précise sur l'âge de la lésion, auquel il est le plus opportun d'opérer les paralysies infantiles ; on ne devrait opérer que lorsque le traitement médical — massage et électricité — a pu être reconnu définitivement impuissant, c'est-à-dire trois à quatre ans après l'attaque de paralysie. J'ai une observation probante des résultats que peut donner la transplantation tendineuse dans les paralysies éloignées.

M. Derocque. — Je ne puis indiquer à partir de quelle époque on est en droit de pratiquer la transplantation, parceque les observations publiées sont incomplètes sur ce point.

M. Broca. — Je n'ai jamais pratiqué de transplantation tendineuse pour paralysie infantile, et cela pour les raisons suivantes. Le professeur Forgues, de Montpellier, en 1895, faisait cette opération, qu'il a abandonnée depuis parce que les résultats obtenus de suite ne duraient pas. Lors du Congrès de Marseille j'ai vu Hoffa opérer une malade dans le service du docteur de Langlade ; six mois après le résultat était merveilleux. Mais, au bout d'un an, il n'en restait rien. Jalaguier avait commencé à pratiquer cette opération ; il l'a abandonnée depuis la publication de la thèse de Le Roy des Barres. Aussi je suis sceptique à l'égard de cette thérapeutique. Il faut savoir attendre. On obtient, quand on sait la chercher par les moyens appropriés — massage forcé, ténotomie, éducation musculaire — une amélioration, lente il est vrai, mais durable. Pour toutes ces raisons, je conclus comme M. Derocque.

M. Kirmisson. — Quand on arrive aux résultats de la transplantation tendineuse, dans le traitement de la paralysie infantile, il n'y a plus rien. Dans les 500 observations dont Vulpius parle dans son livre, on ne trouve les résultats indiqués que 35 fois. M. Péraire a parlé de son manuel opératoire et point de ses observations. Ce n'est pas comme cela qu'on peut affirmer le résultat d'une méthode opératoire. Pour ma part, mes opérés n'ont rien gagné. M. Pierre a posé la question sur son vrai terrain. A partir de quel moment peut-on pratiquer cette transplantation. Ce ne

peut être que lorsque l'on est en droit de croire le muscle absolument perdu. Il faut reculer l'opération le plus possible. En tout cas on ne doit jamais opérer dans le cours de la première année, et c'est une honte d'avoir osé faire ces opérations au bout de six mois.

M. Péraire. — Je répondrai à M. Kirmisson que mes observations ont toutes été publiées.

M. Pierre. — On a dit qu'il fallait retarder l'opération le plus possible; mais c'est sur la valeur de ces mots : « le plus possible », que je voudrais être fixé. Dans un cas datant de plus de trois ans, j'ai proposé la transplantation; la mère a refusé. Elle a eu raison, car six mois après, malgré mon pronostic, le muscle récupérait ses fonctions.

M. Derocque. — Le desideratum, très juste, de M. Pierre, ne pourra être résolu que lorsque les opérateurs publieront des observations complètes et détaillées — ce qui n'a pas eu lieu jusqu'alors.

La paralysie douloureuse des jeunes enfants existe-t-elle?

M. Halipré (Rouen). — Il y a tout intérêt, en médecine, à apporter dans les descriptions cliniques le maximum de précision et de rigueur possibles. Ce principe, dont personne ne conteste l'exactitude, semble avoir été oublié à propos de l'affection que Chassagnac a désignée sous le nom de *paralysie douloureuse des jeunes enfants* ou de *torpeur douloureuse des enfants*. En parcourant les observations assez nombreuses publiées sous ce titre depuis quelques années, en voyant la variété des interprétations qui y ont été données, on est amené à se demander s'il y a bien réellement un ensemble de symptômes qui mérite le nom de paralysie douloureuse des jeunes enfants, ou si l'on n'a pas plutôt réuni sous cette étiquette assez vague, une série de faits dissemblables. Dans les trois cas que j'ai observés portant sur des enfants âgés respectivement de seize mois, dix-huit mois et deux ans, l'affection débuta après un léger traumatisme. Le bras pendait inerte, la douleur siégeait au coude. Dans les trois cas, quelques mouvements de pronation et de supination suffirent pour amener une guérison instantanée coïncidant exactement avec la production d'un petit craquement intra-articulaire.

Au point de vue clinique, la description est classique, elle ne prête à aucune discussion. Que dit-on maintenant de la pathogénie? Ceux qui ont étudié l'affection ont émis des opinions les plus variées. Ces opinions peuvent se repartir en deux groupes, les unes sont d'ordre chirurgical, les autres d'ordre nerveux. Inutile de reproduire ici toutes les explications d'ordre chirurgical: aucune d'elles ne s'applique à tous les cas, toutes renferment une part de vérité. L'une d'elles, cependant, a plus de valeur que les autres, car elle s'appuie sur des faits expérimentaux. Elle rattache l'affection à un enclavement du ligament radio-huméral entre la tête du radius et l'humérus.

Quant à la théorie nerveuse, elle fait de l'affection une paralysie véritable, soit par commotion, soit par une sorte d'inhibition du cerveau sur les centres sous-jacents, le souvenir de la douleur jouant dans ce cas un rôle capital.

En médecine, les explications les plus simples sont les meilleures. Un enfant souffre à la suite d'un traumatisme, il laisse pendre son bras parce que les mouvements sont douloureux, quand la douleur a cessé il se sert de son bras... et c'est tout. Cela s'appelle une *impotence fonctionnelle et non une paralysie*. Le mot paralysie a un sens bien précis; il suppose une lésion de l'arc réflexe, que nous ne trouvons pas dans l'affection qui nous occupe, et qui, d'ailleurs, cadrerait mal avec ces guérisons instantanées tant de fois constatées au moment même où l'on examine l'enfant. Et puisqu'il y a tout intérêt à appeler les choses par leur nom, ne prononçons pas dans les familles, sans raison sérieuse, le mot toujours très effrayant de *paralysie*, pour un accident très banal et sans conséquences pour l'avenir. Tout au plus, si l'on tient absolument à maintenir au cadre nosologique cette affection, doit-on lui conserver l'appellation assez vague de *torpeur douloureuse*, que lui avait donnée Chassaignac. Sous cette forme, au moins, on laissera indécise la notion étiologique.

Conclusions. — La paralysie douloureuse des jeunes enfants n'existe pas, en tant qu'entité morbide définie. On a groupé sous ce nom les affections les plus variées.

Ces affections *ne sont pas des paralysies* mais seulement des *impotences fonctionnelles* de nature chirurgicale.

Le terme de paralysie douloureuse des jeunes enfants ne doit pas être maintenu. Il y a tout avantage à le remplacer par le nom *torpeur douloureuse des enfants*, si l'on veut maintenir au cadre nosologique une affection dont l'existence nous semble quelque peu problématique.

M. Grisel. — Il suffit souvent que l'enfant, en jouant, se roule pour produire une petite subluxation. Pour la réduire, il ne suffit pas toujours de faire des mouvements de pronation et de supination, il faut recourir aussi à la flexion

Traitement des fistules tuberculeuses par les lavages au permanganate de potasse en solution forte et sous pression

M. Audion (Berck-Plage). — Dans plusieurs cas, et notamment dans deux (un concernant un enfant de quatorze ans porteur d'une adénite axillaire suppurante, et un autre concernant un enfant de seize ans présentant une adénite inguinale fistuleuse droite), j'ai employé, avec succès, le traitement préconisé déjà par quelques chirurgiens, comme le Dr Bayeux, de Paris.

La méthode consiste: 1° à employer des solutions de permanganate de potasse à 1/100, 1/50 et 1/20, même sous forme de lavages pour les foyers profonds, et de pansements à plat pour les fongosités superficielles; 2° à pousser ces solutions, sans le secours d'aucun drain, dans les foyers tuberculeux, en abouchant une seringue avec un orifice fistuleux et obturant momentanément les autres orifices, de façon à ce que le permanganate aille détruire les tissus morbides jusqu'au fond des coques ganglionnaires, et de sorte que sous pression par un seul orifice, les autres lui étant fermés; 3° à donner au jet laveur une forte pression à l'aide d'une seringue assez puissante et assez volumineuse pour que le liquide injecté atteigne, en une seule séance, un demi-litre au moins. Les lavages sont renouvelés deux fois environ par semaine. Dès les premières séances, la suppuration diminue en abondance, devient séreuse, la matière caséeuse disparaît, les orifices des fistules se rétrécissent, leur auréole violacée devient rose. Quant aux plaies en surface, elles perdent leurs fongosités et se couvrent de bourgeons charnus de bonne nature.

(A suivre.) GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril.

Causes et prophylaxie de l'anémie des mineurs

M. P. Fabre (Commentry). — De mes longues et multiples recherches, et de mes données comparatives dans divers bassins houillers de la France et de la Belgique, je conclus qu'il n'existe pas d'entité morbide spéciale, de maladie isolable et à symptômes caractéristiques, que l'on puisse appeler, comme on l'a fait à tort depuis cent ans et plus: *anémie des mineurs*.

Il a existé dans des mines diverses, dans des circonstances et à des époques différentes, des sortes d'épidémies à caractères variés, ayant abouti presque toutes à de l'anémie. Vers la fin du XVIIIe siècle, dans l'épidémie de Schemnitz, en Hongrie, où l'on exploitait des minerais de plomb argentifère, il s'agissait d'une anémie ou d'une cachexie dépendant d'une intoxication saturnine. A Anzin, au commencement du XIXe siècle, à la mine d'anthracite de Fresnes et Vieux-Condé, l'épidémie qui sévit sur les ouvriers de l'une des fosses paraît avoir été due à une intoxication par de l'hydrogène sulfuré et probablement aussi à d'autres causes secondaires, intoxication dont les effets disparurent aussitôt qu'on eut fermé telle ou telle galerie et changé le mode d'exploitation.

A la mine des Vanneaux, près de Was-

mes, en Belgique, l'épidémie qui survint quelques années après l'épidémie d'Anzin paraît avoir été occasionné également par l'hydrogène sulfuré, ou des carbures d'hydrogène et d'autres gaz délétères. A Villebœuf, près Saint-Etienne, en 1859, ce fut à des accidents de nature asphyxique, par air confiné, que succéda l'anémie, lesquels disparurent aussitôt après le forage d'un nouveau puits, qui vint faciliter l'aération des chantiers souterrains.

Si les mineurs ne présentent pas une forme spéciale d'anémie, ils n'en sont pas moins exposés à une multitude de causes anémiantes, qu'on peut classer au point pathogénique sous quatre chefs : 1° *anémies par déperdition* (hémorragies) ; 2° *anémies par diminution ou cessation des fonctions hématogènes*, comprenant les anémies pernicieuses ; 3° *anémies par usure excessive des globules* (excès de consommation), comprenant les anémies par surmenage et les anémies consécutives aux maladies longues ou graves ; 4° *anémies par modification des globules* (empoisonnements, asphyxie, cachexie paludéenne, virus, trypanosomes et les divers hématozoaires).

Au point de vue clinique, j'admets : *a*) des anémies soit globulaires, soit simplement fonctionnelles, dépendant des *influences générales* du milieu dans lequel travaillent les mineurs ; *b*) des anémies dépendant des *influences professionnelles*, variant suivant la nature du travail accompli par les diverses catégories d'ouvriers, et suivant la nature du minerai exploité (chez le houilleur spécialement, on rencontre assez fréquemment des symptômes d'anoxhémie; *c*) enfin des anémies dépendant des *influences individuelles*, soit *congénitales* (hérédité, diathèses), soit *acquises*, et ces dernières sont d'ordre hygiénique (excès de toute sorte, habitation de logements insalubres, alimentation défectueuse ou insuffisante), ou d'ordre pathologique (anémie des convalescents, ou des maladies chroniques, anémie rhumatismale par dyspepsie, par affections des voies respiratoires, par présence d'helminthes divers : ténias, ascarides lombricoïdes, oxyures, trichocéphales, ankylostomes, anguillules, etc.).

La prophylaxie consistera à assurer une bonne aération, à surveiller la propreté des chantiers souterrains ainsi que la propreté individuelle, veiller à une bonne alimentation, éviter tout excès et toute cause de surmenage, et parer à tout accident industriel capable de compromettre la santé de l'ouvrier.

M. Blanchard. — Il est extraordinaire, étant donné les ravages faits par l'ankylostomie dans notre pays, qu'on n'ait pas encore créé une commission pour étudier cette maladie.

M. Roux. — Il est indispensable de faire une enquête dans les centres miniers. Calmette a, du reste, montré que l'ankylostomasie était beaucoup plus fréquente qu'on le pensait généralement.

M. Chauveau. — Lorsque j'étais à Lyon, j'ai vu souvent dans les hôpitaux des mineurs de Saint-Etienne atteints de cette affection. Il est probable que les choses n'ont pas changé.

M. Chantemesse. — A Liège, l'affection est si répandue que les syndicats socialistes ont dû s'en inquiéter au point de vue des dangers qu'elle faisait courir à leurs finances. C'est ainsi qu'on défendit l'entrée dans les mines indemnes à de nouveaux mineurs avant que l'examen de leurs selles n'ait montré qu'ils n'étaient pas atteints d'ankylostomasie.

M. Léon Colin. — La maladie s'est imposée à l'attention lors des travaux nécessités par la construction des chemins de fer de la haute Italie. Elle est partie de là, a rayonné de tous côtés, et est certainement plus fréquente qu'on ne le croit d'habitude.

A la suite de cette discussion, l'Académie a décidé de renvoyer cette question à l'étude d'une Commission composée de MM. Roux, Blanchard, Lancereaux, Chantemesse, Laveran, Raillet.

Lombricose

M. **Kermorgant** communique à l'Académie des observations de lombricose qui lui ont été adressées par plusieurs de ses collègues. Elles présentent un grand intérêt, cette affection étant extrêmement fréquente aux pays chauds, tant sur les européens que sur les indigènes, par suite de l'habitude déplorable de ces derniers de répandre partout leurs matières fécales et de s'en servir, après les avoir diluées, pour arroser leurs légumes.

La lombricose provoque souvent des états fébriles mal définis, que l'on est trop enclin, en pays palustre, à mettre sur le compte du paludisme, aussi est-il nécessaire d'insister, pour appeler l'attention des médecins coloniaux sur les lombrics, facteurs étiologiques trop souvent négligés.

Les observations présentées par M. Kermorgant prouvent, en outre, contrairement à l'opinion de Davaine, que l'on ne peut considérer les lombrics comme de simples corps étrangers contenus dans l'intestin. Ils peuvent, en effet, y commettre bien des lésions y compris la perforation intestinale, et sont susceptibles de se déplacer même pendant la vie de l'individu, de remonter dans les canaux biliaires, de pénétrer dans différents organes, dans le foie entre autres, et d'y donner naissance à des abcès non seulement chez l'homme, mais aussi chez les anthropoïdes.

La cocaïne locale en chirurgie abdominale

M. Chaput. — La cocaïne locale est très avantageuse en chirurgie abdominale. Outre qu'elle ne comporte aucune chance de mort pendant l'opération, elle a encore l'avantage d'éviter, après les opérations, les vomissements et le shock; enfin, elle permet l'alimentation immédiate.

Sur les sujets qui ne sont pas très pusillanimes, on peut exécuter la plupart des opérations abdominales à l'aide de la cocaïne locale.

La méthode de Reclus est formellement indiquée lorsque l'anesthésie générale est dangereuse.

Elle est toujours préférable à l'anesthésie générale pour les laparotomies superficielles.

Ses avantages sont réels mais moins évidents pour les laparotomies profondes.

Lorsque l'agitation du patient rend impossible la continuation de l'opération à la cocaïne, il faut recourir à l'anesthésie générale qui n'est nullement aggravée par la cocaïnisation préalable.

J'ai fait avec succès, à la cocaïne, 25 grandes opérations abdominales, entre autres des appendicites, des hystérectomies abdominales, des ovariotomies, des gastro-entérostomies. Plusieurs de ces malades n'auraient pas pu *supporter le chloroforme*.

De la castration ovarienne dans les cancers inopérables de la mamelle

M. H. Reynès (Marseille). — J'ai l'honneur de présenter à l'Académie et de soumettre à sa haute appréciation, une malade que j'ai traitée délibérément, et avec succès, par la castration ovarienne, pour un cas de cancer bilatéral, ulcéré et inopérable, des mamelles.

Il s'agit d'une jeune femme, âgée de trente-trois ans, sans enfants, bien réglée, dans les antécédents héréditaires ou personnels de laquelle je n'ai rien à signaler.

La maladie a débuté il y a neuf ans par le sein gauche : il y eut d'abord une tumeur petite, mobile, indolore; peu à peu la tumeur grossit, s'étendit, envahissant toute la glande, puis la peau et les ganglions.

Le sein droit est devenu malade il y a trois ans, et parcourut, comme le gauche, un cycle de stades progressifs et ininterrompus.

Au début, divers chirurgiens avaient, en raison de la bilatéralité des lésions encore peu avancées, pensé à la possibilité d'une maladie kystique de Reclus.

Au moment où je vois la malade (mars 1903) l'hésitation n'est malheureusement pas possible : les deux seins présentent le type clinique classique d'un double épithélioma.

Les deux seins, très volumineux, ont une dureté massive, avec quelques inégalités; la peau a l'aspect de la peau d'orange : mamelons rétractés, surtout à droite, les mamelles adhèrent profondément aux plans thoraciques.

Les ganglions, multiples, volumineux, sont envahis dans les deux aisselles : il y en a même un ou deux dans le creux sus-claviculaire gauche.

Le sein gauche est, en outre, le siège d'une ulcération, grosse comme un écu de cinq francs, surplombée et circonscrite par de gros bourgeons épithélioma-

teux hémorragiques; de ci, de là, on voit quelques nodules néoplasiques.

Il s'agissait donc bien, cliniquement, d'un cancer bilatéral des mamelles. L'état général était mauvais; la cachexie commençait : amaigrissement, inappétence, douleurs, teint jaunâtre; anémie profonde.

En raison de la bilatéralité, d'une part, et, d'autre part, en raison de l'extension et de l'envahissement des lésions, l'opération était d'une absolue impossibilité. J'ajouterai que la malade était au courant du résultat fatal qui l'attendait à brève échéance.

C'est alors que j'eus l'idée de lui pratiquer la castration ovarienne.

Je voulus d'abord faire vérifier le diagnostic histologique d'epithélioma que M. le Dr André et moi-même avions posé. En octobre dernier, M. Cornil voulut bien examiner mes coupes; il a conclu d'une façon ferme au diagnostic d'épithélioma. « La tumeur est formée par un épithélioma tubulé, forme la plus commune du cancer du sein » (Cornil).

Le 20 mai 1903, deux jours après la dernière menstruation, je pratiquai, par laparotomie, la castration ovarienne et enlevai en même temps l'utérus.

Les suites opératoires furent des plus simples. Les ovaires étaient parfaitement sains; la malade — point important — avait toujours été très bien réglée.

Très rapidement, après l'opération, la marche vers une régression atrophique et cicatrisante s'est merveilleusement dessinée et affirmée. En deux mois, la vaste ulcération du sein gauche se cicatrisa; on la voit encore sous la forme d'une tache sclero-cicatricielle.

Les deux tumeurs se sont affaissées d'une manière extraordinaire; on ne trouve plus actuellement qu'une sorte de galette plate, de plus en plus mobile, d'une dureté qui pourrait rappeler la sensation des squirrhes, mais qui, pour nous, est plutôt le signe d'un travail de sclérose atrophiante. Les ganglions diminuèrent progressivement et même disparurent en grande partie. Il y en a encore un dans l'aisselle gauche.

L'état général s'est peu à peu amélioré et vous jugerez vous-même de la bonne mine actuelle de mon opérée.

Je ne veux formuler ici aucune conclusion générale, je tiens seulement, pour l'authenticité du fait, à le soumettre à l'Académie.

Je me permettrai cependant d'ajouter qu'à mon sens, l'état génital, l'état du fonctionnement ovarien est un facteur de la plus haute importance. Il conviendra de réserver cette castration ovarienne à des carcinomes intéressant véritablement la glande mammaire, dont le tissu épithélial a seul qualité, nous semble-t-il, pour subir une influence du fait de l'ablation du bloc épithélial ovarien.

Quant au mécanisme par lequel la castration ovarienne agit sur la mamelle, c'est un point que je n'ai aucune compétence pour discuter, les éminents physiologistes et les savants vétérinaires qui sont ici pourraient peut-être nous apporter quelques éclaircissements.

GRANJUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 27 avril. — *M. Mahar* : Traitement de l'appendicite. — *M. Sebian* : Des hernies de la trompe et de l'ovaire. — *M. Sourice* : Des indications de la gastro-entérostomie dans les cas de tumeur de l'estomac n'intéressant pas le pylore. — *M. Muller* : Fractures et décollements épiphysaires du col du fémur chez les enfants et les adolescents; leurs rapports avec la coxa vara. — *M. Devouassoux* : De la conservation de l'utérus et de l'ovaire après la salpingectomie double. — *M. Agcon* : Contribution à l'étude des complications bucco-pharyngées de la rougeole chez les enfants. — *M. Canet* : Eléphantiasis de la verge et du scrotum. — *M. Huot de St-Albin* : Etude sur la calorimétrie des enfants atrophiques.

Jeudi 28 avril. — *M. Lacroix* : Contribution à l'étude du diabète insipide. Ses rapports avec les infections. — *M. Hérisset* : Contribution à l'étude des rhinolites. — *M. Bonneau* : La dyspnée dans les maladies du cœur. — *M. Moreau* : Etude sur le hachich. — *M. Corylas* : Pathogénie et symptomatologie du vomissement dans la tuberculose pulmonaire. — *M. Houlie* : Hygiène et soins médicaux à bord des navires. — *M. Barbarin* : Contribution à l'étude de l'asthme chez l'enfant. — *M. Carrière-Montjosieu* : Contribution à l'étude du noma dans la fièvre typhoïde. — *M. Aumond* : De l'iode comme topique utérin dans les infections puerpérales. — *M. Jegourel* : De l'atrophie pondérale d'origine gastro-intestinale chez les nourrissons au sein.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Hôtel-Dieu.)

M. le prof. Le Dentu commencera ce cours le vendredi 22 avril 1904, à 9 h. 1/2 du matin, dans l'amphithéâtre Chomel, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Opérations après les leçons.

Opérations gynécologiques, le jeudi, à 9 heures et demie

Visite et examen des malades, à 9 heures :

Le lundi. — Salle Saint-Landry (hommes).

Le mercredi. — Salle Saint Jean (gynécologie).

Le samedi. — Salle Notre-Dame (femmes).

Enseignement complémentaire

1° Exercices cliniques et examen des malades, sous la direction de M. le Dr Baudet, chef de clinique. Lundi et jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel).

2° Conférences de gynécologie, par M. le Dr Pichevin, les mardis et vendredis, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel).

3° Consultations pour les maladies du larynx, des fosses nasales et des oreilles, par M. le Dr Guisez, les mardis et samedis, à 4 h. (salle de consultation de l'hôpital).

COURS D'HYGIÈNE

M. le prof. Chantemesse commencera ce cours le mardi 26 avril 1904, à 5 heures, à l'Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

COURS ÉLÉMENTAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, commencera ce cours le mardi 26 avril 1904, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme du cours :

Opérations sur l'appareil génito-urinaire de la femme.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
(Hôpital des Enfants-Malades.)

Service de M. le prof. Kirmisson.

M. Grisel, chef de clinique, commencera le vendredi 22 avril 1904, à 5 heures, une série de conférences cliniques sur la chirurgie orthopédique, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (amphithéâtre de la clinique médicale infantile).

Ce cours comprendra 20 leçons.

M. A. Weil, chargé du traitement électrothérapique, fera, dans le même amphithéâtre, des leçons complémentaires sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur.

EXERCICES OPÉRATOIRES
(Ecole pratique)

Sous la direction de M. le prof. Reclus et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

Troisième cours

M. le Dr M. Guibé, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le mardi 19 avril 1904, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 3.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris.

Ce concours sera ouvert le mercredi 1er juin 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire incrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 2 mai 1904 et sera clos définitivement le samedi 14 du même mois, à 3 heures.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er juillet 1904.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les pharmacies mutualistes

Hodie mihi, cras tibi.

Une question qui pourrait être une cause de misère ou de ruine pour beaucoup d'entre eux, a mis en émoi la corporation des pharmaciens. Comme on a pu le voir, dans certains journaux quotidiens, il s'agirait de créer, à Paris, des pharmacies mutualistes analogues à celles qui existent déjà à Marseille, à Lyon, à Grenoble, à Limoges, à Montpellier et à Toulon. Ce n'est déjà plus 20 pharmacies de ce genre que l'on a conçu le projet de fonder dans la région de Paris, mais bien 100 pharmacies qui assureraient le service aux 600 000 mutualistes de cette région (1).

Les médecins ne sauraient, à notre avis, se désintéresser de cette importante question. Médecine et pharmacie sont deux professions qui ont entre elles une étroite connexité et tout ce qui touche aux intérêts matériels ou moraux de l'une a une répercussion fatale sur ceux de l'autre. Il nous paraîtrait donc utile d'agir et d'unir nos efforts à ceux des pharmaciens dans une action commune pour lutter contre ce système de mutualité qui ne peut amener, pour les médecins, comme pour les pharmaciens, comme pour les mutualistes eux mêmes, que des conséquences désastreuses.

Mais comment cette lutte sera-t-elle organisée pour être efficace? Quelles armes les pharmaciens vont-ils opposer à leurs adversaires? Quel appui moral nous, médecins, qui sommes indirectement visés, apporterons-nous à ceux qui vont recevoir le premier choc de ces attaques?

Tout d'abord, disons-le de suite, il est impossible d'empêcher *légalement* la création de ces pharmacies mutualistes.

Il ressort bien de la combinaison des articles 6 de la déclaration du roi du 27 avril 1777, 21, 25, 26 et 30 de la loi du 21 germinal an XI, 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, que les pharmaciens doivent posséder personnellement les officines dont ils sont propriétaires, sauf exception en faveur des hospices et des pharmacies dépendant de l'Assistance publique. Mais ce qui avait été sagement décrété pour le bien public a été modifié par le législateur en ce qui concerne la mutualité, et l'état actuel de la législation permet aux sociétés ou aux unions de sociétés de secours mutuels d'avoir une pharmacie à la condition qu'elle soit gérée par un pharmacien diplômé.

Les voies juridiques restent donc fermées pour la défense des pharmaciens, à moins qu'une nouvelle législation n'intervienne pour rendre aux anciens arrêtés toute leur ancienne vigueur. Or, le nouveau projet de loi sur l'exercice de la pharmacie ne demande pas cette rectification et vient, d'ailleurs, d'être renvoyé aux calendes grecques.

Dans une assemblée, tenue le 10 mars dernier à la mairie du X° arrondissement, 300 pharmaciens de Paris et de la banlieue, sur les conseils de M. Riethe, président de cette réunion, ont été partisans d'un accord avec la Fédération des mutualistes de la Seine, en vue d'éviter la création de pharmacies mutualistes dans le département de la Seine, et ont voté à l'unanimité un nouveau tarif basé :

1° Sur le prix coûtant de droguerie.

2° Sur une majoration de 30 % pour frais généraux d'officine.

3° Sur l'allocation d'honoraires pharmaceutiques résultant d'une revision rationnelle du tarif de manipulation. A l'unanimité, ils ont été partisans d'une revision periodique des tarifs de droguerie par une Commission mixte composée de mutualistes et de pharmaciens, et, pour toute contestation sur la qualité des produits, de la juridiction du Comité disciplinaire de la Chambre syndicale.

Ces propositions sont en tous points raisonnables et avantageuses pour les mutualistes. Pour les pharmaciens, elles sont absolument équitables. Pour les mutualistes, elles leur donnent un résultat financier identique, sinon même supérieur à celui des pharmacies mutualistes; elles laissent à chacun le libre choix de son pharmacien et assurent une économie de temps et une plus grande rapidité dans la délivrance des médicaments, puisque la grande majorité des pharmaciens adhère à ces conditions nouvelles.

Mais notre impression est que ces propositions d'entente seront repoussées, et que la création des pharmacies mutualistes aura lieu. Ces propositions conciliantes seront obligées de céder le terrain à des considérations d'un autre ordre, sur lesquelles il est inutile d'insister, et la création des pharmacies mutualistes se fera à l'heure et aux endroits choisis pour les besoins d'une cause étrangère aux intérêts propres des mutualistes.

Mais une fois la place envahie, ne sera-t-il pas possible de déloger l'ennemi de ses positions? « Laissez faire, nous ont dit quelques-uns, l'ennemi pris par la famine ne tardera pas à capituler, et les pharmacies mutualistes s'écrouleront, faute de ressources. » Nous ne partageons pas cet optimisme, tout en souhaitant ardemment de nous tromper. L'ennemi restera dans la place, parce qu'il recevra des renforts, dont nous tous, contribuables, corvéables et taillables à merci, nous ferons les frais, comme toujours ; autrement dit, les pharmacies mutualistes, pour combler leur déficit, feront appel aux subventions municipales largement accordées. C'est l'histoire d'hier et celle d'aujourd'hui, ce sera celle de demain.

Eclairer les mutualistes, leur faire voir leur intérêt bien compris, tels sont les moyens de défense et l'appui moral que nous, médecins, nous devons apporter à la défense de la cause des pharmaciens qui est la nôtre, pour un avenir plus ou moins rapproché. *Hodie mihi, cras tibi!*

Sans doute, parmi les mutualistes, beaucoup ne se laisseront pas fasciner par les promesses que l'on fait miroiter à leurs yeux et saisiront le but véritable dissimulé sous des apparences trompeuses, et dès maintenant l'on peut prévoir la scission qui va s'effectuer dans le camp des mutualistes. Il importe donc de convertir les autres et de leur montrer l'envers de la médaille.

Disons-leur que le malade doit avoir, en principe, le libre choix de son pharmacien, comme il doit l'avoir pour son médecin ; que ce choix, judicieusement établi, doit reposer sur la confiance qu'inspire le préparateur des médicaments ; que cette confiance émane de multiples considérations ; que le diplôme ne suffit pas pour conférer cette qualité à son titulaire ; que derrière le pharmacien il faut voir l'homme ; que l'on ne saurait jamais trop tenir compte de sa moralité, de son savoir, de son expérience, de sa présence habituelle dans son officine. Faisons comprendre la sagesse de la loi qui a voulu que le pharmacien fût propriétaire de son officine ; faisons comprendre que la propriété exalte en lui le sentiment de sa responsabilité qui, en l'espèce, peut avoir les plus terribles conséquences.

Les pharmaciens, de leur côté, détruiront, chiffres en mains, la légende des bénéfices exagérés qu'il retirent de la vente de leurs médicaments, surtout dans leurs rapports avec les Sociétés de secours mutuels. Ils n'auront pas de peine à démontrer que leurs bénéfices sont la juste rétribution, l'équitable compensation des frais de leurs études, longues, difficiles et coûteuses, et de leur responsabilité. Ils établiront, avec des preuves tangibles, l'inutilité de la création de ces pharmacies mutualistes en regard des avantages spéciaux qu'ils offrent aux Sociétés de secours mutuels.

Elevant plus haut le débat, on devrait aussi attirer l'attention des mutualistes sur les conséquences dangereuses que pourrait entraîner ce système de mutualité pour l'avenir économique et social de notre pays. Aujourd'hui, ce système atteint la profession pharmaceutique; demain il atteindra celle des médecins, et bientôt il s'en prendra aux autres corporations, en commençant par celles qui nous fournissent les objets les plus nécessaires à l'existence. Ce sera alors la suppression de toute initiative et de tout effort individuels, le retour aux anciennes maîtrises, le progrès à rebours, l'abaissement intellectuel, la diminution de la richesse nationale.

Telles sont rapidement et incomplètement énumérées, les considérations que nous pourrons faire valoir aux yeux des mutualistes pour enrayer l'œuvre néfaste qui se prépare. Développons-les par la voie de la presse, au moyen de brochures, de conférences, et aussi dans les rapports journaliers que nous entretenons avec nos clients.

Dr DESESQUELLE.

(1) Je ne saurais trop remercier M. E. Lafont, pharmacien à Paris, pour les renseignements qu'il m'a donnés sur cette importante question de la mutualité.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude des luxations de l'épaule en arrière

Par MM. L. Laroyenne, prosecteur à la Faculté de Lyon, et J. Morel, interne des hôpitaux de Lyon.

Les luxations de l'épaule en arrière sont rares et leur histoire comporte encore certaines obscurités. C'est ce qui nous a engagés à rapporter brièvement ces deux observations recueillies dans le service de M. Vallas et les quelques recherches que nous avons faites à ce sujet.

Obs. I. — B. Jeanne, couturière, cinquante-sept ans. Tombée le 17 octobre 1903 de sa hauteur sur l'épaule droite, entre le jour même à l'hôpital. Le bras droit pend le long du corps dans une forte rotation interne. L'avant bras est en pronation à demi-fléchi. L'axe du bras prolongé passe en dehors et au-dessous de l'acromion. Le moignon de l'épaule est aplati, au-dessous de la saillie de l'angle antérieure de l'acromion, plus nette que du côté sain, le doigt plonge librement: la cavité glénoïde est donc déshabitée, mais on ne peut, ni en avant, ni en arrière d'elle, trouver la tête humérale. Le creux axillaire est également vide. La radiographie montre une luxation de l'épaule en arrière. Attitude de la main caractéristique de la paralysie radiale, l'extension de l'avant-bras sur le bras est également impossible. Pas de trouble de la sensibilité, sauf une très légère hypoesthésie dans le domaine cutané du circonflexe.

Réduction sous anesthésie par tractions dans l'axe du bras. Un premier ressaut amène la tête humérale dans l'aisselle, puis, les tractions continuant, la réduction se complète.

20 octobre. — Ablation du bandage. La tête humérale est en place, mais les signes de paralysie persistent au complet. L'anesthésie a totalement disparu. La contractilité électro-musculaire est conservée dans tout le territoire paralysé.

Amélioration progressive des troubles nerveux et guérison complète le 20 février 1904, trois mois après l'accident.

Obs. II. — S. Joseph, trente-huit ans, maçon. Le 9 mars, passait dans une rue obscure, lorsqu'il fut attaqué par deux rodeurs, chargé sur l'épaule de l'un d'eux et jeté à terre. Il se rappelle nettement avoir eu le bras gauche fortement tordu en dedans, élevé et tiré avec violence. Il tomba alors sur le sol : quand il se releva, il ne pouvait plus bouger le bras et souffrait d'une vive douleur dans l'épaule

Il entre le soir même à l'Hôtel-Dieu. On constate, à ce moment, que le bras gauche est en adduction et en flexion légère sur le tronc, faisant avec la verticale un angle de 45° environ. L'avant-bras est étendu sur le bras et en pronation forcée. L'épitrochlée regarde franchement en arrière. Tous les mouvements spontanés du membre supérieur sont impossibles.

L'axe du bras prolongé passe notablement au-dessous et en dehors du bec antérieur de l'acromion. Coup de hache au niveau de l'attache deltoïdienne. La distance acromio-épicondylienne est de 4 centimètres plus courte du côté malade.

Le moignon de l'épaule paraît globuleux, ce qui est dû à la contracture facilement appréciable des muscles sous-jacents. Cependant, on arrive sans peine en avant, à déprimer le deltoïde et à percevoir le vide sous-acromial.

En arrière, où la direction du bras fait immédiatement chercher la tête humérale, on ne sent rien de net. L'exploration de l'aisselle n'apprend rien si ce n'est la contracture des muscles grand dorsal et long triceps.

Anesthésie très nette dans le domaine du circonflexe.

Réduction immédiate sans anesthésie par traction dans l'axe du bras. Au bout de quelques minutes de traction, l'opérateur et l'opéré ont la sensation nette d'un ressaut et l'axe du bras change de direction: il coupe, maintenant, le plan acromial, tout en restant bien au-dessous de cette saillie. La cavité glénoïde est toujours vide.

Un mouvement de rotation externe complète alors brusquement la réduction.

Le 12 mars, ablation du bandage. L'anesthésie deltoïdienne a disparu, mais l'abduction du bras est impossible par paralysie du circonflexe.

Tous les autres mouvements du membre supérieur sont redevenus normaux. Une épreuve radiographique montre l'absence de toute fracture. Aujourd'hui, un mois environ après l'accident, la paralysie du circonflexe est en voie d'amélioration progressive.

La lecture des observations antérieures, depuis la thèse de Demarsay jusqu'à celle de Balencie, montre les difficultés du diagnostic des luxations de l'épaule en arrière, le peu d'importance accordée à leurs complications nerveuses et l'obscurité de leur pathogénie. Nous étudierons ces trois points.

1° *Diagnostic.* — Il est surtout difficile pour les luxations récentes et parce qu'il est souvent impossible de trouver la tête humérale déplacée. Celui donc qui attend ce signe pour établir son diagnostic, risque de rester longtemps dans le doute. C'est probablement ce qui arriva à Boyer qui attendit huit jours avant d'essayer une réduction: Dupuytren, A. Cooper, S. Smith s'y trompèrent aussi et prirent des luxations en arrière pour une arthrite, une fracture, une contusion.

Pourquoi la tête humérale luxée en arrière ne peut-elle souvent pas être perçue? Panas a bien montré qu'elle vient se loger en pareil cas derrière la cavité glénoïde, en rapport avec la voûte acromiale surplombante qu'elle dépasse à peine en arrière d'un centimètre. Ainsi le doigt explorateur déprime en vain les téguments de la région scapulaire postérieure, il perçoit difficilement le léger relief de cette tête qu'achève de masquer la couche musculaire épaisse et souvent contracturée du deltoïde, du sous-épineux et du petit rond. Si l'on ajoute encore la tuméfaction traumatique, on comprend que la tête humérale, dans les observations de Nélaton comme dans les nôtres et peut-être d'une façon habituelle dans les luxations sous-acromiales de l'épaule, ait échappé à l'exploration.

Par contre, la palpation antérieure du moignon de l'épaule montre bien un vide sous-acromial correspondant à la cavité glénoïde deshabitée, et c'est ainsi que le diagnostic de luxation de l'épaule peut toujours être posé alors même qu'on ne peut préciser la variété de luxation parce que la recherche de la tête a été négative. Pour arriver malgré cela à cette notion de la variété, il faut soigneusement examiner la direction de l'axe du bras, qui peut suffire à un diagnostic précis. Cet axe prolongé, au lieu de couper, comme à l'état normal, le bec antérieur de l'acromion, passe au-dessous et en dehors de lui dans les luxations de l'épaule en arrière, comme si le membre en entier avait été abaissé sous le moignon scapulaire et repoussé en arrière. Ce changement d'axe s'accusait bien, dans nos observations, par un angle à sinus antérieur au niveau de l'attache humérale du deltoïde.

A ce changement de direction s'ajoute une rotation interne du membre partout signalée et qui peut rendre l'épitrochlée franchement postérieure.

Outre ces symptômes, notre second blessé présentait une contracture musculaire tout à fait spéciale : les tendons du grand dorsal et du grand rond étaient sentis comme une corde dure, tendue dans l'aisselle en avant du long triceps également contracturé. Ces contractures, qui s'effacent à la longue, expliquent encore la méconnaissance assez fréquente du diagnostic dans les luxations en arrière récentes et qui se rencontre dans des observations d'ailleurs antérieures à l'avénement de la radiographie.

2° *Complications nerveuses.* — Nos deux malades ont présenté des complications nerveuses analogues. Elles consistaient essentiellement en une paralysie motrice totale du circonflexe étendue chez le premier au territoire du radial, l'attitude caractéristique de

la main tombante permit chez celui-ci de diagnostiquer une complication nerveuse avant toute réduction. Chez le second, les phénomènes paralytiques succédèrent aux contractures sur lesquelles nous avons déjà insisté; là encore le diagnostic fut fait avant la réduction en raison d'une anesthésie dans la zone de distribution cutanée du circonflexe. Au reste, ces troubles sensitifs furent extrêmement légers et leur caractère fugace concorde bien avec les guérisons spontanées des troubles moteurs; il pouvait même les faire prévoir.

Les auteurs classiques signalent la possibilité de ces complications nerveuses sans y insister autrement. Il semble bien pourtant, d'après nos observations, qu'elles aient un cachet particulier. Le circonflexe est, en effet, plus spécialement en cause. Quand des troubles nerveux surviennent dans les luxations de l'épaule en avant, on admet volontiers qu'ils relèvent de distensions radiculaires et ne diffèrent guère à ce point de vue des traumatismes simples de la région. Les luxations en arrière paraissent, au contraire, agir directement sur une au moins des branches postérieures du plexus brachial. Farabeuf, dans des expériences anciennes, a montré que le circonflexe était facilement contusionné dans les déplacements en arrière et en bas de la tête humérale. La rotation interne et forcée du bras doit logiquement, en effet, entrainer un enroulement de ce nerf autour de l'humérus. C'est l'hypothèse émise par Balencie et que nous avons essayée de vérifier expérimentalement avec l'aimable collaboration de notre collègue Latarjet, aide d'anatomie à la Faculté. Ayant, à l'amphithéâtre, isolé le circonflexe par une incision axillaire, nous avons reproduit la luxation de l'épaule en arrière par la rotation du bras en dedans. Nous constations alors, en plaçant le doigt sur le nerf circonflexe, qu'il se tendait fortement et se trouvait serré entre l'humérus et le tendon rigide du long triceps. Deux fois, la rotation étant poussée à l'extrême, le nerf se déchira.

Ainsi, la fréquence des complications nerveuses dans les luxations de l'épaule en arrière n'a rien qui surprenne, c'est plutôt leur bénignité qui est surprenante.

3° *Mécanisme.*— Il ressort de la majorité des observations qu'une condition indispensable de la luxation de l'épaule en arrière est la rotation interne de l'humérus. Tantôt un choc porte sur le moignon de l'épaule et surprend le bras tourné en dedans — c'est à n'en pas douter ce qui eut lieu chez notre première malade. — Tantôt l'agent traumatisant agit sur la diaphyse humérale elle-même pour — à la fois — et la tourner en dedans et la propulser en arrière : ainsi la femme citée par Piel à qui son mari, dans une altercation, tordit le bras et luxa l'épaule. Notre second malade est un exemple plus net encore de ce mode d'action : il est victime d'un coup classique dans les attaques nocturnes : l'agresseur saisit à l'improviste le bras d'un passant, le tord violemment en dedans et tirant avec force charge la victime sur son épaule. Le mécanisme est ici facile à décomposer : élévation et rotation interne du bras, qui fait bomber la capsule scapulo-humérale à sa partie postéro-inférieure. Le poids du corps de la victime projeté en avant sur l'humérus immobilisé achève la luxation.

Bien moins importante que la direction et l'attitude du membre, l'intensité du traumatisme parait avoir été réduite à peu de chose dans certaines luxations sous-acromiales. Berger ne raconte-t-il pas l'histoire d'un charretier à qui son camarade tordit le bras en jouant et qui n'en eut pas moins une luxation de l'épaule en arrière. Répétant des expériences cadavériques classiques depuis Demarsay nous avons été frappés, comme d'autres observateurs, de voir que parfois la rotation interne du bras, combinée à son élévation et à son adduction, suffisait à luxer en arrière la tête humérale sans qu'il fût nécessaire d'ajouter à ce mouvement une propulsion appréciable. Ceci n'est d'ailleurs vrai que pour les luxations sous-acromiales; les sous-épineuses, dont nous ne nous occupons pas, réclament pour être réalisées des traumatismes importants.

Quel est le chemin suivi par la tête humérale pour aller de la glène à la dépression sous-acromiale? Boyer, Cooper, Nélaton pensaient — et leur opinion est encore classique — que, déchirant largement la capsule, la tête humérale passait directement d'avant en arrière. J. L. Petit admettait, par contre, que la tête franchissait la capsule d'abord à sa partie inférieure et remontait ensuite secondairement derrière la cavité glénoïde, comme le fait une tête fémorale dans une luxation iliaque régulière. Cette hypothèse de J.-L. Petit, longtemps délaissée, a été reprise récemment par Bottey, qui apporte à son appui deux observations où la tête, surprise dans cette évolution, se serait arrêtée sur le rebord postéro-inférieur de la glène. La tonicité musculaire qui, pour Bottey, compléterait ordinairement le mouvement nécessaire à l'ascension sous-acromiale de la tête, se serait trouvée insuffisante à réaliser ce but chez ses deux malades âgées et amaigries. Farabeuf a vivement critiqué cette opinion; pour lui, les cas cités par Bottey ne sont pas des luxations en arrière commençantes, mais des luxations en bas sous-tricipitales d'une variété toute différente.

Nous ne discuterons pas longuement ce sujet; nous ferons seulement remarquer que le mécanisme invoqué par J.-L. Petit et par Bottey peut paraître assez séduisant. En effet, chez nos deux malades, où la réduction fut opérée par des tractions dans l'axe du bras, on sentit très nettement la tête humérale passer en un premier temps dans l'aisselle, transformant ainsi la luxation postérieure en inférieure, après avoir franchi le bord axillaire de l'omoplate et donné à ce moment un ressaut caractéristique. Les manœuvres de réduction continuant, c'est dans un second temps seulement que la tête réintégra la cavité glénoïde. N'est-on pas, après cela, disposé à croire que le chemin de la rentrée a été aussi celui de la sortie?

En résumé, les luxations de l'épaule en arrière, dans leur variété la plus fréquente, c'est-à-dire sous-acromiale, sont d'un diagnostic parfois difficile, parce qu'il est ordinairement malaisé de sentir la tête humérale. Elles peuvent s'accompagner de complications nerveuses portant avec élection sur le circonflexe. La rotation interne du bras est l'élément essentiel de leur production : un traumatisme violent n'est pas nécessaire. Il est possible, pour quelques-unes d'entre elles au moins, d'admettre qu'elles passent par un stade de luxation en bas avant de devenir postérieures.

Demarsay.— Thèse Paris, 1814.
Lacombe.— Thèse Paris, 1818.
Dupuytren.— Cliniques chirurgicales.
Cooper.— Œuvres chirurgicales, 1837.
Sédillot.— *Gaz. méd.*, 1834.
Sédillot.— *Union méd.*, 1849.
Desclaux.— *Revue méd. Paris*, 1850.
Piel.— Thèse Strasbourg, 1851.
Malgaigne.— Traité des fractures et luxations, 1855.
Bardinet.— Bull. Soc. Haute-Vienne, 1853.
Demarquay.— *Gaz. des hôp.*, 1862.
Desprès.— *Gaz. des hôp.*, 1865.
Desprès.— Bull. Soc. chir Paris, 1879.
Desprès.— La chirurgie journalière, Paris
B. Anger.— Traité iconog. des maladies chirurgicales, 1866.
Panas.— Dict. méd. et chir., 1870 (article épaule).
D. Mollière.— *Gaz. des hôp.*, 1875.

Marklam. — *Amer. journ. of med. sc.*, oct. 1873.
Trombridge.— *Boston med.and surg. journ.*, vol. 27.
Périer.— *Union méd.*, 1878.
Périer. —Bull. Soc. chir. Paris, 1878
Farabeuf.— Id., 1879.
Farabeuf.— Id., 1885
Polaillon.— Id., 1882.
Polaillon. — Aff. chir. des membres, 1895.
Soyez.— Thèse de Paris, 1880.
Bottey.— Thèse Paris, 1884.
Hamilton. -- Traité des fractures et luxations, 1884.
Dolard.— *Lyon méd.*, 1889.
Ahmed-ben-Miloud.— Thèse Paris, 1890.
Albert.— Chirurgie clinique, 1893.
Balencie.— Thèse Paris, 1898.
Nélaton. — In Traité de chirurgie Duplay-Rec'us.
Cahier.— In Traité Le Dentu-Delbet.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IV° Session — Rouen — Avril 1904.

(*Suite.*)

Puériculture

Les « Gouttes de Lait »

Dans notre numéro du 9 avril nous avons groupé, sous le titre général de « Puériculture », les communications faites dans la séance du mercredi 6 avril. Deux jours après, la discussion reprenait avec plus d'intensité sur les « Gouttes de Lait » Nous croyons donc devoir reproduire sous ce même titre général « Puériculture », et comme suite au compte rendu du 14, les communications et discussions qui ont eu lieu le 10 avril sur cette question, très importante non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue social.

M. R. Brunon (Rouen).— **Sur 290 enfants ayant passé à la *Goutte de Lait de Rouen*, pendant dix mois de 1903, 68 sont sortis en très bon état au moment de leur sevrage.**

Sur les 68 enfants sortis en très bon état au sevrage, 27 sont entrés malades, atrophiques ou atrepsiques, avec des accidents graves de gastro entérite. Soit 39 %. *Donc 39 % de nos enfants sont entrés malades et ont été guéris par le lait maternisé et stérilisé par nous pour nos nourrissons.* C'est là le point important de ma communication.

Je passe sur les détails et sur les colonnes de chiffres de la statistique, pour vous dire tout de suite que si nous considérons maintenant tous nos entrants soit 290 enfants, au point de vue pathologique, nous trouvons, parmi eux, 133 cas d'entérite, soit 47 %. Mais, en réalité, le nombre des enfants entrés avec la gastro-entérite est bien supérieur à celui que donne la statistique. Nous avons été obligés, par la force des choses, de classer parmi les bien portants beaucoup d'enfants qui étaient malades.

Nous estimons que 60 % au moins, peut-70 % des enfants qui nous sont envoyés, sont atteints d'entérite presque toujours très grave. Toute la question des Gouttes de Lait est là.

Ces faits et ces chiffres me donnent le droit de faire quelques réflexions.

Il y a parmi vous, Messieurs, quelques honorables confrères qui ont une dent contre les Gouttes de Lait, et cette dent n'est pas *de lait*. Ils sont venus nous dire que les résultats des Gouttes de Lait étaient mauvais. Ils auraient dû au moins *distinguer*.

Qu'ils attaquent la suralimentation ; ils auront raison. Qu'ils attaquent un lait mauvais, ils ont raison. Mais qu'ils s'en prennent aux *Gouttes de Lait*, sur ces deux chefs d'accusation, je ne comprends plus.

La suralimentation est la conséquence de l'ignorance des mères et des préjugés des médecins d'une certaine école.

J'entendais, il n'y a pas très longtemps, exprimer cette opinion d'un confrère : « Il faut qu'un enfant soit saoul de lait pour qu'il dorme bien ». Et ce confrère n'est pas précisément un ami des Gouttes de Lait! Tout au contraire, ces dernières ont la prétention d'être des écoles de dressage pour les mères ignorantes, et cette prétention est justifiée.

On nous dit : Les Gouttes de lait augmentent la mortalité infantile. C'est une plaisanterie, je pense.

Personne ne niera l'influence thérapeutique du sérum antidiphtérique. Il guérit la diphtérie. Ce qui n'empêche pas la mortalité par diphtérie d'augmenter à certaines époques, dans certaines villes, et sous certaines influences que nous ne connaissons pas. Alors on devrait dire que le sérum augmente la mortalité diphtérique!

On peut nier la nécessité économique d'élever des sanatoriums pour tuberculeux (et je suis de ceux-là), mais on ne peut nier l'*efficacité thérapeutique* du sanatorium. Or, la mortalité par tuberculose est plus grande en Allemagne depuis qu'il y a des sanatoriums. C'est que la marche de l'envahissement de la maladie a été plus rapide que la marche du traitement. Tout simplement.

On est venu dire que les Gouttes de Lait n'avaient pas abaissé la mortalité.

D'abord, il faudrait voir. Et puis, cela n'aurait rien d'étonnant.

A Paris, dit Variot, il y a environ *40000* enfants de 0 à 1 an élevés dans Paris. Or, dans les 25 Gouttes de Lait ou Consultations de nourrissons de Paris, on surveille à peu près 2000 enfants. Il y en a donc 38000 sur lesquels nous n'avons pas d'action.

A Rouen, nous avons 2 à 3000 nourrissons de 0 à 1 an. 290 fréquentent la Goutte de Lait!

Au Havre, le nombre des enfants de la Goutte de Lait est inférieur au 1/13° du chiffre des naissances.

On est venu nous dire encore que nous encouragions l'allaitement artificiel et que nous découragions l'allaitement maternel par conséquent.

Ah certes, la mamelle s'en va! Mais ce n'est pas seulement en France, c'est partout. Même en Amérique. Et cependant les Américaines sont jolies! Que voulez-vous! Il faudra en passer par là. Mais c'est un fait anthropologique qui paraît assez probable : les glandes mammaires ont l'air de s'atrophier par hérédité.

Je demanderai seulement si les femmes qui ne veulent plus nourrir ont attendu la création des Gouttes de Lait pour ne plus vouloir!

1° Laissons de côté *les femmes riches.* Elles ne sont pas intéressantes dans les cas qui nous occupent. Elles sont en infime minorité. (Et, d'ailleurs, elles ne font pas d'enfants).

2° Etudions *la femme pauvre* (ouvrière ou petite bourgeoise). Que se passe-t-il chez elle?

Elles commencent, presque toutes, par allaiter. Puis elles abandonnent l'allaitement, non pas parce qu'il y a une Goutte de Lait à leur portée, mais parce qu'elles *sont pauvres* et *misérables.*

Voilà toute la question.

Autrefois la femme du peuple vivait à la campagne avec sa famille. Toute la famille faisait du tissage à la main et cultivait son jardin. Les enfants étaient nombreux et la femme donnait le sein tout en faisant la cuisine et le ménage. Aujourd'hui la femme n'a plus de foyer. La grande industrie a allumé les générateurs et éteint le petit foyer du pauvre. La femme travaille à l'usine comme l'homme. Elle peine comme lui, dans l'esclavage de dix ou douze heures. Au travail industriel elle joint les fatigues de la Maternité. Elle reçoit un salaire infime. Elle n'a ni le temps ni l'argent nécessaire pour manger. Les ouvrières de la couture gagnent 1 fr. 50 par jour. Beaucoup ne gagnent que 1 fr. J'ai écrit et je répète que la majorité des femmes du quartier St-Nicaise ne gagnent que 60 centimes par jour, en travaillant douze heures chez elles.

Et vous êtes étonnés que ces femmes ne veuillent pas nourrir! et vous venez nous dire que ce sont ces pauvres *Gouttes de Lait* qui sont les coupables!

Ce qui tarit la mamelle, c'est la misère, c'est la faim. C'est le repas fait avec un hareng saur, une attignolle et de l'eau-de-vie. Et on prend de l'eau-de-vie pour oublier la faim!

Et, parmi ces femmes, il y a beaucoup, il y a de plus en plus de filles-mères. Pourquoi ne poursuivez-vous pas le mâle pour lui faire payer les mois d'allaitement?

Et parmi ces femmes, il y en a beaucoup dont le mari boit tout : la femme et les enfants sont nourris par le travail de la femme elle même!

Voilà les clientes de la Goutte de Lait.

Mes chers confrères de Paris, vous qui fréquentez beaucoup de duchesses, dans quelle tour d'ivoire vivez-vous? Il ne s'agit pas de savoir si 2 % seulement des

femmes sont incapables de nourrir. Ce pourcentage me laisse absolument froid. Il s'agit de savoir combien de femmes pauvres mangent assez pour avoir du lait! Voilà l'important. La question de l'allaitement est une question sociale, et je trouve que nous la laissons cotoyer de misérables questions de personnes.

Il faut l'élever.

Supprimez le travail des femmes : dans l'industrie, dans les postes et télégraphes.

Supprimez l'esclavage des femmes : dans l'enseignement.

Donnez à la femme le travail qui lui convient.

Rémunérez ce travail.

Protégez la femme contre l'égoïsme féroce du mâle.

Déclarez permise la recherche de la paternité.

Combattez l'alcoolisme de l'homme.

Faites donc cela, et la femme nourrira, et nous fermerons les Gouttes de Lait!

Mais comme vous ne ferez rien du tout, nous continuerons les Gouttes de Lait PARCE QU'ELLES RÉPONDENT A UN BESOIN SOCIAL.

Mais je vous entends dire : ON doit assister les femmes enceintes et les accouchées.

Qui ON?

La charité publique? Elle n'en peut plus. L'Etat? C'est une erreur française que de toujours tendre la main vers l'Etat.

Vous donnez une livre de viande par ci, par là? La belle affaire. Vous en donneriez beaucoup plus que ce serait la même chose. Tous les « mioches » de la maisonnée mangeront la viande, le père se fera la part du lion, et c'est la femme qui en aura le moins.

On a voulu distinguer entre *Consultations de nourrissons* et *Gouttes de Lait*. Questions de mots.

Cependant, la Consultation des nourrissons, c'est le terrain de l'accoucheur. Il a assisté à cet acte physiologique que nous appelons : accouchement. Il poursuit la physiologie en faisant donner le sein à des enfants *normaux*. C'est parfait. Les résultats seront excellents. C'est facile à comprendre. Il s'agit là d'une sorte de *Bureau de nourrices* scientifique et perfectionné.

La Goutte de Lait c'est le terrain du médecin. Elle s'adresse, le plus souvent, à des enfants malades. Vous savez qu'à Rouen, 70 % de nos enfants sont malades au moment de l'entrée.

Cet enfant *a essayé de tout :* le sein, le lait concentré, les farines, etc., etc. Il est atrophique, souvent même athrepsique, souvent il va mourir. Et vous croyez que je vais faire un discours à cette femme sur l'immortel principe de l'allaitement maternel? Mais cette femme me dirait des injures! Elle me traiterait de médecin de Molière (si elle avait lu Molière). Ce qu'il lui faut : c'est sauver son enfant.

Nous discutons, et il y a à Rouen 76 décès par entérite sur 100 décès d'enfants. C'est M. Budin qui l'a dit et imprimé.

Eh bien! voyez notre statistique : en 1903, 82 enfants indigents sont entrés malades chez nous : 7 sont morts. *Mais 36 ont été guéris par notre lait.*

Comme le dit M. Variot : *Voilà 35 enfants qui seraient morts si la Goutte de Lait n'était pas venue à leur secours.*

Et c'est devant ces résultats que j'ai entendu nous dire : « Vos résultats sont trop beaux! Vos courbes sont trop belles! Vous êtes dangereux! »

On a dit aussi à Mlle Roussel : « Ce n'est pas la Goutte de Lait qui a remporté cette victoire. C'est vous, personnellement, mademoiselle. »

Messieurs, du Nord au Sud de la France, nous sommes restés bien Latins, amis des disputes. En ce qui me concerne, je n'en ai cure. Tant que j'aurai de l'argent, je continuerai à verser la Goutte de Lait aux enfants qui la demanderont.

DISCUSSION

M. Pinard.— Tout le monde est d'accord que nous devons avant tout empêcher les enfants de mourir. M. Brunon préconise l'allaitement artificiel; moi, je préfère l'allaitement maternel. Ce n'est pas d'aujourd'hui que le principe de l'allaitement par le sein de la mère est reconnu le meilleur, c'est un principe immortel.

M. Brunon nous dit que c'est la misère qui empêche la mère d'allaiter. Voilà qui n'est pas nouveau, car il y a longtemps que je l'ai affirmé dans un Congrès.

Avec les Gouttes de Lait vous prétendez sauver les enfants malades; moi, ce que je veux, c'est empêcher que les enfants deviennent malades, et pour cela je trouve que rien ne vaut l'allaitement maternel.

Je répète aujourd'hui ce que je disais avant-hier, à savoir qu'il n'y a que quelques années qu'on montre à l'Ecole aux étudiants quels sont les avantages de cet allaitement; pour moi, j'ai consacré toute ma carrière à le dire et voilà pourquoi je considère les Gouttes de Lait comme dangereuses; j'estime qu'elles offrent aux mères de trop grandes facilités à se procurer du lait et les poussent ainsi à cesser de donner le sein à leur nourrisson. Voilà tout ce que j'ai dit et voilà ce que je répète.

Ce que je vous reproche aussi, c'est de donner le nom de lait maternisé au lait que vous distribuez, car si ce lait n'est pas mauvais, vous risquez que les mères le confondent avec le lait dit maternisé vendu dans le commerce et qui, celui-là, ne vaut, le plus souvent, absolument rien.

En ce qui concerne la question sociale soulevée par M. Brunon, je suis absolument d'accord avec lui pour dire que les pouvoirs publics doivent s'employer à secourir les mères de famille. Je fais partie, au ministère de l'intérieur, d'une commission extra-parlementaire instituée dans ce but; eh bien, dans cette commission, je préconise, comme je le disais mercredi, le développement des sociétés d'allaitement maternel et l'installation, dans les établissements industriels, d'un local spécial où les mères pourront, à des heures fixées, donner le sein à leurs enfants. C'est là, je crois, qu'est le remède à une situation que je suis le premier à déplorer.

M. Ausset. — M. Brunon a dit que si beaucoup de femmes ne nourrissaient pas à Rouen, il fallait en faire remonter la cause à la misère; mais la misère est aussi grande à Lille qu'à Rouen. Cette misère est effrayante à Saint-Pol dont la population est en majeure partie composée d'ouvriers du port de Dunkerque qui n'ont que des salaires très minimes. A la Goutte de Lait de Saint-Pol, on ne fournit du lait pasteurisé qu'aux mères qui, après un examen sérieux, sont reconnues comme étant dans l'impossibilité absolue de donner le sein. Les autres, on les incite à allaiter leurs nourrissons et on leur donne des secours en nature. Cette façon de faire a donné les meilleurs résultats; le nombre des mères nourrissant leurs enfants était, en effet, de 18 % au moment de la création de la Goutte de Lait, il est aujourd'hui de 55 %.

M. Variot. — En ce qui concerne l'action des pouvoirs publics, je crois que M. Pinard prend ses désirs pour des réalités. Nous faisons tous les deux partie de la même commission et il sait, comme moi, qu'elle ne s'est pas réunie depuis dix-huit mois. On a fait bien peu de choses en haut lieu pour favoriser l'allaitement maternel.

Au surplus, il y aura toujours dans les grands centres industriels des femmes auxquelles leurs occupations ne permettront pas l'allaitement, et ce sont elles qui doivent bénéficier des fondations des Gouttes de lait.

Réflexions sur l'atrophie infantile et les Gouttes de Lait

M. G. Variot. — L'emploi de la balance nous a permis de catégoriser les enfants atrophiques, en tenant compte de leur poids de naissance : l'atrophie infantile est légère, moyenne ou extrême, suivant que le poids et la taille s'écartent plus ou moins du poids et de la taille que les enfants devraient avoir à l'âge où ils sont parvenus.

Le défaut d'accroissement chez les athrepsiques ou atrophiques cachectiques est tel, qu'ils pèsent souvent moins de la moitié du poids normal, les lésions de leur tube digestif et des glandes annexes sont si profondes, qu'elles sont irréparables; les aliments, quels qu'ils soient, le lait de vache, le lait d'ânesse et même le lait de femme, ne sont plus utilisés physiologiquement.

Mais, si nous sommes tout à fait désarmés contre l'athrepsie proprement dite, il n'en est pas de même contre l'atrophie, et nous réussissons très habituellement, en maniant méthodiquement le lait stérilisé, à entraver d'abord l'évolution des troubles digestifs, puis à continuer l'élevage des enfants, soit en courbe ascen-

dante, se rapprochant de plus en plus de la normale, soit plus souvent en courbe parallèle; un certain retard d'accroissement persistant jusqu'à la période du sevrage et même plus tard.

L'immense majorité des enfants qui deviennent atrophiques reçoivent le biberon, chargé souvent de mauvais lait, fermenté ou sophistiqué, manié par une jeune mère inexpérimentée ou par une éleveuse ignorante, grossière ou négligente. Les tétées ne sont pas réglées, la suralimentation devient d'autant plus dangereuse que le lait est nocif et que les biberons et les tétines sont malpropres. La gastro entérite surgit; les attaques se répètent; la chymification, l'assimilation et la nutrition sont troublées, l'enfant, qui a perdu du poids, ne s'accroît plus. C'est ce moment critique que les éleveuses choisissent pour administrer les farines lactées, les bouillies féculentes, en vue d'accélérer la croissance ralentie; de là, une aggravation du mal: le ventre se détend, devient dur et météorisé; les membres s'amaigrissent; si l'enfant est plus âgé, le processus d'ossification épiphysaire est entravé, la dystrophie générale devient prédominante dans le squelette: le rachitisme vient se superposer à l'atrophie.

L'allaitement artificiel n'est pas seul en cause dans le développement de l'atrophie; nous voyons parfois des nourrissons au sein dont la croissance est arrêtée, soit que la mère, n'ayant pas de lait, s'obstine à nourrir elle-même, soit, au contraire, que la lactation, étant surabondante, l'enfant devienne dyspeptique par suralimentation; d'autres fois, après une maladie, le lait des mères devient toxique pour le nourrisson, enfin, il arrive que le lait de femme ne puisse être utilisé, sans que nous puissions déceler par l'analyse chimique, la cause de son insuffisance nutritive.

Il n'est pas rare que l'hérédité morbide vienne joindre son action nocive aux troubles d'origine gastro-intestinale, pour déterminer et pour aggraver l'atrophie infantile. La syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose des générateurs produisent une perturbation indéniable sur l'accroissement des enfants.

Que deviendraient la plupart, pour ne pas dire tous ces atrophiques, si les fautes initiales contre l'hygiène continuaient d'être commises par les mères ou les éleveuses? Ils ne pourraient que s'acheminer plus ou moins rapidement vers la cachexie athrepsique finale; on ne doit pas songer au lait de femme, qui est bien trop coûteux pour la population ouvrière; la ressource ultime est donc l'emploi du lait stérilisé et la fréquentation régulière de la consultation à la Goutte de Lait.

En fait, on nous apporte peu d'enfants normaux dans nos Gouttes de Lait des faubourgs de Paris; la plupart des nourrissons que l'on nous confie ont été élevés au biberon, sont en mauvais état, plus ou moins atrophiques. Tous nos efforts ne peuvent que tendre à faire profiter ces petits malheureux des grands progrès que nous avons réalisés dans l'allaitement artificiel par la stérilisation du lait et par notre méthode rigoureuse, pour diriger l'élevage des nourrissons.

Nous distribuons à Belleville le lait stérilisé industriellement à 108°, au lieu de production, à Neufchatel-en-Bray; nous cédons ce lait à prix réduit: 30 centimes le litre au lieu de 60, prix commercial. Depuis douze ans, nous avons ainsi distribué environ 400 000 litres de ce lait à près de 3000 enfants qui ont fréquenté notre Goutte de Lait.

J'ai été fort peu touché par les récentes critiques contre la stérilisation du lait par la chaleur et contre le surchauffage. Notre lait, bien que chauffé à 108°, a conservé sa valeur nutritive; non seulement il nous sert à élever des enfants normaux, mais il nous suffit parfaitement pour relever les atrophiques, comme nous avons pu l'observer dans des centaines de cas. Jamais nous n'avons vu un seul cas de scorbut infantile qui lui soit imputable. J'ai donc la conviction profonde que l'on a incriminé à tort la stérilisation du lait par la chaleur dans le développement de la maladie de Barlow: cette dystrophie osseuse est causée par les *modifications* connues ou inconnues du lait, et par les farines de conserve.

Pour éviter la suralimentation, qui est toujours à craindre dans l'allaitement artificiel, j'ai fait fabriquer une bouteille graduée sur laquelle les quantités de lait pour chaque tétée sont inscrites suivant l'âge du nourrisson; de plus, à chaque inspection, nous donnons des conseils spéciaux pour les enfants atrophiques dont la ration alimentaire doit être réglée suivant la tolérance gastrique; les atrophiques sont, en général, des hyperrayonnants, et il faut leur fournir, proportionnellement à leur poids, un nombre de calories plus grand qu'aux nourrissons sains; de plus, leur tube digestif utilise imparfaitement la ration ingérée.

L'accumulation des nourrissons dans les crèches et les pouponnières offre toujours de grands inconvénients; il est rare que les *soins donnés y soient suffisants*; il est habituel que les maladies contagieuses y sévissent.

Ce n'est vraiment que dans les Gouttes de Lait, en laissant les enfants aux mères et aux éleveuses, que l'on peut suivre sans risques, pendant des mois et des années, les diverses phases de l'élevage à l'état normal et à l'état pathologique, que l'on peut étudier la valeur nutritive des laits, etc. En somme, les Gouttes de Lait sont les vrais services de nourrissons, plus utiles aux enfants et aux pédiâtres que les crèches des hôpitaux.

J'ai publié un certain nombre de cas d'atrophie extrême, guéris par l'emploi du lait stérilisé; c'était des enfants à qui il manquait environ la moitié de leur poids au point de départ. Je ne compte plus les nourrissons élevés heureusement, auxquels il manquait un tiers, ou un quart de leur poids normal en arrivant à la Goutte de Lait. Ils se chiffrent par centaines. Je ne suis plus seul, d'ailleurs, à enregistrer maintenant ces beaux succès de l'allaitement artificiel chez les atrophiques. A la Goutte de Lait de Rouen, à Fécamp, à Elbeuf, à Beauvais, dans les Gouttes de Lait parisiennes autres que la nôtre, on a reconnu le parti qu'on pouvait tirer du lait stérilisé pour nourrir les atrophiques.

Les stagnations initiales de poids sont fréquentes dans les atrophies d'origine gastro-intestinale; dans les formes légères, le poids baisse ou reste stationnaire durant deux à quatre semaines; mais dans les formes graves l'arrêt de croissance peut durer trois, quatre mois et même plus; nous avons fini par élever au lait stérilisé quelques enfants qui avaient gardé un poids de 4 à 5 kilogrammes durant six mois. Il est très important de bien connaître ces stagnations de poids dans la première période de l'allaitement artificiel des atrophiques: il ne faut pas s'en préoccuper outre mesure, car elles correspondent au processus de réparation des lésions du tube digestif. On doit faire patienter les mères et ne pas mettre en doute la valeur nutritive du lait stérilisé.

La statistique de la mortalité des enfants qui fréquentent nos Gouttes de Lait médicales ne peut pas donner une idée exacte des services rendus; surtout si on compare, comme on l'a fait à tort, cette mortalité avec celle des consultations des nourrissons des accoucheurs. Dans ces dernières, la plupart des enfants sont nourris au sein par leur mère, et n'ont pas été perdus de vue depuis leur naissance dans les maternités; il n'y a que 5 ou 6 °/₀ d'enfants exclusivement nourris au biberon. Les conditions de recrutement sont tout à fait différentes dans les deux cas; nous recevons les enfants au biberon le plus souvent, atrophiques, tels qu'on nous les apporte; nous sommes obligés de continuer, en le rectifiant, l'allaitement artificiel; le service de la distribution du lait prend une grande importance pour nous, d'où la dénomination, très juste, de *Goutte de Lait*, créée par M. Dufour, et que nous avons acceptée.

Les accoucheurs, dans un autre milieu, peuvent faire une sélection parmi les enfants nés dans leurs salles pour en suivre l'élevage; ils cherchent à stimuler, à encourager l'allaitement maternel en le surveillant et en le contrôlant d'une manière très stricte, dans leurs consultations de nourrissons.

La consultation de nourrissons et la Goutte de Lait n'ont de commun que la méthode de contrôle, mais elles correspondent à des tendances et à des besoins divers: d'ailleurs, ces institutions, loin d'être en antagonisme, doivent se compléter l'une l'autre. D'un côté, on stimule et on dirige l'allaitement maternel; de l'autre, on s'occupe surtout de perfectionner l'allaitement artificiel et d'en atténuer les dangers.

L'allaitement maternel, dont les bienfaits sont inappréciables, n'est malheureusement pas toujours possible. Outre les raisons d'incapacité physique qui peuvent empêcher la mère de donner le sein, les conditions de la vie sociale, surtout dans les centres industriels, sont telles que l'usage du biberon s'impose. Toute femme, fille-mère, ouvrière, employée, etc. qui veut garder sa place et gagner son salaire quotidien à l'usine, doit renoncer à allaiter. Dans toutes les régions manufacturières, en France comme en Angleterre, la mortalité infantile s'élève beaucoup plus que dans les régions agricoles; c'est que dans les campagnes, les femmes ne sont pas obligées de se séparer de leurs enfants et de les confier à des éleveuses mercenaires.

En attendant que les pouvoirs publics prennent des mesures pour faire subsister les mères pauvres pendant qu'elles donnent le sein, nous aurons une nombreuse clientèle d'enfants au biberon dans nos Gouttes de Lait, et nous devons nous efforcer de les faire bénéficier de tous les progrès de l'allaitement artificiel. Supprimez la misère, éteignez le paupérisme, et nous fermerons nos Gouttes de Lait, comme l'a très bien dit M. Brunon.

Le biberon est un instrument moins néfaste par lui-même que par suite des circonstances qui viennent en aggraver l'emploi. Chargé de bon lait stérilisé, bien manié par une mère intelligente et docile, il nous donne d'excellents résultats pour l'élevage des enfants normaux, et il nous permet même de guérir des atrophiques dans nos Gouttes de Lait. A la campagne, où l'on a facilement du bon lait frais, les jeunes mères qui ne peuvent donner le sein élèvent de beaux nourrissons au biberon. Il n'est jusqu'aux animaux domestiques qui ne puissent être élevés d'une manière analogue; on voit souvent, en Bretagne, de petits agneaux nourris artificiellement avec du lait de vache, sans grand risque. Mais, mettez le biberon dans les mains d'une éleveuse mercenaire, ignorante et négligente; remplissez-le d'un lait à bas prix, de mauvaise qualité, comme on le fait dans les grandes villes, cet instrument deviendra meurtrier.

C'est dans ces circonstances que nous pouvons intervenir avec tant d'efficacité, en montrant aux mères et aux éleveuses les bienfaits de la stérilisation, en leur apprenant à graduer les tétées, à les espacer, à les régler, etc.

Nos Gouttes de Lait deviennent ainsi de véritables écoles d'allaitement artificiel, dans lesquelles nous cherchons à vulgariser l'art si délicat et si complexe d'élever les jeunes enfants.

M. Pinard. — J'ai employé le lait stérilisé avant M. Variot, car, dès 1889, j'ai dit quels services il pouvait rendre. Je peux même ajouter que nous nous servons l'un et l'autre du même lait préparé industriellement. Vous venez de nous démontrer qu'on pourrait guérir des enfants malades avec du lait stérilisé, mais nous n'avons jamais dit autre chose. Je l'ai même affirmé dans des sociétés dites savantes.

Ceci étant dit, que devons-nous faire? Toute la question est là. Pour lutter contre la mortalité infantile, devons-nous nous efforcer de créer des Gouttes de Lait?

Je croyais jusqu'ici savoir ce qu'étaient les Gouttes de Lait, mais depuis que je me trouve dans leur pays d'origine, après les discussions qui viennent d'avoir lieu je ne sais plus rien. Je ne vois pas la différence qu'il y a entre les Consultations de nourrissons et les Gouttes de Lait. Vous dites que les Gouttes de Lait sont des dispensaires où on surveille l'allaitement. Mais les dispensaires sont bien antérieurs aux Gouttes de Lait; depuis vingt ans il existe des dispensaires distribuant du lait et surveillant les mères. Ce qu'il y a de nouveau depuis cette époque, c'est la stérilisation du lait.

Aussi, nous vous disons aujourd'hui: prenez garde! assurément, il faut soigner les enfants, mais ici nous ne sommes pas sur le terrain pathologique, mais sur celui de l'hygiène.

Au point de vue social, croyez-vous qu'il soit bon de proclamer que l'allaitement artificiel est parfait et d'empêcher l'allaitement maternel? Eh bien, moi je ne le crois pas. Si on comptait ce que coûte un enfant nourri par les Gouttes de Lait, on verrait qu'il coûte plus cher que ceux élevés dans les pouponnières. Il vaudrait donc mieux employer cet argent à favoriser l'allaitement maternel.

Il y a une Goutte de Lait modèle, c'est celle que dirige, à Saint-Pol, notre confrère M. Ausset. Si toutes les Gouttes de Lait étaient comme celles-là, je les saluerais avec respect, car celles-là favorisent l'allaitement maternel, puisque, ainsi que vous l'a dit M. Ausset, avant sa création le nombre des mères allaitant leurs enfants était de 18 %, tandis qu'il est actuellement de 55 %.

M. Ausset. — M. Variot a déclaré que, dans les crèches de Rouen, de Fécamp et de Beauvais, on employait le même lait. C'est une erreur. A Rouen et à Fécamp, on emploie le lait maternisé, tandis qu'à la Goutte de lait de Beauvais, que je connais, car j'ai contribué à sa fondation, on distribue du lait pasteurisé. Dans la plupart des autres Gouttes de lait, on se contente d'un lait bouilli à 102°. Je crois que les excellents résultats obtenus par M. Variot ne sont pas dus à son lait *parce que* stérilisé, mais bien plutôt à la façon dont il soigne les enfants qui lui sont confiés.

M. Variot. — M. le prof. Pinard a prétendu qu'on surveillait les dispensaires avant la création des Gouttes de lait. Ce n'est pas tout à fait exact. C'est M. le prof. Hergott, de Nancy, qui créa la première consultation de nourrissons, puis M. le prof Budin a poussé plus loin le contrôle.

On nous a parlé de la Goutte de lait de Saint-Pol-sur Mer, mais celle-là se trouve dans des conditions spéciales, grâce aux dons d'un généreux philantrope. Je le répète, quand les pouvoirs publics auront fourni les moyens aux filles-mères d'allaiter leurs enfants, nous pourrons alors fermer les portes de nos Gouttes de lait.

M. Pinard. — Mon ami le prof. Hergott, de Nancy, ne distribuait pas seulement du lait, il donnait aussi des secours en argent et des récompenses aux femmes qui nourrissaient leurs enfants. Nous sommes très reconnaissants à M. Variot des soins qu'il donne aux enfants, mais aux philanthropes je dis: « Ne faites pas de sacrifices sinon en pure perte, du moins sans grands bénéfices, et dépensez tout votre argent et tout votre dévouement pour le développement de l'allaitement maternel. »

Le lait cru dans l'alimentation des nourrissons

M. Halipré (Rouen). — Le lait est un liquide vivant possédant des ferments qui favorisent la digestion et qui sont tués par le chauffage. Il est donc désirable, lorsque l'allaitement au sein est impossible, d'employer le lait cru toutes les fois que les circonstances le permettent. Malheureusement, c'est un liquide très altérable, conservant longtemps sa température initiale. Il constitue un excellent bouillon de cultures.

Dans l'état actuel de la production du lait, la stérilisation s'impose.

Il est grandement désirable de voir se créer des fermes-modèles pouvant distribuer un lait cru aseptique ou à peu près aseptique. Ce lait, provenant de vaches éprouvées à la tuberculine, serait distribué rapidement après la traite et maintenu au frais. Le lait cru permettrait de sauver un certain nombre de nourrissons qui ne peuvent supporter le lait stérilisé.

D'une dizaine de cas, tous suivis de succès, le Dr Halipré détache le dernier cas observé. Il peut se résumer ainsi: enfant de six semaines nourri au lait stérilisé, puis au lait maternisé, atteint de vomissements, constipation, selles couleur mastic, insomnie. Depuis la naissance, la moyenne d'augmentation quotidienne est de 7 grammes. L'enfant est mis au lait cru, à la sixième semaine; à dater de ce jour l'augmentation quotidienne oscille autour de 25 grammes. Les selles ont pris l'aspect normal jaune bouton d'or, les vomissements ont cessé.

Cet exemple, entre beaucoup d'autres, montre que, dans certains cas bien particuliers, le lait cru est capable de rendre de grands services.

Mortalité infantile à Rouen dans les classes ouvrières

M. Magniaud (Rouen). — Rouen est une des villes de France où il meurt le plus d'enfants par diarrhée. Pourquoi? Les enfants ne naissent pas ici plus chétifs qu'ailleurs, quoiqu'un certain nombre d'entre eux descendent d'alcooliques et

de tuberculeux. A la Maternité, mon service hospitalier, le poids moyen des garçons est de 3300 gr., des filles de 3000 gr. Dans mon service, 80 °/₀ des mères allaitent leur enfant ; les nourrices en allaitent 15 °/₀ ; 5 °/₀ sont élevés artificiellement. Les résultats de la crèche de la Maternité sont excellents. Mais les mères sèvrent souvent leur enfant peu de temps après leur sortie de la Maternité, les unes par sottise et égoïsme, d'autres parce qu'elles doivent travailler au tissage ou à l'atelier pour vivre. Un quart des mères seulement continue d'allaiter, et ces enfants meurent dans la proportion de 5 °/₀. Aux autres, les dispensaires donnent du lait naturel ou du lait concentré, ou du lait stérilisé, et les enfants qui sont ainsi nourris présentent une mortalité deux fois, trois fois et même quatre fois plus élevée que les enfants allaités au sein. Le lait stérilisé n'a pas donné de meilleurs résultats que le lait naturel ; aussi la Commission des hospices a-t-elle décidé, avec raison, de le remplacer par des secours en viande aux femmes allaitant au sein.

Beaucoup de ces enfants élevés à l'allaitement artificiel présentent de la gastro-entérite chronique. Ils reçoivent les soins des médecins de dispensaires ; les uns meurent chez eux, d'autres viennent mourir à la grande crèche de l'Hospice général.

Cette crèche reçoit les enfants âgés de moins de deux ans.

Les enfants malades qu'on y apporte arrivent dans un état lamentable, ils meurent dans la proportion de 55 °/₀. Les enfants bien portants qui y sont placés en dépôt meurent dans la proportion de 18 °/₀.

Les mauvais résultats s'expliquent par le misérable état dans lequel arrivent les enfants, la déplorable installation et le fonctionnement défectueux de cette crèche, inconvénients auxquels l'administration est décidée à porter remède.

Mes conclusions sont les suivantes :

1° La mortalité infantile à Rouen est considérable, bien qu'on voie de légère diminution. La mortalité infantile par diarrhée demeure très élevée.

2° Ce n'est pas à l'état chétif des jeunes enfants, mais à l'alimentation et aux mauvais soins qu'ils reçoivent, que l'on doit attribuer l'exagération de la mortalité infantile à Rouen.

3° La distribution de lait stérilisé dans les dispensaires n'a point abaissé, à Rouen, le chiffre de la mortalité infantile par diarrhée.

4° C'est de l'allaitement au sein, seul, que nous pouvons attendre un véritable abaissement de la mortalité infantile.

L'allaitement au sein, en même temps qu'il assure à l'enfant le seul aliment qui lui convienne, lui assure les soins maternels dont il est sevré dans les autres modes d'alimentation. On arrivera ainsi à diminuer considérablement la population des crèches d'enfants malades. En attendant cet heureux temps, ces crèches et les crèches d'enfants en dépôt doivent être organisées et surveillées avec grand soin.

M. Martin. — Aux doléances de M. Magniaux, je joindrai les miennes. La situation à la crèche est déplorable par suite de la mauvaise organisation et du mauvais état des enfants qu'on nous apporte.

(*A suivre.*) GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 avril.

Dosage en radiothérapie

M. Béclère donne, comme règles du traitement radiothérapique, les deux formules suivantes :

1° Faire absorber, à chaque séance, la quantité de rayons maxima compatible avec l'intégrité de la peau ;

2° Mettre, entre les séances consécutives, l'intervalle de temps minimum compatible avec l'intégrité de la peau.

Pour la première de ces formules on se guidera sur les indications fournies par le radiochromomètre de Holzknecht. Pour la seconde règle l'expérience a montré à M. Béclère que l'intervalle de deux séances consécutives doit être de sept jours.

M. Béclère emploie la méthode graphique pour représenter sur des feuilles radiodosimétriques la marche du traitement avec la dose absorbée par la peau à chaque séance et les intervalles des séances.

Il présente deux malades traités d'après ces principes : un épithélioma de la tempe, presque guéri, et une récidive de cancer du sein très améliorée, mais avec persistance de ganglions profonds.

Le traitement spécifique dans la maladie de Paget

M. Gaucher. — Voici un homme de quarante-huit ans chez lequel la maladie a débuté il y a cinq ans. Il présente une déformation congénitale des tibias en lame de sabre. Le traitement par injections de benzoate de mercure a amené, au début, une amélioration notable.

M. Du Castel présente une femme de quarante-neuf ans, atteinte depuis quatorze ans. Il lui a fait, sans aucun résultat, trois injections d'huile grise. On n'a trouvé, chez elle, aucun antécédent syphilitique ; mais l'examen du fond de l'œil n'a pas été pratiqué.

M. A. Fournier. — Cette femme présente une forme particulière de stomatite, une gingivite hypertrophique qui est assez fréquente chez les malades soignés par l'huile grise. C'est une forme rebelle qui oblige souvent à interrompre le traitement pendant des semaines et des mois.

Appendicite et syphilis

M. Gaucher. — L'auteur a été frappé par la fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades atteints d'appendicite. Sur 32 cas il a trouvé, chez des malades au-dessus de trente ans, la syphilis acquise 8 fois sur 9, et chez les malades au-dessous de trente ans la syphilis héréditaire 21 fois sur 23. Sans vouloir conclure à un rapport étiologique entre ces deux maladies, il croit, cependant, devoir attirer sur ces faits l'attention des médecins.

M. Ed. Fournier. — Sans connaître les recherches de M. Gaucher, je suis arrivé, de mon côté, depuis un an, à des conclusions identiques. Il est possible que l'hérédo-syphilis prédispose à l'appendicite, comme elle prédispose à la diphtérie.

MM. Barthélemy, Hallopeau, Le Pileur croient qu'il s'agit de simples coïncidences ou tout au plus d'une prédisposition générale créée par la syphilis pour toutes les maladies infectieuses. Ils citent des cas d'appendicite observés par eux chez des sujets sûrement indemnes de syphilis.

M. de Lavarenne fait remarquer que les modifications produites par la syphilis dans les tissus lymphatiques pourraient expliquer la diminution de résistance de l'appendice, qu'on a appelé l'amygdale intestinale.

Xanthome avec diabète maigre

M. Hallopeau. — L'auteur fait ressortir les caractères cliniques de ce cas : l'apparition tardive de la dermatose, sa marche aiguë, la localisation prédominante aux coudes, la présence, autour de quelques éléments éruptifs, d'une collerette épidermique, la quantité énorme de sucre éliminé, enfin la mort presque soudaine du malade. D'après M. Hallopeau, la glycosurie serait liée au développement de xanthomes dans le pancréas. Les xanthomes peuvent, en effet, présenter les localisations viscérales les plus diverses. D'autre part, le diabète maigre est d'origine pancréatique. Colombini a constaté l'existence de pentosurie chez un malade atteint de xanthome avec diabète ; or, la pentose se développe dans le pancréas par dédoublement d'une nucléo-protéine.

M. Darier. — J'ai fait l'autopsie dans un cas de xanthome diabétique : il n'existait aucune lésion du pancréas.

Syphilide pigmentaire chez l'homme

M. Danlos présente un homme chez lequel la syphilide pigmentaire est étendue à presque tout le thorax. Il semble que cette dermatose, beaucoup plus rare chez l'homme, se généralise plus volontiers chez lui.

MM. Thibierge et Barthélemy objectent que la syphilis pigmentaire généralisée se voit très souvent chez la femme, dans les hôpitaux spéciaux.

Effet du vésicatoire dans un cas de lichen plan

M. Danlos montre un homme atteint de lichen plan très étendu. Tandis que les éléments éruptifs sont très confluents sur la moitié gauche du thorax, ils sont très rares sur la moitié droite où la peau avait été irritée par un vésicatoire appliqué pour combattre une pleurésie.

M. Darier fait remarquer qu'il s'est passé là un phénomène inverse de celui qu'on observe dans la plupart des dermatoses, et en particulier dans le psoriasis.

Radiothérapie d'une tumeur de la nuque

M. Danlos présente une femme syphilitique, atteinte en même temps d'une tumeur encéphaloïde de la nuque. D'après la biopsie il s'agissait, vraisemblablement, d'un sarcome. La radiothérapie a provoqué rapidement la régression de la tumeur,qui a déjà diminué des 4/5 de son volume.

Radiothérapie d'un lupus papillomateux

M. Béclère. — Il s'agit d'un malade qui avait été adressé à M. Béclère par M. Darier, pour un lupus tuberculeux papillomateux du pied. La photothérapie était contre-indiquée en raison de l'épaisseur énorme des tissus cornés. Le malade a été traité par la radiothérapie et à l'heure actuelle il est complètement guéri.

M. Langlet. — Ce fait confirme l'action élective qu'on attribue aux rayons de Rœntgen sur les tissus épithéliaux. Ils agissent sans doute beaucoup mieux sur la tuberculose verruqueuse que sur le lupus vulgaire.

M. Béclère. — Les rayons Rœtgen me paraissent agir favorablement dans toutes les formes de lupus tuberculeux et érythémateux.

Deux nouveaux cas de sarcoïdes sous cutanées

M. J. Darier. — Le 4 février dernier, j'ai présenté avec mon interne, M. G. Rousse, un premier exemple de ces tumeurs bénignes. En voici deux autres.

Mme D.., âgée de quarante ans, a sur les flancs de larges placards bosselés composés de cordons noueux, plus ou moins accolés ; les noueuses, ou tumeurs constituantes, ont le volume d'une amande ou celui d'un petit œuf de poule. Trois autres tumeurs siègent dans les lombes et à l'aîne droite. Leur consistance est dure, leur limitation peu nette, elles sont manifestement hypodermiques,soulèvent la peau et y adhèrent, lui donnant par place une teinte lilacée,mais sont mobiles sur les plans profonds; leur indolence est complète; leur développement a été insidieux et remonte à trois ans; elles sont sujettes à des variations de volume. Pas de tuberculose manifeste chez la malade, qui est pourtant débile et a été mariée à un homme suspect de tuberculose. Il y a de la polyadénite inguinale et axillaire. Pas de syphilis.

J'ai observé, d'autre part, une femme de trente-six ans, Vénézuélienne, qui avait à la jambe gauche et au bras droit quatre tumeurs cliniquement analogues. Leur apparition remontait à plusieurs mois, s'était accompagnée d'une fluxion œdémateuse considérable. Deux ont disparu spontanément en dix-huit mois.

Le diagnostic n'a été établi que grâce à la biopsie qui a montré que les néoplasies de l'hypoderme sont formés de follicules conglomérés, constitués par des cellules épithélioïdes et géantes entourées de cellules lymphoïdes.

Cette structure est identique à celle des sarcoïdes cutanées multiples de Bœck. On ne peut pas colorer de bacilles dans les coupes; mais nous ne connaissons jusqu'ici que la tuberculose qui puisse donner naissance à des néoplasmes de ce genre.Jusqu'à preuve du contraire, je me crois donc autorisé à soutenir que les sarcoïdes, cutanées ou sous-cutanées, sont une forme de tuberculides.

M. Hallopeau. — Pour affirmer la nature tuberculeuse des sarcoïdes, il faudrait prouver qu'ils sont inoculables.

M. Darier. — L'objection de M. Hallopeau s'applique également à toutes les formes de tuberculides ; ce sont toujours des lésions non inoculables, mais dont la structure ne peut s'expliquer que par l'hypothèse de la tuberculose.

M. Hallopeau montre le chapeau d'un homme atteint de séborrhée. Bien que le cuir chevelu soit dégraissé deux fois par semaine au savon et à l'alcool, l'hypersécrétion sébacée est assez abondante pour infiltrer de graisse toute la hauteur de la coiffe. L'auteur prétend qu'il est irrationnel de traiter ces cas par les applications de pommades. A ce propos M. Hallopeau proteste contre les objections que M. Sabouraud a faites à l'emploi du terme séborrhéïde ; dans ce mot, il ne s'agit pas du suffixe « eïde », mais de la terminaison « ide », comme dans les mots scrofulide,tuberculide, syphilide,qui sont d'un usage courant pour désigner les manifestations cutanées de ces maladies.

DÉHU.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 14 avril

Œdème de la main chez une hémiplégique

MM. Raymond et Courtellemont présentent une malade atteinte d'hémiplégie droite, compliquée d'œdème de la main Le gonflement se montra une heure après l'apparition des premiers symptômes paralytiques : c'est un œdème blanc, chaud, assez ferme.

Des poussées congestives douloureuses s'y produisent chaque après-midi, et, en modifiant momentanément sa couleur et sa consistance, en font une forme intermédiaire, en quelque sorte, aux deux variétés d'œdème observées chez les hémiplégiques : œdème blanc typique et état succulent de la main.

Conformément à la règle, cette complication est survenue chez une femme, et est associée à des troubles de la sensibilité objective et subjective.Par contre, la précocité du début,l'hyperthermie locale et la conservation d'un bon état général sont des particularités qu'il n'est pas habituel d'observer dans les cas de ce genre.

Les auteurs insistent surtout sur la précocité du début et le maintien de l'état général : ces deux caractères permettent d'éliminer, dans la genèse de cette complication, le rôle mécanique de l'insuffisance cardiaque ou rénale, de l'immobilité et de la déclivité ainsi que l'influence de la cachexie. Le développement de l'œdème dans les premiers instants qui ont suivi l'attaque, montre que paralysie et gonflement relèvent de la même lésion ; il plaide en faveur de l'opinion de Parlson et Goldstein, qui admettent l'existence de centres vasomoteurs dans les noyaux gris centraux, et de fibres vaso-motrices dans la capsule interne. Chez cette malade, un foyer de ramollissement a lésé ces zones vasomotrices en même temps qu'il a atteint le faisceau pyramidal et la voie sensitive.

Sur la prétendue influence de la cécité sur les troubles spinaux, sensitifs et moteurs du tabes

MM. P. Marie et Léri s'élèvent contre une opinion généralement acceptée, qui veut que la cécité apparaissant dans le tabes empêche l'apparition ultérieure des symptômes spinaux ordinaires, des douleurs et des troubles de la coordination en particulier, ou en arrête l'évolution quand ils existaient déjà antérieurement. Leur statistique, portant sur quarante-cinq cas, ne confirme nullement ces propositions, et tend à démontrer que la cécité n'exerce sur les phénomènes douloureux et ataxiques du tabes *aucune influence ni immunisante ni atténuante*; il s'agit de phénomènes indépendants, évoluant chacun pour son compte ; les troubles spinaux et les troubles visuels du tabes semblent être des symptômes de *deux localisations distantes d'un même processus* sur les centres nerveux ; leur fréquente coexistence empêche de les considérer comme dépendant de deux processus différents.

Lésions histologiques des muscles dans un cas de maladie de Parkinson

M. Idelsohn (Riga) a pu vérifier les lésions décrites, dans la paralysie agitante, par Schiepferdecker et Schultze (Bonn) en 1903. Outre une atrophie très marquée, il trouva des altérations musculaires des faisceaux neuro-musculaires de trois ordres : 1° vacuolaire; 2° granuleuse, et 3° une lésion qui consiste en une division transversale des fibres musculaires.

La choline dans les affections nerveuses

M. S. A. K. Wilson (Edimbourg) communique les résultats de ses recherches sur la choline, faites dans le service de M.

Pierre Marie. On a pu constater, dans le liquide céphalo-rachidien, la présence de cet élément indiquant une dégénération nerveuse plus ou moins active. Par exemple, on l'a trouvé dans des cas d'hémorragie cérébrale, de tabes (dix fois sur douze), de paraplégie, de tumeur cérébrale, d'épilepsie tardive et jacksonienne, etc. La choline a manqué dans l'hystérie, la syphilis secondaire, ainsi que dans quelques cas où il n'y avait aucun signe de dégénération nerveuse. M. Wilson a démontré l'utilité de cet examen essentiellement clinique dont la technique n'est pas compliquée. Il n'a pu constater un rapport définitif entre la présence de la choline et le résultat de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril.

Après la lecture du procès-verbal, M. le Président annonce le décès de M. le Dr C. Lyot, membre de la Société. Il en prononce l'éloge et la séance est levée en signe de deuil après la présentation des malades.

Présentations

M. Lejars. — Deux femmes : *Calculs du canal cholédoque et de la vésicule biliaire.* Signes d'infection. Ablation de la vésicule et des calculs du cholédoque après cholédocotomie. Drainage du canal hépatique.

M. Tuffier. — Homme : *Gastrotomie pour cancer. Ablation.*

M. Reynès (Marseille). — Femme : *Ablation des ovaires pour cancer bilatéral du sein.*

Ozenne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril

A propos de la mort subite dans la chorée

M. Barié à propos de la communication de M. Dupré à la séance du 15 avril (1) observe que la mort rapide ou subite dans la chorée, même non compliquée, n'est pas très rare. Les statistiques donnent 2,5 % de mort dans les chorées simples. Généralement alors on ne trouve rien à l'autopsie et l'issue fatale est inexplicable. Mais dans les chorées compliquées, le mécanisme de la mort est souvent très simple (accidents cardiaques, embolies, ictus apoplectique, etc., etc.).

M. Comby n'a observé que trois cas de mort sur un très grand nombre de chorées. Dans les deux premiers, où il y avait une sorte de folie musculaire, on trouva de l'endocardite mitrale ulcéro-végétante. Il s'agissait donc d'une infection septique. Le troisième cas concernait une chorée moyenne, avec un petit souffle présystolique. La mort fut subite. A l'autopsie, rétrécissement mitral, peut-être congénital, mais surtout apoplexie pulmonaire diffuse qui ne s'était signalée par aucun symptôme pendant la vie, et qui occasionna cependant la mort.

(1) *Bulletin médical*, n° 30, p.356.

Endocardite végétante staphylococcique à type fébrile intermittent

M. Sicard rapporte, à propos de la communication de MM. Cornil et Barié (dernière séance), l'observation d'une endocardite mortelle à staphylocoque doré. Il insiste sur ce fait que le staphylocoque se retrouve assez fréquemment à l'origine des endocardites malignes; que ce microbe, tout comme le streptocoque et le coli-bacille, peut réaliser un type très nettement intermittent de la fièvre (type quarte dans cette observation), et qu'il peut également créer, soit des lésions exclusivement végétantes, soit des lésions ulcéreuses.

Dans ce cas d'endocardite à allure thermique intermittente, l'ensemencement du sang s'est montré négatif au cours de la période apyrétique; toujours positif, au contraire, au moment de l'ascension thermique.

Le syndrome d'insuffisance surrénale pure

M. E. Sergent rappelle qu'après avoir décrit, avec M. Léon Bernard, le syndrome d'insuffisance surrénale aiguë, il s'est attaché, pour son compte personnel, à poursuivre l'étude clinique de l'insuffisance surrénale dans ses diverses modalités et, qu'en particulier, il a publié récemment la première observation probante de surrénalite d'origine infectieuse, avec syndrome d'insuffisance pure, sans mélanodermie, à évolution lente.

Il a décrit, d'autre part, sous le nom de ligne blanche surrénale, un phénomène qui est, en quelque sorte, l'inverse de la raie méningitique de Trousseau et dont le mécanisme physiologique relève, selon toute vraisemblance, de l'insuffisance de la fonction toxi-vasculaire de la glande surrénale.

L'existence de la ligne blanche surrénale, si elle tenait à être confirmée par de nouvelles observations (et, à cet égard, elle pourrait être cherchée chez les addisoniens classiques), serait appelée à jouer, en quelque sorte, le rôle de signe pathognomonique de l'insuffisance surrénale.

L'association de la ligne blanche surrénale, de l'hypotension artérielle et de l'asthénie, constituerait, en outre des symptômes secondaires (vomissements, douleurs, etc.), une véritable triade symptomatique du plus haut intérêt pour le diagnostic d'une lésion destructive des surrénales, qui, en l'absence précisément de la mélanodermie, risque, le plus souvent, d'être méconnue.

MM. **Thoinot** et **Delamare** ont examiné les îlots de Langerhans des pancréas de plusieurs diabétiques et de nombreux témoins. Ils pensent, conformément aux travaux les plus récents, que l'insuffisance langerhansienne est la véritable cause du diabète maigre.

M. Dufour. — A propos de l'observation de M. Merklen, sur la coïncidence d'un anévrysme de l'aorte et du signe d'Argyll-Robertson (1), et à propos de la discussion qui s'en est suivie, rappelle qu'en décembre 1902 il a présenté à la Société de neurologie les coupes de la moelle d'un malade qui, pendant sa vie, n'avait comme seul signe nerveux que le signe d'Argyll-Robertson. De l'examen de ces coupes il résulte que la moelle et les racines nerveuses présentaient, par places, d'une façon indiscutable, les lésions du tabes au début.

J. J.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Afrique occidentale

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Mul, au 8e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
M. Lailheugue, au 1er d'art. à Rochefort.

Au Dahomey (en activité hors cadres).

Les méd. aides maj. de 1re cl. stag. :
M. Bellonne, au 8e d'inf.
M. Moitron, au 1er d'inf.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Hazard, au 3e d'inf.; remplira les fonctions de secrétaire du dir. du service de santé de la colonie.

Le méd. aide-major de 1re cl. :
M. Thébaud, au 8e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
M. Garrot, au 24e d'inf.

A la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Gautier, au 24e d'inf.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Gauthier, au 1er d'art. à Rochefort.

Au corps d'occupation de Chine à Tien-Tsin.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Augier, au 8e d'inf.

A Madagascar

Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Cotard, au 1er d'art.

A la Martinique.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Javelly, au 22e d'inf.

A la Guadeloupe.

Le méd. aide-major de 1re cl. :
M. Chouquet, au 21e d'inf. (placé hors cadres).

Le méd. aide maj. de 1re cl. stag. :
M. Perret, au 3e d'art.

A Saint-Pierre et Miquelon (en activité hors cadres).

Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :
M. Passa, au 2e d'art. à Cherbourg.

(1) *Bulletin médical*, n° 24, p. 281.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Pierre, au 8e d'inf. à Toulon.

M. Sévère, au 22e d'inf. à Hyères.

M. Guillotteau, au 4e d'inf. à Toulon.

M. Cardeillac, au 3e d'inf. à Rochefort.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

MM. Damiens, Noblet et Guitard, au 1er d'inf. à Cherbourg.

MM. Gandelin et de Lavigne de Sainte-Suzanne, au 5e d'inf. à Cherbourg.

M. Camus, au 2e d'inf. à Brest.

M. Burdin, au 6e d'inf. à Brest.

MM. Rousseau, Pichon et Brouillard, au 3e d'inf. à Rochefort.

M. Dubreuil, au 7e d'inf. à Rochefort.

MM. Brunati et Jouvenceau, au 8e d'inf. à Toulon.

M. Thoulon, au 22e d'inf. à Hyères.

M Nouaille-Degorce, au 2e d'art. à Cherbourg.

M. Coulogner, au 2e d'art. à Brest.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Augé, au 8e d'inf. à Toulon.

M. Viala, au 1er d'art. à Rochefort.

M Jousset, au 3e d'inf. à Rochefort.

M. Lhomme, au 2e d'art. à Cherbourg.

M. Loujarret, au 21e d'inf. à Paris.

M. Trautmann, au 22e d'inf. à Hyères.

M. Le Pape, au 24e d'inf. à Perpignan.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Le méd. princ. de 2e cl. :

A l'hôpital d'Hanoï, M. Arami.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

A l'hôp. de Saigon, M. Fortoul.

Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Salanoue-Ipin.

A l'ambulance de Lang-Son, M. Depied.

A l'hôp. d'Haïphong, M. Sadoul.

Les méd.-majors de 2e cl. :

A l'ambulance de Lao Kay, M. Doucet.

A l'hôp. de Saigon, M. Lépine.

A l'ambulance de Cao-Bang, M Sambuc.

Au 4e d'art. à Hanoï, M. Gaimard.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

Au 3e tiraill. tonkinois et à l'ambulance de Bao-Lac, M. Mouillac.

Au 1er tiraill. annamites à Bien-Hoa, M. Normet.

Au 3e tiraill. tonkinois, à Thaï-Nguyen, M. Léger.

A Madagascar.

Les méd.-majors de 1re cl. :

Au 13e d'inf. à Tananarive, M. M. Pascalis.

Au 3e tiraill. sénégalais à Majunga, M. Logerais.

Au 1er tiraill. malgaches, M. Martel.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

A l'hôp. mil. de Tananarive, M. Butre.

Au 7e d'art. (portion secondaire de Tananarive), M. Legendre.

Autorisation de prolongation de séjour outre-mer.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

Madagascar (3e année), M. Galbruner.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

Madagascar (3e année), M. Petit.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Madagascar (3e année), MM. Devy et Peltier

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. le prof. Reclus commencera ce cours le mercredi 27 avril 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

Chirurgie d'urgence et chirurgie journalière.

COURS ET EXERCICES PRATIQUES DE BACTÉRIOLOGIE

(Laboratoire de bactériologie. — Professeur : M. Cornil.)

Sous la direction de M. F. Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. Griffon, préparateur.

Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 3 mai 1904.

Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à 2 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Le programme du cours comprend 22 leçons.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1904-1905.

MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1904-1905, savoir :

Pour MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1904) :

De 2e, 3e et 4e année, le lundi 25 avril, à 2 heures.

De 1re année et pour MM. les internes provisoires, le mercredi 27 avril, à 2 heures.

Pour MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1904) :

De 3e année, le mercredi 4 mai, à 2 h.

De 2e année, le vendredi 6 mai, à 2 h.

De 1re année : première moitié de la liste (du n° 1 au n° 215, le lundi 9 mai, à 2 heures; deuxième moitié de la liste (du n° 216 au n° 429), le mardi 10 mai, à 2 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent

M. Lafon, de Nîmes.

M. Alquarède, externe à Toulouse.

MM. Oui, Guérin, Gosselet, Vanstreenberghe, Verhaeghe, de Lille.

MM. Catrin, Manouvrier, de Valenciennes.

M. Jacquarcq, de Looz lez-Lille.

M. Julien, de Tourcoing.

M. Lepoutre, de Roubaix.

M. Vallée, d'Anzin.

Médaille de bronze

M. Cayla, interne à Nîmes.

M. Lierre, de Toulouse.

M. Bongrand, élève du service de santé de la marine, à Bordeaux.

LOI PORTANT AUGMENTATION DU NOMBRE DES MÉDECINS-INSPECTEURS GÉNÉRAUX DE L'ARMÉE ARRÊTÉ PAR LA LOI DU 21 AVRIL 1900

Le Sénat et la Chambre des Députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Le tableau arrêté par la loi du 21 avril 1900 et portant fixation du cadre des médecins militaires est remplacé par le suivant :

Médecins inspecteurs généraux...	3
Médecins inspecteurs............	14
Médecins principaux de 1re classe..	52
Médecins principaux de 2e classe..	60
Médecins-majors de 1re classe.....	340
Médecins-majors de 2e classe.....	510
Médecins aides-majors de 1re classe	406
Médecins aides-majors de 2e classe dont 50 à l'école d'application du service de santé militaire.	100
Total.............	1475

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Ce Congrès se tiendra cette année à Pau, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le prof. Brissaud.

Les questions suivantes seront l'objet de rapports :

1° Psychiatrie — Des démences vésaniques, rapporteur : M. Deny, de Paris.

2° Neurologie. — Des localisations motrices dans la moelle, rapporteur : M. Sano, d'Anvers.

3° Assistance. — Des mesures à prendre contre les aliénés criminels, rapporteur : M. Kéraval, de Paris.

4° Communications diverses.

HOPITAL DE LA PITIÉ

M. Louis Rénon reprendra ses conférences cliniques (diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chronique) le vendredi 29 avril, à 9 h. 1/2 du matin, amphithéâtre des cours de l'hôpital.

NÉCROLOGIE

M. Lucas (Montfort-sur-Risle, Seine-Inférieure).

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A l'A. G. — La Société locale du Lot-et-Garonne. — Un exemple admirable

L'Assemblée générale de l'A. G., dont nous avons rendu compte (n° 31), touchait à sa fin et déjà la salle commençait à se vider, lorsque le délégué de la Société de Lot-et-Garonne, M. le Dr de Gaulejac (d'Agen), demanda la parole. Je crois bien que son apparition à la tribune, à une heure aussi tardive, ne fut pas vue d'un œil très favorable, mais bientôt les oreilles se tendirent et, par Hippocrate et Galien, il y avait de quoi. On en jugera par le texte de cette communication, que nous venons de recevoir et que nous publions avec joie.

Le Dr Baches, qui exerce à Sos, sur les confins des Landes, réunit un jour quelques confrères amis et leur dit : « Nous avons toujours soigné les indigents par pure philantropie; une loi nouvelle, non encore appliquée dans notre département, accorde des honoraires aux médecins pour ce service. Ces honoraires, réclamons-les et versons-les dans une bourse commune qui servira à assurer à chacun de nous une modeste retraite lorsque l'heure du repos aura sonné. »

Ce projet parut si séduisant qu'il fut soumis à un referendum ouvert à tout le corps médical de Lot-et-Garonne.

Etrange résultat, fait peut-être unique depuis que l'on consulte des médecins, ce fut à l'unanimité que les 126 médecins agenais acceptèrent le projet. Une commission fut aussitôt nommée pour permettre de lui donner une sanction pratique.

Les principes qui guidèrent la commission dans ses travaux, furent les suivants : « Chaque médecin devait s'engager à assurer le service de l'assistance médicale gratuite dans toute l'étendue de la circonscription où se trouvait sa clientèle ordinaire, en partageant le travail aussi équitablement que possible dans les circonscriptions où exercent plusieurs médecins. Les médecins chargés du service devaient abandonner tous les honoraires qui pouvaient leur être dus pour ce service. Ces honoraires, centralisés dans la caisse d'une société de secours mutuels, devaient servir à créer une caisse de retraite, mais voulant faire une œuvre plus généreuse que financière, la commission décida que, dès le début du fonctionnement de la société, les confrères âgés de plus de 60 ans toucheraient, sinon une pension de retraite, du moins une allocation annuelle renouvelable.

Quel était le moyen légal de réaliser tous ces projets?

Le choix de la commission s'arrêta à la forme syndicative. Un syndicat paraissait seul capable de traiter avec le conseil général de Lot-et-Garonne, organisateur légal de l'A. M. G. Un syndicat existait déjà dans le département; ses statuts furent revisés, débarrassés de tout ce qui pouvait déplaire à certains confrères, et, le 18 juillet dernier, ***le syndicat médical comptait 126 membres sur 126 médecins exerçant dans le pays!***

Muni de pleins pouvoirs, le bureau se présente à la Préfecture et demande au préfet de proposer au Conseil général de charger le syndicat médical d'assurer le service de l'A. M. G. moyennant un chiffre global annuel d'honoraires de cinquante mille francs.

Le préfet parut tout d'abord étonné de cette demande, si peu conforme à ce qui se faisait ailleurs, et il demanda à en référer au ministre! En référer au ministre! Notre projet nous paraissait un peu compromis. Quel temps allait demander cette consultation ministérielle?

Or, *quatre jours après*, au moment où s'ouvrait la session du Conseil général, M. Combes, se souvenant peut-être qu'il était notre confrère, autorisait par dépêche le département à traiter avec le syndicat! La session du Conseil général a lieu; nous sommes appelés devant cette assemblée, et au nom du syndicat médical nous acceptons de soigner tous les assistés pour une somme globale de cinquante mille francs, qui sera versée par quart, tous les trimestres, entre les mains du trésorier du syndicat.

Le traité est fait pour trois ans et renouvelable par tacite reconduction, sauf avis de l'une des parties trois mois avant la session ordinaire du Conseil général. Pour cette somme de cinquante mille francs, le syndicat s'est engagé à assurer aux assistés, quel que soit leur nombre, les soins médicaux et chirurgicaux.

Dans cette même séance, le Conseil général acceptait comme tarif chirurgical le tarif dit girondin, décision importante pour nous en cas de contestation au sujet de la loi sur les accidents du travail.

En possession de notre traité, certains de la somme que nous allions toucher, nous avons rédigé les statuts de notre nouvelle société de secours mutuels, société annexée au syndicat médical, ainsi que l'autorise la loi de 1891. Cette société, recevant des membres de tout âge et désirant donner aux plus âgés des avantages immédiats, décida que chaque année, sous le nom d'allocation aux membres âgés, une somme, dont le chiffre serait fixé par l'assemblée générale, serait distribuée entre tous les médecins âgés de plus de 60 ans et entrés, en 1903, dans le syndicat, âgés de plus de 15 ans.

Pour les membres plus jeunes, entrés dans la société avant l'âge de quarante-cinq ans, les statuts exigent l'accumulation d'un capital destiné à former un fonds de retraite. Pour calculer ce prélèvement, nous nous sommes servis des barêmes adoptés par la caisse de retraite des médecins français. Nos ressources nous le permettant, nous accumulons aussi chaque année une somme de 125 fr. par membre pour venir au secours des veuves, des orphelins et des malades; enfin, lorsque le capital dit de réserve, capital destiné à assurer une certaine élasticité au fonctionnement des caisses de retraites sera suffisant, chaque année les médecins non encore retraités, mais âgés de plus de soixante ans, recevront, sous le nom de participation aux bénéfices, une avance sur leur retraite. Des dispositions spéciales, encore un peu incomplètes, permettent à chaque syndicataire de retrouver, en cas de liquidation, une partie de ses avances.

Voilà, Messieurs, l'exposé de notre œuvre. Dans un avenir prochain, nous pourrons vous dire quels en sont les avantages et les inconvénients.

Les inconvénients? Le premier, un des plus sérieux, réside dans le fond même du traité. Nous nous engageons, pour un prix forfaitaire de 50 000 francs, à soigner tous les indigents de Lot-et-Garonne, quel que soit leur nombre. On voit tout de suite le danger que nous courons : l'allongement des listes d'assistance. C'est évidemment un des points faibles de notre œuvre. Cependant, pour éviter, autant que possible, cet allongement indéfini des listes d'assistance, le bureau du syndicat a exigé la convocation du médecin aux séances des bureaux d'assistance. S'il le juge à propos, le confrère lésé pourra esquisser — je dis : esquisser — un semblant de résistance et prévenir aussitôt le bureau du syndicat.

Ce bureau, par l'intermédiaire de son président, reste en rapport direct avec le Préfet. C'est devant ce magistrat que nous porterons directement nos réclamations bien fondées. Les pouvoirs du préfet, pour obtenir des radiations, sont très grands; je n'en veux pour preuve que ce qui s'est passé dans l'Aude, où le préfet demanda et obtint 300 radiations dans trois communes seulement. D'autre part, le préfet sera d'autant plus disposé à nous écouter que nous avons pris l'engagement moral d'éviter que les dépenses pharmaceutiques s'élèvent à un chiffre trop considérable.

Le Conseil général et l'administration préfectorale se sont parfaitement rendus compte qu'à ce point de vue nous tenions en maîtres les cordons de la bourse; les dépenses pharmaceutiques seront ce que voudra le corps médical. Ouvrez les comptes rendus de M. Monod et vous verrez de quel poids la pharmacie surcharge certains budgets départementaux.

Enfin, notre traité n'est fait que pour trois ans. Si les conditions sont trop dures pour nous, en 1906 nous reprenons notre entière liberté. Qu'est-ce que trois ans, si notre expérience doit réussir!

Une deuxième difficulté a vivement préoccupé quelques confrères. C'est celle-ci : les avantages de la combinaison sont les mêmes pour tous; le travail sera-t-il aussi exactement réparti?

Pour arriver à cette répartition aussi juste que possible de la clientèle indigente, nous avons demandé à nos confrères d'une même localité une entente cordiale. C'est, me dira-t-on, chercher la quadrature du cercle. Pas autant qu'on pourrait le croire. La question de l'A. M. G. présentée par nous a été le signal d'une trêve dans notre département, et c'est sans difficulté que nous avons pu organiser le service dans les 386 communes de notre département. Le partage des clients se fait sur des listes dressées au début de l'année dans les localités où se trouvent plusieurs médecins. En cas de contestation le bureau du syndicat servira de médiateur. Il est juste de dire que la richesse du Lot-et-Garonne est à peu près la même partout, que l'on n'y rencontre pas les énormes agglomérations des départements du Nord, siège de grandes richesses mais aussi de grandes misères.

J'ajouterai, en terminant, que notre Syndicat a inscrit d'office tous ses membres à la Société locale agrégée de l'A. G.

Cette affiliation indique l'esprit qui nous anime. Ce n'est pas seulement une pure affaire financière que nous avons créée, c'est une œuvre où les principes de solidarité confraternelle, qui sont l'honneur de notre grande association, sont inscrits à toutes les pages. Je n'en veux pour preuve que ces dispositions de nos statuts qui conservent tous ses droits à un confrère *malade*, quelle que soit la durée de sa maladie. Ces mêmes dispositions donnent à la veuve des secours d'autant plus considérables que le nombre de ses enfants est plus élevé.

N'est ce pas un exemple admirable que viennent de donner nos confrères de Lot-et-Garonne, exemple de solidarité, de bonne confraternité, de sage prévoyance! Et tout cela s'est fait à l'unanimité de tous les médecins d'un département! C'est à n'y pas croire et cela est. Le temps jugera l'œuvre. Nos confrères prévoient très bien, comme on l'a vu, les côtés délicats de leur entreprise. N'importe : ils ont bien mérité de tout le corps médical français et j'aurais souhaité qu'au banquet qui nous réunit le soir de l'Assemblée générale, quelqu'un se levât pour proposer un ban en l'honneur du promoteur de l'idée, le Dr Baches, simple médecin de campagne, et de tous les médecins de Lot-et-Garonne. Je connais bien quelqu'un qui voulait proposer ce ban. Il n'osa pas. Il cherche à se rattraper ici.

J. J.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôtel-Dieu*). — M. le prof. A. Le Dentu

Le passé de l'Hôtel-Dieu. Évolution de la chirurgie contemporaine. Triomphe définitif de l'observation

(Leçon d'ouverture faite le 23 avril 1904.)

Messieurs,

Il existe dans la nature beaucoup d'êtres qui, poussés hors de leur gîte par des circonstances pressantes, y sont ramenés fatalement, après un long détour, par leur instinct ou par une sorte de sentiment du *home* transporté dans le monde animal. Les péripéties de ma carrière ont quelque analogie avec ces circuits périodiques et forcés. Parti de l'Hôtel-Dieu, j'y suis revenu; j'y suis même revenu à plusieurs reprises, et chaque fois la force des choses m'en éloignait. Après avoir eu l'honneur d'être stagiaire, puis externe de Grisolle, le clinicien à la forte trempe, au jugement prompt et droit, j'ai été l'interne de Laugier.

Quelques années plus tard, immédiatement après la guerre, j'avais la bonne fortune de suppléer mon vénéré maître pendant les vacances. Puis, un peu plus tard encore, j'étais appelé, trois ans de suite, au même honneur par mon autre maître Richet, et à la dernière année de mon temps d'exercice en qualité d'agrégé, j'étais désigné pour le remplacer pendant le semestre d'hiver dans l'enseignement officiel de la clinique chirurgicale. Alors — dernier et grand circuit — mes fonctions de chirurgien titulaire me conduisaient successivement à la Salpêtrière, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, à Beaujon. Mon élection comme professeur de clinique chirurgicale m'amenait à Necker en 1890. Treize ans et demi d'enseignement officiel dans ce dernier hôpital représentent la plus longue de mes étapes. Grâce à la bonne volonté de M. le Directeur de l'Assistance publique, j'avais pu prendre des dispositions nouvelles pour y continuer cet enseignement dans des conditions mieux appropriées aux exigences de l'hygiène et de la chirurgie moderne, lorsque la mise à la retraite de mon excellent collègue et ami, M. Duplay, m'ouvrit toutes grandes les portes de l'Hôtel-Dieu.

Vous avouerai-je un instant d'hésitation? Il s'agissait pour moi de quitter un service remis à neuf, coquettement aménagé, pourvu de plusieurs salles d'opération. Il s'agissait aussi de me séparer de collègues mieux que sympathiques, de M. Guyon, entre autres, auquel me lient une amitié de vieille date et le souvenir du temps où j'ai été quelque peu son interne, alors qu'il faisait chez Laugier un intérim de vacances. L'Hôtel-Dieu l'emporta définitivement sur mes résistances intérieures par tout le poids de ses grandes et nobles traditions, de sa situation en plein foyer de l'activité scientifique française, au voisinage de la vieille Faculté de médecine, menacée de ruine, de l'ancien Collège des chirurgiens transformé en école de dessin, de la nouvelle Faculté, de la Sorbonne, de l'École normale, du Collège de France, sans compter les plus anciens lycées de Paris, étagés sur le flanc de la Montagne Sainte-Geneviève. Dans les parties de ce grand corps que nous voyons en pleine activité productive, refleurit l'antique et illustre université d'où la vie intense de l'esprit débordait jadis sur tout le monde occidental.

L'Hôtel-Dieu l'a emporté, et aujourd'hui je me présente devant vous comme titulaire de la chaire où se sont succédé, depuis Desault, Pelletan et Dupuytren, une série d'hommes supérieurs ou distingués: Roux, Laugier, Richet, Verneuil, Le Fort, Duplay.

J'accomplis un devoir très doux en consacrant une pensée de reconnaissance à ceux d'entre eux qui ne sont plus et qui ont été pour moi des guides sûrs et des amis dévoués, aux professeurs Laugier, Richet, Verneuil, Le Fort, et à ces noms je vous demande la permission d'ajouter celui de Voillemier, qui a été mon maître à l'hôpital Saint-Louis, pendant ma première année d'internat, et qui a terminé sa carrière à l'Hôtel-Dieu. J'exprime le sincère regret que mon ami le professeur Duplay ait cru devoir se démettre de ses fonctions. La longue série de ses publications, la sûreté de son jugement, la solidité de son sens clinique lui avaient fait de bonne heure une belle place dans la chirurgie française. Le souvenir de ses leçons substantielles, l'impression de clarté qu'elles laissaient dans l'esprit de ses auditeurs le mettent à l'abri d'un oubli hâtif. Il restera présent parmi nous, en dépit de son éloignement de la vie active que l'état de sa santé lui a imposé.

Chacun de mes prédécesseurs a ajouté un fleuron à la couronne de brillantes traditions dont se pare la Faculté de médecine et contribué à entretenir pieusement le renom universel de cet hôpital.

Je ne suis pas sans inquiétude d'avoir à supporter sur mes épaules un aussi lourd héritage. Plus d'un a exprimé la même crainte en prenant possession de cette place enviée mais périlleuse; nul ne l'a fait avec plus de sincérité que moi. Une chose pourtant me donne quelque assurance. Il me suffit de me considérer comme un représentant presque impersonnel de la chirurgie actuelle pour reprendre confiance, comme un représentant de cette chirurgie profondément transformée, dont les succès sont si éclatants qu'ils feraient l'admiration même d'un Desault ou d'un Dupuytren.

Cette chirurgie triomphante est notre défense, à nous, les modernes, contre des comparaisons qui auraient pu être écrasantes dans un passé encore récent. Elle nous soutient, elle nous porte, et si, dans cette posture de protégé de la puissance nouvelle — je pourrais dire, avec un auteur en légitime vogue, de la nouvelle idole — on sent s'effacer sa propre personnalité, on y puise la hardiesse nécessaire pour affirmer de plus en plus dans l'avenir cette même personnalité et faire honneur, dans la mesure de ses forces, au corps dont on est l'un des membres, aussi bien qu'à son temps.

Les merveilles de la chirurgie contemporaine ne doivent, cependant, pas nous rendre injustes à l'égard de l'ancienne. Il ne nous est pas permis d'oublier que c'est celle-ci qui nous a ouvert les voies. A regarder les choses d'un œil impartial, il est équitable de proclamer que cette chirurgie de nos prédécesseurs, un peu trop dédaignée actuellement, était constituée à l'état de science précise avec sa pathologie dégagée, par J.-L. Petit, des théories surannées, avec son anatomie pathologique inaugurée par J. Hunter, développée par Dupuytren, puis plus tard par l'école histologique brillamment incarnée en Lebert, Broca, Follin et Verneuil, avec sa médecine opératoire, déjà très parfaite pour les interventions les plus classiques et contenant en germe certaines des innovations les plus fécondes de notre époque.

Il y avait long temps que Dupuytren avait osé les résections des maxillaires, Récamier la première hystérectomie vaginale, que Jobert avait précisé les conditions de succès de la suture intestinale, que Maisonneuve avait imaginé l'entéro-anastomose, que des chirurgiens anglais et américains — et Maisonneuve dès 1848 — avaient tenté l'ovariotomie, que les résections articulaires se multipliaient en Angleterre, lorsque Pasteur et Lister fournirent les moyens de réduire à son minimum

le péril des grandes interventions et particulièrement de celles qui s'attaquent aux membranes séreuses.

C'est une vérité reconnue que les hommes de génie ont toujours eu des précurseurs. Si l'on peut dire également de certaines époques qu'elles ont eu du génie, on doit ajouter que leur fécondité et que leur efflorescence de gloire ont été préparées par les phases de l'activité humaine qui les ont immédiatement précédées; si bien que, loin de penser que la chirurgie ne date que de l'ère antiseptique, on est en droit de se demander ce que seraient devenues les merveilleuses découvertes dont nous admirons les effets si elles n'avaient pas trouvé devant elles un terrain aussi propice.

Nous témoignerions donc d'une noire ingratitude en ne rendant pas hommage aux mérites de nos devanciers, et surtout de nos devanciers immédiats, et à la chirurgie qu'ils ont pratiquée, perfectionnée et léguée aux générations suivantes, comme un dépôt sacré.

Par quel miracle l'arbuste gorgé de sève est-il devenu en quelques années l'arbre vigoureux à l'ombre duquel s'agite notre fiévreuse activité, toujours en quête de succès nouveaux? Vous le savez trop bien pour que je le répète après tant d'autres. Ce que vous savez moins bien, ce sont les impressions par lesquelles a passé le chirurgien qui, lancé dans la carrière à l'époque de la chirurgie limitée, de la chirurgie de l'érysipèle et de l'infection purulente, a marché avec tout un flot d'adeptes de la nouvelle doctrine à la conquête du progrès immense promis par des initiateurs de génie et largement réalisé par le développement logique des faits. Or, je suis un des hommes de cette génération privilégiée, témoin d'une prodigieuse révolution. J'ai connu la chirurgie décevante qui comptait plus de graves mécomptes que de succès, cette chirurgie d'où la sécurité était bannie même lorsqu'il s'agissait des interventions les plus insignifiantes, cette chirurgie qui côtoyait toujours un danger de mort et empoisonnait de pesantes responsabilités la conscience des opérateurs, cette chirurgie enfin qui se voyait réduite à déposer le bistouri lorsque les mortelles complications s'abattaient avec une fatalité inéluctable sur tous les opérés d'une salle.

J'ai vu la guerre et les abominables spectacles des ambulances improvisées, blessés livrés en proie à la septicémie, amputés succombant tous à l'infection suraiguë sous toutes ses formes, et je suis le même homme qui peut aujourd'hui avec fierté — fierté impersonnelle puisée dans la simple constatation de la situation générale actuelle — le même homme qui peut, dis-je, annoncer que, pendant les vingt-neuf derniers mois de son enseignement à l'hôpital Necker, depuis le 1er octobre 1901 jusqu'au 1er mars 1904, 105 laparotomies pratiquées dans la section gynécologique du service par moi même ou par mes collaborateurs dévoués, MM. Pichevin, Mauclaire, Mouchet, Raymond, Petit, ont été suivies de mort seulement dans 8 cas, et ces 8 cas représentent une mortalité globale de 4,84 %. L'analyse des causes de la mort va vous montrer qu'en réalité, trois opérées ont seules succombé à des accidents septiques péritonéaux. A ne considérer que ces 3 cas, le pourcentage de la mortalité tombe à 1,75 %, soit 1 mort sur 57 opérations.

Les 5 autres cas de mort se partagent de la manière suivante :

Une intervention pour grossesse extra-utérine rompue, sur une femme que nous pouvions croire encore en état de syncope, mais qui était morte en réalité.

Une intervention *in extremis* pour une péritonite puerpérale arrivée à son dernier terme.

Une laparotomie exploratrice sur une femme atteinte d'ascite cancéreuse, et que les progrès rapides de la cachexie ont emportée au bout de quinze jours.

Enfin, deux broncho-pneumonies, dont l'une développée, je crois, à la suite de l'éthérisation, l'autre après l'administration du chloroforme. Chez cette dernière malade, il existait des lésions pulmonaires tuberculeuses déjà avancées.

Si maintenant vous me permettez d'entrer dans le détail des faits, du côté des guérisons, j'ai la satisfaction de vous annoncer les résultats suivants :

51 ablations unilatérales ou bilatérales des annexes de l'utérus pour lésions inflammatoires, avec *une seule mort* causée par la dénudation et la gangrène secondaire d'une portion de l'S iliaque.

43 hystérectomies abdominales subtotales, combinées avec l'extirpation des annexes, avec une seule mort par broncho-pneumonie.

16 hystérectomies abdominales subtotales, pour fibro-myomes, avec *une mort par infection péritonéale.*

7 hystérectomies abdominales totales, pour cancer utérin, avec *une mort par infection péritonéale.*

5 ovariotomies, pour kystes de l'ovaire, *sans mortalité.*

7 extirpations de grossesse tubaire rompue, avec *une mort*, mais l'opération, je vous l'ai déjà dit, *avait été faite sur un cadavre.*

Six éventrations, *sans mortalité.*

Les autres opérations comprennent de petites myomectomies, des raccourcissements des ligaments longs, des hystéropexies, une hystérectomie pour prolapsus utérin et quelques interventions moins importantes mais toujours intrapéritonéales.

Ce contraste saisissant entre ce qui est et ce qui fut, contraste qui, depuis dix ans, s'est accentué davantage, a eu pour conséquence de refouler de plus en plus dans le passé, le tableau au milieu duquel se sont déroulées les premières années de mes études médicales. Permettez que je le fasse surgir devant vos yeux. Vous allez voir successivement ce qu'étaient alors le cadre, les hommes et les choses.

Le cadre, c'était le vieil Hôtel-Dieu, élevé en bordure du petit bras de la Seine, de l'autre côté de cette place, bâtiment d'une plate uniformité, maintes fois remanié au cours des siècles, dont l'unique originalité résidait dans les voûtes sombres ouvertes sur l'eau, qui lui servaient d'assises. Son porche élevé, aux colonnes massives, assez majestueuses dans leur froide simplicité, donnait accès sur le Parvis Notre-Dame, au voisinage de l'antique et élégante cathédrale. Le *Charlemagne* trônant sur son fier coursier et escorté de deux hommes d'armes est là sur son emplacement, comme un représentant attardé de l'époque où malades et infirmes s'empilaient pêle-mêle et côte à côte dans des salles encombrées et dans des simulacres de lits trop étroits. Sur la façade du bord de l'eau, trois larges baies indiquaient le grand amphithéâtre. Le mur, à droite du professeur, portait la large plaque commémorative du passage de Desault et de Bichat. Là s'était déroulé, pendant plusieurs années, l'enseignement solide, fécond et attractif de Dupuytren. Là avait retenti la voix éloquente de Trousseau. C'est là, dans ce milieu suggestif, que j'ai eu l'honneur de faire mes premiers débuts comme professeur suppléant.

Une passerelle enjambant le petit bras de la Seine, des souterrains pleins d'ombre et de mystère reliaient au vieux bâtiment les constructions plus récentes de la place du Parvis et de la rue de la Bûcherie. L'église de Saint-Julien-le-Pauvre, vestige vénérable du Xe siècle, encore debout, servait de chapelle à l'hôpital.

Les hommes, c'était d'abord mon maître Laugier, cœur excellent, esprit fin, ancien interne de Dupuytren, encore tout imprégné des souvenirs de la grande époque, resté dans la tradition classique, mais ne craignant pas l'innovation. Il fut le second à pratiquer la suture du nerf médian, après Baudens, qui avait déjà fait une fois cette opération en 1836.

C'était Jobert, d'un caractère aigri, fantasque, vieilli, mais toujours d'une remarquable habileté opératoire ; s'il affectait une sévérité farouche à l'égard de ses internes, il se plaisait à faire bon accueil aux autres internes de l'hôpital. Voici un petit incident qui vous montrera bien l'homme tel qu'il était, et qui, de plus, ouvrira pour vous une échappée sur la chirurgie d'alors.

Un vieillard atteint d'un cancer du maxillaire inférieur était assis en face du professeur. Celui-ci s'apprêtait à faire la résection du corps de la mâchoire. A ce moment, j'entre timidement dans l'hémicycle de l'amphithéâtre. M'avisant immédiatement, Jobert m'interpelle : « Voulez-vous, me dit-il, avoir l'obligeance de tenir la tête du malade. » L'opération a lieu sans anesthésie. Le malheureux, toujours assis, ne bronche pas ; mais l'opérateur ne songe qu'à m'adresser un mot flatteur : « Vous savez très bien tenir une tête. »

Comment, après ce compliment inattendu, ne pas être conquis à l'admiration la plus vive? Ce compliment valait toujours mieux que la rebuffade qu'aurait certainement essuyée à ma place un des internes du maître peu accommodant. Le Jobert des dernières années est tout entier dans cette scène.

Dans un petit amphithéâtre dont les fenêtres s'ouvraient sur la place du parvis, les leçons et les opérations de Maisonneuve attiraient un nombreux public, composé en grande partie d'étrangers. Il développait avec un entrain communicatif ses idées, remarquables pour l'époque, sur les intoxications septiques. Il poursuivait avec une obstination digne d'un meilleur sort la lutte contre la pyohémie au moyen de son serre nœud imité de l'écraseur de Chassaignac, au moyen de l'aspiration continue exercée sur les plaies d'amputation, au moyen des flèches au chlorure de zinc imaginées par Canquoin, mais dont il avait pris à son compte la vulgarisation en grand. Il en prodiguait l'emploi. Il en lardait les tumeurs, celles du sein en particulier, même celles de la langue, et c'étaient pour les internes de garde autant d'occasions de combattre d'atroces douleurs et de réprimer de terribles hémorragies. Parfois même certaines de ces flèches, et non les moins acérées, s'envolaient hors de l'amphithéâtre, à l'adresse des rivaux du brillant opérateur, qu'il croyait jaloux de sa supériorité.

Quant aux choses de cette époque, aux choses chirurgicales, s'entend, il faut, pour vous les retracer, jeter un coup d'œil d'ensemble sur la chirurgie française, en dehors de l'Hôtel-Dieu comme à l'Hôtel-Dieu. A la clinique de la Faculté, Nélaton, représentant fidèle de l'école de Dupuytren, imitateur et continuateur du maître dans ses qualités les plus solides et les plus incontestées, était dans tout l'éclat de son enseignement. Velpeau achevait à la Charité une carrière glorieuse. Malgaigne trouvait dans ses leçons de médecine opératoire l'occasion de véritables triomphes.

Denonvilliers, Gosselin, enseignaient l'anatomie et la pathologie externe avec un légitime succès, tandis que des agrégés de grand mérite, Richet, Verneuil, Follin, Broca, Trélat s'affirmaient de jour en jour d'une façon plus brillante, en attendant l'heure où ils seraient appelés à revêtir la robe de professeur

Dans les autres hôpitaux, quelques chirurgiens d'une valeur reconnue rivalisaient de zèle avec les hommes marqués du sceau officiel. Chassaignac, à qui la chirurgie était redevable du drainage, usait largement de son écraseur linéaire, remarquable instrument, mais dont il ne se faisait pas faute d'abuser quelquefois. Huguier contribuait à fonder la gynécologie française.

J'en passe, et peut-être pourrais-je dire, des meilleurs.

Quelque attrait que puisse avoir pour moi la reviviscence de mes souvenirs, je ne veux pas m'y abandonner plus longtemps. Permettez que, du moins, je vous recommande la lecture d'un livre éminemment intéressant et instructif, où vous verrez se dérouler toute l'histoire de la chirurgie française au XIX[e] siècle. Ce livre, nous le devons à l'érudition profonde, à la plume élégante de Jules Rochard, qui fut inspecteur du service de santé de la marine et membre de l'Académie de médecine. Quelle était la chirurgie de l'époque? A quelle tâche consacraient leur activité les hommes que je viens de nommer? En ce temps où les opérations étaient infiniment moins nombreuses qu'actuellement, le traitement des fractures et des luxations était l'objet d'une sollicitude spéciale. Le renouvellement des appareils de Scultet absorbait une grande part des moments réservés aux visites, et certainement les blessés ne s'en trouvaient pas plus mal.

Quant aux opérations courantes, c'étaient des ouvertures d'abcès, des incisions multiples pour les phlegmons diffus, les ponctions d'hydrocèles, des dilatations anales, des débridements de fistules, des cautérisations d'hémorroïdes, des ablations de kystes sébacés, des kélotomies faites le plus souvent trop tard, des castrations, des amputations incomplètes du sein, des amputations des membres pour traumatismes ou tumeurs blanches.

Les résections de mâchoires, les extirpations de tumeurs donnaient lieu à de véritables solennités opératoires, d'autant plus que les malades ne se pressaient pas de se soumettre au bistouri et qu'ils se présentaient quelquefois avec des lipomes, des sarcomes et des enchondromes dont le poids atteignait plusieurs kilogrammes.

De temps à autre un fait exceptionnel surgissait : imperforation anale, syndactylie, kystes dermoïdes de la face, polype naso-pharyngien, taille vésicale, et un certain nombre d'autres lésions auxquelles on osait s'attaquer parce qu'il s'agissait d'interventions n'ayant rien à faire avec les cavités articulaires ni les grandes séreuses : péritoine, plèvres, péricarde, méninges. Le trépan était oublié, la cure radicale des hernies aussi. La règle était d'opérer le moins possible, et si quelquefois on opérait hâtivement, c'est qu'on croyait les blessés voués par un retard intempestif à une mort certaine.

La routine du pansement au cérat de Galien et de l'application large des cataplasmes enchaîna la chirurgie dans une fâcheuse immobilité jusqu'au moment précis où un homme d'initiative, poussé en avant par un puissant besoin de réforme et de progrès, secoua la torpeur dans laquelle on s'endormait. J'ai nommé Demarquay. Sous son influence, les pansements à la glycérine et au permanganate de potasse — vous entendez bien, au permanganate de potasse — firent leur apparition sur la scène chirurgicale. Avec une solution de ce dernier sel nous irriguions déjà les foyers des fractures ouvertes, dans le service de Laugier, et nous constations une amélioration notable dans les résultats.

Entre temps, Baillarger, Nélaton inauguraient le pansement à l'alcool pur ou coupé d'eau dans de faibles proportions. Plus tard, ce même pansement à l'alcool, avec un élément de

désinfection de plus, prenait une nouvelle forme entre les mains de Demarquay, avec la teinture d'eucalyptus. L'élan était donné; mais il allait peut-être se ralentir devant l'insuffisance des résultats, lorsqu'un grand événement suscita la révolution qui a bouleversé la chirurgie et prodigieusement agrandi le cercle de son action. Ce fut la naissance, puis la vulgarisation de la méthode de Lister.

Un jour, pendant la guerre franco-allemande, alors que l'ambulance mobile de la Société de secours aux blessés dont j'étais le chef et qui comptait dans ses rangs mes amis Duguet, Burland, Raymondaud (de Limoges), Rathery, Candelle, était installée dans le château de Blois, je reçus la visite d'un gentleman anglais, délégué de la Croix-Rouge de son pays. Il me fit don de nombreux objets de pansement et, parmi ceux-ci, d'une caisse contenant des flacons d'acide carbolique. Nous n'avions qu'une très vague idée, mes compagnons et moi, du mode d'emploi de la précieuse substance, mais nous nous mîmes sans retard à nous en servir.

Si nous avions constaté alors un changement quelconque dans l'état des plaies, une diminution évidente des suppurations, un faible abaissement du chiffre des morts, avec quelle joie nous aurions reconnu et proclamé la supériorité du nouveau moyen de pansement! J'aurais rapporté à Paris des impressions favorables rendues plus vives par le contraste avec les tristes résultats que nous avions observés depuis le commencement de la guerre.

Malheureusement il n'en fut rien. Les suppurations continuèrent à être aussi abondantes, tellement abondantes que, d'un jour à l'autre, certaines fractures compliquées fournissaient plus d'un litre de pus, la septicémie ne cessa pas ses ravages, la mortalité resta la même. C'est que, si nous avions eu en main l'acide phénique, nous ne connaissions pas le moyen d'en tirer tout le profit possible. Il nous manquait une méthode, et nous ignorions celle de Lister; et ç'a été justement le principal mérite de l'éminent chirurgien anglais de montrer que, sans un ensemble de précautions fixées par lui dès le principe avec une remarquable rigueur, l'acide phénique ne pouvait produire tout son effet utile.

Je rentrai donc à Paris avec cette impression regrettable que l'acide phénique, en solution plus ou moins concentrée, ne m'avait pas donné de meilleurs résultats que l'alcool pur ou dilué. Or, à Paris, une surprise nous attendait. Un pansement nouveau, le pansement ouaté d'Alphonse Guérin, s'était signalé par des avantages immédiats. De nombreux amputés avaient, pendant les luttes de la Commune, échappé à l'infection purulente. Ils avaient même assez rapidement guéri sous les accumulations d'ouate tassée et méthodiquement serrée qui enveloppaient leurs membres. Tout naturellement les chirurgiens de Paris adoptèrent le pansement dont les bons effets, faciles à contrôler, s'étaient manifestés à l'hôpital Saint-Louis, presque sous leurs yeux, et, restés sourds trop longtemps aux communications, on pourrait dire aux objurgations de mon collègue, M. Lucas-Championnière, ils ne se laissèrent gagner que peu à peu à la doctrine nouvelle.

Indépendamment de la concurrence, très légitime pendant un temps, que lui avait faite dans leur esprit le pansement à l'ouate, ils eurent plusieurs excuses. D'abord, ce ne fut qu'en 1875 que l'administratien de l'Assistance publique mit à la disposition des chefs de service les objets nécessaires pour le pansement antiseptique. L'expérimentation en grand ne leur fut donc possible qu'à partir de cette date. En second lieu, les Anglais eux-mêmes ne se hâtaient pas de faire cortège au protagoniste de la nouvelle méthode. J'en prends à témoin cette phrase significative de M. Championnière écrite en 1880, plus de douze ans après les premières publications de Lister: « En Angleterre même, elle (la méthode antiseptique) a peine encore à trouver la place qui lui est due. »

L'essor de l'antisepsie listérienne date, en réalité, pour nous Français, de 1875 et de 1876. En ce qui me concerne, ce fut au mois de novembre 1876, au début de ma suppléance officielle à l'Hôtel-Dieu, que je reçus l'initiation de M. Championnière lui-même. Trois ans après, pendant les mois de février, de mars et d'avril 1879, une longue et féconde discussion se développait au sein de la Société de chirurgie sur les avantages comparatifs du pansement à l'alcool et du pansement de Lister. On trouve dans la lecture des argumentations soutenues en cette occasion, à l'appui de l'une ou de l'autre méthode, un puissant intérêt historique. Les résistances du passé entrent en lutte ardente avec les convictions naissantes ou déjà confirmées du présent. Quoique les statistiques des partisans de l'alcool aient presque avantageusement subi la comparaison avec celles des Listériens, la méthode antiseptique a triomphé. De ce jour date véritablement pour Paris l'affirmation de la valeur de cette méthode et la généralisation presque absolue de son emploi.

Je ne vous rappellerai pas quelles modifications s'y sont introduites, comment ses moyens primordiaux ont été supplantés assez rapidement par d'autres qui ont rendu l'antisepsie plus efficace, plus sûre d'elle-même. Je ne vous dirai pas non plus pourquoi l'asepsie, d'abord sa simple alliée, a cru pouvoir se substituer entièrement à elle, ni pour quelles raisons cette substitution absolue serait irrationnelle et fâcheuse. Je me contenterai de vous montrer la multiplication et l'audace croissante des interventions, se manifestant, dans un essor prodigieux, dès le moment où les chirurgiens eurent entre les mains un instrument d'action d'une puissance assez grande pour faire taire graduellement les scrupules des consciences tout d'abord apeurées par le développement extraordinairement rapide de l'esprit d'initiative.

La première grande opération jusque-là peu pratiquée en France, qui bénéficia du progrès accompli, fut l'ovariotomie.

Il est intéressant de suivre le déroulement de cette question devant la Société de chirurgie. Remontons ensemble, si vous le voulez, le cours des années jusqu'en 1848. Maisonneuve rend compte d'une ovariotomie suivie de mort. Les insuccès des chirurgiens anglais et américains augmentent ses regrets. En 1852, Robert Lee analyse 162 opérations pratiquées en Angleterre; sur 102 opérations terminées il y avait eu 42 morts, soit environ 40 %.

En 1861, Houel présente des kystes rapportés de Londres par Nélaton et qui avaient été extirpés par Baker Brown. A partir de cette date quelques tentatives timides sont faites par Boinet, Demarquay, Nélaton; bientôt suivent Berrut, Liégeois, toujours à à Paris. Pendant ce temps, Kœberlé obtenait à Strasbourg la première série de ses succès, qu'il fit connaître dès 1865, et d'autres chirurgiens de province, encore en petit nombre, envoyaient à la Société de chirurgie communication de cas généralement heureux.

Les chirurgiens de Paris, rendus craintifs par le spectre toujours présent de l'infection purulente, ne s'associaient toujours pas, pour la plupart, au mouvement déjà largement dessiné à l'étranger. Les 9 guérisons de Nélaton sur 17 observations que Houel communiquait à la Société de chirurgie en 1869, n'avaient pas pris à leurs yeux

la valeur d'un argument absolument décisif. Ils se méfiaient d'eux-mêmes et surtout des milieux profondément infectés où se déroulait journellement leur action chirurgicale. C'est seulement après 1870 que l'ovariotomie devint, entre les mains de Péan, une opération fréquente. L'antisepsie n'était encore pour rien ou presque rien dans les succès obtenus, sauf en ce qui concerne quelques cas heureux de Panas, et ces succès, quoique déjà notoires, étaient encore médiocres, eu égard à ce que l'avenir nous réservait. Pour ce qui est de la plupart des autres grandes opérations, leur renaissance ou leur création de toutes pièces date de l'ère antiseptique. Il en fut ainsi pour la laparotomie en cas d'obstruction intestinale, les cures radicales de hernies, pour les extirpations partielles de l'estomac et de l'intestin, pour la gastro-entérostomie, pour les arthrotomies, les opérations rénales, les extirpations des annexes de l'utérus, l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale.

Il se produisit alors ce qui était sans doute inévitable. Grisés par des succès inespérés et quelquefois invraisemblables, les chirurgiens ne connurent plus de bornes. Certains eurent l'illusion que tout était à refaire. Une réforme, une revision générale s'imposait. Elle commença sans délai, et se poursuivit au milieu d'une véritable fièvre. C'était à qui ferait preuve de plus de hardiesse et réagirait avec plus de force contre la chirurgie classique de la veille. Contre les lésions annexielles, même peu accentuées, contre les abcès par congestion, contre les métrites rebelles, les fibromes utérins même peu volumineux, il n'y avait plus de logique que l'intervention. Il fallait faire table rase des méthodes prétendues trop timides. Il fallait tout bouleverser, tout rajeunir.

Vieille chirurgie que le traitement des adénites tuberculeuses par les moyens résolutifs, les injections interstitielles, l'incision et le drainage; l'ablation était seule admissible. Vieille chirurgie que l'injection de l'éther iodoformé dans les abcès froids simples, ossifluents et par congestion; il fallait les ouvrir, les curetter, extirper de suite les portions d'os malades et la paroi des foyers. Vieille chirurgie que la création d'un anus artificiel dans l'obstruction intestinale ou dans le cas de hernie gangrenée; il fallait de toute nécessité inciser le ventre et faire la résection intestinale. Chirurgie surannée, la trépanation limitée, avec des pertes de substance cranienne proportionnelles aux lésions présumées; il fallait fendre le crâne dans toute sa longueur, abattre latéralement un vaste volet ostéo-cutané, et tenir dans la main tout un lobe de l'encéphale. Chirurgie surannée encore, celle qui persistait à compter avec les lésions viscérales et les dyscrasies graves et qui y voyait des contre-indications formelles; tout ce qui avait été dit à ce sujet n'était plus qu'un fatras de théories sans fondement.

L'infection seule était la cause des complications opératoires et des morts rapides. Plus de choc traumatique non plus; les symptômes qu'on lui rapportait devaient être tous mis au compte de l'infection. Celle-ci était partout et toujours le seul ennemi à craindre; du moment que la méthode antiseptique fournissait les moyens de la combattre et de la prévenir, on pouvait tout oser. Le succès devait être au bout des entreprises les plus imprudentes, du moment que l'étuve, les substances antiseptiques ou l'asepsie simple entraient en scène.

L'événement s'est assez vite chargé de refroidir ces enthousiasmes exagérés. Si de ce grand mouvement il est resté beaucoup de bonnes choses, sur certains points des tassements d'idées se sont accomplis. Que voit-on aujourd'hui ? Les extirpations d'adénites ne se font plus que dans des conditions déterminées; les injections d'éther iodoformé ont recouvré leur vogue, et même une vogue un peu excessive; les résections intestinales primitives sont à peu près abandonnées, ou du moins pratiquées avec beaucoup plus de réserve dans le cas d'obstruction intestinale ou de gangrène herniaire; le danger des craniectomies trop étendues a fait réfléchir sur l'opportunité de ces vastes délabrements; la méthode non sanglante s'est substituée un peu partout à la méthode sanglante dans le traitement des luxations congénitales de la hanche; les inflammations des annexes de l'utérus sont soignées dans un esprit de conservation mieux en rapport avec les nécessités de ces cas; la myomectomie, opération essentiellement conservatrice, essaye de prendre une large place dans la thérapeutique des fibromes utérins, et beaucoup de chirurgiens admettent que ceux-ci ne sont pas toujours et forcément justiciables de l'intervention : enfin l'état des forces des malades, les dyscrasies, les lésions viscérales, les chances de choc traumatique entrent de nouveau en ligne de compte dans la détermination des indications et des contre-indications opératoires.

Tandis que ces reculs s'effectuaient sur certains territoires de la chirurgie, un groupe d'hommes qui n'avaient pas voulu rompre trop violemment et trop brusquement avec le passé, poursuivait sa marche en avant à la recherche du progrès, sans se laisser influencer par les prétentions outrées et les espoirs trompeurs de certains autres; et aujourd'hui, ils donnent la main à ceux qui avaient pris à tâche de les devancer, dans un accord à peu près complet sur la plupart des questions. Ils ont le droit de se féliciter, peut-être même de s'enorgueillir, d'avoir su résister à l'entraînement essentiellement contagieux de la hardiesse sans frein, née de premiers résultats pleins de promesses. Ils peuvent contempler, avec la satisfaction d'être restés maîtres d'eux-mêmes, de leur sang-froid et de leur ardent désir de progrès, le spectacle d'une chirurgie prodigieusement améliorée, touchant à la perfection, la réalisant à peu de chose près sur certains points; mais ce même sang-froid, cette même résistance invétérée aux charmes de l'illusion les mettent en garde contre la tendance à croire qu'il ne reste presque rien à faire pour que leur art soit déclaré parvenu à son apogée.

Que pouvons-nous en savoir? Les lacunes de l'édifice actuel ne se révèleront-elles pas infiniment mieux aux générations futures qu'elles ne peuvent le faire à nos propres yeux ? Et alors, ne s'étonnera-t-on pas que nous ayons pu, nous aussi, passer à côté de certaines vérités élémentaires sans les reconnaître? Soyons donc modestes dans notre triomphe; n'exultons pas trop bruyamment dans notre joie d'avoir assisté, d'avoir un peu coopéré au développement de la situation actuelle, et surtout ne perdons pas de vue que les résultats obtenus chaque jour par une médecine opératoire extraordinairement élargie ne sauraient porter atteinte aux droits imprescriptibles de la clinique proprement dite.

Dans un discours prononcé à l'Académie de médecine le 15 décembre 1846, à l'ouverture de la séance annuelle, Malgaigne, cette intelligence supérieure, ce critique hors de pair, fortement imbu de littérature, a cherché à démontré que la chirurgie, envisagée aux diverses époques de l'histoire, avait subi le contre-coup de la doctrine philosophique régnante. Socrate, qui avait proclamé la prédominance nécessaire de l'observation sur les conceptions de l'esprit, avait pour

ainsi dire engendré Hippocrate, l'homme de l'observation par excellence, qui dut à cette marque personnelle la justesse de ses appréciations et la précision pratique de ses conseils. De Platon, plus contemplatif, plus spéculatif, moins enclin à admettre la valeur des impressions sensorielles, procéda Galien, avec certaines théories sans base solide, des hypothèses hasardées, Galien qui cependant avait vu dans les organismes animaux ce que tous avaient ignoré avant lui, qui avait complété beaucoup de ses constatations au cours de nombreuses opérations, et n'avait pas su, dans l'interprétation des données matérielles fournies par l'expérience, s'affranchir des conceptions philosophiques du moment.

Le vent de réforme de la révolution luthérienne insuffla à Ambroise Paré son amour des données positives, ou plutôt des faits, et le fit entrer dès le début de sa carrière dans la tradition hippocratique; le culte de l'observation en fit le grand chirurgien auquel nous devons encore notre respect.

Bacon paraît, et « la philosophie nouvelle se dressant en face du monde antique fait entendre son premier cri de réforme et d'indépendance. » C'est Malgaigne qui parle. Tandis que l'illustre Anglais, après avoir déclaré, dans son *Discours sur l'avancement des sciences*, qu'il faut faire table rase de toutes les prétendues connaissances humaines, se retranche dans son absolutisme et ne se laisse pas entamer par ce qui reste debout du principe de l'autorité en matière de philosophie et de sciences, Descartes, qui lui aussi a fait table rase de l'héritage du passé, n'échappe pas au besoin de donner quand même le pas au rationalisme sur les faits, et il ne craint pas de poser cet axiome ou cette conclusion diamétralement opposée au dogme de l'observation : « Les choses que nous concevons fort clairement et fort distinctement sont toutes vraies.»

Il advint alors que Verduc édifia sa pathologie de la chirurgie sur cette maxime désastreuse de Lecat : « Le raisonnement d'abord, les faits ensuite,» et que la chirurgie du commencement du XVIII[e] siècle se traîna dans cette erreur jusqu'au jour où J.-L. Petit, secouant enfin le joug des conceptions *a priori*, releva le drapeau de l'observation tombé des mains des successeurs d'Ambroise Paré.

De là vint sa grandeur personnelle; de là vint aussi la puissance de l'Académie de chirurgie. Pendant plus de trente ans son éclat rayonna sur l'Europe entière. Elle fut, pour les chirurgiens de tous les pays, une éducatrice écoutée, respectée, imitée.

Par quel phénomène inattendu, par suite de quel épuisement prématuré ce foyer intense de travail arriva-t-il à s'éteindre sans que Desault parvînt à le rallumer en y projetant tout le feu de son activité chirurgicale? Était-ce lassitude après un effort trop soutenu? Était-ce simplement que l'époque n'était pas encore mûre pour les grandes innovations? Je m'arrêterais volontiers à cette dernière explication. Il eût fallu à ce moment un Pasteur et un Lister pour ouvrir de nouveaux et larges horizons; mais la chimie était à peine née, le microscope un instrument sans puissance et la bactériologie insoupçonnée. L'heure n'avait pas sonnée; elle sonna plus tard. A notre temps était réservée la gloire dont l'Académie de chirurgie s'était montrée digne sans pouvoir y prétendre.

Desault, impuissant à secouer la torpeur de ses derniers jours, porta à l'Hôtel-Dieu son esprit d'observation et les efforts de sa sagacité, tandis que John Hunter, continuateur de Bacon, en tant que réformateur intransigeant, mais sur le terrain de la chirurgie, entrait résolument dans les voies de la science moderne. Desault créa la clinique française et jeta les fondements d'un édifice que nous devons tenir à honneur de ne pas laisser périr. Il semble au premier abord que la chose soit simple, mais autres temps autres milieux, autres influences à accepter ou à repousser. Jadis, les chirurgiens n'avaient d'autres ressources à leur disposition, dans l'étude des malades, que leurs sens pour les constatations matérielles, leur raisonnement pour la coordination des données recueillies et les déductions qui s'en dégageaient.

Aujourd'hui nous sommes armés d'un outillage destiné à compléter ou à corriger les imperfections et les insuffisances de nos sens. Microscope, thermomètre, sphygmographe, cystoscopie, séparation des urines, radioscopie, bronchoscopie, radiographie, cryoscopie, sont autant de moyens de recherche capables de nous faciliter singulièrement notre tâche dans certaines circonstances. Sachez en user largement lorsque le besoin s'en fera sentir, mais n'oubliez pas que vous avez des sens. Continuez à leur demander tout ce qu'ils peuvent vous donner. Exercez-vous encore à étudier les nuances du faciès, à saisir les variations du pouls sans le secours du sphygmographe, à percevoir l'abaissement de la température des extrémités, du nez, de la langue, sans l'aide du thermomètre, à reconnaître l'existence et la direction d'une fracture sans que les rayons de Rœntgen soient venus à votre aide.

Comme ces maîtres qui n'ont recours à leurs serviteurs que s'ils ne peuvent faire autrement, afin de garder plus d'indépendance dans leur vie privée, n'invoquez l'aide de certains de ces moyens adjuvants que dans le but de compléter vos sensations et de les contrôler, et commencez toujours par agir comme si vous étiez des contemporains de Desault ou de Dupuytren. Vous affinerez ainsi votre sagacité, vous consoliderez votre jugement en le solidarisant sans cesse avec vos sens. Vous développerez votre personnalité en la défendant contre l'exagération du rôle des moyens adjuvants.

Messieurs, je vous ai dit que J.-L. Petit avait redonné à l'observation le pas sur les raisonnements *a priori* et sur les conceptions théoriques. C'est l'observation qui a fait la force de Desault, de Bichat, de Dupuytren, de tous leurs éminents successeurs. Elle a pu, du côté de la médecine, donner naissance à des écoles qui se sont trop attachées au fait matériel et qui ont eu la crainte exagérée des idées générales; elle a refréné les élans vers les conceptions trop larges et par cela même un peu vagues de certains esprits ennemis du terre à terre. Partout et toujours on retrouve sa trace dans tout le cours du XIX[e] siècle, aussi bien chez les cliniciens proprement dits que chez les opérateurs exclusivement portés à l'action.

Son influence a été si persistante, si profonde, si universellement reconnue que, par une interversion frappante des situations, la philosophie contemporaine s'est faite à certains égards la subordonnée des sciences médicales, au lieu d'en être, comme par le passé, l'inspiratrice et la régulatrice. Comme celles-ci, elle se réclame de l'observation et de la méthode expérimentale; la psychologie est devenue la psychophysiologie. Le triomphe est complet, et l'on peut ajouter, sans crainte d'être démenti par l'avenir, définitif.

Depuis le commencement de ma carrière, j'ai tâché de suivre d'aussi près que possible ce guide sûr, le plus sûr du moins sur lequel la chirurgie puisse compter. S'il ne m'a pas toujours préservé de l'erreur, il m'a souvent aidé à découvrir la vérité. Je ferai tous mes efforts pour lui rester fidèle. Imprégnez-vous de la conviction qui m'anime relativement au secours puissant qu'on peut en attendre en toute confiance. Vous resterez ainsi avec moi dans la tradition de la clini-

que française, terrain sur lequel, je ne crains pas de le dire tout en rendant justice à la valeur de nos rivaux, nous n'avons pas beaucoup à craindre de périlleuses comparaisons.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Les injections intra-pulmonaires de glycérine iodoformée chez les phtisiques

Les effets favorables des injections d'iodoforme, en solution éthérée ou en suspension glycérinée, dans les diverses formes de tuberculose chirurgicale, ont suggéré à **M. W. Gessner** (*Centralbl. f. chir.*, 23 avril 1903) l'idée de pratiquer des injections intra-pulmonaires de glycérine iodoformée chez les phtisiques. Après avoir essayé ce procédé de traitement dans trois cas de tuberculose pulmonaire avancée, avec grosses cavernes, et en avoir obtenu un soulagement marqué, se manifestant surtout par la diminution de la toux et des crachats, l'auteur se crut autorisé à l'expérimenter chez quatre autres sujets, atteints de tuberculose pulmonaire au début. Ces malades présentaient des infiltrations pulmonaires plus ou moins étendues, évoluant sans fièvre; toux quinteuse et expectoration bacillifère abondante. Chez tous — après une seule injection dans un cas, deux injections dans deux cas, et trois injections chez le quatrième malade — la fièvre, la toux et l'expectoration disparurent, les bacilles ne se montrèrent plus dans les crachats, l'appétit et l'état général s'améliorèrent rapidement et le poids du corps augmenta dans une forte proportion. Actuellement, ces malades peuvent être considérés comme guéris.

Pour les injections intra-pulmonaires, l'auteur s'est servi d'une glycérine iodoformée à 10 % et d'une seringue d'une capacité supérieure à 5 cc., munie d'une aiguille fine et longue. Après insensibilisation préalable de la peau, par un jet de chlorure d'éthyle, on enfonce l'aiguille à travers un espace intercostal, dans l'un ou l'autre lobe pulmonaire. Pendant cette petite opération, qui a toujours été très bien supportée, le malade demeure assis, la tête penchée en avant. Pour pousser l'injection dans le sommet d'un poumon, on pique l'aiguille de la seringue en un point situé au niveau de la première ou de la seconde vertèbre dorsale, à deux ou trois travers de doigt de la colonne vertébrale — à droite ou à gauche. On enfonce l'aiguille, en la tenant élevée à 45° au-dessus de la ligne horizontale, dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. On retire ensuite un peu le piston de la seringue, pour s'assurer qu'on n'a pas pénétré dans un vaisseau. Cette vérification faite, on injecte lentement 5 cc. de glycérine iodoformée. C'est à ce moment seulement que le malade éprouve une douleur assez forte, mais supportable.

L'injection, dans le lobe inférieur d'un poumon, est faite au niveau de l'angle de la sixième ou septième côte, à travers le sixième espace intercostal, la canule étant tenue inclinée à 30° sur la ligne horizontale, et dirigée en même temps de façon qu'elle pénètre non pas dans le centre du poumon, mais plutôt dans ses parties périphériques, qui sont moins vascularisées.

Ces injections sont répétées, au besoin, tous les dix à quinze jours. Le malade garde le lit pendant quatre à six semaines.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 19 avril.

De la stagnation du poids chez les jeunes enfants

M. Variot. — J'ai recueilli, au dispensaire de Belleville, un grand nombre d'observations de nourrissons qui, amenés au dispensaire au cours ou dans la convalescence de troubles digestifs graves, ont présenté une stagnation de poids plus ou moins prolongée, malgré le retour à une alimentation rationnelle et la cessation complète des troubles intestinaux. Un enfant est resté à 4300 grammes pendant onze mois, un autre, pendant six mois, à 1600 grammes; en général, ces enfants finissent par se décider à reprendre leur croissance; parfois, c'est à la suite d'une modification dans l'alimentation; un enfant, après une stagnation de trois mois pendant lesquels il était alimenté au lait stérilisé à 108°, a augmenté rapidement à partir du jour où on a pu lui donner une nourrice au sein; d'autres ont augmenté à partir du moment où le lait maternisé a été substitué au lait stérilisé; mais, dans bien des cas, aucun changement dans l'alimentation ne fait cesser la stagnation, et c'est seulement au bout d'un temps variable et sans cause apparente, que la croissance a repris son cours.

M. Hutinel. — J'ai observé des faits de ce genre, non seulement chez des nourrissons, mais même chez des enfants plus grands, et toujours dans les mêmes conditions, toujours à la suite d'infections intestinales, graves assurément, mais surtout prolongées; on ne voit pas de fait de ce genre à la suite d'entérite aiguë, même des plus graves, si la guérison est prompte; au contraire, quand une entérite s'éternise, il se fait sans doute, dans les ganglions et le foie, des modifications profondes entravant l'assimilation. La digestion intestinale se fait bien; il n'y a plus ni diarrhée, ni glaires; les selles sont parfaites, l'appétit normal; l'enfant reste gai et vif, mais il reste maigre, souvent pâle, et il n'y a aucune augmentation de poids. Au bout d'un temps variable, l'augmentation revient; j'ai même vu plusieurs de ces enfants devenir, par la suite, des obèses.

En cas semblable, le lait de femme ne donne pas toujours de bons résultats; j'ai vu un nourrisson être changé trois fois de nourrice sans qu'aucune arrivât à le faire progresser. L'enfant, prenant de l'âge, a été sevré, mais ni les panades, ni les purées, ni la viande crue, même aidée de sucre gastrique de porc, n'ont pu le faire augmenter. Il a maintenant dix-neuf mois; j'espère le voir partir un de ces jours, mais je ne saurais déterminer quand.

Parfois c'est à l'occasion d'une modification alimentaire que la poussée arrive; selon les cas, les féculents, le bouillon de poulet, le babeurre, le kéfir, le lait d'ânesse se trouvent convenir à l'organisme de l'enfant, et il est impossible de dire pourquoi chacun réussit dans un cas et échoue dans d'autres.

M. Guinon. — Je puis confirmer absolument tout ce que vient de dire M. Hutinel. J'ai vu des enfants ne pas augmenter d'un gramme pendant six, huit mois, après guérison complète d'une entérite prolongée. J'ai vu des enfants de trois et quatre ans ainsi complètement arrêtés dans leur croissance. J'ai vu, dans quelques cas, le séjour à la campagne être le point de départ de la reprise d'une assimilation normale.

Fièvre typhoïde et rougeole

M. Thomas (Genève) rapporte une observation de coïncidence de rougeole et de fièvre typhoïde. L'origine de la fièvre typhoïde n'a pu être déterminée. Il n'y en avait pas eu depuis bien longtemps dans la localité.

M. Sevestre dit qu'il peut être parfois difficile de retrouver l'origine d'une fièvre typhoïde; il ne faudrait pourtant pas conclure pour cela à la possibilité de l'éclosion spontanée.

M. Apert dit que l'incubation de la fièvre typhoïde est des plus variables. Si on l'a vue, dans un cas, se développer peu d'heures après l'absorption d'une culture de bacille d'Eberth, ingérée accidentellement ou dans un but de suicide, dans d'autres elle ne s'est développée qu'au bout de vingt jours; dans deux observations, les phénomènes d'incubation ont duré six semaines (1). Il est très difficile de faire des recherches précises sur un temps aussi étendu.

Bradycardie de la convalescence

M. Thomas (Genève) relate un cas de colite chez un enfant de six ans, dans la convalescence de laquelle le pouls est tombé à 60; il existait des pulsations veineuses supplémentaires dues à des contractions cardiaques avortées, limitées à l'oreillette.

(1) Ces deux observations ont été publiées par M. Apert dans ce journal (*Bulletin médical*, 1898, p. 1013).

Diabète suraigu avec coma précoce

M. Rist. — Un enfant, jusque-là bien portant, est pris d'indigestion après une visite à la Foire aux pains d'épices; à la suite de cette indigestion, il est pris de soif très vive qui persiste les jours suivants. Six jours après il tombe dans le coma. On l'amène à l'hôpital avec le ventre ballonné, dans un état assez grave pour faire penser à une péritonite et discuter l'opportunité d'une opération; mais l'urine amenée par un sondage fut reconnue sucrée et le véritable diagnostic établi; autopsie négative; l'examen histologique du bulbe et du pancréas les révèle absolument sains.

M. Variot. — Chez l'enfant, le diabète est toujours grave et le coma survient brusquement sans phénomène prémonitoire.

Hypertrophie congénitale du pied

M. Grisel présente un nouveau-né atteint de sillon congénital au niveau de la partie inférieure de la jambe gauche. Toute la partie sous-jacente du sillon s'hypertrophie avec une grande rapidité; le pied forme une énorme masse boudinée, à la face inférieure de laquelle les orteils n'apparaissent plus qu'au fond de petites dépressions circulaires.

Le liquide céphalo-rachidien dans la tétanie

MM. Rist et Simon. — Nous avons examiné, dans le service de M. Guinon, trois cas de tétanie; dans un cas pur, sans fièvre, le liquide céphalo-rachidien était normal, sans éléments figurés; dans deux cas où la tétanie compliquait une broncho-pneumonie, le liquide contenait des lymphocytes; mais cette réaction peut se voir dans la broncho-pneumonie. Il est vraisemblable que la tétanie n'altère en rien le liquide céphalo-rachidien.

M. Guinon. — L'un de ces malades avait de l'œdème du dos, des mains et des pieds; c'est un signe de tétanie qui peut, parfois, permettre de dépister des tétanies frustes en incitant à rechercher le signe de Trousseau (position tétanique provoquée en liant circulairement le membre) et le signe de Ghvostek (signe du facial).

M. Moizard a également constaté l'intégrité du liquide céphalo-rachidien dans un cas de tétanie.

MM. Rist et Simon relatent l'histoire de deux enfants qui, enfermés dans une chambre dont le poêle fumait, ont été trouvés asphyxiant. Amenés à l'hôpital ils furent rapidement ranimés, mais 24 heures après ils commencèrent à suffoquer en présentant les signes d'une obstruction laryngée; la trachéotomie ne les soulagea qu'en partie; ils rejetaient par la plaie trachéale du pus strié de suie, et finalement succombèrent dans le tableau de la bronchite capillaire suffocante. A l'autopsie, bronchioles pleines de pus strié de noir; muqueuse du larynx sphacélée superficiellement.

M. Ausset dépose un mémoire de **M. Ballenghien** (de Roubaix), intitulé « Étude clinique sur les pleurésies purulentes de l'enfance. »

E. Apert.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 26 avril

La prothèse par la paraffine

M. Ch. Monod. — Il semblait naturel et simple de combler les cavités pathologiques et de redresser les parties accidentellement affaissées en injectant localement des substances rendues momentanément liquides, mais se solidifiant rapidement. C'est ce que l'on fit au moyen de la vaseline.

Au début de cette pratique, tout parut pour le mieux. Mais, au bout d'un certain temps, on reconnut que cette méthode présentait les inconvénients suivants : 1° la vaseline pouvait s'insinuer en dehors de la zone opératoire; c'est ainsi qu'en restaurant des nez, on vit la vaseline gagner les paupières; 2° sous l'influence d'une fièvre élevée, la vaseline injectée fondait; 3° enfin la substance injectée pouvait se répandre dans le torrent circulatoire, déterminer des embolies, amener la mort.

Pour remédier à ces divers inconvénients on remplace — et avec succès — la vaseline par la paraffine, dont le point de fusion est beaucoup plus élevé. Seulement la rapidité de solidification de la paraffine rend parfois difficile le modelage de cette substance injectée.

Pour y remédier on se sert de seringues dont le cylindre est entouré d'un manchon d'eau chaude. C'est ainsi qu'on nous a soumis une seringue où la paraffine, sous l'influence de la pression, s'écoule à l'état liquide; mais je n'ai pas expérimenté cet appareil.

M. Cornil. — L'étude histologique des injections de paraffine a montré que les particules de cette substance déterminent, en somme, une irritation chronique du tissu conjonctif qui a pour résultat de les maintenir *in situ*.

M. Hallopeau. — Dans un cas que je possède, les injections de paraffine faites pour réparer le nez d'un enfant ont eu pour résultat la perte d'un œil.

M. Cornil — Je ferai remarquer à M. Hallopeau que, dans ce cas, la paraffine a été injectée dans du tissu de cicatrice, c'est-à-dire dans un tissu où elle ne peut pénétrer. Elle devait donc se répandre à côté.

M. Monod. — Les injections de paraffine ont été faites, surtout à l'étranger, sur une grande échelle; les résultats en sont généralement bons, quand l'injection est pratiquée avec une substance aseptique, lentement, et en soumettant à une compression mécanique la périphérie de la zone opératoire.

M. Hallopeau. — Je persiste à croire que c'est une méthode dangereuse et dont les succès n'ont qu'une durée limitée.

Comment on peut modifier la voix des sourds-muets

M. le Dr Marage. — Les sourds-muets ont une voix spéciale, parce qu'ils parlent avec des vocables fixes, c'est-à-dire en donnant à la bouche une forme spéciale et *une seule* pour chaque voyelle.

Pour modifier leur voix, il suffit de développer l'audition de manière à faire entendre d'abord des instruments de musique, puis la voix nue. Alors on leur apprend à chanter quelques notes. Chez tous les sujets, même chez les sourds complets, on a pu développer l'audition au moins pour les instruments de musique; par conséquent, chez tous les élèves, on pourra obtenir quelque modification dans le timbre de la voix; naturellement, les progrès seront fonction de l'intelligence de chacun d'eux.

M. Laveran lit un rapport sur les maladies à trypanosomes. **M. Bœckel** (Strasbourg) un travail sur la suture tardive de la branche profonde du nerf radial. Nous avons le regret de dire que nous n'avons rien entendu de ces deux communications.

G.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1904.

(Suite.)

Thrombose cardiaque avec embolie des artères iliaque externe et fémorale gauches et de l'artère fémorale droite dans la diphtérie

M. Auché (Bordeaux) rapporte le cas d'un enfant de quatre ans et demi atteint d'angine diphtérique grave, avec croup et coryza diphtérique. Les accidents dyspnéiques intenses du malade nécessitent la trachéotomie d'urgence faite par l'interne de garde.

Malgré des injections répétées de sérum antidiphtérique, malgré le détachement des fausses membranes et l'absence de complications pulmonaires, l'état général reste grave. Au bout de huit à neuf jours surviennent de la paralysie du voile du palais, une aggravation considérable de l'état du malade et des symptômes d'embolie des membres inférieurs. La mort survient très rapidement. A l'autopsie on constate :

1° L'existence d'une thrombose apexienne des deux ventricules.

2° Des lésions très intenses de myocardite surtout parenchymateuse, et des lésions légères d'endocardite pariétale.

3° La présence d'un diplo-streptocoque

prenant le Gram dans les caillots, au voisinage immédiat de l'endocarde.

4° L'existence de deux caillots : l'un, mesurant environ 5 centimètres de long, à cheval sur l'iliaque externe et sur la fémorale gauches ; le second, long de 2 centimètres et demi, dans l'artère fémorale droite, à 3 centimètres environ de l'arcade crurale. Cette localisation de l'embolie est insolite, peut-être même unique, dans l'histoire de la diphtérie.

Sur la lithiase rénale chez les enfants

M. Monsseaux (de Vittel). — Laissant de côté la lithiase rénale des nourrissons athrepsiés, bien décrite par Comby, nous étudierons la lithiase chez les enfants de un à quinze ans, nous basant sur 77 observations recueillies à Vittel, principalement dans la clientèle de M. Bouloumié.

Cette affection a été surtout rencontrée chez des enfants d'arthritiques (81 %) et, en particulier, de graveleux (38 %). A cette prédisposition héréditaire s'ajoutent, en général, une alimentation trop abondante ou trop azotée, la restriction des boissons, un exercice physique insuffisant. Même non prédisposé, un enfant soumis à l'influence de ces causes peut créer de toutes pièces sa gravelle, d'une façon en quelque sorte accidentelle.

La lithiase s'observe à tout âge, plus fréquente chez les garçons et à mesure que l'enfant grandit. Elle est urique ou urooxalique ; plus rarement, en dehors de toute lésion ou infection des voies urinaires, elle est phosphatique et due alors à un trouble particulier de la nutrition ; elle est passagère et alterne avec la précédente.

D'habitude sablonneuse, la lithiase apparaît sans cause manifeste, ou bien à la suite de troubles gastro-intestinaux, de la scarlatine, ou d'un accident nécessitant un long séjour au lit. Elle est très fréquemment associée à d'autres manifestations arthritiques, migraines, névralgies, obésité, épistaxis, glycosurie, sueurs abondantes, douleurs articulaires, troubles digestifs et vomissements périodiques. Son principal symptôme est le rejet de sable par l'urine. La colique néphrétique est fréquente (25 cas), mais présentant tous les degrés d'intensité, souvent à répétition, facilement méconnue et prise pour des accidents digestifs. L'hématurie (8 cas) l'accompagne ou est isolée ; l'anurie est exceptionnelle. Le plus souvent il y a rejet de sables ou de petits graviers, plus rarement de calculs ; le sable non expulsé peut devenir le point de départ de calculs vésicaux. Les douleurs lombaires persistantes, l'albuminurie, mais surtout les troubles de la miction, dysurie, tenesme, incontinence, phénomènes réflexes ou dus à l'irritation du col par les urines concentrées et hyperacides, sont des symptômes fréquents. Les complications infectieuses sont rares.

L'évolution et le pronostic dépendent beaucoup des causes et du terrain, de la sévérité et de la continuité du régime alimentaire, de l'hygiène générale, du choix judicieux des cures hydrominérales dont on peut à cet âge attendre de très bons résultats.

M. Comby. — A propos de cette communication, je relaterai le résultat de mes autopsies. J'ai trouvé 40 fois des calculs dans les reins d'enfants athrepsiques. Dans un âge plus avancé, deux à trois ans, j'ai vu des enfants neuro-arthritiques, fils d'obèses, présentant des signes de gravelle avec coliques néphrétiques. J'ai vu aussi un enfant d'une dizaine d'années ayant des hématuries, sans colique néphrétique; on le croyait tuberculeux, il a guéri par une saison à Evian et a rendu des calculs.

Etude sur la leucorrhée

MM. **A. Siredey** et **H. Lemaire** (Paris). — On confond généralement sous le nom de leucorrhée tous les écoulements de la femme, quelles que soient leur nature et leur origine, et on a une tendance excessive à les rattacher tous à l'infection.

L'aspect des pertes blanches indique assez nettement leur origine, les mucosités glaireuses du col, le liquide caillebotté qui provient du vagin se distinguent facilement des sécrétions plus fluides de la cavité utérine et de celles de la vulve. Mais il est plus difficile de reconnaître l'hypersécrétion simple de celle qui résulte d'une infection des muqueuses génitales.

On néglige trop souvent de pratiquer l'examen microscopique de ces écoulements. Cependant, c'est le microscope seul qui peut revéler, par la presence du gonocoque de Neisser, la nature blennorragique de certains écoulements d'apparence inoffensive.

On ne saurait trop insister, à ce point de vue, sur la nécessité de cet examen dans la vulvo-vaginite des petites filles.

En dehors du gonocoque, l'examen bactériologique des sécrétions génitales ne saurait fournir, actuellement, aucune notion précise et de quelque utilité pratique.

Nous avons pensé que l'étude cytologique des sécrétions génitales pouvait présenter quelque intérêt. Nos recherches ont porté sur 125 femmes observées en ville et à la consultation de gynécologie médicale de l'hôpital Saint-Antoine; nous croyons pouvoir tirer de cette étude les conclusions suivantes :

1° Les écoulements génitaux de la femme, en dehors de l'infection, renferment :

a) De nombreuses cellules plates du vagin, ou des cellules prismatiques de la muqueuse du col utérin, dont le protoplasma et le noyau sont franchement colorés.

b) Des cellules du même genre dont le protoplasma prend mal la matière colorante et se désagrège;

c) Des cellules en voie de désagrégation dont le noyau se fragmente ;

d) Quelques lymphocytes en petite quantité;

e) De très nombreux cocci et bactéries mélangés aux débris des cellules, ou envahissant les cellules ;

f) Absence complète de polynucléaires.

Ces éléments s'observent chez des femmes ou chez des jeunes filles indemnes de tout passé génital, de tout trouble fonctionnel de l'appareil utéro-ovarien, dans les sécrétions qui précèdent ou suivent la menstruation — et dans les écoulements leucorrhéiques simples qui apparaissent dans les périodes intermenstruelles.

On les rencontre également chez des femmes atteintes de métrite parenchymateuse chronique, ou guérie d'affections génitales anciennes.

2° Au cours des diverses infections génitales les éléments diffèrent notablement, on observe :

a) De *rares* cellules normales du vagin ou de la muqueuse du col utérin;

b) De nombreuses cellules de l'épithélium du vagin ou de la muqueuse cervicale dont le protoplasma et le noyau mal colorés sont en voie de dégénérescence;

c) De *nombreux polynucléaires* ;

d) Des microbes en quantité moindre que dans les sécrétions normales, en revanche on y rencontre assez fréquemment le gonocoque.

3° Les sécrétions recueillies chez des cancéreuses ne renferment généralement pas de véritables cellules épithelioïdes analogues à celles que l'on trouve dans la trame des tissus, mais les cellules épithéliales, tout en conservant à peu près leur forme normale, présentent une augmentation remarquable de leur volume. Les noyaux sensiblement hypertrophiés présentent un processus actif de karyokinésie.

Ces constatations permettent de réserver pour les infections un traitement véritablement antiseptique : injections de permanganate de potasse, de chlorure de zinc, d'eau oxygénée, etc..., badigeonnages, etc., tandis que les écoulements non infectieux ne réclament que des lavages à l'aide de solutions alcalines, en même temps qu'un traitement général approprié aux circonstances.

M. Richelot. — Tout ce qui coule par le vagin n'est pas infectieux, quoique le contraire soit proclamé par les défenseurs du « tout à l'infection. »

La leucorrhée muco-purulente visqueuse correspond bien à la métrite cervicale infectieuse. Mais le mucus clair, qui s'écoule d'un col plus ou moins gros, congestionné, violacé, indique l'utérus inflammé des arthritiques nerveuses. Mais ce mucus, quand il arrive à la vulve, est d'un blanc laiteux, et cela parce qu'il s'est mélangé au liquide vaginal, qui peut être très abondant.

Les cas à mucus opalin doivent être tenus pour suspects, et l'examen microscopique est nécessaire. Cependant, le plus souvent, il s'agit d'une inflammation légère saprophytique, et non d'une infection.

Ce sont là des données cliniques qui permettent un commencement de diagnostic.

M. Pinard. — Nombre d'utérus gros ne sont pas infectés. Chez les femmes qui n'allaitent pas l'utérus reste en subinvolution. Hypersécrétion n'est pas syndrome d'infection. Une femme qui ne perd pas et dont l'utérus n'est pas gros, peut être infectée, et servir d'entrepôt pour gonocoque. La flore vaginale d'une vierge est tout ce qu'il y a de plus riche.

(*A suivre.*) GRANJUX.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie O. Doin

Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, par **M. L. Thoinot.**

M. Thoinot vient de réunir, en un volume, les leçons si intéressantes qu'il a professées pendant l'année 1902-1903, sur les accidents du travail.

Son ouvrage est divisé en deux parties :

La première partie comprend six leçons ayant trait à la loi du 9 avril 1898, aux devoirs et aux droits qu'elle a créés au corps médical. C'est la partie pratique de l'ouvrage, où le médecin trouvera des renseignements précieux, des documents instructifs et l'exposition, aussi claire que possible, de la conduite à tenir en présence d'un accident du travail.

L'auteur définit et sépare de la maladie professionnelle, avec laquelle il ne doit pas être confondu, l'accident du travail et ses conséquences : incapacité temporaire, incapacité permanente partielle, incapacité permanente absolue. Il indique ce qu'il faut entendre par consolidation ; expose le rôle du médecin traitant, du blessé, et celui du médecin de la Compagnie d'assurances; décrit la manière de faire le certificat de premier constat, la façon de procéder à une expertise et d'en rédiger le rapport ; traite la question des autopsies en matière d'accidents du travail et la question de l'hospitalisation des blessés.

La deuxième partie, purement didactique, comprend treize leçons, où sont exposées les affections médicales d'origine traumatique. Après un préambule consacré au mode général de production des affections médicales d'origine traumatique, l'auteur étudie successivement les affections pulmonaires (pneumonie et gangrène pulmonaire traumatiques, phtisie traumatique, pleurésie), les cardiopathies traumatiques ; les affections stomacales, intestinales et péritonéales ; les affections cérébrales et médullaires ; le diabète traumatique ; l'hystérie, la neurasthénie et les psychoses d'origine traumatique.

Les chapitres concernant la tuberculose traumatique, si difficile à préciser et à interpréter, les névroses et affections nerveuses post-traumatiques, d'un diagnostic si délicat, sont particulièrement intéressants.

Ce qui frappe dans l'ouvrage de M. Thoinot, outre la clarté et les connaissances précieuses qu'on y trouve, c'est le soin avec lequel l'auteur a su éviter la sécheresse d'un enseignement nouveau. Les observations nombreuses qui accompagnent la description des symptômes rendent la lecture de ces leçons facile autant qu'intéressante.

G. BERRUYER.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Marianelli, méd. de 2e cl. de réserve.

MUTATIONS

M. le méd. princ. Negretti serv. au port de Brest

M. le méd. de 1re cl. Fournes serv. à la fonderie de la marine à Ruelle, en rempl. de M. Baret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC

Cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques.

M. Marcel Labbé commencera le jeudi 5 mai, à 3 heures, au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec, un cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques.

Ce cours sera continué les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, et sera terminé en douze leçons.

Programme du cours :

1° Les éléments du sang normal et leurs fonctions.

2° Numération des globules du sang.

3° Préparations de sang sec; fixation; coloration.

4° L'hémoglobine à l'état normal et pathologique. Dosage. Altérations. Activité de réduction.

5° Les globules rouges; leurs altérations; hyperglobulies et hypoglobulies; résistance globulaire.

6° Les anémies : chloroses, anémies pernicieuses, oligémies.

7° Les globules blancs : leurs variétés; formule leucocytaire.

8° Les leucocytoses; valeur diagnostique et pronostique.

9° Leucémies et états pseudo-leucémiques.

10° Coagulation du sang. Réseau fibrineux, alcalinité du sang.

11° Le sérum : sérums lactescents, laqué, lactescent; sérums précipitant, hémolysant, agglutinant.

12° Cytodiagnostic des sérosités pathologiques et du liquide céphalorachidien.

Les droits à verser sont de 100 francs.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les bulletins de versement relatifs aux droits seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

THÈSES

Mercredi 4 mai. — *M. Collet* : De l'accouchement spontané rapide et de l'expulsion imprévue du fœtus au point de vue obstétrical et médico-légal. — *M. Delaunay* : Contribution à l'étude des calculs de la prostate. — *M. Deschamps* : Pronostic de la coqueluche à Paris (statistique du Dispensaire de la caisse des écoles du VIIe arrondissement, 1897-1903). — *M. Mony* : Contribution à l'étude des troubles de la nutrition dans la syphilis. — *M. Barbary* : Essais sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin. — *M. Bonneau* : Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin. — *M. Bouquière* : Des faux cancers de l'estomac. — *M. Hullen* : Le pronostic des urano staphylorraphies pour fissures congénitales.

Jeudi 5 mai. — *M. Charpentier* : Étude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale. — *M. Marnay* : La suggestion hypnotique dans la cure des buveurs d'habitude. — *M. Lecointre* : La réaction du séro-diagnostic dans l'ictère. — *M. Lauriat* : Contribution à l'étude du traitement sanglant des fractures fermées de la jambe. — *M. Lafoy* : Contribution à l'étude de l'extraction des projectiles intracraniens. — *M. Masson* : Indications de la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez le nourrisson. — *M. Henry Joseph* : Recherches cliniques sur le glaucome primitif dans ses rapports avec l'artério sclérose et l'imperméabilité rénale.

Samedi 7 mai. — *M. Cahen* : Contribution à l'étude des néphrites albumineuses et de l'urémie au cours de la tuberculose pulmonaire. — *M. Tulasne* : De l'ectopie rénale, difficulté du diagnostic. — *M. Martin* : Valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant. Résultats de la cure marine. — *M. Raucher* : Étude sur les formes prolongées de la pneumonie chez l'enfant.

NOUVELLES

Le sixième voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique du professeur Landouzy, du 3 au 15 septembre 1904.

Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne : Néris, Evaux, La Bourboule, Mont Dore, Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues — les sanatoriums de la Motte-Beuvron et de Dartol — les stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran.

Le programme détaillé sera publié en mai 1904 par le Dr Carron de la Carrière, organisateur les V. E. M., 2, rue Lincoln, Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

(Enseignement complémentaire.)

M. Guisez, ancien interne des hôpitaux, commencera le mardi 10 mai, à 3 heures, un cours d'oto-rhino-laryngologie.

Ce cours sera essentiellement pratique et comprendra 10 leçons (examen de malades, diagnostic, thérapeutique).

Prière de s'inscrire les mardi et samedi, de 1 à 3 heures, à la consultation oto-laryngologique de l'Hôtel-Dieu (nombre de places limité).

NÉCROLOGIE

M. Noir (La Bourboule).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 34 | 10 Centimes le Numéro | SAMEDI 30 AVRIL 1904

LE

BULLETIN MÉDICAL

Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... **8** fr. par an
Etranger (frais de poste compris) **12** fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.

S'ADRESSER

Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.

Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. PORTE ET THIOLLIER frères, 54, rue Jacob.

Direction scientifique :

MM. LES PROF. GRANCHER & LANNELONGUE

Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT

Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION

PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... **8** fr. par an
Etranger (frais de poste compris) **12** fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.

Ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement a expiré fin mars sont instamment priés de nous faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement annuel en un MANDAT-POSTE adressé au gérant du journal, 4, rue de Lille, Paris.

SOMMAIRE

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination :

1° A une place d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise).

2° A une place d'interne en médecine à l'Institution Sainte-Périne.

3° A une place d'interne en médecine aux fondations Chardon-Lagache et Rossini.

4° A deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées).

Ce concours sera ouvert le lundi 13 juin 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 16 mai jusqu'au mardi 31 mai.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er juillet suivant.

Sont admis à prendre part au concours : -

Les élèves externes des hôpitaux de Paris.

Les élèves en médecine de 3e année, qui auront fait au moins six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, par écrit, de rester attachés pendant une année au moins à l'établissement dans lequel ils auront été institués. Ils ne pourront, d'autre part, conserver leurs fonctions pendant plus de deux années.

L'indemnité annuelle attribuée aux internes de l'hospice de Brévannes est fixée à 1200 francs; celle attribuée aux internes de l'Institution Sainte-Périne, des fondations Chardon-Lagache et Rossini et du sanatorium d'Hendaye à 1000 francs, indépendamment des avantages en nature, du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

M. le méd. de 1re cl. Chabanne a été nommé pour cinq ans, après concours, à l'emploi de prof. d'anatomie et de méd. opératoire à l'école du service de santé de la marine à Bordeaux, en rempl. de M. Barrat.

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Frézouls est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôp. princ. de Toulon, en rempl. de M. Chabanne.

POSTES MÉDICAUX

Les renseignements relatifs aux postes médicaux, cessions de clientèles, sont donnés à titre de simple indication, sans garantie aucune de l'Administration du journal.

Docteur en médecine demande à faire des remplacements, Paris ou province. Ecrire aux initiales J. A., 6, rue Alfred Stevens.

THÉRAPEUTIQUE

Des avantages du Thiocol sur la Creosote et ses dérivés dans le traitement des affections pulmonaires

Par le Dr Le Goic, de Paris

La lutte contre la Tuberculose est à l'ordre du jour. Dans tous les pays, des ligues s'organisent; les gouvernements donnent leur adhésion et leur appui. Hygiène des tuberculeux, prophylaxie de la tuberculose, installations de sanatoria, publications instructives sans cesse renouvelées, telles sont les manifestations de ces louables efforts.

En même temps le nombre des agents thérapeutiques dirigés contre la bacillose, augmente dans des proportions surprenantes, ils luttent à l'envi pour une suprématie mal assurée et toujours contestable. Ce grand nombre de médicaments prouve précisément par sa diversité sa réelle impuissance, et beaucoup de médecins ont abandonné la lutte directe contre le bacille. Ils s'en tiennent au traitement hygiénique: cure de repos, cure d'air, suralimentation; quelques-uns ont même ajouté la cure psychique. Ce sont là des moyens dont l'importance est de premier ordre.

Modifier le terrain, mettre le tuberculeux en état de résistance parfois victorieuse, c'est là une partie très importante du traitement; mais il ne saurait à lui seul obtenir des résultats complets, et il faut le renforcer par un traitement actif de la lésion elle même.

Ces moyens hygiéniques d'ailleurs, ne sont pas à la portée de tous les milieux et de toutes les bourses. L'immense majorité de la classe ouvrière si éprouvée, ne saurait se contraindre à passer des années ou des mois sur la chaise longue, au pays du soleil, avec une alimentation choisie et partant fort coûteuse. Il faudra donc chez ces malades combattre les lésions par d'autres moyens; nous nous adresserons aux médicaments. Du reste chez tout tuberculeux l'action médicamenteuse est nécessaire et si le discrédit semble tombé sur elle, il est temps de revenir a d'autres idées, aujourd'hui surtout ou nous avons quelques médicaments vraiment actifs comme le Thiocol par exemple.

Nous savons en effet que dans toute lésion tuberculeuse, à côté du bacille de Koch, il y a de très nombreux agents d'infection secondaire. Non seulement ils augmentent par leurs toxines le mauvais état général et local du sujet, mais ils détournent vers eux les défenses de l'organisme et, pendant que les leucocytes leur livrent bataille, le bacille continue sûrement et tranquillement son œuvre.

Voilà donc une notion de la plus haute importance, et qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit. S'occuper en effet de l'hygiène seule, serait relever les forces de l'organisme pour le grand bien des microbes qui le minent, ce ne serait pas les attaquer eux mêmes, ce ne serait pas détruire la cause de la déperdition des forces.

Aussi le professeur Bouchard avait il raison de dire: « Ce qui doit primer tout, c'est l'hygiène, mais en associant l'hygiène et l'antisepsie, on obtient le maximum de bénéfices. »

Le traitement de la tuberculose consistera donc:

1° Traitement hygiénique et diététique dont nous n'allons pas nous occuper ici;

2° Traitement médicamenteux agissant insuffisamment, il est vrai, sur le bacille lui même, mais d'une manière très active sur les agents de l'infection secondaire et par contre coup sur le bacille.

Nous ne parlerons pas de divers sérums que l'on a proposé sans succès d'ailleurs. Le sérum de Maragliano est resté sans résultat; les tuberculines de Koch, par un effet contraire à toute prévision, arrivaient à donner la tuberculose; la tuberculine de Denys de Louvain est encore insuffisamment expérimentée.

Oui, faire l'antisepsie des voies respiratoires voilà ce qu'il faut chercher. Voyons donc quels antiseptiques du poumon nous avons à notre service.

« L'Iode et les iodures sont vantés depuis longtemps dans le traitement de la tuberculose. Ils peuvent faire beaucoup de bien ou beaucoup de mal; aussi sont-ils difficiles à manier et pour cette raison repoussés par nombre de médecins » *Lyon-clinique thérapeutique* 1902.

L'Iodoforme contrairement à ce qu'on a prétendu n'a pas d'action bactéricide. Les résultats heureux annoncés par Moleschott, Semmola n'ont pas été confirmés. En revanche il peut favoriser l'apparition des hémoptysies, et il détermine vite des troubles digestifs. Sans présenter l'effet toxique et les propriétés physiques qui rendent son application souvent si difficile, surtout à l'intérieur, par voie stomacale ou cutanée, les succédanés de l'iodoforme ne réussissent pas mieux que lui dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. La médication soufrée semble avoir donné des résultats plus appréciables, et on se rappelle les expériences cliniques faites avec l'Ichtyol, ses dérivés et ses succédanés. Néanmoins tous ces médicaments n'ont pas une action suffisamment énergique.

La créosote est incontestablement celui des antiseptiques qui rend les plus grands services. « La créosote agit, dit M. le professeur Bouchard, en vertu de son pouvoir antiseptique général. Ce pouvoir serait égal ou supérieur à celui de l'acide phénique. » M. Bouchard en effet a constaté que la créosote à 0,8 pour 1000, empêchait le développement du bacille de Koch dans le bouillon peptonisé. Il a noté aussi que des lapins inoculés de bacilles et recevant journellement de la créosote, étaient préservés de la tuberculose. Chez l'homme les résulats ont été remarquables. « Au bout de huit à quinze jours, dit M. Bouchard, l'expectoration diminue, puis la toux devient moins fréquente et moins pénible, l'appétit renaît, la fièvre est moins forte, les forces reviennent, les sueurs nocturnes se suppriment, l'amaigrissement cesse et bientôt le poids augmente. Enfin les signes locaux s'amendent, la matité, le souffle d'induration s'atténuent et disparaissent ».

Cependant nous constatons tous les jours l'intolérance des malades pour la créosote. Les hautes doses sont généralement mal supportées par l'estomac. Certains malades présentent même des symptômes d'intoxication par des doses extrêmement faibles. C'est là du reste, la constatation d'un fait clinique contre lequel personne ne peut protester; et, interprétant ces observations, Burlureaux et Robert Simon concluent: « L'intolérance de l'organisme à l'égard de la créosote n'est le fait ni d'une lésion particulière, ni d'une maladie propre, ni d'une condition spéciale du sujet; elle est passagère ou permanente, proportionnelle à la diminution passagère ou permanente de la résistance vitale; sa cause dernière réside dans un état de déchéance de l'organisme tel qu'il ne peut être fait appel à ses moyens de défense. » La créosote est donc difficile à manier. Elle est même un médicament dangereux, car le professeur Arnozan de Bordeaux a pu écrire: « quelle que soit la voie d'introduction du remède, des phénomènes de saturation, d'intolérance et même d'empoisonnement mortel peuvent se produire. »

Le gaïacol d'où la créosote tire ses qualités est un médicament dangereux, il provoque une hypothermie telle, qu'elle arrive parfois au collapsus et à la mort au milieu de sueurs profuses. Les autres dérivés de la créosote, créosotal, créosal, duotal, phosphotal et autres, sont irritants ou ont une action curative inférieure à la créosote.

Pour lutter contre la bacillose, le Thiocol est, à l'heure actuelle, le médicament qui remplit les meilleures conditions. L'opinion du corps médical est faite à ce sujet. Schnirer à Vienne, Rossbach en Allemagne, ont montré les premiers sa supériorité sur la créosote.

Le Thiocol est l'ortho-sulfo-gaïacolate de potassium. C'est une poudre blanche, complètement inodore, soluble dans quatre parties d'eau froide et dans une partie à chaud. Il renferme 52 pour 100 de gaïacol. Il présente sur la créosote et ses dérivés les avantages suivants : absence d'odeur, grande solubilité dans l'eau, facile absorption. De plus, il a toutes les propriétés antiseptiques et curatives de la créosote, il n'exerce aucune action toxique ou nocive sur les muqueuses digestives. Schwartz, qui l'a utilisé dans la tuberculose pulmonaire, a observé : « Une augmentation considérable de l'appétit et du poids du corps, la diminution notable du nombre et de l'intensité des accès de toux, la disparition des sueurs nocturnes et de la fièvre. En même temps l'état général s'améliore, l'expectoration devient plus facile, et les crachats de purulents deviennent séro-muqueux. Au point de vue des signes physiques, on constate que la matité devient moins prononcée, les râles diminuent puis disparaissent complètement ». *Thèse de Gripon, Paris 1903.* N'est-ce pas le tableau clinique que traçait tout à l'heure le professeur Bouchard à propos de la créosote? Du reste, tous les praticiens sont d'accord au sujet des bons effets du Thiocol, non seulement dans la bacillose, mais dans toutes les affections chroniques du poumon. Le docteur Gripon cite dans sa thèse : *Essai sur le Thiocol,* 35 observations complètes et qui prouvent surabondamment les réelles qualités du Thiocol.

En premier lieu, constatons un fait : Le Thiocol ne produit jamais d'intolérance stomacale; ce qui est de la plus haute importance dans une maladie consomptive comme la tuberculose où nous devons conserver intacte l'intégrité des voies digestives. Cette qualité du Thiocol, nous l'avons observée nous-mêmes. Dans un premier cas, il s'agissait d'une neurasthénique, atteinte de bronchite chronique avec emphysème, et dont l'estomac était des plus défectueux, au point de ne pouvoir supporter aucun médicament. Eh bien! non seulement elle n'a eu aucune intolérance pour le Sirop Roche au Thiocol que nous lui avons ordonné, mais nous avons observé chez elle une diminution sérieuse de la toux, des crachats, des congestions si fréquentes d'habitude, et le relèvement de l'état général.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de vingt ans atteinte d'une bronchite au sommet avec hémoptysies. L'état général était défectueux, l'estomac fatigué par une gastrite chronique se refusait à digérer l'huile de foie de morue et la créosote à doses très faibles. Nous avons ordonné, malgré ses craintes, le Sirop Roche au Thiocol. En quinze jours environ nous avons observé la disparition des crachats hémoptoïques; la toux était calmée, l'estomac avait parfaitement toléré le Thiocol, la malade avait de l'appétit, les forces renaissaient, la poitrine se dégageait. Nous ne serions donc pas éloignés de croire, avec certains auteurs, aux propriétés stomachiques du Thiocol. Mais il a aussi une action véritablement bactéricide : « Les cobayes inoculés avec des crachats de malades traités par le Thiocol ne présentent aucun phénomène tuberculeux ». *Thèse de Gripon.* Il agit puissamment sur les microbes de l'infection secondaire et diminue la purulence des crachats, ce qui ne tarde pas à entraîner la chute de la température.

Cette action bactéricide a été surtout bien étudiée par Draco et Mota Cocco. Voulant déterminer l'action du médicament sur les micro organismes, ils ont cherché quelle influence le Thiocol pouvait avoir sur le plasma, les globules, l'isotonie et l'alcalescence du sang. Après injection sous-cutanée de 0 gr. 20 de Thiocol (en solution à 10 pour 100) par kilogramme de chien, ils ont constaté que le Thiocol exerce une action favorable sur l'état du sang lui permettant de lutter victorieusement contre les processus morbides. C'était d'abord une augmentation notable des albumines du plasma, un relèvement du rapport entre la sérum globuline et la sérum albumine. Or, nous savons, d'après les travaux de Burckhardt et de Tiegel, que la sérum albumine diminue jusqu'à disparaitre dans les processus morbides qui s'accompagnent d'une destruction globulaire. Le Thiocol donc, en s'opposant à la destruction de la sérum albumine, est un agent puissant de défense pour l'organisme. Le Thiocol augmente, en outre, le nombre des leucocytes, il favorise ainsi la leucocytose, et en affirmant encore l'alcalescence du sang et son isotonie, il développe l'action bactéricide du sang lui même, s'il faut en croire les travaux de Fodor, Zagari et Calabrèse.

Nulle part nous n'avons vu signalés des cas d'intolérance ou d'intoxication. Rossbach a pu donner jusqu'à 30 grammes par jour de Thiocol à des chiens sans amener la moindre intoxication. M. le docteur Bousquet, dans un article paru dans la *Presse Médicale,* n° 25, dit à ce sujet : « Les injections sous-cutanées d'une dissolution à 1/5 (1 gramme de Thiocol par jour et par kilogramme) ne produisent ni irritation au point de la piqûre, ni trouble général et la résorption est complète ». Le Thiocol, en effet, n'est pas toxique, et, grâce à lui, on peut soumettre les malades à une médication intensive. Il se présente donc à l'heure actuelle comme un excellent médicament de la tuberculose pulmonaire et des affections chroniques du poumon.

Dans son traité de *Clinique thérapeutique,* G. Lyon écrit, à propos du Thiocol : « Même en solution concentrée il n'exerce aucune action caustique sur les muqueuses et, de plus, n'est pas toxique. Les résultats obtenus sont : amélioration de la bronchite, diminution des bacilles, relèvement de l'appétit et des forces ». Et Arnozan écrit aussi : « Le Thiocol serait capable de guérir la tuberculose au premier et au second degré, et de l'améliorer au troisième ». Très soluble dans l'eau, il est sans action fâcheuse sur l'estomac aux doses usuelles de 1 à 3 grammes par jour. Pour G. Lyon, on peut employer le Thiocol entre 3 et 6 grammes par jour.

En résumé, nous dirons que l'importance de l'hygiène et de la diététique dans la phymatose ne doit pas faire perdre de vue l'action médicamenteuse, car si les premières s'adressent à l'état général, celle-ci agit sur les lésions elles-mêmes. Mais si l'on craint que la créosote, par son intolérance stomacale, ne contrarie les bons effets du traitement hygiénique, il sera bon de s'adresser au Thiocol, parce qu'il semble, parmi les dérivés de la créosote, le seul qui offre le plus de vertus thérapeutiques et le moins de défauts.

Pour terminer nous rappellerons ce passage d'un article du Dr Jifard paru dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° 24, 27 février 1904), qui intéressera les praticiens : « Nous ne reviendrons pas sur les qualités pratiques que le Thiocol doit à sa solubilité, à son absence d'odeur et de goût nous dirons deux mots seulement au point de vue économique. Les préparations pharmaceutiques de la créosote, du gaïacol et de leurs éthers sont d'un prix relativement élevé. Une pilule de créosote dosée à 0 gr. 10 ou 0 gr. 15 est vendue au minimum 0 fr. 05. Les vins, potions cachets composés, émulsions, sont encore plus coûteux et malcommodes.

« Les comprimés de Thiocol que nous avons employés sont dosés à 0 gr. 50, ils coûtent exactement 0 fr. 10 chacun. Nous savons que 0 gr. 50 de Thiocol renferment 0 gr. 24 de gaïacol cristallisé actif; le prix du comprimé de Thiocol est donc équivalent à celui de la pilule de créosote. »

Ajoutons que l'emploi des comprimés de Thiocol Roche est très agréable pour les personnes qui se déplacent. Ces comprimés sont instantanément solubles dans l'eau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS D'HYGIÈNE

M. le prof. CHANTEMESSE.

L'évolution de l'hygiène et les doctrines Pastoriennes

(Leçon d'ouverture faite le 26 avril 1904.)

Messieurs,

Un de mes prédécesseurs, Andral, professeur d'hygiène à cette Faculté, avant de devenir par permutation professeur de pathologie générale, avait donné cette définition : l'hygiène est l'étude des causes des maladies. J'ajoute des causes et de la prophylaxie des maladies. Mais, sous le nom de maladies, il ne faut pas entendre seulement ce qui est décrit dans les livres de pathologie. La santé n'est pas un cristal chimiquement défini. Elle est l'accommodation presque parfaite des réactions internes d'un être vivant aux actions externes qui s'exercent sur lui. Devient-elle insuffisante, alors la maladie commence elle-même. L'hygiène a pour but de faciliter et d'assurer le développement de cette accommodation, dans le physique et dans le moral, pour le corps et pour l'esprit.

La définition d'Andral fut jugée cependant révolutionnaire en 1828. Elle dépassait sensiblement le programme de l'enseignement de l'hygiène, élaboré sous la Convention par Fourcroy et Chaussier, car celui-ci n'attribuait au cours d'hygiène que l'étude des éléments de la physiologie normale, celle du régime alimentaire, et quelques notions d'hygiène publique.

Après Andral, la formule, qui fondait l'hygiène sur la recherche des causes de maladies fut reprise par Bouchardat dans son beau Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie.

Toutefois, dans la pathologie humaine, l'infection et ses divers modes de contage jouent un rôle si important qu'avant les découvertes de Pasteur et de ses élèves français ou étrangers l'étiologie et la prophylaxie des maladies transmissibles étaient très incomplètes. L'ouvrage de Bouchardat contient une étude excellente de l'hygiène alimentaire et des maladies causées par certaines intoxications ; il est naturellement moins parfait dans ce qui vise la prophylaxie des maladies microbiennes.

Les invasions de la peste, importée d'Orient dès le moyen-âge, avaient provoqué des efforts isolés de la part de plusieurs nations. A Venise, tout d'abord, des défenses sanitaires furent instituées. A cette époque, comme de nos jours, les réformes vraiment efficaces étaient la rançon des grandes épidémies. Dès le milieu du XIV° siècle, Venise avait créé des inspecteurs sanitaires ou provéditeurs de la santé. Au début du XV° siècle elle fonda le premier lazaret. Gênes et Marseille l'imitèrent. Les intendants de la santé à Marseille et à Toulon, les magistrats de la santé en Italie n'ont été d'abord que des employés municipaux veillant au régime d'isolement et de séquestration dit quarantenaire. Leur indépendance ou plutôt leur rattachement au pouvoir central fut successivement consacrée par des actes des souverains, et une juridiction sanitaire commune gouverna tout le littoral du sud de la France. C'est que la vanité des efforts isolés devenait évidente quand il s'agissait de la prophylaxie des maladies épidémiques. Nous allons voir ce sentiment se développer peu à peu et imposer à plusieurs nations la création de mesures communes ou identiques. L'hygiène internationale est ainsi venue au monde depuis longtemps sans avoir pu atteindre encore son développement logique, puisque la clef de voûte de l'édifice de prophylaxie commune aux nations, l'office central d'une direction commune, lui fait toujours défaut.

A cette hygiène internationale, mon prédécesseur, M. Proust, a apporté un zèle et un soin extrêmes. Dès 1873, il écrivit un essai sur l'hygiène internationale, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique. Depuis cette époque, de 1874 à 1904, il assista à toutes les conférences sanitaires internationales dans lesquelles il avait acquis, par la connaissance trentenaire des sujets qu'il traitait, une autorité supérieure. Il s'efforça d'adapter les mesures qui découlaient logiquement des découvertes pastoriennes à la prophylaxie des maladies pestilentielles, pour rendre cette prophylaxie à la fois moins offensive contre la rapidité des transactions commerciales et plus efficace contre les sources de la contagion. Il a succombé sur le champ de bataille qu'il avait lui-même choisi, après la victoire et avec la conscience d'avoir fait progresser son œuvre dans la bonne voie.

En effet, sur le terrain de l'hygiène, Pasteur a apporté, comme l'a écrit Duclaux, les idées tranquillement et innocemment révolutionnaires qui sont le fond de son œuvre. « Tant qu'il n'a étudié que la levure il n'a fait que révolutionner la brasserie. Mais quand il a touché aux germes pathogènes, la maladie joue un tel rôle dans le monde, que c'est l'humanité toute entière qui a été remuée de fond en comble par le revirement d'idées sorti de ses découvertes. »

Dans l'ordre scientifique comme dans l'ordre politique, les révolutions ont des conséquences de lointaine échéance et que les témoins de la première heure osent à peine entrevoir. L'hygiène sociale, qui ne fait que débuter et qui nous laisse prévoir, pour l'avenir, de grandes modifications dans les méthodes de lutte contre les maladies transmissibles, cette hygiène sociale est la fille posthume, mais légitime, de Pasteur. Il a démontré qu'il n'y avait pas de génération spontanée, que les maladies contagieuses étaient dues à des germes matériels, pondérables et préexistants. Dans son admirable livre sur les vers à soie, il a signalé comment se faisait la contagion et par quelles multiples voies elle se glissait, comment se transmettaient des parents aux descendants les germes des maladies infectieuses. Ce fut la première partie de son travail ; la seconde, non moins importante pour la médecine et pour l'hygiène, fit voir que les vers issus de parents atteints de flacherie, vers indemnes eux-mêmes de flacherie, apportaient cependant en naissant une faiblesse originelle qui les rendait la proie facile des infections. Ils périssaient par le simple fait d'une alimentation un peu imparfaite, que les vers robustes dévoraient sans danger. Le rôle de la prédisposition et celui de l'hérédo-dystrophie recevaient ainsi une démonstration expérimentale éclatante. Plus tard, l'expérience de la poule réfractaire à l'inoculation du charbon, mais qui contracte le charbon inoculé si on l'expose au refroidissement, vint donner à l'étiologie invoquée par la médecine traditionnelle une démonstration qui mettait à tout jamais de côté l'antique spontanéité morbide des maladies infectieuses, mais fournissait une preuve décisive de l'importance, dans leur éclosion des causes secondes appelées refroidissement, misère physiologique, etc.

Eloigner ou détruire les germes des maladies transmissibles, rendre le corps de l'homme plus résistant et moins sensible à leur atteinte, n'est-ce pas les deux buts essentiels de l'hygiène que les travaux de Pasteur ont rendus visibles et accessibles presque à tout le monde. Le besoin de la fonction a créé l'organe ; la nécessité de

supprimer les germes a fait inventer l'appareil qui les détruit tous, l'autoclave de Chamberland, dont les étuves de désinfection ne représentent que des imitations appropriées. La stérilisation des objets a été poursuivie par bien des procédés, mais elle a été toujours la conséquence nécessaire et absolue des idées apportées par Pasteur. Vous concevez, Messieurs, que les conditions pratiques de la désinfection ont fait, depuis cette époque, l'objet de très multiples recherches. Le cours d'hygiène devra précisément vous exposer les méthodes utilisées et les résultats auxquels elles ont conduit.

Rendre le corps de l'homme plus résistant ou même réfractaire à l'invasion des microbes pathogènes, ce problème a été abordé par Pasteur avec son génie le plus éclatant. Sans doute on savait, depuis près d'un siècle, protéger contre la variole avec le vaccin. Mais l'admirable découverte de Jenner était restée isolée, sans lendemains prochains. Elle était le résultat d'une observation clinique et non pas le fruit d'une méthode expérimentale à déterminisme précis, susceptible d'être appliquée à tout un groupe de maladies.

Les travaux de la commission lyonnaise, au sujet des rapports de la variole et de la vaccine, avaient abouti à cette conclusion, que ces maladies n'avaient pas une origine commune et que la vaccine ne descendait pas de la variole; affirmation qui est, aujourd'hui, singulièrement ébranlée. Aussi la découverte de l'atténuation du virus du choléra des poules et sa transformation méthodique en un vaccin préventif vint-elle apporter une révolution aussi grande qu'inattendue dans les espérances de prophylaxie des maladies infectieuses.

Vous savez quelle importance hygiénique ont pris, de nos jours, les injections préventives de substances vaccinantes dont la conaissance et la préparation découlent, directement ou indirectement, des travaux de Pasteur.

Voulez-vous jeter avec moi un coup d'œil sur quelques transformations que les travaux de Pasteur ont apportées dans les diverses branches de l'hygiène?

En ce qui concerne l'alimentation, depuis sa naissance jusqu'à sa mort, l'homme bénéficie aujourd'hui d'acquisitions scientifiques qui lui sont singulièrement favorables. Combien de nourrissons doivent la vie au lait pasteurisé? Combien de malades doivent au lait, protégé contre les souillures, la ressource permanente d'un aliment, peut-être de tous le plus précieux? La fabrication de la bière, la conservation des vins, la préparation des conserves alimentaires, l'apport des viandes frigorifiées, la préservation des céréales et, notamment, du maïs, par les vapeurs de soufre brûlé, et tant d'autres méthodes de perfectionnement dans la prévention ou dans la suppression des ennemis, parasites, animaux ou végétaux de l'agriculture, sortent en ligne directe du laboratoire de Pasteur.

Il nous a appris à rechercher et à trouver dans l'eau, même dans l'eau de source, la présence de germes microbiens. Vous savez que le vibrion septique a été retiré, pour la première fois, de l'eau de Seine. La purification de l'eau suspecte, par l'ébullition ou par la filtration, en fut le corollaire naturel, présenté et appuyé par des preuves décisives.

Dans l'hygiène industrielle la crainte si légitime des poussières soulevées dans les ateliers n'est-elle pas fondée en partie sur la démonstration de Pasteur de la fertilité de ces poussières et du danger de l'infection qu'elles apportent dans les voies respiratoires? La recherche de l'air pur dans les sanatoriums d'altitude, la prohibition du balayage à sec dans les salles de malades, dans les chambrées des soldats ou dans les ateliers ne découlent-elles pas en ligne droite de la fameuse expérience des ballons de culture, ouverts et demeurant stériles au contact de l'air des montagnes dépourvu de poussières.

Dans l'hygiène de l'habitation et de la cité urbaine, Pasteur fut hanté, on peut le dire, de la crainte des impuretés, de l'effroi de toutes les substances en putréfaction. Il préconisait l'évacuation des matières usées par le tout à l'égout, mais il gardait une méfiance envers les méthodes qui pratiquent la culture des plantes maraîchères pour débarrasser le sol surchargé de matières d'épandage. Il redoutait la contamination directe des plantes souillées par l'eau d'égout, et portées aux marchés des villes pour être consommées crues. A l'épandage, tel que nous le pratiquons, il aurait préféré la construction d'un canal d'écoulement des eaux usées, les emportant pour les distribuer à petites doses, tout le long des sables, dans la vallée de la Seine, vers la mer. Il fallut quinze ans pour que l'opinion de Pasteur reçut un commencement de satisfaction, quand le Comité consultatif d'hygiène interdit, sur le rapport de MM. Roux, Wurtz et Bourges, dans les champs de Gennevilliers et d'Achères, la culture des légumes destinés à être servis crus.

Pasteur fut plus heureux en ce qui concerne la pratique de la désinfection. Il vit se créer les bureaux d'hygiène et les services d'assainissement et de salubrité des grandes villes; il vit l'autoclave, qui lui avait permis de mener à bien de si mémorables expériences, devenir l'étuve à vapeur sous pression et rendre à des millions d'individus des services presque aussi précieux que ceux qu'il en avait tirés lui-même. Il vit, enfin, l'émotion publique, née de ses découvertes, provoquer le mouvement d'opinion qui a donné naissance à la loi bienfaisante dite loi sanitaire de 1902. Cette loi est un essai de codification et de mise en pratique des notions primordiales apportées par lui et par son Ecole, sinon dans toutes leurs déductions logiques, au moins dans beaucoup d'entre elles et dans leur esprit. La gestation de cette œuvre législative ne fut pas aisée ni rapide; abandonnée et reprise sans cesse, elle exigea plusieurs années. Il fallut le savoir, l'énergie, le dévouement à la chose publique des rapporteurs de la loi, le prof. Cornil au Sénat, le Dr Lenglet à la Chambre des députés; il fallut les efforts du directeur de l'hygiène publique, M. Henri Monod, du commissaire du gouvernement, M. Brouardel, d'un hygiéniste et d'un philanthrope, M. Paul Strauss, des membres de la commission d'hygiène à la Chambre et de leur président M. Villejean, des ministres de l'Intérieur, pour qu'elle vint au jour définitivement.

Toute chose humaine est sujette à la critique et cette loi n'a pas la prétention d'y échapper, puisqu'elle est et ne pouvait être qu'un compromis entre l'absolu en hygiène et ce qui est possible à un moment donné, en tenant compte de l'état politique et économique d'un pays.

L'hygiène internationale a subi, peut-être plus encore que les autres hygiènes, le contre-coup des doctrines microbiennes. Avant que fussent connues les causes et les moyens de transmission des maladies pestilentielles, les mesures auxquelles on avait recours pour empêcher leur importation étaient à la fois excessives et insuffisantes. Les longues quarantaines, sans désinfection efficace du navire, aboutissaient rarement à supprimer tous les germes dangereux, et les entraves mises aux transactions commerciales tolérables et tolérées à cette époque ne pourraient plus l'être de nos jours. Nos connaissances sur les propriétés des êtres qui produisent le choléra, la peste, la fièvre jaune, sont venues nous fournir des armes extrêmement

précieuses. Nous pouvons imaginer théoriquement que nous sommes presque les maîtres de fermer notre territoire à l'invasion de la fièvre jaune et de la peste, en détruisant, par la vapeur de soufre brûlé, les moustiques et les rongeurs que charrient les navires suspects, car l'homme pestiféré ou le typhique amarile constituent d'ordinaire des dangers moindres. Il est vrai qu'entre la décision théorique d'épurer les navires et la réalisation parfaite des mesures vraiment efficaces dans tous les temps et dans tous les cas, il y a, quelquefois, la place, la fissure par où s'insinuent malgré tout des germes dangereux. L'éclat, suivi de l'extinction rapide, d'une épidémie de peste, à Marseille, au mois de septembre dernier, est la preuve du danger qui menace et de la puissance de nos moyens d'action.

Au point de vue du choléra, nous sommes moins bien armés pour défendre nos frontières. Nous connaissons le vibrion cholérique et ses propriétés, nous savons nous protéger contre un malade bien et dûment atteint de choléra, mais l'individu à peu près bien portant, qui va et vient, circule en bateau et en chemin de fer, et porte dans son intestin des germes cholériques atténués, celui-là peut entrer chez nous, souiller les eaux d'alimentation mal captées, mal protégées, ou encore apporter l'infection sur des immondices mal évacuées, et devenir la source de cas nouveaux où le virus renforcera sa puissance et s'étendra sous forme d'épidémie. Le jour où les villes seront assainies, pourvues d'eau pure bien protégée et d'égouts convenables, le choléra ne sera, dans les pays civilisés, qu'un fléau peu redoutable.

La connaissance des propriétés physiologiques des virus des maladies pestilentielles a beaucoup modifié les pratiques du service sanitaire maritime. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les vieux lazarets, sur ces bâtisses verrouillées, crénelées, qui tiennent de la prison et de la forteresse, pour se rendre compte du chemin parcouru en quelques années. Les quarantaines interminables et inefficaces sont remplacées par la simple observation, par la visite médicale et la désinfection, par la surveillance des passagers munis d'un passeport sanitaire. Le lazaret de l'avenir tend à n'être plus représenté que par un hôpital convenablement aménagé. Mais l'atténuation des mesures pénibles pour les voyageurs ne peut être instituée aux dépens de la sécurité sanitaire du pays, et, il faut le dire hautement, cette sécurité n'est pas encore suffisamment assurée, dans tous les cas, par les méthodes de désinfection usitées dans nos ports. La nécessité se fait sentir, de plus en plus, d'imposer à chaque navire venant de pays suspects ou contaminés, la présence d'un médecin instruit, indépendant des compagnies de navigation, fonctionnaire de l'Etat, inspectant chaque jour et le bateau et ses voyageurs, et chargé lui-même d'assurer toutes les désinfections en cours de route. Certains pays nous ont précédé dans cette voie, mais la mesure ne pourra acquérir toute son efficacité que par une entente internationale. Ce serait une des œuvres importantes de l'Office d'hygiène international, dont M. Henri Monod a demandé la création et démontré l'extrême utilité à la Conférence sanitaire de Paris, que d'assurer le fonctionnement de ce service sanitaire maritime, soumis à une réglementation commune internationale. En dépit des difficultés diplomatiques, il faut espérer pour le bien de l'Europe que la création d'un tel Office se réalisera.

C'est peut-être à propos des maladies pestilentielles qu'est né le proverbe : « Les grands maux engendrent les grands remèdes ». Le pestiféré, le cholérique, le malade atteint de fièvre jaune ont toujours occupé une place à part dans les préoccupations du public. Ils n'étaient pas les malades ordinaires, les malheureux sur lesquels s'épuisaient les ressources de la charité ; ils étaient des êtres redoutables, qu'on avait le droit et le devoir d'empêcher de nuire à la société. Visible à tous les yeux, le danger de la contagion qu'ils portaient en eux-mêmes a imposé l'organisation de mesures collectives de prophylaxie. Une des conséquences a été la mise au jour d'un embryon d'hygiène sociale. Celle-ci, bien fragile, ne reposait d'abord que sur deux points d'appui : la terreur du public et les menaces législatives d'un châtiment mortel (loi de 1822). Peu à peu les idées de Pasteur ont gagné le grand public ; on a voulu se protéger contre la scarlatine, contre la diphtérie, contre la fièvre typhoïde, contre la tuberculose ; on n'a plus cherché seulement à être charitable, on s'est senti solidaire des malades, solidaire pour soi et pour les siens. Et maintenant, quand une épidémie, même minime, surgit, vous entendez le beau tapage dans la communauté ! Avec quelle vitesse s'accroît ce mouvement de protestation, le fait suivant permet de s'en rendre compte.

On savait, dans la science, que l'eau pouvait propager les germes des maladies intestinales. En Angleterre, la distribution du choléra par l'eau de la pompe de Broad street avait été démontrée par Snow, en 1866 ; en 1872, le Dr Hœgler, de Bâle, dans la fameuse épidémie de Lausen, avait donné la preuve palpable, irrécusable, que l'eau infiltrée dans les terrains calcaires pouvait apporter de très loin les germes de la fièvre typhoïde. Ces démonstrations se renouvelèrent en beaucoup d'endroits et de pays et, cependant, en 1887, quand je fournis avec Widal, non pas une hypothèse théorique — facile depuis le travail de Hœgler — mais une preuve matérielle que chaque distribution d'eau de Seine à Paris était la cause d'une épidémie de fièvre typhoïde, il y avait à peine quelques mois que le Service des Eaux avait fait installer une prise d'eau potable à un des points les plus contaminés de la Seine, au pont de Billancourt ! Aujourd'hui, les idées de protection collective ont gagné tellement de terrain, que la moindre épidémie de fièvre typhoïde met en jeu les initiatives individuelles qui s'insurgent et qui s'unissent pour trouver et dénoncer le cas initial d'où l'infection s'est répandue sur la communauté. Ce n'est pas seulement contre la fièvre typhoïde que s'exerce et s'exercera l'hygiène sociale, car indépendamment du sentiment charitable qui vise le côté pathologique, cette hygiène subit la secousse singulièrement puissante d'un autre élément d'impulsion : le facteur économique.

Voyez ce qui se passe à Liège où une coopérative socialiste, la Populaire, a éveillé l'attention de tout le monde sur les ravages que produit l'ankylostome dans les mines des charbonnages et a fait créer un service de diagnostic et de prévention au laboratoire du Dr Malvoz. L'initiative de la coopérative socialiste a été éveillée par les dépenses que lui occasionnaient les cas d'anémie répandus en grand nombre parmi les membres de la société descendant dans certaines mines.

Les caisses d'assurances ouvrières, créées en Allemagne en 1883 et 1889 contre la maladie et contre l'invalidité et la vieillesse, n'ont pas eu seulement à soigner des malades, mais aussi à veiller sur l'hygiène des bien portants pour éviter le plus possible les chances de maladie. Elles ont eu dans ce but leurs médecins, leurs chirurgiens, leurs hôpitaux, et elles ont créé des asiles, des maisons de convalescence, des crèches, des jardins d'enfants, des

bains populaires, etc. C'est encore l'intérêt financier de ces caisses d'assurances qui a bâti et subventionné les sanatoriums populaires allemands. L'idée directrice de leur création éclate dans ce fait que l'on a voulu peupler ces sanatoriums, non pas de tuberculeux, dignes de pitié, sans doute, mais bien incurables, de tuberculeux à la première période, c'est-à-dire de malades qui, bien soignés, peuvent guérir et cesser d'être à charge à la caisse d'assurance, ou tout au moins peuvent aboutir à une amélioration permettant le travail, amélioration que l'on a désignée d'un mot brutal et saisissant : la guérison économique.

Pour ces caisses d'assurances, alimentées par l'ouvrier, par le patron et par l'Etat, l'assurance obligatoire a créé la solidarité sanitaire obligatoire.

Et, dans notre pays, ne sont-ce pas des œuvres d'hygiène sociale au premier chef, ces consultations de nourrissons, ces dispensaires anti tuberculeux où les gens viennent demander simplement s'ils sont malades et ce qu'il faut faire pour ne pas le devenir?

Dans ce court résumé j'ai tâché, Messieurs, de vous donner un aperçu des modifications si profondes qu'a subies la science de l'hygiène depuis un quart de siècle.

Il est encore un point que dans cette leçon d'ouverture je veux aborder devant vous, et je le ferai franchement.

Depuis les époques les plus anciennes de la médecine, le médecin, vous le savez, s'est efforcé par tradition, par devoir, par philanthropie, par intérêt scientifique, de prévenir les causes des maladies. Tant que l'étiologie réelle de la plupart des maladies populaires a échappé, les mesures prophylactiques n'ont pas eu un caractère de certitude ni de généralité assez grand pour aboutir à diminuer considéralement la morbidité générale, excepté en ce qui concerne la variole. L'ère pastorienne a amené un bouleversement profond. Or, il devient évident aujourd'hui que les progrès de l'hygiène, la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, le souci de boire de l'eau pure, la réfection des égouts, la désinfection systématique, la sérothérapie préventive, la prophylaxie de la malaria dans certains pays, l'éducation hygiénique du public, etc. etc., ont fait baisser beaucoup le nombre des cas de maladies. L'agent principal de ce bienfait public a été le médecin et, cependant, chacun de ses efforts en faveur de la société a été quelque chose d'opposé à ses intérêts particuliers de praticien thérapeute. Pour faire œuvre sociale utile à tous, il n'a reçu et ne reçoit aucun salaire.

Le médecin qui dénonce la présence d'un foyer de contagion et le fait supprimer ne rend-il pas autant de services que l'ancien louvetier, honoré et payé pour détruire les loups?

Il y a justice, il y a utilité pour tout le monde à ce que l'intérêt du médecin soit harmonisé avec l'intérêt social. Jusqu'ici, les Ecoles de médecine ne se sont préoccupées que d'une chose, faire des médecins thérapeutes. Allez à l'hôpital, encore à l'hôpital, et toujours à l'hôpital, voilà la formule répétée à satiété aux étudiants en médecine. C'était, en effet, une bonne méthode pour faire des médecins individualistes. Les temps se sont modifiés. Il y a peut-être trop de médecins thérapeutes aujourd'hui ; à coup sûr il n'y a pas assez de médecins préventifs. Si les pratiques de prophylaxie étaient organisées comme il convient, combien d'invidus, devenus aveugles dans l'enfance, auraient conservé la vue, combien de sourds entendraient? La médecine préventive dans les Ecoles exigerait, à elle seule, les soins assidus d'un très grand nombre de médecins. A mesure que l'hygiène sociale se développera, le praticien tendra à assumer de plus en plus la charge des fonctions publiques. Je ne parle pas seulement des médecins fonctionnaires, mais de tous les praticiens, et je me demande pourquoi la besogne de médecine préventive, exercée par ces derniers — besogne nécessaire, utile à tous, imposée par le devoir, par la loi et par la conscience — pourquoi est-elle toujours, ou presque toujours, réduite à une action charitable? Pour les services qu'il rend à la société, le médecin ne reçoit aucune rémunération et, je le répète, cela est injuste. Laissez-moi cependant insister sur un fait qui marquera peut-être une date importante dans l'organisation future de la pratique médicale. Vous savez que la Ville de Paris fait exercer une surveillance constante sur les origines de ses sources d'eau potable. Grâce à l'initiative prise par Duclaux, chaque cas de fièvre typhoïde survenant dans les régions suspectes est soigneusement dénoncé à la Préfecture de la Seine. Celle-ci prend les mesures prophylactiques nécessaires, et chaque déclaration de médecin est suivie d'une rémunération correspondant au service rendu par cet avertissement. Ne pensez-vous pas que, dans une mesure qu'il faudrait déterminer par une étude attentive, ce mode de collaboration qui tient compte de l'intérêt social et de l'intérêt médical, devrait être organisé? Ce n'est pas la Société qui y gagnerait le moins.

De tous ces faits, de l'intervention de plus en plus fréquente du médecin dans les actes de la vie sociale, intervention imposée par la loi, il résulte que le rôle hygiénique du médecin va prendre une importance plus grande qu'autrefois. Cette modification visera l'intérêt public; elle visera aussi l'intérêt du médecin. Pour être égal à sa tâche, celui-ci doit posséder une instruction hygiénique solide, c'est dire qu'il doit trouver dans les Facultés de médecine l'enseignement théorique et pratique qui lui est nécessaire pour l'étude des substances alimentaires et de leurs falsifications, pour les notions de génie sanitaire, pour les connaissances bactériologiques indispensables à l'hygiéniste.

Si les moyens matériels continuent à faire défaut à la Faculté de médecine de Paris pour assurer cet enseignement, il faudra bien que l'étudiant aille le chercher ailleurs, dans les Facultés étrangères. Et s'il ne veut pas quitter la France il devra se rendre à la Faculté de médecine de Lyon (1), où sont organisés des travaux pratiques d'hygiène, ou à la Faculté de médecine de Montpellier, où se créent un enseignement et un diplôme de médecin hygiéniste.

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1904.

(*Suite.*)

A propos de la syphilis tertiaire péri-utérine

M. Jeanne (Rouen). — J'ai eu à soigner une femme qui présentait dans les culs-de-sac des tumeurs ayant toutes les ap-

(1) La Faculté de médecine de Lyon, qui compte six ou sept fois moins d'élèves que celle de Paris, a créé un Institut d'hygiène très bien outillé matériellement. Les élèves de 3e et de 4e années sont tous exercés par séries à des travaux pratiques d'hygiène. Voici l'énumération des sujets de ces travaux pratiques exécutés sous la haute direction du prof. J. Courmont : analyse chimique de l'air, analyse bactériologique de l'air, recherche du bacille d'Eberth, du coli-bacille, du vibrion cholérique, etc., dans l'eau, hématozoaires, moustiques, trypanosomes, etc., étude des appareils de ventilation et de chauffage, toxicité expérimentale des alcools et des essences, tuberculose animale, analyse des farines et du vin, analyse du lait. Entre l'outillage et l'enseignement lyonnais et celui de Paris, quelle comparaison!

parences de salpingite, à tel point que je proposai l'opération. Cette malade dit qu'elle voulait attendre l'effet d'un sirop fondant, dont elle avait déjà fait usage avec succès dans une précédente maladie. Je la revis un mois après; les tumeurs avaient notablement diminué et le mois suivant je ne retrouvai plus trace de ces tumeurs.

La guérison se maintint six mois, au bout desquels cette femme vint me consulter. Elle offrait le complexus symptomatique que je vous ai signalé, et qui disparut à nouveau sous l'influence du traitement spécifique. Il en fut ainsi une troisième fois, et depuis les accidents n'ont pas reparu.

Dans l'interrogatoire de cette femme nous n'avons trouvé que des fausses couches, permettant de soupçonner la syphilis, et, cependant, en nous appuyant sur le vieil adage : *post hoc, propter hoc* appliqué au traitement spécifique, nous croyons que notre malade a présenté à trois reprises des néoplasies syphilitiques avec œdème inflammatoire.

M. Pinard. — Cette observation est extrêmement intéressante, et me remet en mémoire un cas identique. Une malade présentait une tumeur péri-utérine dont rien, dans le passé de la malade, n'expliquait l'origine. Cependant cette femme, mariée pour la seconde fois, nous dit que son premier mari avait eu la syphilis. Dans ces conditions nous essayâmes le traitement spécifique. Il fut couronné de succès et la tumeur disparut.

Dans ce cas, il y avait un empâtement du vagin, empâtement si particulier qu'il me frappa et, l'ayant rencontré depuis chez deux malades, il me mit sur la voie du diagnostic de la syphilis. En revanche l'absence de cet empâtement, chez une malade vue en consultation avec le professeur Fournier, me permit de dire — ce que la suite des événements confirma — qu'il ne s'agissait pas de syphilis utérine.

Contribution à l'étude de la syphilis de l'utérus

Mlle Robineau (Le Havre). — Le cas que vient de communiquer M. Jeanne me rend plus hardie pour vous rapporter les observations suivantes, dont la rareté me faisait craindre qu'on rejetat mon diagnostic.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, présentant des métrorragies cataméniales l'ayant conduite à la cachexie. L'interrogatoire de cette malade m'apprit qu'elle avait contracté la syphilis il y avait huit ans. Trois fausses couches. Traitement insuffisant. Utérus gros, dur; empâtement périphérique. Sous l'influence du traitement spécifique nous finimes par tirer la malade d'affaire, mais après des péripéties émouvantes.

L'histoire d'une deuxième est à peu près semblable. Là encore, traitement insuffisant, tumeur utérine, sorte de pseudo-fibrome, métrorragies. La syphilis datait de quatorze ans. La malade était âgée de quarante-cinq ans. Malgré la gravité de son état et l'abondance des hémorragies, la guérison s'obtint par le traitement spécifique.

Je crois donc avoir été en présence de lésions syphilitiques.

Dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique. Métrorragies rebelles

M. Ozenne (Paris). — Je vous signalerai une cause particulière d'hémorragies utérines : la sclérose des ovaires d'origine syphilitique. Cette dégénérescence n'a fait le sujet d'aucune description dans les Traités de syphiligraphie et de gynécologie. J'en possède quatre observations, recueillies depuis 1892. Ces malades, atteintes de tuméfactions des ovaires, présentaient des métrorragies qui avaient résisté à tous les traitements, y compris le curettage. Le traitement spécifique a arrêté ces hémorragies et fait diminuer les tumeurs.

L'étude comparée de ces faits et d'un certain nombre d'observations d'ovarite scléro-kystique fait penser que cette sclérose doit être moins rare que ne le fait supposer la pénurie des documents cliniques. Cette rareté apparente s'explique par la situation profonde qu'occupe l'ovaire — ce qui en rend l'exploration parfois difficile — l'absence d'examen systématique de cet organe chez les syphilitiques et l'indolence ordinaire de la lésion. De plus, la lecture des observations d'ovarite scléro-kystique, dont 350 observations ont été publiées, montre que les auteurs, subjugués par l'idée que cette sclérose était toujours d'origine infectieuse, ne semblent pas s'être préoccupés de la syphilis, ne fût-ce que pour en signaler l'absence.

Cependant, une observation rapportée par Bouilly en est un exemple; mais la malade ne fut reconnue syphilitique qu'après l'opération. En outre, sur les 350 malades, on en compte environ 80 qui ont présenté une ou plusieurs fausses couches. Or, on ne peut guère ne pas admettre, alors que la syphilis est répandue dans toutes les couches sociales, que parmi ces femmes il ne s'en soit pas trouvé un certain nombre en puissance de la diathèse.

En faveur d'une syphilis méconnue il faut encore noter que, chez quelques-unes de ces malades, les métrorragies ne s'accompagnaient pas de douleurs, que les trompes et l'utérus étaient intacts et que l'ablation des annexes n'a pas toujours été suivie de la disparition des troubles généraux. C'est ordinairement le contraire que l'on observe lorsqu'il s'agit d'ovarite scléro-kystique infectieuse.

Quoique ces remarques ne puissent être considérées comme des arguments indiscutables, elles seraient cependant de nature à ne plus faire regarder l'infection comme l'unique cause de l'ovarite scléro-kystique. La lésion pourrait être produite par des causes générales et, en particulier, par la syphylis, dont la puissance sclérosante est depuis longtemps méconnue. Ce que l'on sait déjà de la syphilis congénitale à ce point de vue (reins polykystiques, Bar) donne l'espoir que des recherches nouvelles serviront la question de la sclérose de l'ovaire.

En définitive, la syphilis ovarienne peut affecter deux formes (forme hypertrophique et forme atrophique simple ou kystique); leur symptôme capital est l'hémorragie qui peut être ménorragique ou métrorragique.

Quant au diagnostic, les causes ordinaires des hémorragies faisant défaut, on doit se borner à établir, les antécédents aidant, qu'il ne s'agit pas d'une sclérose infectieuse, mais d'une sclérose syphilitique, acquise ou congénitale. Comme traitement, toute intervention chirurgicale est inutile; il faut avoir recours au traitement mercuriel, qui arrête les hémorragies et fait diminuer ou disparaître les tumeurs ovariennes, en lui associant un traitement spécial ayant pour but la conservation et la sauvegarde de la vitalité normale du système artério-veineux.

M. Verchère (Paris). — Les faits si intéressants qui viennent de nous être communiqués ouvrent les yeux sur la syphilis utéro-ovarienne, et me donnent des remords. J'ai, en effet, vu mourir deux femmes de metrorragies *sine materiâ*, contre lesquelles tout ce que j'ai tenté a échoué, et qui étaient — j'en suis sûr maintenant — de nature syphilitique.

La première malade était une femme de trente-cinq ans ayant eu deux fausses couches et qui présentait des metrorragies que son médecin ne pouvait arrêter et pour lesquelles je fus appelé en consultation. Je fus rapidement acculé au curettage qui fut suivi d'un mois d'arrêt. A ce moment les hémorragies reparurent; je fus appelé au bout de huit jours et trouvai la malade dans un état tel que l'hystérectomie fut décidée pour le lendemain. Quand j'arrivai la malade était mourante et elle succomba malgré la transfusion faite de bras à bras, le mari s'étant offert pour cela.

La seconde, âgée de seize ans, était entrée dans mon service pour syphilis secondaire. Elle fut prise d'hémorragie sans cause connue. Je dus la tamponner; malade indocile, elle défit le tamponnement. Je recourus au curettage. Cinq jours après elle mourait d'hémorragie. A l'autopsie il n'y avait aucune lésion visible soit dans les ovaires, soit dans l'utérus.

Depuis ce que je viens d'entendre, je suis convaincu que ces deux femmes ont succombé du fait de la syphilis et qu'elles auraient vécu si le traitement spécifique avait été institué. Dorénavant, en présence de ces hémorragies rebelles et de cause inconnue, je songerai à la syphilis et agirai en conséquence.

M. Le Fort (Lille). — Je fus appelé en consultation auprès d'une femme chez laquelle son médecin avait diagnostiqué

un cancer utérin, justiciable de l'hystérectomie. Cette femme était dans un tel état que l'opération avait peu de chances de réussir, et puis j'hésitais sur le diagnostic. Ce n'était pas la consistance habituelle du cancer; la teinte était de cette couleur jambonnée propre à la syphilis. Aussi je prélevai un fragment dont l'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'épithélioma. Cette femme avait eu de nombreuses fausses couches et reconnaissait que son premier mari avait eu la syphilis. Dans ces conditions, j'instituai un traitement mercuriel, sous l'influence duquel les accidents disparurent en quinze jours. J'ai revu cette malade peu avant mon départ, et j'ai constaté que sa guérison se maintenait.

M. Siredey (Paris). — Dans un cas de syphilis secondaire, j'ai constaté une induration du col et de la paroi postérieure du vagin. Je croirais volontiers à la fréquence des lésions syphilitiques de l'ovaire, ainsi que le pense M. Ozenne, car il n'y a pas de raison que cette maladie n'ait pour l'ovaire la prédilection qu'elle a pour le testicule. La multiplicité des lésions signalées : dégénérescence scléreuse des ovaires (Ozenne), infiltration du ligament large (Jeanne), pseudo-corps fibreux (Robineau), artérite (Verchère), est bien de nature à attirer l'attention. C'est, du reste, ce que l'on observe dans la syphilis viscérale. En tout cas, dès que cette affection peut être soupçonnée, il convient d'instituer le traitement mercuriel. On peut le faire sans crainte, car au bout de huit à dix jours on est fixé : si l'on emploie les injections ou les frictions, l'action bienfaisante, si elle doit se produire, n'a pas besoin d'un plus long espace de temps pour se montrer (1).

Régime pré et post-opératoire des hystérectomisées

M. V. Pauchet (Amiens). — Ce régime s'applique non seulement aux hystérectomisées, mais aussi à toutes les femmes qui doivent être soumises à une opération abdominale quelconque, ou ont subi l'ablation simple des annexes.

Régime pré-opératoire. Il y a intérêt à préparer les malades autrement que par un simple purgatif, un bain, ou demi-diète de 24 heures. Il faut, chez toutes les malades, sauf urgence des cas, une préparation d'une semaine, consistant en purgatifs répétés, lavements huileux et diète hydrique : bouillon de légumes, eau de citron, orange, etc. De cette façon, le tube digestif est vide de matières et de gaz. L'intervention est plus facile, et on n'observe jamais de vomissements chloroformiques, de nausées, de coliques, de météorisme, phénomènes dus à l'intoxication par le contenu stomacal ou intestinal.

(1) Nous avons dit antérieurement qu'à la suite de ces communications ou, plus exactement, à la suite de la communication de M. Ozenne, la question de la syphilis utéro-ovarienne avait été mise à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Cette préparation d'une semaine est suffisante pour les personnes maigres. Chez les obèses, il y a intérêt à faire suivre ce régime 2, 4, 6 et 8 semaines. Ces obèses, en effet, sont peu résistants, leur forte tension abdominale gêne les manœuvres de l'opération, leur myocarde, sans énergie, leur fait mal supporter le plan incliné et les prédispose aux complications pulmonaires post-opératoires. Le régime herbacé, combiné à la diète hydrique, fait maigrir les futures opérées, tout en lavant leur foie et leurs reins, organes toujours insuffisants chez les obèses. On augmente la résistance opératoire des femmes grosses en les soumettant à la diète.

Il est aussi très utile de faire nettoyer les dents des futures opérées, pour diminuer les chances d'infection respiratoire.

Régime post-opératoire. — L'alimentation des opérées varie avec chaque cas particulier, pendant leur hospitalisation. Le régime alimentaire, chez les hystérectomisées, est très important pour leur santé ultérieure. La plupart de celles-ci éprouvent les accidents toxiques suivants, dus à la ménopause artificielle : obésité, malaise, migraine, excitabilité, douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs, bouffées de chaleur, etc. Ces accidents sont supprimés ou réduits au minimum par un régime alimentaire non toxique, qui consiste dans une nourriture exclusivement végétale : fruits, céréales, légumineuses, légumes herbacés, etc.

Chez certaines personnes déprimées, on peut tolérer de la viande, à un seul repas par jour, dans un but excitant, comme la kola, l'alcool, le café. Le lait et les œufs sont permis, mais en petite quantité.

En suivant ce régime — tout à fait différent de celui que les préjugés imposent aux sujets malades soi-disant affaiblis et qui désirent se « remonter » — les malades conservent leur activité, n'engraissent pas, et éprouvent un état de santé tout à fait semblable à celui qui précédait la castration.

Phlegmon grave du ligament large ; albuminurie. Effet favorable du sérum de cheval chauffé

M. R. Petit. — Je désire présenter au Congrès une observation de phlegmon grave du ligament large, chez une albuminurique, *post partum*, dans laquelle j'ai obtenu une guérison remarquable grâce à une thérapeutique nouvelle, basée sur l'expérimentation.

Le travail de Issaëf a montré que certaines substances introduites dans le péritoine ont pour propriété de produire un afflux local de leucocytes polynucléaires : la phagocytose se trouve ainsi puissamment stimulée dans toute la région, si bien que Issaëf a pu protéger des animaux contre des injections intra-péritonéales de plusieurs doses mortelles de bacilles du choléra.

J'ai moi-même fait, dans le laboratoire de M. Metchnikoff, à l'Institut Pasteur, des expériences qui m'ont permis de voir que le sérum de cheval chauffé est la substance qui produit la meilleure polynucléose. Il m'a permis de protéger des animaux contre l'injection intra-péritonéale de plusieurs doses mortelles de coli, de staphylocoques, etc.

Fort de ces résultats et de l'innocuité de ce sérum, je l'ai employé avec succès dans plusieurs opérations abdominales pour des cas suppurés.

C'est à ce moment que j'ai eu à donner mes soins à une albuminurique qui, après son accouchement, présentait un phlegmon grave du ligament large gauche et dont voici l'histoire résumée.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans primipare, ayant eu de l'albuminurie pendant la grossesse. Le 18 avril 1906, quatre jours après l'accouchement normal, la température s'éleva. Rétention d'urine, mouvements convulsifs de la face et des yeux, strabisme divergent. Douleurs fugaces dans les articulations, crampes.

C'est à ce moment que je suis appelé.

L'utérus remonte à cinq grands travers de doigts au-dessus de la symphyse; le col est entr'ouvert. Le ligament large gauche forme une masse empâtée vers sa base. L'urine contient 17 grammes d'albumine par litre.

Régime lacté, révulsion sur les reins chloral, lavement purgatif, frictions au collargol. Sérum artificiel.

Le 22 avril, la température monte à 40° ; lochies fétides, l'utérus reste gros : curettage à la suite duquel la température tombe pendant deux jours, pour remonter à 40° le 25 avril, et au-dessus le 29, avec des frissons

L'empâtement du ligament large gauche augmente. Le 12 mai la base du ligament large paraît ramollie. Incision par le vagin. Tissus infiltrés de pus non collecté ; drainage. La température reste élevée. L'infiltration purulente gagne la partie supérieure.

Le 20 juin, on sent une masse mieux séparée de l'utérus, dans la fosse iliaque gauche. Grandes oscillations thermiques avec frissons et sueur. État général très mauvais. Strabisme et ptosis à droite.

Le 30 juin, incision iliaque : le tissu est infiltré de pus non collecté. Drainage abdomino-vaginal.

La température cède un peu. Les jours suivants, à peine d'écoulement purulent.

Le 7, ascension thermique : lavages à l'eau oxygénée.

L'empâtement du ligament large ne diminue pas. Le pus, très peu abondant, est examiné et contient des streptocoques libres, très virulents, et quelques rares polynucléaires.

Le 15 juillet, je ferme l'orifice vaginal du drain avec une pince, et je verse par son extrémité abdominale 20 centimètres cubes de sérum de cheval chauffé. Chute de la température le soir même. Le pansement est traversé par une énorme quantité de liquide à odeur spéciale, il contient un nombre considérable de leucocytes polynucléaires ayant phagocité : on voit très peu de streptocoques libres. La masse infiltrée régresse d'une façon rapide et régulière.

Le 26 juillet, l'écoulement purulent a diminué : nouvelle ascension thermique. Je remets du sérum de cheval : chute de la température. Le pansement est de nouveau très souillé et la régression du li-

gament large s'accentue. Nouvelle injection de sérum le 29 et le 30. A partir du 31 juillet la température reste normale. Les drains sont progressivement raccourcis. L'état général est bon. Le 9 août la malade est complètement guérie; c'est à peine s'il reste, au toucher, une trace de l'empâtement du ligament large. L'urine ne contient plus d'albumine. La malade, revue il y a quelques mois, est très bien portante.

C'est là, comme on le voit, un cas très grave de phlegmon du ligament large avec albuminurie.

Malgré les incisions abdominale et vaginale, malgré un large drainage, la température ne cédait pas. Il y avait infiltration septique du ligament large sans collection purulente, et l'écoulement du pus par les drains était insignifiant.

L'effet du sérum de cheval chauffé a été, dans ce cas, tout à fait remarquable; il a déterminé une polynucléose énorme, drainant en quelque sorte, d'une façon active, les mailles du tissu conjonctif du ligament large infecté. Il a permis une phagocytose très active, comme l'ont montré les examens microscopiques du pus, et la malade a rapidement guéri, l'infiltration du ligament large régressant sous nos yeux avec une extraordinaire rapidité, tandis que la température revenait à la normale.

Je crois donc pouvoir considérer comme très importantes les propriétés du sérum de cheval chauffé, et je conseille son emploi dans les infections de ce genre où le tissu conjonctif est infiltré de pus, sans qu'il y ait de collection possible à évacuer par les moyens habituellement employés en pareil cas.

Rupture spontanée d'une éventration post-opératoire. Résection de la paroi par superposition de trois plans fibreux

M. **Mauclaire.** — La malade avait une grossesse tubaire rompue et la marsupialisation avait été nécessaire. Un an après l'éventration se rompit sans effort et l'épiploon fit hernie au dehors. La décortication du contenu de la poche, épiploon, intestin, fut assez longue. Une fois terminée, les feuillets péritonéo-fibreux furent accolés suivant un pli vertical à base située un peu à droite. Des points en U furent placés sur cette base, puis le pli double fut abaissé transversalement à gauche et fixé dans cette situation, de telle sorte que trois plans fibreux superposés constituèrent la paroi; les muscles droits étaient trop écartés pour pouvoir être rapprochés. La malade fut revue deux ans après sans récidive.

Ce procédé de suture par superposition de trois plans fibreux est à rapprocher du procédé par superposition de deux plans fibreux de Sapiejko, Savariaud, Hartmann.

(A suivre.) GRANJUX.

Pour s'abonner au **BULLETIN MÉDICAL** *adresser un mandat-poste de 6 francs pour la France, et de 12 francs pour l'Étranger, à l'Administration du Journal.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril.

A propos de la pathogénie de l'hydronéphrose

M. Legueu. — Il y a quelques semaines M. Bazy nous a entretenus de cette question, sur laquelle je voudrais revenir aujourd'hui. Comme notre collègue, j'en ai observé plusieurs cas, qui bien certainement étaient d'origine congénitale. D'autres fois il n'est pas douteux que la coudure de l'uretère soit la véritable cause de l'hydronéphrose. Cette inflexion peut se faire sur une artère. En voici deux exemples un peu exceptionnels. Le premier de ces cas concerne un homme de quarante ans qui avait des crises douloureuses dans la région lombaire gauche et des hématuries surtout provoquées par les mouvements, ce qui avait fait penser à l'existence d'un calcul. Or, l'opération a montré qu'il n'existait pas de calcul mais une coudure de l'uretère sur une artère qui, venant de l'aorte, se portait au pôle inférieur du rein. Comme l'uretère au niveau de son inflexion était épaissi, j'ai fait la néphrectomie, car j'ai craint qu'il ne soit plus perméable à l'avenir.

Dans mon second cas il s'agit d'une femme qui présentait des crises douloureuses et que l'on avait regardée comme une tuberculeuse. L'opération m'a fait découvrir, comme chez le malade précédent, une petite hydronéphrose, de date récente, avec coudure de l'uretère sur une artère anormale ayant la même disposition que dans le cas précédent; elle était de plus accompagnée par une veine. J'ai supprimé l'artère et redressé l'uretère pensant que le cours de l'urine se rétablirait. Or, au bout de quelque temps, les accidents douloureux ont reparu et j'ai dû faire la néphrectomie. Il semblerait donc que parfois la coudure de l'uretère n'est pas seule en cause pour expliquer les phénomènes morbides. En outre, on doit remarquer que lorsque la coudure au niveau d'une artère est seule en jeu, la dilatation commence au niveau même de cette artère, tandis que, dans les hydronéphroses qui vont de bas en haut, cette dilatation a lieu au-dessus et au-dessous de l'artère.

Quant aux rapports de la mobilité et de l'hydronéphrose entre elles, M. Bazy n'admet pas que la mobilité soit la cause de cette dernière. Je suis d'un avis opposé pour les raisons suivantes : tout d'abord l'hydronéphrose est souvent peu prononcée et l'augmentation de poids du rein, dans ces cas, n'est pas capable de rendre l'organe mobile. Il faut surtout tenir compte de la tension du liquide.

Assez souvent le traitement de la mobilité suffit pour faire disparaître l'hydronéphrose. En outre, je n'ai jamais vu la mobilité à gauche avec de l'hydronéphrose. En résumé, je crois que cette dernière est secondaire et la mobilité primitive.

M. Hartmann. — J'ai observé deux faits, dont l'un présentait quelque importance au point de vue de la valeur réciproque du cathétérisme uretérin et de la division des urines. L'un concerne un jeune homme de vingt-cinq ans, qui avait, à gauche, une hydronéphrose avec rein mobile. Je l'ai opéré et j'ai trouvé une coudure de l'uretère sur une branche artérielle, à la jonction de l'uretère et du bassinet. Il y avait adhérences de l'artère et de l'uretère au point de croisement.

Dans le second cas, recueilli sur une femme, la séparation des urines n'a d'abord rien donné, mais, en relevant le rein, j'ai redressé la courbure et la poche de liquide s'est vidée. C'est une preuve que la séparation des urines est supérieure au cathétérisme qui, en pareille circonstance, est négatif. La séparation seule permet de se rendre un compte exact du fonctionnement des reins. Chez ces deux malades j'ai détruit les adhérences, redressé les uretères et fait la néphropexie.

Un cas de traitement chirurgical de la méningite consécutive à une fracture de la base du crâne

M. Rigaud.— Ce fait concerne un homme de vingt-trois ans, dont la tête fut prise entre les deux battants d'une porte. Extérieurement, on ne constatait que deux petites plaies sur les parties latérales de la tête; mais, dans les jours suivants, le blessé présenta de la céphalalgie, des vomissements, du ralentissement du pouls, une ecchymose sous-conjonctivale et de l'amaurose à droite, puis le décubitus en chien de fusil, des cris encéphaliques, le signe de Kernig et des accidents d'infection. J'ai porté le diagnostic de fracture de l'étage antérieur de la base du crâne et, quatre jours après l'accident, j'ai fait une double trépanation. A droite, j'ai trouvé un épanchement de sang entre l'os et la dure-mère, qui avait un aspect ardoisé; le liquide enlevé, j'ai introduit un drain à 6 centimètres de profondeur. J'ai fait de même de l'autre côté, où l'hémorragie avait été moins abondante. Les suites de l'opération ont été bonnes, le signe de Kernig a persisté pendant sept jours, et le malade a guéri, mais en conservant une anosmie complète et une atrophie de la papille droite. La culture du sang a été négative, mais il n'avait pas été recueilli avec les précautions suffisantes. Une ponction lombaire a fait reconnaître de nombreux lymphocytes dans le liquide et des cultures ont révélé la présence de pneumocoques.

Trépanation pour épilepsie jacksonienne causée par un ramollissement traumatique

M. Legueu. — Cette observation, qui nous a été adressée par **M. Ardouin**, de Cherbourg, a trait à un homme de trente-deux ans qui, dans une chute, s'était fait un

enfoncement du crâne du côté droit. Une trépanation permit de relever le fragment ; la dure-mère n'était pas perforée. Le malade guérit, mais quelque temps après il présenta de fréquentes crises d'épilepsie jacksonienne avec hémiplégie gauche, la face exceptée. Notre confrère, pensant que la région des centres rolandiques était intéressée, a fait une trépanation à ce niveau et a trouvé un hématome au siège du foyer de ramollissement. L'opération, qui date de dix-huit mois, a eu pour résultat d'éloigner progressivement les crises épileptiformes. Actuellement, l'état du malade est bon, mais il a encore de temps en temps quelques faibles crises.

M. Riche lit une observation *d'intervention pour plaie du cœur.* Une balle de revolver (cal. 8 mm.) avait traversé de part en part le ventricule gauche, puis lésé superficiellement la grosse tubérosité de l'estomac, le pôle supérieur de la rate et le bord inférieur du poumon gauche. La suture des deux plaies du cœur et du péricarde était terminée, lorsque les battements cessèrent malgré le massage direct de l'organe. M. Riche rappelle que, dans un premier cas, il fut plus heureux, et qu'il a présenté, il y a deux ans, une malade guérie.

Présentations

M. **Jayle**. — Femme (vingt six ans : *Epithélioma de l'S iliaque et de l'intestin grêle.* Résection datant de deux ans et demi.

M. **Chaput**. — Homme : *Volumineux angiome cutané du tronc.*

M. **Rochard**. — *Corne cutanée.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 avril

La névralgie occipitale dans les angines vulgaires

M. **H. Vincent** (Val-de-Grâce). — Sur 136 cas d'angine simple, érythémateuse, pultacée, herpétique ou phlegmoneuse, j'ai constaté dix-sept fois, soit dans 12,5 % des cas, un retentissement névralgique dans le domaine du grand nerf occipital. La douleur est parfois très violente. D'ordinaire unilatérale, elle siège le plus souvent à droite; quatre fois elle a siégé à gauche; quatre fois elle était bilatérale. Les mouvements de la tête, la toux, l'éternuement l'exagèrent. Elle est souvent réveillée par chaque mouvement de déglutition, ce qui démontre bien les relations qui unissent la névralgie à l'inflammation du pharynx. Elle peut persister quelques jours après la guérison de l'angine.

Tantôt très vive, tantôt très légère, elle est révélée facilement, dans ce dernier cas, par la pression dans la fossette de la nuque et au niveau du point d'émergence des nerfs occipitaux.

Cette occipitalgie paraît devoir s'expliquer par les relations anatomiques qui existent entre les nerfs sensitifs du pharynx et le deuxième nerf cervical postérieur, d'où émane le grand nerf occipital d'Arnold. En effet, la deuxième racine cervicale postérieure envoie quelquefois un ou plusieurs rameaux sensitifs au spinal. Ces filets accompagnent la branche interne de ce dernier jusqu'au ganglion plexiforme du pneumogastrique, et se détachent vraisemblablement de ce ganglion en suivant le nerf pharyngé, qui n'est autre que la continuation de la branche interne du spinal. Ces fibres aboutissent aussi au plexus pharyngien. Ainsi s'explique la solidarité qui existe parfois entre le nerf occipital et les branches sensitives du pharynx. L'anastomose précitée n'est pas constante; c'est pourquoi l'occipitalgie ne l'est pas davantage.

Névralgie occipitale et rhumatisme achilléen dans un cas de rhino-pharyngite purulente

M. **H. Claude**. — On peut observer, au cours des infections rhino-pharyngées, des manifestations de nature pseudo-rhumatismales, dont l'interprétation est parfois fort difficile. Chez un homme de 34 ans d'une bonne santé habituelle, apparaissent des signes de catarrhe muco-purulent du rhino-pharynx. L'examen local montre l'existence d'un exsudat pseudo-membraneux, et l'étude bactériologique ne signale pas l'existence de streptocoque. Cette rhinite se prolonge pendant plus d'un mois, et peu de temps après son début, le malade présente un gonflement douloureux des tendons d'Achille des deux côtés, rebelle au traitement salicylé, sans autres localisations articulaires ou fibreuses, sans fièvre. Cette fluxion disparaît et est remplacée par des douleurs atroces occupant la région occipitale et la nuque, revenant périodiquement toutes les nuits à deux heures du matin, pendant le sommeil, se prolongeant pendant plusieurs heures et disparaissant pendant la journée, laissant seulement une sensation d'endolorissement et des points douloureux à la pression. Ces douleurs disparurent immédiatement sous l'influence de la quinine et de l'antipyrine à hautes doses. Elles reparurent sans cause une seule nuit quinze jours plus tard. Il s'agissait de névralgies occipitales en rapport, comme la fluxion tendineuse, avec l'infection rhino-pharyngée, mais qui auraient pu en imposer pour des pseudo-névralgies d'origine méningitique.

La névralgie occipitale dans l'angine et la pelade

A l'occasion d'une malade qu'il présente, M. **Jacquet** dit qu'à son avis, et d'après ses observations, la névralgie occipitale, la pelade et certaines angines ont des rapports très étroits et qu'elles peuvent toutes être produites par une excitation banale, comme l'éruption d'une dent de sagesse, par exemple. La névralgie occipitale précède même souvent l'angine ou la pelade.

Hémorragie méningée avec ictus suivi de paralysie de la troisième paire

MM. **Achard** et **Paisseau** ont observé un jeune homme de dix-huit ans qui fut frappé subitement d'un ictus avec perte de connaissance et convulsions épileptiformes, au sortir duquel il présenta avec une apyrexie complète, des symptômes méningés : raideur de la nuque, attitude en chien de fusil, signe de Kernig, céphalée vive, constipation, lenteur du pouls. En outre, il présenta une somnolence tenace : alors même que l'intelligence était revenue avec l'intégrité de la parole et la précision de la mémoire, il ne s'éveillait que momentanément lorsqu'on l'interpellait vivement, puis retombait bientôt dans son sommeil invincible. Il y avait, dans ce symptôme, quelque analogie avec ce qu'on observe dans la maladie du sommeil, dont la symptomatologie est, d'ailleurs, principalement méningée.

Trois ponctions lombaires furent faites. Elles montrèrent l'existence d'une hémorragie méningée : liquide hématique, ne se coagulant pas, de couleur rouge, puis jaune, renfermant d'abord des globules rouges et blancs en proportion normale, puis des lymphocytes prédominants et enfin privé de tout élément figuré. La cause de cette hémorragie reste incertaine; aucun signe de syphilis n'a pu être relevé.

Une autre particularité digne d'intérêt, observée dans ce cas, est l'apparition, au bout de plusieurs jours, des signes d'une paralysie incomplète de la troisième paire, qui s'est atténuée par la suite. On connaît des cas, rares d'ailleurs, de compression du nerf optique par épanchement de sang, dans l'espace sous vaginal, au cours des hémorragies méningées. Il est vraisemblable d'admettre un mécanisme analogue pour cette paralysie de la troisième paire.

Un cas de chorée mortelle

MM. **Sergent** et **Babonneix** rapportent l'observation d'un malade de dix-neuf ans, rhumatisant, qui, entré à l'hôpital pour un cas de chorée intense, compliquée d'accidents cardiaques, fut soudain pris de délire et mourut en quelques heures. Ils insistent sur ce fait que, dans leur cas, il apparut peu de temps avant la mort une éruption scarlatiniforme des membres inférieurs. Ces érythèmes terminaux ne sont pas exceptionnels dans la chorée: signalés par Cartier et de Beauvais, ils ont été décrits par Malherbe et Guinon. Qu'on les rattache à une origine nerveuse ou infectieuse, leur signification pronostique est des plus nettes: ils annoncent presque à coup sûr la terminaison fatale, qu'ils ne précèdent généralement que de quelques heures.

Traitement de l'incontinence d'urine par la ponction lombaire

MM. **Babinski** et **Boisseau** présentent deux

malades atteints d'incontinence d'urine guéris par la ponction lombaire.

En premier lieu une jeune fille de dix-sept ans, atteinte depuis l'âge de sept ans d'incontinence d'urine essentielle nocturne.

A la suite d'une ponction lombaire de 15 cc la malade reste continente pendant huit jours. Du neuvième au treizième, elle a deux fois de l'incontinence. On pratique alors une seconde ponction. Le cinquième et le septième jour après cette deuxième ponction, la malade a encore de l'incontinence, mais depuis cette date, depuis deux mois par conséquent, elle n'a pas eu de miction involontaire. En trois mois il n'y a donc eu que quatre fois de l'incontinence nocturne et ceci pendant le premier mois; la continence a été parfaite pendant les deux derniers.

Le second malade est un spécifique atteint depuis deux ans de paraplégie spasmodique organique et présentant, depuis cette époque, de l'incontinence des matières et des urines. Il ne s'agit pas dans ce cas d'incontinence par regorgement, mais d'incontinence par paralysie du sphincter vésical.

A la suite d'une ponction lombaire de 15 cc pratiquée il y a huit jours, l'incontinence a disparu; le malade n'a plus que des mictions volontaires. Il sent le besoin et se sent uriner, ce qu'il n'éprouvait pas auparavant.

Deux autres malades du même ordre ont été observés. L'un d'eux, un enfant de quatorze ans, avait de l'incontinence nocturne et diurne depuis un mois et demi quand il vint consulter, incontinence qui avait résisté à la belladone. Il fut ponctionné le 14 janvier. Depuis cette date l'incontinence diurne a disparu. L'incontinence nocturne a reparu du 16 mars au 15 avril, mais seulement toutes les trois ou quatre nuits et a cédé depuis cette dernière date, à une seconde ponction.

L'autre malade, paraplégique spasmodique depuis un an, avait de l'incontinence nocturne depuis un mois quand il a été ponctionné. Cette incontinence a cédé à une seule ponction et le malade est continent depuis quinze jours.

Enfin, un ataxique incontinent depuis quatre ans a été ponctionné sans résultat, mais l'incontinence avait cessé pendant quinze jours, il y a trois ans, à la suite d'une ponction faite pour l'examen du liquide céphalo-rachidien, à l'entrée du malade à l'hôpital.

Sans pouvoir expliquer le mode d'action de la rachicentèse sur l'incontinence, les auteurs pensent qu'elle pourra, sans doute, constituer un excellent mode de traitement pour cette affection et qu'il y aurait intérêt à multiplier les recherches dans ce sens.

M. Bergé rappelle que M. Albarran a obtenu des résultats semblables par de simples injections sous-cutanées d'eau salée et même d'eau pure.

Il ajoute qu'il vient lui-même d'enregistrer un très beau succès chez un enfant, tout uniment avec un lavement tenant en suspension un peu de sous-nitrate de bismuth, et que l'enfant, très docile, sut conserver.

M. Merklen rappelle, à son tour, le traitement des injections rétro-rectales de M. Jaboulay (de Lyon).

Considérations pathogéniques et thérapeutiques sur un cas de tétanos chronique

MM. Labadie Lagrave et Ch. Laubry rapportent l'observation d'un cas de tétanos chronique classique terminé par la guérison. Leur malade avait été contaminé à la faveur d'une plaie de la main, complètement cicatrisée au moment de l'apparition des contractures. Il fut possible aux auteurs de pratiquer des recherches bactériologiques sur une volumineuse écharde de bois qui avait pénétré dans la blessure, y avait séjourné assez peu de temps, et avait été soigneusement conservée par le malade.

Les cultures aérobies montrèrent l'absence presque complète des microbes d'infection secondaire; les cultures anaérobies au contraire permirent de déceler la présence du bacille de Nicolaïer. Mais l'inoculation de ces cultures et de leur toxine, pratiquées en faisant varier les conditions expérimentales, demeurèrent constamment négatives.

Les auteurs pensent que ces recherches montrent, d'une façon péremptoire, que la guérison de certains cas de tétanos doit être attribuée, non pas à l'action de telle ou telle médication, mais à la bénignité naturelle de l'affection, sous la dépendance elle-même d'une virulence très atténuée de l'agent pathogène. Ils ne se croient pas autorisés, cependant, à prescrire une abstention thérapeutique systématique, et ne mettent pas en doute l'efficacité du sérum antitétanique qui semble évidente dans quelques observations. Néanmoins, ils donnent la préférence, dans les cas analogues au leur, aux médicaments modérateurs des centres réflexes, qu'ils ont d'ailleurs employés, et surtout au chloral et à la fève de calabar.

J. J.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Redressement d'une ensellure congénitale du nez au moyen d'une plaquette sous-cutanée en celluloïde

M. J. Wiener (*Med. Record*, 16 avril 1901), chirurgien-adjoint du Mount Sinai Hospital, à New-York, est parvenu à faire disparaître une ensellure congénitale du nez, chez un adulte, par une prothèse sous-cutanée en celluloïde. Cette observation est d'autant plus suggestive que les injections de paraffine, si fréquemment employées à l'heure qu'il est pour la cure des déformations nasales, tout en constituant un excellent procédé prothétique, ne sont pas, comme on sait, dépourvues d'inconvénients et parfois même de danger (1).

Voici comment M. Wiener a procédé dans le cas dont il relate l'observation :

Après avoir endormi le malade au chloroforme, il fit sur la ligne médiane du nez, au-dessous de l'ensellure, une incision cutanée, longue de trois quarts de centimètre environ, à travers laquelle, au moyen d'une fine lame, il sépara, au niveau de l'ensellure, la peau d'avec les tissus sous jacents, creusant de la sorte une pochette sous-cutanée destinée à loger la pièce prothétique. Ceci fait, il prit une plaquette en celluloïde, ayant deux centimètres de long sur un demi-centimètre de large et deux millimètres d'épaisseur, stérilisée par l'ébullition, pendant quelques minutes, dans une solution de carbonate de soude. En la retirant du liquide chaud, on lui avait donné une forme appropriée à la circonstance. Cette plaquette fut introduite, à travers l'incision, dans la logette sous-cutanée. Mais on s'aperçut que la pièce prothétique, étant trop volumineuse, distendait la peau qu'elle faisait pâlir. On la retira alors, on en excisa une partie, puis on l'introduisit de nouveau dans la poche sous-cutanée. La peau ayant conservé cette fois sa coloration habituelle, on ferma la petite plaie opératoire avec un seul point de suture. Pour éviter toute pression sur le nez, aucun pansement ne fut appliqué. Les suites se réduisirent à un léger gonflement au niveau du dos du nez; d'ailleurs, il ne tarda pas à disparaître. La petite plaie guérit rapidement. Le résultat esthétique est parfait. L'opéré ne sent pas sa pièce prothétique et n'en est pas autrement incommodé.

Dr Vladimir de Holstein.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Masson

Précis de technique opératoire, par les Prosecteurs de la Faculté de médecine (7 vol. 1901).

Ce précis de technique opératoire, qui comprend sept volumes, est la publication des cours de médecine opératoire que les Prosecteurs sont chargés de faire à la Faculté de médecine. Ils représentent toute la chirurgie opératoire des viscères et des membres, et forment, avec le *Précis de manuel opératoire de Farabeuf*, un tout complet destiné à servir de guide à l'étudiant et au praticien.

Ces sept volumes, qui constituent une œuvre donnant « l'exposé de la technique chirurgicale au moment où nous sommes, » sont ainsi divisés : *Pratique courante et chirurgie d'urgence*, par M. Victor Veau ; *Tête et cou*, par M. Ch. Lenormand ; *Thorax et membre supérieur*, par M. A. Schwartz ; *Membre inférieur*, par M. G. Labey ; *Abdomen*, par M. Guibé ; *Appareil urinaire et appareil génital de l'homme*, par M. Pierre Duval ; *Appareil génital de la femme*, par M. Robert Proust.

L'ensemble de cette publication se refuse à toute analyse. Elle se caractérise

(1) Voir le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine.

par la sobriété et la clarté des descriptions, ce qui contribuera en grande partie à assurer son succès et à atteindre le but recherché par les auteurs: faire une œuvre utile.

Ajoutons que de très nombreuses figures, très claires, facilitent singulièrement l'assimilation du texte.

E. O.

Vient de paraître

Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux, par M. Maurice de Fleury. Un vol. in-8 de 993 pages, avec 133 figures en noir et en couleurs. (Felix Alcan, éditeur, Paris.)

Isolement et psychothérapie, traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, par MM J. Camus et Ph. Pagniez, avec préface du prof. Dejerine. Un vol. in 8 de 408 pages. Prix : 9 francs. (F. Alcan, éditeur, Paris.)

Guide pratique et formulaire pour les maladies de la bouche et des dents, suivi du Manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire, par M. G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, président de la Société d'odontologie, 1893 et 1894, président de l'Association générale des dentistes de France, 1900, vice-président de la Fédération dentaire nationale (3e édition). Un vol. in-18 de vii-522 pages, cartonné, 6 fr (F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris VIe.)

NOUVELLES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION

Chirurgie et accouchements

Liste par ordre alphabétique des candidats admis aux épreuves définitives :

Chirurgie.

MM. Dambrin, Delage, Desforges-Mériel Duval, Gauthier, Gayet, Gross, Guyot, Herbet, Lapointe, Laroyenne, Lefort, Molin, Morestin, Patel, Potel, Proust, Rénon, Souheiran, Terrien, Vanverts, Venot, Vidal.

Accouchements.

MM. Brindeau, Bué, Commandeur, Fruhinshoz, Guério, Jeannin, Macé, Pauchu, Thoyer, Voron.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX

Médecine

Epreuve clinique

Séance du 19 avril

20 Halié, Ramond — 18 Decloux.

21 avril

20 Bernard — 18 Londe, Noiécourt.

24 avril

20 Castaigne — 19 Lévi — 18 Ravaut.

26 avril

20 Lesné — 19 Auscher, Griffon — 18 Thiercelin.

28 avril

20 Jousset, Guillain — 19 Sainton.

Dernière séance aujourd'hui, à 5 heures, à l'hôpital Beaujon.

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC

Service de M. le Dr Alb. Mathieu.

MM. les Drs Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le Dr A. Mathieu, commenceront, sous la direction de M. Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le mercredi 18 mai 1904.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 h. 1/2 du soir.

Les travaux pratiques (examen du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de 4 heures 1/4 à 5 h. 1/4, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins, de 8 heures à midi, et tous les soirs, de 1 à 6 h., sauf le mercredi.

INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE

(107, faubourg Saint-Denis.)

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie (année 1904).

Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La deuxième série de ces cours commencera le mardi 10 mai, à 10 h. 1/2 du matin, et se continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure.

Ce cours sera fait :

Le mardi, par M. Verchère, syphiligraphie.

Le jeudi, par M. Jullien, vénéréologie.

Le samedi, par M. Ozenne, maladie du sein.

Il sera complet en 18 leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de 16 inscriptions, qui se feront inscrire chez le directeur de Saint Lazare.

La commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que le 10 mai 1904, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de quatre internes en médecine.

Les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés; ils reçoivent, en outre, un traitement annuel de 300 fr. pour la première et la deuxième année, de 500 fr. pour la troisième et la quatrième année.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'Hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le jeudi 5 mai 1904.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'Hôpital civil de 9 à 11 heures du matin et de 2 à 4 heures du soir.

Une exposition internationale d'hygiène aura lieu d'août à novembre 1904, à Paris (Grand Palais).

La classe 11 : arts médicaux pharmaceutiques, accessoires et produits chimiques, promet d'être une brillante manifestation des arts pharmaceutiques et médicaux en général. Cette classe a comme présidents d'honneur : MM. Chautemps, A. Fumouze, Villejean; pour président : M. Lepinois; pour vice-présidents : MM. Buchet, Fumouze et Landrin; pour secrétaire : M. Prunier; pour secrétaire-adjoint : M. Chevrier; pour rapporteurs : MM. Girard et Bouffilange.

Les adhésions doivent être adressées au commissaire de la classe : M. Girard, 31, rue Saint-Lazare, Paris.

ERRATUM

Dans la leçon de M. le prof. Le Dentu, qui a paru dans notre dernier numéro, c'est par erreur que la copie qui nous a été remise portait 105 laparotomies pratiquées par ce chirurgien. Le chiffre exact est 165.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Les tractions rythmées du nez contre les états de mort apparente

M. Panyrek (*Sbornik klinicky*, 1904, fasc. 4), chirurgien à Prague, préconise un nouveau procédé de traitement des états de mort apparente, qui consiste en une série de soulèvements et d'abaissements rythmés, très énergiques, du nez, exécutés avec la main, soit directement, soit à travers une compresse imbibée d'eau ou de vinaigre. Par ce moyen, agissant évidemment comme excitant réflexe, combiné à des manœuvres de respiration artificielle, on parviendrait à réveiller, en une ou deux minutes, des sujets tombés en syncope, frappés de collapsus au cours de l'anesthésie chirurgicale, asphyxiés par l'oxyde de carbone, intoxiqués par un narcotique, etc. On comprend, d'autre part, que l'emploi de ce procédé est contre-indiqué en présence de plaies nasales, de traumatismes crâniens graves et d'un coma diabétique ou urémique.

Effet curatif de l'érysipèle à l'égard de la néphrite

En 1901, un confrère danois, M. Langballe, a publié un cas de guérison complète, à la suite d'un érysipèle de la face, d'une néphrite chronique de date ancienne. A ce fait, resté isolé jusqu'ici, un médecin de Copenhague, **M. E. Nyrop** (*Centralbl. f. Chir.*, 16 avril 1904) vient ajouter une observation absolument analogue. Il s'agit d'un jeune homme, ayant présenté depuis dix mois les signes d'une néphrite grave, chez lequel l'albuminurie, les cylindres urinaires, l'ascite et les œdèmes ne faisaient qu'augmenter en dépit du traitement. Or, tous ces troubles disparurent sous l'influence d'un érysipèle intercurrent de la face. Cependant, il n'y eut pas, dans ce cas, de guérison complète. En effet, l'albuminurie, après avoir été absente pendant quelque temps, apparut de nouveau par la suite, bien qu'à un faible degré. Mais, comme l'état général demeure excellent, on ne saurait nier que ce malade n'ait été très considérablement amélioré par l'infection érysipélateuse.

Pathogénie des troubles cardiaques chez les femmes atteintes de fibromyomes de l'utérus

On sait que la fibromyomatose utérine s'accompagne assez fréquemment de troubles cardiaques. D'après les recherches faites par **M. Fleck** (*Arch. f. Gyn.* et *Berlin. klin. Woch.*, 18 avril 1904) à la clinique gynécologique de Gœttingue, ces troubles consistent essentiellement en une hyposystolie dont les signes cliniques se rapprochent beaucoup de ceux de la myocardite. Comme le montrent les résultats d'autopsies, la cause de cette cardiopathie réside surtout dans une « atrophie brune » du myocarde. Les métrorragies ne paraissent jouer ici aucun rôle pathogénique, attendu que les troubles du côté du cœur se montrent aussi chez des femmes qui, bien qu'atteintes de fibromyomes de l'utérus, n'ont pas de pertes sanguines. Pour M. Fleck, cette cardiopathie serait d'origine autotoxique. Quant au foyer de formation de la toxine morbigène, il ne saurait résider dans le fibromyome lui-même, l'évolution des lésions cardiaques ne présentant aucun parallélisme avec le volume ni avec la rapidité de l'accroissement de la tumeur. Aussi l'auteur estime-t-il qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une toxine qui produirait en même temps le fibromyome et des lésions du myocarde. Or, comme dans la fibromyomatose utérine on trouve souvent des altérations des ovaires et parfois même un certain degré d'adipose généralisée (rappelant celle qui survient après la castration), le facteur pathogénique commun au fibromyome de l'utérus et à la cardiopathie concomitante doit être cherché, d'après l'auteur, dans un trouble de la sécrétion interne des ovaires.

Ovaire surnuméraire développé autour de l'uretère. Greffe sur la vessie de l'uretère sectionné accidentellement

Dans la séance du 9 avril de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, M. **Rouffart** (*Journ. méd. de Bruxelles*, 14 avril 1904) a présenté une femme opérée précédemment d'ovaro salpingite double, chez laquelle les règles continuaient à se produire. La malade éprouvait de vives douleurs en une région où l'examen démontra l'existence d'une tumeur petite et très douloureuse à la pression

Pendant l'opération, on constata que cette tumeur, siégeant dans le ligament large gauche, était constituée par un ovaire surnuméraire, développé autour de l'uretère qui, au cours des manœuvres opératoires, s'était rompu avant qu'on ait pu reconnaître sa présence. On pratiqua l'hystérectomie totale et on incisa la vessie sur laquelle on greffa l'extrémité centrale de l'uretère sectionné. Guérison parfaite, sans qu'il se soit produit rien d'anormal en ce qui concerne l'écoulement des urines.

Ablation à l'anse froide d'amygdales hypertrophiées

M. Henrici (*Münch. med. Woch.*, 5 avril 1904), assistant de la clinique oto-laryngologique du prof. Kœrner, à Rostock, nous apprend que, depuis quelque temps, toutes les ablations amygdaliennes sont pratiquées, à cette clinique, au moyen d'un serre nœud ordinaire, comme s'il s'agissait d'extraction de polypes muqueux de la cavité nasale. Ce procédé, que le professeur Mygind (de Copenhague) paraît avoir été le premier à préconiser pour l'extirpation d'amygdales hypertrophiées, présenterait l'avantage d'être presque indolore et de ne provoquer qu'un suintement sanguin insignifiant, tout en étant d'une exécution facile. Il ne nécessite, en fait d'instruments, qu'un simple polypotome nasal monté de fil d'acier. Chez les enfants, l'ablation des amygdales par ce moyen n'exige presque aucun effort, mais chez l'adulte, dont les tissus péri-amygdaliens sont beaucoup plus résistants, il faut déployer pas mal de vigueur pour extraire l'amygdale de sa loge. La glande, une fois détachée, en tombant dans le pharynx, est souvent avalée par le malade.

Succès de la chirurgie conservatrice poussée à l'extrême dans un cas de broiement du pied chez un enfant

Dans la séance d'avril de la Société médico-chirurgicale de Liège, **M. Dejardin** (*Gaz. méd. belge*, 14 avril 1904) a présenté un petit garçon qui a eu le pied gauche broyé par une roue de charrette au niveau du tarse. Cet enfant avait été envoyé à l'hôpital pour y subir une amputation. En effet, la peau était déchirée, les os partiellement broyés, et il semblait que ce membre était irrémédiablement perdu.

L'enfant ne présentant aucun signe d'infection, M. Déjardin résolut d'attendre avant d'intervenir chirurgicalement. Il lava avec le plus grand soin, d'abord à l'eau tiède et au savon, puis au sérum physiologique; il retira les parcelles osseuses détachées et régularisa les lambeaux cutanés.

Quelques jours après, il fut sur le point d'amputer; en effet, la peau et le tissu conjonctifs présentaient de larges plaques de nécrose; cependant il remit encore sa décision à plus tard et continua à maintenir l'asepsie et à retirer les fragments nécrosés.

Cette façon de pousser à l'extrême la chirurgie conservatrice réussit au delà de tout espoir. Après un temps très long (il y a aujourd'hui six mois) toutes les parties nécrosées furent éliminées et la peau se reforma. L'enfant est guéri et marche très bien.

L'auteur attribue son succès à la réserve de force vitale des enfants, à ce fait qu'ils ne sont pas sous le coup du surmenage, de l'alcoolisme et du tabagisme. Il donne aussi une grande importance au procédé de traitement employé : il n'a nullement fait usage des antiseptiques, acide phénique, sublimé, iodoforme, etc., parce qu'il estime que ces produits, nocifs pour les microbes, nuisent également aux tissus et diminuent leur force de résistance.

Dr Vladimir de Holstein.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 10 mai. — M. *Sentourens* : L'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme. — M. *Hily* : De la mort subite dans l'arthrite aiguë au point de vue médico-légal. — M. *Rousseau* : Le thigénol. — M. *Mace* : Morphine, morphinomanie, morphinomanes. — M. *Pourrat* : Valeur séméiologique des idées délirantes de grossesse. — M. *Guillet* : L'opération césarienne d'urgence.

Mercredi 11 mai. — M. *Jouenne* : Les différents traitements de la sciatique. — M. *Sègre* : Les fonctions gastro-intestinales chez l'obèse.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(*Hôpital des Enfants-Malades*)

M. le prof. KIRMISSON

Forme fruste ou anormale de la coxalgie (1)

Messieurs,

Un des attraits les plus grands de toutes les études scientifiques est leur incessant progrès. Dès qu'une méthode nouvelle d'investigation est apparue, elle apporte son tribut de nouveauté même dans les questions qui paraissent le plus définitivement établies et nous permet de faire un pas de plus vers le but de toute science : la vérité.

C'est ainsi qu'aucune question ne paraît plus rebattue que celle de la coxalgie. Cependant toute une série de particularités nouvelles sont à mettre en lumière depuis que la radiographie nous donne un moyen d'étude ignoré de nos devanciers. Ce sont ces données nouvelles dont je vais vous parler aujourd'hui.

Comme toutes les arthrites tuberculeuses, la coxalgie peut être envisagée à un double point de vue :

a) Au point de vue de la localisation des lésions tuberculeuses;

b) Au point de vue orthopédique, c'est-à-dire au point de vue des attitudes vicieuses.

J'envisagerai successivement chacun de ces deux points.

a) *Localisation des lésions tuberculeuses.* — Vous savez tous que, dans l'immense majorité des cas, les arthrites tuberculeuses sont d'origine osseuse. L'étude des pièces fournies par les résections et par les autopsies a permis de déterminer la fréquence relative des localisations osseuses pour chaque articulation en particulier.

C'est ainsi qu'on sait fort bien qu'au niveau du cou-de-pied la lésion est généralement astragalienne, au niveau du genou le plus souvent tibiale, plus rarement fémorale, presque jamais rotulienne. Pour la hanche le début peut se faire soit par la tête fémorale, soit par la cavité cotyloïde. Les statistiques ne donnent pas de différence tranchée pour l'une ou l'autre, qui l'emporte suivant les auteurs que l'on consulte.

En clinique, il est encore plus difficile de faire le diagnostic de la localisation initiale. Sans doute le siège des abcès pourra donner de bons renseignements : un abcès de la cuisse sera plutôt en relation avec une lésion fémorale, un abcès de la fosse iliaque interne avec une lésion acétabulaire. Mais, outre que ces faits n'ont pas une valeur absolue, l'apparition des abcès est un phénomène tardif au cours de la coxalgie, tandis qu'un diagnostic précoce de localisation est important au premier chef.

Cazin, de Berck, a bien proposé comme moyen de diagnostic précoce le toucher rectal qui permet, mais pas toujours, de sentir une tuméfaction au niveau de la face interne de l'os iliaque. C'est là un examen difficile à pratiquer sur les petits malades qui résistent de toute leur énergie; on est obligé d'engager de véritables luttes avec eux, et souvent de leur administrer du chloroforme. Au contraire, la radiographie nous donne sans violence des renseignements extrêmement précis auxquels il faut attacher la plus grande importance. Des différences de coloration du côté malade, faciles à apprécier, nous permettent de voir la raréfaction du tissu osseux, la présence de cavités intra-osseuses, l'usure de la tête et de la cavité cotyloïde, enfin les luxations pathologiques.

Bien mieux que le toucher rectal de Cazin, la radiographie nous permet de faire un diagnostic précoce de la coxalgie acétabulaire. Je vous rappellerai, entre autres, deux malades dont je vous ai déjà entretenus.

Le premier est un jeune garçon d'une dizaine d'années que j'ai observé à l'hôpital Trousseau. Il présentait pour tout symptôme une très légère claudication et quelques douleurs assez vagues du côté de la hanche. La radiographie nous montra une tuméfaction notable au niveau de la cavité cotyloïde.

Le second est un petit malade âgé de six ans qui me fut adressé par le Dr Poix, du Mans. Il présentait des signes très légers de coxalgie (claudication peu marquée, un peu de limitation des mouvements), tandis que la radiographie nous montra une infiltration diffuse de la tête fémorale et un gros gonflement de la cavité cotyloïde.

Ces simples exemples nous font voir quels inappréciables services peut rendre la radiographie pour le diagnostic précoce de la coxalgie.

b) *Coxalgie au point de vue orthopédique.* — Toutes les arthrites tuberculeuses se caractérisent pendant le cours de leur évolution par des attitudes vicieuses du membre atteint, qui sont la conséquence de contractures musculaires localisées. Ces contractures disparaissent complètement par la chloroformisation, et l'on peut alors mettre facilement le membre en bonne attitude.

Pour la coxalgie, ces attitudes vicieuses prennent une importance considérable et vont dominer toute son histoire. En effet, elles ont deux conséquences des plus graves :

1° Elles vont créer des pressions anormales entre les deux os entrant dans la constitution de la hanche, pressions qui vont occasionner et diriger les progrès de la destruction osseuse;

2° Elles gênent la marche.

Le sens de ces attitudes vicieuses n'est pas quelconque; elles sont régies par certaines lois qui leur donnent une direction, toujours la même.

L'attitude principale est la flexion de la cuisse sur le bassin. Mais très rarement cette flexion est absolument directe; elle est généralement associée au début à l'abduction, l'axe du fémur s'écartant de la ligne médiane. Enfin, le plus souvent, il y a rotation en dehors. Flexion, abduction, rotation en dehors, telle est l'attitude de la coxalgie au début.

Mais avec les progrès de l'évolution, cette attitude change. La flexion persiste; mais elle est maintenant associée à l'adduction et à la rotation en dedans. C'est cette attitude, que j'ai appelée inversion du membre pour éviter les confusions, que l'on rencontre dans l'immense majorité des coxalgies anciennes. On enseigne généralement qu'il y a un rapport constant entre le sens de la déviation latérale et celui de la rotation, qu'à l'abduction, par exemple, est toujours associée la rotation externe. Il n'en est rien, et très souvent on voit la rotation en dehors associée à l'adduction.

Beaucoup plus constante est la succession des attitudes dans le cours de l'évolution; mais, comme il n'y a pas de loi sans exception, je dois vous dire que j'ai vu quelques malades, très rares il est vrai, présenter de l'abduction pendant toute l'évolution de leur coxalgie, ou bien, au contraire, de l'adduction dès le début.

D'après Bonnet (de Lyon), la flexion ne manquerait jamais au cours de la coxalgie, et je ne puis mieux faire que de vous lire le passage de son ouvrage sur les maladies des articulations, où il s'exprime en ces termes :

« Jamais, dans les maladies de la hanche, l'on ne trouve la cuisse éten-

(1) Leçon recueillie par M. G. Bottenstein, interne du service.

due sur le bassin, comme elle l'est chez un homme qui se tient dans une situation parfaitement verticale. Je n'ai observé aucun fait qui puisse être considéré comme une exception à cette loi, et les cas contraires que l'on pourra publier ne devront être acceptés comme vrais et concluants que s'ils ont été observés par des hommes connaissant bien les moyens de constater la flexion de la cuisse sur le bassin, d'après les règles qui seront exposées plus loin.

« La cuisse, dans les coxalgies, est constamment fléchie sur le bassin ou, en termes plus généraux, l'axe de la cuisse et l'axe du bassin forment toujours, en se rencontrant, un angle ouvert en avant. »

Plus loin (p.271, t. II) Bonnet ajoute :

« Au début des coxalgies on observe ordinairement la flexion avec l'abduction et la rotation en dehors ; à une époque plus avancée, la flexion combinée avec l'adduction et la rotation en dedans. »

Dans l'immense majorité des cas, cette loi énoncée par Bonnet est vraie ; cependant j'ai déjà rencontré quelques rares malades dont le membre était resté dans l'extension jointe à l'abduction. Mais aujourd'hui nous avons sous les yeux un petit malade dont la coxalgie a évolué sans donner naissance à aucune attitude vicieuse.

C'est un petit garçon, âgé de onze ans, entré dans notre service le 1er février 1904, salle Giraldes, lit n° 28. Son histoire est la suivante : son père et sa mère sont tous deux morts de tuberculose, la mère deux jours avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Lui-même a toujours été maladif, il a eu la rougeole et la scarlatine.

Il y a un an environ, au mois de mars 1903, la mère s'aperçoit que l'enfant boite légèrement et se plaint de douleurs dans la hanche gauche. Elle ne l'amène à l'hôpital Trousseau que quatre mois après, au mois d'août, pendant les vacances. J'étais alors absent et l'enfant fut examiné à la consultation par un de mes internes. Le malade présentait à ce moment très peu de signes. La flexion presque complète était possible, les mouvements de rotation faciles et non douloureux, l'abduction seule est un peu limitée. Il n'y a pas d'attitude vicieuse, ni de raccourcissement. On conseille à la mère de maintenir l'enfant au repos absolu pendant une quinzaine et on lui demande de revenir pour un nouvel examen. Mais la mère tombe malade peu de temps après et ne revient pas à Trousseau. Elle meurt le 29 janvier, et c'est une voisine qui amène l'enfant, le 1er février, aux Enfants-Malades.

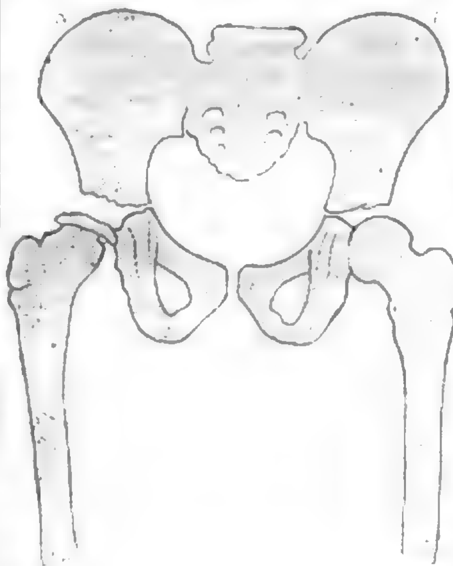
L'enfant raconte que, depuis sa visite à Trousseau, il a été soigné par un médecin qui lui faisait, une fois par semaine, du massage et des mouvements de flexion de la cuisse. Du reste, ces mouvements n'étaient nullement douloureux, la marche se faisait également sans douleur.

A l'examen, on ne constate pas trace de déviation ni d'attitude vicieuse, ni flexion, ni abduction : les deux membres inférieurs sont rigoureusement parallèles. Il n'y a pas de raccourcissement, les deux membres ont exactement la même longueur, 62 centimètres depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la pointe de la malléole externe.

Les mouvements provoqués sont faciles, sauf une limitation assez manifeste des mouvements d'abduction. Il existe quelques ganglions dans le triangle de Scarpa, qui ont, du reste, augmenté de volume depuis son entrée à l'hôpital.

La marche n'est pas douloureuse, mais se fait avec une claudication toute spéciale qui rappelle absolument celle de la luxation congénitale : à chaque pas, le trochanter paraît remonter et la partie externe de la hanche devient globuleuse. Cette claudication n'a pas du tout le caractère d'une claudication par raideur, mais bien plutôt par laxité articulaire.

En présence de tels signes, il semblerait que l'on a affaire à un cas de coxalgie très peu marquée, presque sans lésions, puisque l'affection dure depuis un an sans avoir occasionné



plus de troubles. Et, cependant, voyez ce que nous montre la radiographie : chez cet enfant il existe une énorme atrophie de la tête fémorale en partie disparue. Il n'en reste qu'une lamelle de 7-8 millimètres. Ceci explique bien le mode spécial de la claudication : la tête, en grande partie détruite, a tendance à sortir du cotyle, et à chaque pas tend à remonter sur l'os iliaque, en un mot, à chaque pas il y a tendance à la luxation.

Jamais, sans la radiographie, on n'aurait pu supposer des lésions aussi avancées, elle seule a permis le diagnostic de cette forme anormale ou fruste de la coxalgie.

Dans son livre récent sur la coxalgie, Kœnig (1) admet que, pour le diagnostic précoce de la coxalgie, la limitation des mouvements est d'importance primordiale. Pour lui, ce sont les mouvements de rotation qui sont limités au début ; je ne suis pas d'accord avec lui sur ce point, et je suis convaincu que ce sont les mouvements d'abduction qui sont surtout limités. Mais Kœnig ajoute que « de ce que les mouvements sont conservés, il ne faut pas conclure que l'articulation est saine, il arrive, en effet, que des lésions osseuses graves existent en dehors de toute limitation des mouvements. » A l'appui de son dire, cet auteur en cite deux exemples.

Dans le premier il s'agit d'une fillette de six ans, malade depuis trois mois. A un premier examen, on ne trouvait presque rien, en dehors d'une légère sensibilité à la pression sur la région antérieure de la hanche. Il n'y avait pas de gonflement, pas de contracture, tous les mouvements passifs pouvaient être imprimés à la jointure. L'enfant étant couchée faisait tous les mouvements actifs. Dans ce cas, la radiographie démontra un foyer tuberculeux de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale, à la hauteur du petit trochanter.

Le deuxième fait se rapporte à un petit garçon qui, depuis l'âge de cinq ans, avait des hémoptysies et, depuis un an, des douleurs de la hanche droite. A la marche, on notait à peine une légère différence entre les deux côtés. A la mensuration, l'enfant étant couché, il n'existe pas de différence de longueur des deux membres inférieurs. La flexion est diminuée de quelques degrés, mais tous les autres mouvements s'exécutent facilement. Dans ce cas également, la radiographie montra une infiltration de la partie postérieure et supérieure de la cavité cotyloïde avec destruction du rebord cotyloï-

(1) Kœnig. — Die Klinische Geschichte der coxitis tuberculosee. In Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke, Das Hüftgelenk, Berlin, 1902.

dien. Aussi Kœnig conclut-il à l'existence possible de cette forme fruste ou anormale de la coxalgie que révèle seule la radiographie et dont vous avez un si bel exemple devant vous aujourd'hui.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue du diagnostic que la radiographie nous a rendu un si grand service en nous permettant de connaître ces formes frustes, mais bien aussi au point de vue du pronostic et du traitement. En effet, si, ignorant de cette forme anormale de la coxalgie et ne faisant pas d'épreuve radiographique, vous vous basez sur les seules données de la clinique, vous serez amenés à porter un pronostic favorable, tandis qu'en réalité, c'est tout le contraire qu'il y aurait lieu de dire. En effet, le pronostic est grave; l'étendue des lésions osseuses que nous démontre la radiographie nous fait craindre la luxation et la suppuration de la hanche.

Quelle conclusion devons-nous tirer de ces faits au point de vue thérapeutique? A ce point de vue encore, notre malade est extrêmement intéressant. En effet, on pourra dire : voilà un malade atteint de coxalgie qui n'a pas été immobilisé, qui a même été traité par le massage et la mobilisation systématique et qui conserve une attitude normale et une amplitude des mouvements considérable. Aussi les partisans de la mobilisation dans la coxalgie tireraient-ils de ce fait un argument en faveur de leur manière de faire. Une telle conclusion me paraîtrait bien dangereuse; car, comme je vous l'ai déjà dit, ce malade est sans cesse menacé par la luxation et la suppuration. Je suis intimement convaincu que l'absence d'immobilisation, loin d'avoir été un bien, a été néfaste pour notre malade, qui, s'il avait été traité dès le début par l'immobilisation, aurait des lésions beaucoup moins étendues. L'expérience que nous donne le traitement du mal de Pott me parait très concluante à cet égard. On obtient, dans ces cas, d'excellents résultats par l'immobilisation plâtrée si on empêche les malades de marcher, tandis que si on le leur permet, il vaut mieux ne pas leur mettre de corset plâtré qui, par son poids (3 kgrs environ), peut encore contribuer à augmenter les déformations. Aussi conseillerai-je pour notre malade, de l'immobiliser dans un appareil plâtré, en abduction moyenne pour favoriser l'emboitement des surfaces articulaires et lutter contre la tendance à la luxation.

Messieurs, je voudrais que, de cette leçon, vous gardiez le souvenir de trois faits qui me paraissent des plus importants.

Le premier est qu'à côté des formes normales, habituelles, de la coxalgie, il existe une forme fruste à laquelle vous devez toujours penser. Vous ne devez pas porter à la hâte un pronostic favorable pourvu que la limitation des mouvements et tous les autres symptômes soient très peu marqués. Le second est que le diagnostic de cette forme ne peut se faire qu'avec l'aide de la radiographie qui nous l'a fait connaître. Enfin, souvenez-vous que l'unique traitement de la coxalgie est l'immobilisation en bonne position qui seule pourra nous donner des résultats satisfaisants.

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1904.

(Suite)

Traitement des grosses éventrations post opératoires

M. Le Fort présente un procédé de cure radicale des grosses éventrations opératoires. Le procédé, dans le détail duquel nous ne pouvons entrer, consiste essentiellement dans la superposition des deux muscles grands droits dans une gaîne commune. La gaîne d'un des droits est ouverte en avant, l'autre en arrière, et les moitiés de gaînes sont réunies, les deux moitiés droites (celle de la gaîne antérieure et celle de la gaîne postérieure) ensemble, les deux moitiés gauches ensemble. Le rapprochement se fait par temps successifs, ce qui facilite l'entrecroisement des muscles, malgré la traction considérable nécessaire dans les grosses éventrations anciennes, traction telle qu'elle doit rendre souvent le procédé de Sapicko très difficile sinon impossible. En outre, dans le procédé indiqué, le ventre est fermé dès les premiers temps, ce qui simplifie les manœuvres ultérieures et favorise l'asepsie.

La méthode donne toute sécurité au point de vue de la récidive. M. Le Fort a opéré de cette façon trois malades pour d'énormes éventrations, et a obtenu d'emblée trois guérisons complètes. Une des malades a, depuis son opération, mené à terme une grossesse normale, elle a accouché sans incidents et est restée entièrement guérie.

Cure des fistules vésico-vaginales

M. Pauchet (Amiens). — J'ai opéré 12 malades avec 11 guérisons par un procédé qui n'est qu'une exagération de la méthode de dédoublement. Il comprend:

1° Un large décollement de la vessie, qui est séparée de la paroi vaginale, parfois même de l'utérus, sur une étendue beaucoup plus grande que ne le conseillent les auteurs. De cette façon, les bords de la fistule vésicale s'accolent presque d'eux mêmes, et n'exercent aucune traction sur la suture.

2° Réduction au minimum du nombre des points de sutures vésicales; souvent un seul point suffit, un point en bourse non perforant, et mené à un millimètre de la perforation vésicale. L'inconvénient des fils nombreux est d'entretenir la suppuration et de gêner la guérison. Le décollement vésical est tout, la suture peu de chose.

3° Destruction du parallélisme entre les plaies vaginales et vésicales. Quand l'orifice vésical a été suturé, en bourse, si l'orifice ainsi formé correspond exactement au débridement de la paroi vaginale, il faut, pour le déplacer et l'amener au contact d'une zone de tissu continu, l'attirer par un nouveau point de suture au contact de la base cruentée de l'un des lambeaux vaginaux dans l'angle que ce dernier fait avec la paroi à laquelle il adhère.

4° Réduction au minimum des points de suture vaginale. La suture est souvent inutile, tout au plus un seul point suffit. De cette façon, le sang ou la sérosité ne s'accumulent pas entre les parois vésicale et vaginale et l'accolement de ces dernières se fait hermétiquement.

5° Comme traitement consécutif, tamponnement peu serré à la gaze, pour appliquer les lambeaux contre la paroi vésicale sans tendre celle-ci. Sonde molle pendant dix jours. Cette sonde sera changée chaque jour.

En résumé, décollement très étendu de la paroi vésicale, réduction des points de suture au minimum et sonde à demeure; voilà les trois conditions d'un succès presque constant.

M. Steeg (Dieppe). — Je me sers, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, d'un procédé qui rend l'opération beaucoup plus facile et permet de supprimer tout pansement vaginal, tout cathétérisme. Il consiste à introduire, par l'uretre, l'index gauche dans la vessie, ce qui permet de conduire à volonté la paroi vesicale.

M. Richelot. — Je fais mes réserves pour la manœuvre conseillée par M. Steeg. Je la trouve bien violente pour un assez mince résultat. L'introduction du doigt dans la vessie peut l'infecter. Ou la fistule est accessible, ou elle est très haut située. Dans le premier cas le doigt dans la vessie est inutile; dans le second il n'abaissera rien du tout.

Le decubitus abdominal est cruel. Le decubitus latéral, au contraire, que j'ai préconisé et qui dispense de la sonde à demeure, est agréable et reposant.

M. Steeg. — Avec un doigt aseptique il n'y a pas de danger d'infecter une vessie.

Du reste, elle l'est déjà dans l'espèce.

M. Queyrel. — Villeneuve, de Marseille, employait l'artifice préconisé par M. Steeg, mais il n'a pu convaincre ses collègues. Ce procédé a, en effet, l'inconvénient d'obliger d'opérer d'une seule main et d'occasionner parfois de l'incontinence d'urine consécutive.

Hystéropexie vaginale pour cystocèle

M. Fournier (Amiens) recommande cette opération, pratiquée à la partie moyenne de l'utérus, chez les femmes d'une quarantaine d'années, c'est-à-dire qui ne semblent plus appelées à la maternité.

Il se sert d'un catgut résorbable pour ne pas avoir un lien fixateur mais un tissu de cicatrice. Douze femmes, ainsi opérées, sont devenues enceintes. Chez toutes, la cicatrice n'a pas empêché l'utérus de remonter dans le ventre. Chez trois d'entre elles il y eut disparition totale des adhérences, mais ces femmes n'ont pas été revues depuis leur accouchement, de telle sorte qu'on ignore ce qu'est devenue la statique de la vessie et de l'utérus. Les accouchements ont été normaux.

M. Doléris trouve que l'hystéropexie est une opération bien grosse pour une cystocèle, que l'on guérit à meilleur compte chirurgical.

M. Lejars est du même avis. Il recommande, notamment, la plicature de la paroi profonde de la vessie

Traitement hydrominéral des affections utérines

M. Barrabé (de Bagnoles-de-l'Orne). — De nos jours, l'infection — qui a quelque peu usurpé le rôle prépondérant de la congestion dans le domaine de la gynécologie — l'intervention chirurgicale devenue plus fréquente, ont détourné sensiblement de nos stations thermales l'attention du corps médical.

On ne saurait, cependant, contester les modifications heureuses apportées par les cures thermales aux troubles fonctionnels de la matrice, aux troubles circulatoires, aux exsudats qui résultent de l'infection de cet organe.

Le traitement hydro-minéral s'applique spécialement à la congestion exagérée du système génital à l'occasion de la menstruation, congestion qui se rencontre chez les neuro-arthritiques, chez les femmes à chairs molles, à ptoses viscérales. Elle peut dépendre aussi d'une dilatation variqueuse du plexus pampiniforme et des veines du ligament large dilatation qui se rencontre surtout chez les jeunes femmes entachées d'arthritisme.

Notre arsenal thérapeutique n'est pas suffisamment doté contre ce mauvais état des parois veineuses, et c'est alors le moment de faire appel à l'action bienfaisante des eaux minérales, action vaso constrictive et décongestionnante.

Si elles sont impuissantes contre l'état des veines ou du tissu utérin envahis par la sclérose, elles sont réellement curatives dans les troubles circulatoires dus à la faiblesse des tissus veineux et dans l'inertie utérine.

Leur action générale sur la nutrition vient apporter également à la cure un précieux concours, en accélérant les échanges et en stimulant l'organisme.

L'état local et l'état général étant ainsi heureusement modifiés, il est facile de comprendre l'intervention salutaire d'une cure dans la métrite douloureuse chronique se développant à la suite d'un arrêt d'involution, de congestions répétées, et dans les troubles congestifs de la ménopause.

Des pélykalgies (douleurs pelviennes)

M. René de **Langenhagen** (Luxeuil). — J'ai groupé, sous le nom de pélykalgies, toutes les douleurs pelviennes, névralgies et pseudo-névralgies; elles offrent un réel intérêt pratique, quelle que soit leur cause (dysménorrhée, déviations utérines, rein mobile, fibrome, reliquats de pelvi-péritonites anciennes avec adhérences péri-utérines et annexielles, affections intestinales, appendicite. On prête souvent peu d'attention à une grande catégorie de malades qui se plaignent de douleurs pelviennes et qu'on considère à tort comme de simples nerveuses. Et pourtant ces femmes souffrent et sont de véritables impotentes.

J'insiste particulièrement sur la coïncidence des lésions utéro-annexielles avec les crises intestinales ou appendiculaires.

La pathogénie de ces algies pelviennes trouve une explication facile dans la congestion que subissent, au moment des règles, tous les organes pelviens. La menstruation s'accompagne, à chaque retour, d'un mouvement fluxionnaire, et si l'on veut bien considérer que la maladie intestinale, elle aussi, évolue par poussées successives, on s'expliquera plus aisément les douleurs dont le petit bassin est le siège, par le fait du *spasme* qui retentit douloureusement, à la fois, et sur l'intestin et sur l'appareil utéro-annexiel. Il n'y a donc pas lieu d'incriminer plus spécialement l'uterus et les annexes ou l'intestin pour expliquer les douleurs pelviennes. Ces organes réagissent parallèlement; il y a là comme un bloc qui souffre, et sous l'influence de causes variées, physiologiques ou pathologiques, l'utérus et l'intestin traduisent leurs communes souffrances par des névralgies pelviennes.

La plupart de ces cas sont liés à un état neuro-arthritique non douteux, comme l'a démontré Richelot; ils se caractérisent par une tendance marquée aux stases veineuses, à une nutrition défectueuse et à une circulation pelvienne viciée: ainsi se trouvent réalisées les conditions nécessaires pour favoriser la congestion, créer le spasme, provoquer cette sensation de pesanteur si pénible et maintenir les organes pelviens en état de souffrance.

Il convient enfin de ne pas oublier les *adhérences* dont le rôle a une grande part dans la pathogénie des douleurs pelviennes. Si nous ajoutons que le neuro-arthritisme imprime sa marque à tous ces cas, nous aurons fait la part de la susceptibilité nerveuse particulière de certaines malades qui font des réflexes congestifs et du spasme avec une facilité déplorable. Ce sont de véritables déséquilibrées du bas-ventre.

Peut-on soulager ces malades? Oui, répondrons-nous sans hésiter. Le traitement par l'eau chaude naturelle dans une station thermale est devenu classique dans les affections utéro-annexielles et intestinales. L'eau chaude décongestionne; c'est un antispasmodique de premier ordre.

Les irrigations vaginales et les lavages intestinaux combinés réaliseront la cure idéale dans le traitement des pélykalgies en combattant les phénomènes congestifs, en faisant résorber les exsudats, en calmant les douleurs, les réflexes et les spasmes, tout en tonifiant l'état général de la malade.

Les utérines étant presque toutes constipées, les grands lavages intestinaux seront donc adaptés au cas de toutes ces impotentes pelviennes.

L'entéroclyse aura pour but de déterger la muqueuse, de réveiller la contractibilité intestinale, de triompher de l'état spasmodique. Nous insistons pour que la pression de ces lavages soit faible (40 à 50 centim.) et pour que la quantité de liquide soit modérée.

(*A suivre.*) GRANJUX.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

SESSION ANNUELLE

Séance du 2 mai

Des laryngites chroniques non spécifiques. Formes cliniques. Traitement

M. Ruault (Paris), *rapporteur*

L'auteur réserve l'appellation de laryngites chroniques aux inflammations chroniques de la muqueuse du larynx, et ne l'étend pas aux processus phlegmasiques à évolution lente des parties profondes des parois laryngiennes (épaississements fibreux du tissu conjonctif sous-muqueux; ankyloses articulaires, etc.). Par contre, en se basant sur l'étude anatomo-pathologique et l'histogénie des lésions, il rattache aux laryngites chroniques certaines lésions d'origine inflammatoire, jusqu'ici décrites comme des tumeurs, et qu'on a dénommées polypes du larynx. M. Ruault laisse de côté l'étude clinique de ces hyperplasies polypeuses, qui ne lui parait pas entrer dans le cadre de son rapport, et reprend la classification des laryngites chroniques, qu'il a déjà proposée antérieurement, dans son article « Larynx » du *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud.

Il décrit sous le nom de *formes catarrhales*, celles dans lesquelles les troubles sécrétoires semblent occuper le premier plan du tableau clinique. Celles, au contraire, dans lesquelles l'hyperplasie des éléments constituants de la muqueuse domine la scène, sont désignées sous le nom de *formes hypertrophiques*.

Dans le premier groupe, l'auteur fait figurer la *laryngite catarrhale chronique simple*, et aussi la *laryngite sèche*, forme importante à bien connaître pouvant donner lieu à des accidents dyspnéiques par accumulation de sécrétions concrètes dans le larynx, et s'accompagner de poussées hémorragiques.

Dans le second, M. Ruault classe la *laryngite nodulaire*, très fréquente chez les chanteuses; la *laryngite granuleuse*, commune chez les institutrices, et qui n'est pas rare chez les enfants des deux sexes; et, après avoir décrit ces deux variétés, surtout communes chez la femme sous le nom commun de *laryngites hypertrophiques antérieures ou pré-apophysaires*, il passe à la *laryngite pachydermique postérieure* (pachydermie diffuse typique de Virchow), frappant la région des apophyses vocales et la région interaryténoïdienne, commune chez les buveurs et les grands fumeurs, et atteignant de préférence le sexe masculin.

Parmi les laryngites hypertrophiques diffuses, M. Ruault signale la *leucoplasie laryngée*, non encore décrite, et très rare, dont il a observé trois cas. Parmi les laryngites hypertrophiques circonscrites, il fait une place à la *chordite papillaire cornée*, affection rare et tenace dont quelques cas seulement ont été publiés jusqu'ici, sous les noms de *papilloma durum*, *verruca dura laryngis*, etc., et qui doit être rattachée à la pachydermie.

L'auteur termine son rapport par l'étude du traitement des laryngites chroniques. Il insiste sur l'inutilité des remèdes internes en dehors des poussées aiguës. Pendant le cours de ces dernières, il recommande le benzoate de soude à hautes doses. Selon lui, les eaux minérales sulfureuses (Cauterets, Luchon, Amelie, Eaux-Bonnes, Saint-Honoré, Aix, Marlioz, Challes) agissent surtout par action locale. Il en est de même des eaux arsenicales (La Bourboule, le Mont-Dore, Royat). Il faut aussi tenir compte de l'hydrothérapie externe.

Le traitement local consiste en massages externes, électrisation percutanée, inhalations de vapeurs et de liquides pulvérisés, injections intra-trachéales (faites directement dans la trachée, et non suivant la méthode de Mendel, qui ne donne que des résultats douteux ou incomplets), enfin applications topiques de solutions astringentes ou légèrement caustiques, et surtout antiseptiques.

Dans certains cas, les pinces coupantes, la curette, les scarifications laryngées, les caustiques chimiques, (nitrate d'argent fondu), ou thermiques (galvanocautère) peuvent trouver leur indication.

On doit toujours traiter les lésions des fosses nasales et du pharynx qui, dans la majorité des cas, coïncident avec celles du larynx et en sont les causes déterminantes les plus communes.

DISCUSSION

M. Mendel. — M. Ruault adresse à ma méthode d'injection trachéale les reproches suivants :

« Si elle permet, dit-il, l'introduction d'une partie du liquide injecté dans les voies aériennes, elle en laisse passer une autre partie dans l'œsophage et dans l'estomac, ce qui n'est pas toujours indifférent, car cette injection d'huile médicamenteuse peut causer des brûlures gastriques persistantes »

J'ai observé ce fait, mais à titre d'exception, et d'exception évitable, sur plusieurs milliers d'injections. En effet, pour réussir la petite opération, deux conditions sont indispensables : il faut que le médecin possède la technique que l'expérience m'a fait établir, technique fort simple, mais qui doit être rigoureusement suivie; il faut aussi que le patient sache qu'il ne doit pas avaler et qu'il recrache le petit excès de liquide qui peut rester au fond de sa gorge après l'injection — petit excès de liquide également recraché et perdu, par conséquent, lors de l'injection sous le contrôle du miroir.

Ces deux conditions sont très facilement remplies, et l'injection trachéale d'huile eucalyptolée, quotidienne pendant quelques semaines, donne les résultats les plus nets et les plus puissants dans la tuberculose pulmonaire.

M. Violet. — Nous avons fait chez trois malades exercés, ayant été souvent examinés, des injections d'après la méthode de M. Mendel. M. Lubet-Barbon a été témoin de ces expériences, que M. Mendel connaît, et nous avons constaté que, fréquemment, il y avait des mouvements de déglutition et introduction du liquide dans les voies digestives.

La méthode est intéressante mais difficile à mettre en pratique.

M. Ruault. — L'inconvénient, c'est l'introduction du liquide dans l'œsophage. Or, le meilleur moyen de l'éviter, c'est tout simplement de porter directement le médicament dans la trachée.

PERCEPIED (du Mont-Dore).

(*A suivre*

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Tenu à Paris en mai 1904

L'acuité visuelle dans ses rapports avec l'incapacité de travail

M. Sulzer (Paris), *rapporteur*.

La loi française de 1898 qui fixe les responsabilités des employeurs est de date récente. Elle est complexe, d'une application difficile. L'interprétation en est le plus souvent malaisée, la jurisprudence n'en étant pas encore assise. La Société d'ophtalmologie a donc été bien inspirée en faisant de cette question l'objet de son rapport annuel.

L'introduction de ce rapport constitue un historique complet de la question. Il montre que ce sont les Suisses qui, les premiers, en 1877, éditèrent les premières lois sur la matière; puis vinrent les Allemands, les Anglais, les Français, les Italiens, les Suédois, etc.

Ensuite M. Sulzer rapporte la loi tout entière avec les circulaires du Garde des Sceaux, les déclarations et enquêtes, la liste des entreprises soumises à la loi.

On sait que l'unité de mesure de l'acuité visuelle centrale est la même pour toutes les échelles en usage : l'œil normal étant celui qui perçoit séparés deux points espacés par une largeur égale à leur diamètre, la distance de l'œil à l'objet étant telle que chaque point apparaît à l'œil examiné sous un angle visuel d'une minute.

Pour la mesure courante de l'acuité, on se sert des échelles de Snellen, ou Monoyer, etc. Le choix des lettres est très important, pouvant influencer le résultat du simple au triple.

Pour définir successivement l'acuité visuelle, primitive ou secondaire (images mémorielles), le rapporteur propose une échelle présentant une double rangée de caractères, à droite, des lettres de plus en plus petites, à gauche, des groupes de lignes parallèles, noires et blanches, de largeur égale. Ces groupes forment des disques ; l'orientation des parallèles est faite entre elles de telle sorte qu'elle sert à déceler et corriger l'astigmatisme. Cette échelle permet du même coup de définir l'acuité visuelle pour les lettres (acuité secondaire) et l'acuité vraie (acuité primitive). Pour le rapporteur, l'unité d'acuité visuelle (qui serait les plus petits caractères vus distinctement à 5 mètres avec bon éclairage 10 bougies-mètres) devrait s'appeler du nom de Snellen ou unité de *grade*, à l'instar des électriciens par exemple, avec leur wolt, ampère, etc. (1 grade = 1 Snellen).

Le rapporteur démontre que la grande majorité des métiers n'exige qu'une acuité visuelle inférieure à l'acuité visuelle physiologique normale en moyenne. Donc, pour beaucoup d'ouvriers, une diminution de l'acuité physiologique, moindre que la moitié, ne constitue pas une diminution de capacité de gagner leur vie par leur métier et ne se traduit par aucune diminution de salaire. D'autre part, une diminution supérieure à la moitié, mais n'abolissant pas complètement l'acuité visuelle physiologique, entraîne l'incapacité permanente absolue de travail. Cette limite de l'abaissement de l'acuité, au delà de laquelle l'exercice du métier devient impossible, est la seule qui intéresse le légiste, c'est la seule qu'il faille définir et établir, elle seule donnant droit à une indemnité légale.

Les moyens de rassembler les observations nécessaires pour prévoir la diminution de salaire qu'occasionnera une

diminution donnée de l'acuité visuelle, proposés par M. Sulzer, permettront plus tard d'établir une solution idéale basée sur un projet de tarif.

Actuellement la solution n'en est pas praticable, le problème est à peine posé; aussi est-il à désirer que la Société nomme une commission, composée d'oculistes habitants les différentes parties de la France et domiciliés de préférence dans des centres et districts industriels, chargés de faire des déterminations d'acuités nécessaires, à l'aide d'une échelle unique. Munie de tous ces renseignements, la commission pourra achever l'œuvre si utile et si brillamment commencé par M. Sulzer.

DISCUSSION

M. **Rohmer** (Nancy) désirerait que l'ouvrier passe un examen d'acuité visuelle avant d'être embauché. Pour le présent comme pour l'avenir, il y aurait un intérêt majeur tant pour l'employeur que pour l'employé.

M. **Bourgeois** (Reims) croit qu'il faudrait faire intervenir l'âge du malade dans la question d'indemnité à fournir. Passé soixante ans, l'indemnité serait augmentee, sur l'indemnité due, de 10 % par exemple.

M. **Vignes** (Paris) demande que l'échelle optométrique présentée aujourd'hui par M. Sulzer soit essayée et expérimentée avant d'être acceptée.

M. **de Lapersonne** (Paris) pense qu'il est difficile d'expérimenter dans chaque classe ou catégorie de métier, avant de se prononcer Si on entre dans cette voie, il faut compter au bas mot 500 000 observations.

Pour établir une indemnité, il faut tenir compte de l'acuité visuelle plus ou moins diminuée, et surtout de l'ensemble de tout le dossier du sinistré. Les barêmes sont intéressants à consulter, mais non suffisants. Il ne faudrait pas leur accorder toute l'importance qu'ils semblent avoir.

M. **Armaignac** (Bordeaux) déclare qu'une échelle internationale s'impose actuellement ; mais elle ne sera jamais parfaite, quelle qu'elle soit. Elle pourra indiquer l'acuité physiologique, mais jamais l'acuité scientifique.

M. **Jocqs** (Paris). — L'échelle Monoyer, à degrés décimaux, est parfaite et suffit amplement pour les besoins de la cause. " Il est partisan, pour éviter des abus dans l'indemnité accordée aux blessés, que l'employeur connaisse l'acuité visuelle de l'employé au moment de l'embauchage.

Une taie légère amène souvent une diminution de l'acuité qui n'est pas en rapport avec la valeur professionnelle de l'œil blessé. Par contre, certaines blessures graves n'amènent pas un déficit de vision plus grand que ces leucomes et, cependant, l'œil, dans ce cas, a une bien moindre valeur. Il faut en tenir compte pour la juste évaluation du dommage.

M. **Aubineau** (Brest). — L'œil aphaque doit toujours attirer l'attention de l'oculiste. L'absence de cristallin est une cause permanente d'infériorité et réclame une indemnité fixe que nous pouvons évaluer à 1,8.

M. **Dor** (Lyon). — Le système décimal dont on se sert jusqu'à présent paraît remplir toutes les qualités désirables. Il est donc inutile de le changer.

Il faudrait y ajouter cependant 1,1 pour désigner une acuité supérieure à la normale. Le borgne peut accomplir un travail très rémunérateur, mais il n'en reste pas moins privé d'un œil, qui lui donne droit à une indemnité, non pas de 5 % mais plutôt de 10 %.

M. **Péchin** (Paris). — Le barême allemand est complet et, consulté, il peut rendre des services pour l'oculiste embarrassé par un cas insolite. Quelquefois le médecin n'a pas à se prononcer sur l'indemnité à servir, mais seulement sur l'acuité visuelle: ainsi comprise, la tache de l'oculiste est bien plus facile.

M. **Valude** (Paris) désirerait qu'une indemnité quelconque fut donnée à l'ouvrier qui, par accident, perd une certaine quantité de degré d'acuité visuelle quoique (après l'accident) il soit tout à fait capable de remplir sa tâche (le terrassier, par exemple).

Au nom du Comité, il propose à la Société de se prononcer sur l'unité d'acuité visuelle : le grade ou Snellen, de façon à pouvoir en présenter la proposition au prochain Congrès international de Lucerne.

M. **Javal** (Paris) n'accepte pas le terme grade, il préfère celui de *radian* ou *milliradian*, auquel on pourrait donner le nom synonyme de Snellen.

Il faut que le patron inscrive l'acuité visuelle sur le livret de l'ouvrier qu'il embauche, et que, dans toutes les échelles, le chiffre indiquant l'augmentation visuelle, soit un chiffre appartenant non à une série arithmétique, mais géométrique.

MM. **Landolt** (Paris) et **Dronsart** (Nord) veulent aussi que l'acuité visuelle figure sur le livret de l'ouvrier avant l'embauchage.

M. **Dufour** (Lausanne) désirerait que, pour définir l'acuité visuelle d'un ouvrier sinistré, on se mette dans les conditions où se trouve l'ouvrier dans l'exercice de sa profession.

(*A suivre.*)

Dr P. Carra.

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance d'avril.

Rupture spontanée pendant le travail

M. **Pinard.** — Dans un cas, communiqué par M. Fieux, une rupture sous-péritonéale du segment inférieur fut observée chez une femme dont le bassin était légèrement rétréci et qui accouchait pour la première fois.

Après une longue période de travail, pendant laquelle la tête était descendue avec difficulté dans le bassin, tout faisait prévoir que l'accouchement allait se terminer; la dilatation du col était complète, la présentation profondément engagée, quand une tuméfaction apparut dans la région sus-pubienne. Ayant reconnu que la vessie n'était pas distendue comme on l'avait d'abord cru, on pensa qu'il s'agissait d'une infiltration de sang dans l'épaisseur de la paroi abdominale et que l'utérus venait de se rompre.

On fit alors une application de forceps, et l'enfant fut extrait facilement par les voies naturelles. Comme, après cette extraction, on cherchait à se rendre compte, par le toucher manuel, de l'état du segment inférieur, une hémorragie considérable se produisit et l'examen dut être interrompu. Un tamponnement utéro-vaginal, rapidement pratiqué, fit cesser l'écoulement sanguin. Bien que cet incident eût empêché de vérifier le diagnostic, l'hématome de la paroi abdominale augmentant progressivement de volume, l'état général de la femme devenant mauvais, le pouls s'accélérant à 120, M. Fieux fit la laparotomie. Il y avait un hématome sous-péritonéal du volume d'une tête de fœtus à terme, le péritoine était intact; la paroi antérieure de l'utérus était déchirée transversalement dans une étendue de 4 cent. environ, au niveau du segment inférieur. L'hystérectomie supra-vaginale fut pratiquée. La malade guérit.

J'ai observé, pour ma part, une rupture complète de l'utérus, avec déchirure de la vessie, qui se produisit dans des conditions analogues chez une femme accouchant pour la huitième fois, et surveillée au dortoir de la Clinique Baudelocque pendant les dernières semaines de sa grossesse.

Une dyspnée de moyenne intensité, due à l'exagération de la quantité de liquide amniotique, fut d'abord la seule particularité observée pendant le travail et disparut après la rupture artificielle et précoce des membranes. Déjà la dilatation était complète, et la tête, profondément engagée, commençait à solliciter le détroit inférieur, quand l'apparition d'une tumeur sus-pubienne et la disparition subite des bruits du cœur de l'enfant firent penser, malgré le bon état général de la femme, que l'utérus venait de se rompre.

L'enfant fut aussitôt extrait par les voies naturelles. La main, introduite alors dans les organes génitaux, en suivant le cordon, passa à travers une large brèche de la paroi utérine et vint au contact des anses intestinales.

Le cathétérisme ayant été pratiqué pendant les préparatifs de la laparotomie, un écoulement de sang pur par la sonde fit diagnostiquer une déchirure de la vessie.

Après avoir incisé la paroi abdominale, M. Potocki enleva le délivre, qui était libre au milieu des anses intestinales, fit l'hystérectomie totale et sutura la vessie. La malade guérit.

Quelques jours plus tard j'observai un nouveau cas de rupture complète de l'utérus, chez une femme qui accouchait pour la troisième fois. Comme la précédente, cette femme avait été surveillée pendant les derniers temps de sa grossesse au dortoir de la Clinique Baudelocque, où elle avait été admise en raison des particularités qu'elle présentait au point de vue obstétrical. Lors de l'accouchement précédent, l'enfant s'était présenté par le siège; les bruits du cœur étant venus à se modifier, on avait procédé à l'extraction, mais le col, incomplètement dilaté au moment de cette intervention, avait été déchiré par la tête dernière. Bien que le toucher ne permît de constater rien d'anormal, il était donc à supposer, d'après ces antécédents, que le col, et peut-être le segment inférieur, présentaient par places du tissu de cicatrice. Il y avait, en outre, une malformation utérine peu accentuée. Pendant que cette femme attendait au dortoir le moment d'accoucher, l'enfant mourut. Quand le travail commença, les bruits du cœur fœtal n'étaient plus entendus depuis plusieurs jours, et le palper faisait percevoir une crépitation osseuse au niveau de l'extrémité céphalique.

Le travail ne présenta, d'abord, aucune autre particularité que celles qu'il est habituel de rencontrer quand le produit de conception est mort et macéré. Mais, au moment où la dilatation du col allait se compléter, on fut surpris de constater que le fœtus qui, jusque-là, se présentait par le siège, se présentait maintenant par l'épaule. En même temps, du sang noir s'écoulait par la vulve. La main introduite dans l'utérus, dans le but d'extraire le fœtus par les voies naturelles, arriva au contact des anses intestinales, après avoir franchi une large déchirure de la paroi utérine.

Tout ayant été laissé en état, M. Potocki fit la laparotomie, enleva par l'incision abdominale le fœtus, dont la tête seule était restée dans l'utérus, puis le placenta qui était libre au milieu des anses intestinales, et pratiqua l'hystérectomie supravaginale. La malade guérit.

La multiparité est la cause la plus importante de la rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Les grossesses diminuent la résistance de la paroi utérine, probablement en produisant dans son épaisseur des modifications histologiques que nous ne faisons qu'entrevoir à l'heure actuelle.

La présence de tissu de cicatrice dans le col et dans le segment inférieur est une menace pour l'intégrité de l'utérus pendant le travail. Inextensible, en effet, par définition, la cicatrice risque de se rompre sous l'influence de la poussée qu'exerce sur elle le fœtus chassé par les contractions utérines. Dans les cas où cela se produit, une rupture se trouve ainsi amorcée, qui s'étend ensuite au tissu utérin resté normal.

A l'exception de celles qui résultent d'interventions chirurgicales, les cicatrices du col ne se rencontrent que chez les femmes qui ont déjà accouché. Nouvelle raison pour expliquer que la rupture spontanée de l'utérus survienne presque exclusivement chez les multipares.

Parmi les multipares, il en est qui sont plus particulièrement exposées à la rupture de l'utérus; ce sont celles dont les accouchements précédents ont dû être terminés par une intervention : forceps, version, extraction du siège, etc. C'est que, chez ces femmes, plus souvent que chez les multipares qui ont toujours accouché spontanément, le col et le segment inférieur présentent des cicatrices étendues, vestiges de grandes déchirures produites par les interventions au cours des accouchements antérieurs. A ce point de vue, il faut signaler particulièrement les interventions pratiquées avant la dilatation ou la dilatabilité complète du col.

L'infiltration de la paroi utérine pendant le travail est aussi une cause très importante de rupture de l'utérus. Le mécanisme de la déchirure du segment inférieur, dans ce cas, est le même que celui de la déchirure isolée du col, bien étudié par M. Wallich. Comme tous les tissus infiltrés, les parois du segment inférieur ont perdu leur élasticité : elles se déchirent quand elles sont sollicitées à se distendre par la présentation fœtale poussée vers le col par des contractions du corps de l'utérus.

En clinique, le fait s'observe surtout lorsqu'il y a une disproportion peu considérable entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin. La tête s'engage pendant le travail, mais lentement, péniblement, par réduction de ses diamètres; elle comprime fortement la paroi utérine contre la paroi pelvienne pendant tout le temps qu'elle met à franchir le détroit supérieur. Au-dessous de cette zone de compression, des modifications se produisent dans la circulation sanguine de la paroi utérine, qui s'infiltre et s'œdématie. Par le toucher, on sent alors le segment inférieur épaissi, tandis que le palper fait percevoir de l'œdème dans la région sus-pubienne. La rupture est proche.

La paroi utérine ne s'infiltre pas lorsqu'il y a une disproportion très marquée entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin. La tête reste au-dessus du détroit supérieur, malgré l'intensité des contractions utérines; ne s'engageant pas, elle ne comprime pas la paroi utérine contre la paroi pelvienne. L'utérus peut évidemment se rompre, dans ces conditions, mais par un mécanisme autre que celui de l'infiltration du segment inférieur; il y a alors usure ou coupure de la paroi utérine par des crêtes ou des aiguilles osseuses. Or, le bassin dit épineux constitue une rareté.

Ces différences de mécanisme expliquent pourquoi la rupture de l'utérus est plus fréquente lorsque le bassin est peu rétréci que lorsqu'il est très étroit.

Les malformations utérines, même peu accentuées, peuvent déterminer une rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Elles agissent en modifiant l'action des contractions utérines. Le fœtus est poussé par ces contractions, non pas suivant l'axe longitudinal de la cavité utérine, dans la direction de l'orifice cervical, mais obliquement, contre une des parois du segment inférieur qu'il distend, puis qu'il décline.

En résumé, les dimensions normales du bassin, la bonne conformation de l'utérus, l'absence de tissu cicatriciel dans l'épaisseur de la paroi utérine, constituent les meilleures garanties contre la rupture spontanée de l'utérus pendant le travail.

M. Rudeaux cite deux observations de rupture spontanée de l'utérus au cours du travail. La première se rapporte à une femme dont le bassin était peu rétréci et à laquelle on avait pratiqué l'opération césarienne lors d'un accouchement précédent. M. Ribemont-Dessaignes fit la laparotomie, enleva le fœtus et le placenta qui étaient libres dans la cavité abdominale, et termina par l'hystérectomie suivant le procédé de Porro. Dans la seconde observation, l'utérus se déchira quand la tête était déjà profondément engagée dans le bassin; la femme succomba avant que l'on eut le temps de faire la laparotomie.

L'aménorrhée

M. Le Lorier. — L'aménorrhée primitive est l'absence des règles chez une femme arrivée à l'âge habituel de la menstruation. Elle diffère de la crypto-ménorrhée dans laquelle l'hémorragie menstruelle se produit, mais ne peut se faire jour au dehors par suite de l'atrésie d'un point du canal génital. L'aménorrhée primitive peut exister en dehors de toute cause appréciable et doit alors être dite essentielle; elle peut être symptomatique d'une lésion ou d'une malformation des organes génitaux; elle peut, enfin, être symptomatique d'un trouble de la nutrition lié à une maladie locale ou générale. Un examen complet et minutieux de la femme permet le plus souvent de reconnaître à laquelle de ces variétés on a affaire.

Les indications thérapeutiques sont de trois ordres : les unes s'adressent au symptôme aménorrhée et visent au rétablissement du sang menstruel; les autres résultent de l'existence de molimens

menstruels douloureux qu'il faut essayer de supprimer; les dernières sont fournies par l'existence de malformations génitales curables. Dans un cas, la greffe d'un ovaire sain, dans le fond de l'utérus, amena la guérison de l'aménorrhée.

M. Rudeaux donne la description d'un monstre. La paroi abdominale antérieure faisait défaut et, à travers le feuillet amniotique qui la remplaçait, on voyait avant toute dissection le foie et les anses intestinales. Les membres inférieurs étaient relevés en extension forcée, le long du dos, comme dans un cas analogue présenté par M. Lepage. Un spina bifida volumineux occupait la région lombaire. L'anus manquait, l'absence de la moitié gauche du diaphragme avait permis au cœur de descendre dans la cavité abdominale.

M. Audebert communique un travail sur les propriétés de l'orthoforme, et des observations de fièvre typhoïde observée pendant le post-partum.

SAUVAGE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 26 avril

Sténose du cordon ayant produit l'atrésie des vaisseaux ombilicaux et la mort du fœtus au cinquième mois et demi de la grossesse.

M. Longbois (Joigny), conformément à l'habitude qu'il a prise, depuis vingt ans, de surveiller de très près, dès leur début, toutes les grossesses au terme desquelles il doit présider, a suivi, dans le cas qu'il soumet à la Société, le développement de l'utérus gravide depuis les premiers signes de présomption jusqu'aux signes de certitude chez une jeune primipare de la clientèle aisée, très intelligente et très soigneuse. Il a pu ainsi, entre le quatrième mois et le cinquième mois et demi, percevoir les mouvements actifs et entendre les bruits du cœur fœtal. La santé de la jeune femme était excellente, il n'y avait plus de vomissements, les urines étaient normales. Rien non plus à signaler dans les antécédents de la future mère, née jumelle, ni dans ceux du mari au point de vue de la syphilis, toujours à rechercher.

Vers le cinquième mois, cessation des mouvements du fœtus. L'auscultation révèle encore des bruits du cœur, mais affaiblis et comme lointains. Puis, les jours suivants, le ventre s'affaisse, le palper bimanuel fait sentir un utérus flasque et ramolli et les bruits cardiaques disparaissent.

Le diagnostic de la mort du fœtus s'impose. Une légère montée de lait se manifeste et, trois jours plus tard, le fœtus est expulsé en présentation céphalique, sans incident.

Après la délivrance, l'examen de l'arrière faix montre un placenta normal. Les membranes décollées le sont également. Le cordon est d'aspect, de grosseur et de longueur ordinaires. En examinant son insertion, M. Longbois trouve, à fleur de peau abdominale, une sténose d'un bon centimètre de longueur, ayant transformé l'organe en une sorte de ficelle. Sur la pièce, à la loupe, par transparence, on peut voir les deux artères ombilicales qui accompagnent la veine plus volumineuse. Il n'a pas été possible de procéder à l'examen microscopique.

M. Longbois considère cette sténose et l'atrésie consécutive des vaisseaux comme les causes de la mort du fœtus. La cause de cette sténose, toutefois, lui échappe complètement.

A titre d'hypothèse, il se demande si l'on ne peut admettre que, jusqu'au cinquième mois, l'apport sanguin placentaire, malgré l'atrésie vasculaire, est resté suffisant au développement du fœtus et que, plus tard, il est devenu insuffisant à sa nutrition.

M. Ozenne. — On a presque toujours rapporté à la syphilis les cas de ce genre. Il n'en est pas trace, d'après M. Longbois, dans son observation. Cependant, la mère est née d'une grossesse gémellaire et, à tort ou à raison, on a déjà attribué ces grossesses à la syphilis. Il se pourrait qu'il y eut quelqu'influence héréditaire.

M. Berthod. — L'atrésie des vaisseaux ombilicaux n'est pas démontrée, puisqu'il n'a pas été fait d'injection dans ces vaisseaux. Cette atrésie n'est donc qu'une probabilité. Je crois qu'il y a une légère torsion du cordon tel qu'il m'a été présenté. En tout cas, il serait désirable que des coupes soient faites, qui permettraient de constater la torsion de l'atrésie.

M. Longbois. — Dans les cas de torsion du cordon, on ne les constate pas au ras de la peau, comme c'est le cas ici. Toutefois, les observations de M. Berthod gardent leur valeur et il y aura lieu de pratiquer les recherches qu'il demande.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 avril

L'emploi alternatif de la quinine et de l'arsenic dans les cas rebelles de fièvre paludéenne

M. Goldschmidt (Strasbourg). — L'acide arsénieux peut réussir là où le sulfate de quinine échoue; par contre, la quinine agit quand l'arsenic reste sans action. J'ai eu bien des fois l'occasion de vérifier ce fait, et aussi cet autre qui me paraît encore plus important, à savoir : quand les accès de fièvre paludéenne ne cèdent pas en premier lieu au sulfate de quinine et, par la suite, à l'acide arsénieux, ils sont presque sûrement et rapidement coupés lorsqu'on revient à la quinine. Dans ces cas, l'arsenic sert en quelque sorte de mordant à la quinine. En effet, j'ai pu me convaincre que, sans l'intervention intermédiaire de l'arsenic et en suspendant simplement, pendant quelques jours, le traitement quinique, pour le reprendre ensuite, on n'arrivait pas à ce résultat. Les douches d'eau froide auxquelles j'ai vu quelquefois céder d'emblée des accès de fièvre intermittente et que j'ai essayées après des échecs de la quinine, n'ont pas donné à cette dernière plus d'efficacité. Pour obtenir définitivement la guérison, il fallait l'intervention de l'arsenic: celui-ci est donc un adjuvant précieux de l'alcaloïde du quinquina.

Il résulte, toutefois, de mes nombreux essais, que l'action de l'acide arsénieux ne vaut pas tout à fait celle de la quinine, quand il s'agit de fièvre paludéenne; aussi est-il indiqué, lorsqu'on se trouve en présence d'accès de malaria, surtout dans les pays où cette maladie prend parfois une allure d'emblée grave, sinon mortelle, de recourir en tout premier lieu à la quinine. Si celle-ci tarde à produire son effet et que tout danger prochain soit écarté, il y a lieu de faire entrer en jeu l'arsenic, et si, après un certain nombre de prises de ce médicament, les accès ne sont pas coupés, de revenir à la quinine.

En fait de produits arsénicaux, j'admets volontiers que l'arrhénal a de sérieux avantage sur l'acide arsénieux, tant au point de vue de son moindre degré de toxicité qu'à celui de la facilité de son emploi, notamment en injections sous-cutanées; mais il reste à démontrer que les résultats qu'on obtient avec l'arrhénal valent ceux que j'ai observés si souvent avec l'acide arsénieux, d'autant plus que l'emploi judicieux de ce produit n'offre aucun danger ni inconvénient.

Du lab ferment dans la digestion du lait

On sait que le premier stade de la digestion lactée est sa caséification, phénomène de fermentation diastasique, entraînant le dédoublement de la caséine. Cette caséification se faisant sous l'influence du ferment-lab sécrété normalement dans l'estomac, il est intéressant de savoir comment varie cette sécrétion du ferment-lab dans les différents cas pathologiques.

M. Léon **Meunier**, après avoir donné un procédé de dosage du ferment-lab dans le suc gastrique après repas d'Ewald, montre, d'après l'examen d'une centaine de cas pathologiques, que le ferment lab peut varier de 1 à 2000. Très abondant chez l'enfant et chez l'adulte, il diminue avec l'âge et peut presque disparaître au cours d'un grand nombre d'états pathologiques : gastrites chroniques, alcooliques, néoplasmes, vieux ulcères.

Par un examen chimique et clinique, l'auteur montre que, chez ces malades à faible sécrétion en lab-ferment, il y a un rapport étroit entre cette sécrétion insuffisante et la mauvaise digestion lactée.

Dans ces cas pathologiques, il conseille

une solution de lab-ferment titrée en lab par rapport à un suc gastrique normal. Dans toutes ses observations la caséification et la digestion du lait se font immédiatement, comme on peut s'en rendre compte par l'examen chimique ou clinique. Les troubles gastro-intestinaux s'améliorent, surtout la constipation, ce qui tiendrait à confirmer les travaux d'Okoneff et de Schapirow sur le rôle du lab-ferment dans la digestion intestinale.

Mort subite après injection sous cutanée d'extrait glycériné de capsules surrénales

M. Dubois. — Lorsque m'est arrivé l'accident que je vais relater, l'adrénaline n'était pas encore isolée et les dangers de l'extrait surrénal n'étaient pas connus.

Mon observation concerne une femme de quarante ans qui présentait les symptômes de la neurasthénie et de l'entérocolite muco-membraneuse avec débâcles diarrhéiques. Cette malade, très affaiblie et amaigrie, avait une coloration bronzée de la peau, surtout à la face, qui s'accentuait au moment des époques. On trouvait aussi chez elle deux plaques mélaniques dans la bouche. Supposant, dans ce cas, l'existence de la maladie d'Addison, j'ai pratiqué, tous les deux jours, des injections hypodermiques d'extrait surrénal glycériné, à la dose de 2 cc par injection. Les cinq premières furent bien tolérées et parurent même amener une amélioration de l'état général; mais à la sixième injection, la malade se souleva brusquement, vomit une gorgée de lait, puis retomba dans son lit et expira deux minutes après.

Ce fait est-il imputable à l'extrait surrénal qui, en pénétrant, peut-être, dans une veine, aurait provoqué une syncope mortelle? Ou bien n'était ce pas une de ces morts subites qu'on voit survenir parfois chez les addisoniens par adynamie profonde? J'incline plutôt vers la seconde hypothèse.

D[r] Vladimir de Holstein.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai.

Myopathie scapulo-humérale

M. Raymond. — Il s'agit d'un homme de vingt neuf ans, sans antécédents héréditaires, qui, à vingt-six ans, commença à sentir de la faiblesse dans le bras droit. A ce moment, il fut appelé pour une période de vingt-huit jours. N'éprouvant pas de douleur, il ne se présenta pas à la visite médicale, et comme il était maladroit dans l'exercice du fusil et du tir, il fut puni différentes fois. Puis le bras gauche commença à se prendre. Bref, quand cet homme se présenta à la Salpêtrière, sa santé générale n'était pas modifiée, il n'éprouvait aucune douleur, mais il était impotent des deux membres supérieurs. Il pouvait bien tenir un objet dans ses doigts, mais il lui était impossible de lever la main.

Le malade, déshabillé, le diagnostic s'imposait, par suite de l'état des muscles de la ceinture scapulaire. Il s'agissait de myopathie scapulo-humérale, à forme juvénile ou type de Erb.

En pareil cas, le traitement médical est absolument impuissant et la marche de la maladie fatalement progressive. J'ai donc songé à recourir à la chirurgie pour remédier à cette infirmité, et j'ai demandé au D[r] Chipault de souder le bord spinal de l'omoplate droite, à la 5[e], à la 6[e] et à la 7[e] côtes. Les muscles, désinsérés au cours de l'intervention, ont été réinsérés à l'angle supéro-interne de l'omoplate. L'opération a très bien réussi. Comme vous pouvez le voir, le malade met maintenant sa main droite sur sa tête et se sert de son bras droit pour les travaux de force. Il est si content de ce résultat qu'il demande à être opéré maintenant du côté gauche.

A propos de la suture du radial

M. Reynier. — Les cas de suture du radial sont moins rares que M. Bœckel semble le croire (1). En 1901, j'ai communiqué, à la Société de chirurgie, une observation dans laquelle j'avais suturé le radial en 1890. Cette même année 1901, M. Morestin a présenté aussi à la Société de chirurgie un malade chez lequel il avait suturé ce nerf. Enfin, dans une thèse récente, on trouve de nouveaux exemples de cette opération.

Le mode opératoire suivi par M. Bœckel me semble délicat et je préfère celui que M. Morestin et moi avons suivi.

M. Bœckel a obtenu la restauration motrice au bout d'un mois. On ne saurait compter habituellement sur un succès aussi rapide, car M. Morestin ne l'a obtenu que six mois après son opération, et moi au bout de quatorze mois.

La maladie du sommeil

M. Laveran présente à l'Académie un travail de M. le D[r] **H. Dupont**, médecin de l'Etat du Congo, intitulé : « Contribution à l'étude de la maladie du sommeil », et paru dans le *Caducée* du 16 avril 1904.

M. Laveran fait remarquer que l'ancienne théorie, qui voulait que la maladie du sommeil fut l'apanage exclusif du noir, a été battue en brèche par **M. Patrick Manson**, qui a fourni une observation de cette maladie chez le blanc. M. Dupont en apporte trois nouveaux cas des plus convaincants. Il y a là une donnée nouvelle qui s'impose à l'attention de tous ceux qui s'occupent de l'hygiène coloniale.

M. Manouvriez (Valenciennes) lit un mémoire sur l'anémie des mineurs. Lecture que M. le président résume dans cette phrase : « On n'entend pas un mot. »

(1) Communication faite dans la précédente séance, mais que nous n'avons pas entendue (voir *Bulletin médical*, n° 33, p. 390, 3[e] colonne).

ÉLECTION

d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, etc.

Nombre de votants : 74. — Majorité : 38.

Ont obtenu :

MM. Netter.....	58 voix	Elu
Garnier....	5	—
Lemoine...	5	—
Wurtz.....	2	—
Widal.....	1	—
Thoinot....	1	—
Bulletins blancs.	2	

G.

THÉRAPEUTIQUE

Applications diverses de l'anesthésine

M. Duhot a publié, dans les *Annales de la polyclinique centrale de Bruxelles*, un intéressant article sur les résultats obtenus par l'emploi de l'anesthésine comme anesthésique local, destiné à remplacer la cocaïne. Ce nouveau produit a, en effet, l'avantage de procurer une anesthésie considérable sans avoir les dangers de la cocaïne.

C'est surtout dans les maladies de la peau, notamment dans toutes les affections accompagnées de prurit, dans les ulcères, les hémorroïdes et fissures anales, dans les brûlures, la cystite, etc., que M. Duhot a essayé l'anesthésine avec succès. Il utilise avec avantage les solutions huileuses ou des pommades à 5 % d'anesthésine.

Dans la syphilis, l'auteur a eu grand avantage à ajouter aux solutions mercurielles un peu d'anesthésine; l'injection devient ainsi moins douloureuse et est mieux supportée. Il emploie dans ce cas, comme excipient, l'huile de vaseline à 10 % de calomel ou salycilate de mercure, et autant d'anesthésine. Bien entendu, la solution doit être stérilisée.

L'auteur recommande la formule suivante pour calmer le prurit, et affirme avoir obtenu avec elle des résultats remarquables :

Oxyde de zinc.....	15 gr.
Amidon de riz.....	15 »
Acide salicylique...	1 »
Xéroforme	3 »
Glycérine anglaise.	10 »
Anesthésine.......	5 »
Vaseline..........	25 »
Lanoline..........	25 »

Cette pommade peut également servir dans toutes les affections douloureuses de la peau et même dans les brûlures. Dans ce dernier cas, on peut avantageusement lui substituer un diapasme formé de parties égales d'anesthésine et de dermatol.

Dans tous les cas d'ulcérations, de nature quelconque et spécialement variqueuse, l'auteur a retiré des effets remarquables soit de la pommade précitée, soit de lotions faites avec des solutions de chlorhydrate d'anesthésine à 0,50 % parties d'eau.

L'anesthésine en poudre, appliquée sur la muqueuse en cas de stomatites diverses ou sur des hémorroïdes ulcérées, a donné également de bons effets.

Dans les maladies vésicales, cystites, ténesme, l'auteur recommande les injections urétro-vésicales avec la solution huileuse suivante :

Gaïacol cristallisé......	6 gr.
Anesthésine...........	3 gr.
Acide benzoïque	0 gr. 35
Huile d'amandes douces.	60 cc.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Rueff

Les maladies de l'estomac, par M Albert Robin, de l'Académie de médecine 2e édition, revue et augmentée : grand in-8°, 1904, avec 20 fig. et 53 tableaux.

La première édition du livre de M. A. Robin, parue en 1900-1901, a comblé une lacune de la littérature médicale en fournissant aux praticiens un traité magistral des affections digestives orienté essentiellement dans le sens de la thérapeutique, tandis que, d'autre part, les théories pathogéniques de l'auteur, étayées sur des conceptions originales et sur des méthodes nouvelles, s'imposaient à l'attention de tous les médecins. Les troubles des fonctions gastro-intestinales sont trop intimement liés à l'histoire des processus morbides les plus variés pour demeurer le sujet d'études d'un nombre restreint de spécialistes; il n'est pour ainsi dire point de maladie générale ou de lésion viscérale qui ne retentisse sur l'estomac, et inversement les états gastriques sont à l'origine de beaucoup de troubles fonctionnels ou de lésions secondaires des autres organes. Ces liens étroits, ces corrélations intimes entre des manifestations si éloignées les unes des autres à première vue, avaient été mises en lumière par M. A. Robin d'une manière saisissante. Aussi les trois fascicules des « Maladies de l'estomac » ont-ils rencontré un accueil empressé en France et à l'étranger ; les deux premiers tirages ont été épuisés en quelques mois.

La deuxième édition nous apporte un ouvrage complètement remanié : les trois fascicules ont été fondus en un très beau volume où il est extrêmement facile de trouver les renseignements les plus variés grâce à l'ordre logique avec lequel les diverses questions s'enchaînent les unes avec les autres et aux trois tables des matières donnant, par ordre alphabétique, les maladies et les traitements, les médicaments et les eaux minérales, enfin les noms d'auteurs.

L'ouvrage renferme plusieurs chapitres nouveaux parmi lesquels il convient d'indiquer, tout particulièrement, celui qui traite de la valeur séméiologique générale des échanges organiques. Quelles que soient sa tendance d'esprit et son orientation scientifique première, le médecin ne peut plus se désintéresser, à l'heure actuelle, des études du bilan nutritif ; l'urologie a sa place en clinique aussi bien que l'auscultation, et la connaissance des troubles de la nutrition est certainement plus utile au praticien que celle des propriétés soi-disant curatrices d'un grand nombre de médicaments. Mais, ce qui rend l'emploi de ces méthodes délicat et incertain, c'est la difficulté où l'on est de trouver des termes de comparaison, capables de bien faire apprécier les perturbations pathologiques. Depuis de nombreuses années, M. A. Robin s'est attaché à l'études des *rapports d'échange* existant entre certains des éléments constituants de l'urine ; l'introduction de cette notion en urologie a éclairé d'un jour tout nouveau l'interprétation des résultats d'analyses, d'où l'importance du chapitre où ces notions sont mises au point.

On lira aussi avec grand intérêt l'étude très complète et en grande partie nouvelle, qui a été faite des fermentations gastriques et le chapitre sur l'appendicite où l'auteur, repoussant formellement l'opération immédiate, montre les résultats excellents d'un traitement médical systématisé, bien différent des errements classiques.

L'étude des retentissements hépatiques des dyspepsies, beaucoup plus complète que dans la première édition, précise la théorie dans laquelle M. A Robin explique, par une solidarité fonctionnelle entre le foie et l'estomac, les formes larvées de troubles hépatiques si importantes à connaître et si fréquentes, que l'on a désignées, d'autre part, sous le nom d'ictère acholurique et de cholémie familiale. Les caractères urologiques de ces manifestations morbides, que le praticien doit savoir dépister sous peine de faire d'incessantes erreurs de diagnostic, ont conduit M. A. Robin à une conception pathogénique dont se déduit une ligne de traitement nettement tracée.

Signalons encore, comme profondément remaniés, les chapitres consacrés aux retentissements dyspeptiques des affections utérines et aux troubles gastriques des tuberculeux, et la mise au point de beaucoup de médication.

Ces quelques lignes suffisent pour montrer que le livre des *Maladies de l'estomac* est bien, comme le dit l'auteur, un ouvrage « à la fois scientifique et pratique », tenu au courant des données les plus récentes de la thérapeutique physiologique. Il fait bénéficier le lecteur de la longue expérience acquise par M. A. Robin dans le traitement des maladies des voies digestives et des maladies de la nutrition, et fournit, dans une foule de questions intéressant immédiatement la pratique médicale, les idées générales fécondes indispensables à toute thérapeutique rationnelle, et les moyens de mettre en œuvre les indications du traitement.

Dr G. K.

Vient de paraître

Maladies de l'appareil digestif, notes de clinique et de thérapeutique, par MM. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, et Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux. Première série. Un vol. in-8 de 150 pages : 3 fr. (Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris VIe)

Conception du mot hystérie, critique des doctrines actuelles, par M. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. In-8 de 48 pages : 1 fr. 50. (Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.)

CORPS DE SANTE DE LA MARINE

A la date du 27 avril 1904, le ministre de la marine a décidé la création d'une prévôté de médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis. Cet emploi sera attribué à un médecin de 1re classe pour une durée de deux années.

En conséquence, M. le méd. de 1re cl. Bartet, du port de Rochefort, est dés. pour occ. les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Ortal, 4 Contrand.

MM les médecins principaux :

1 Féraud, Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau, Rousseau, Mercier, Thémoin, Michel.

11 Laffont, Bourdon, Damany, Gauran, Bourrit.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Bonnefoy, Viancin, Pervès Sisco, Gérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement.

11 Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Pennet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Freissineng, Tricard.

21 Titi, Vignier, Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain.

31 Jouenne, Seguy, Castaing, Merleau-Ponty, Labadens, Liffran.

MM. les médecins de 2e cl :

1 Coquelin, Lemaitre, Parrenin, Duchateau, Cristol, Bourges, Dargein, Rolland.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique

M. Galotte, de Saint-Dié

Officiers d'académie

MM. Gordon, Tournemelle, de Paris.
M. Courtois, de Thorigny.
M. Lhoste, de Beaujeu.
M. Grinda, de Nice.
M. Brunet, méd. de 2e cl. de la marine.
M. Cournol, de Cusset.

APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1904

Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1904 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

Réserve (période de quatre semaines).

Médecins-majors de 2e classe.......	5
— aides-majors de 1re classe.	37
— — de 2e classe.	404
Total..................	446

Armée territoriale (période de deux semaines).

Médecins-majors de 2e classe.......	30
— aides majors de 1re classe.	278
— — de 2e classe..	218
Total..................	526

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui ont pris part, en qualité d'officiers du service de santé, et depuis le 1er janvier 1899, soit aux grandes manœuvres de la troupe, soit aux exercices spéciaux du service de santé en campagne, pourront être autorisés à accomplir leur période d'instruction, au cours des années 1904 et 1905, par fractions dont la durée sera déterminée par le directeur du service de santé du corps d'armée.

Une société khédiviale de médecine vient de se fonder au Caire avec le bureau suivant : président, Dr Comanos Pacha ; vice-présidents, Dr S. Voronoff et Ibrahim Pacha Hassan ; secrétaire général, Dr Georges Voronoff

NÉCROLOGIE

M. Emile Duclaux, Directeur de l'Institut Pasteur.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 36 | 10 Centimes le Numéro | SAMEDI 7 MAI 1904

LE

BULLETIN MÉDICAL

Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.

S'ADRESSER

Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.

Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. Porte et Thiollier frères, 54, rue Jacob.

Direction scientifique :
MM. LES PROF. GRANCHER & LANNELONGUE
Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT
Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION
PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.

SOMMAIRE

La Société médicale des bureaux de bienfaisance a émis un vœu demandant que les fonctions de médecin-inspecteur des écoles soient réservées aux médecins des bureaux de bienfaisance par voie d'ancienneté.

La Société des Amis de l'Université de Paris, dans son Assemblée générale, a attribué, au laboratoire de pharmacologie et de matière médicale de la Faculté de médecine (Service de M. Pouchet), 2500 fr. pour l'achat d'un enregistreur à mouvement avec régulateur Foucault.

POSTES MÉDICAUX

Les renseignements relatifs aux postes médicaux, cessions de clientèles, sont donnés à titre de simple indication, sans garantie aucune de l'Administration du journal.

Cessions de clientèles médicales, maisons de santé et d'hydrothérapie. — Remplacements. — Renseignements sur toute clientèle médicale à céder ou à reprendre Cabinet A. Gallet, 67, boulevard Saint-Michel, près la place de la Sorbonne. (Anciennement 92, Boulevard de Port-Royal). Téléphone 825.81.

THÉRAPEUTIQUE

A propos du Congrès de Climatologie

Climat et Médicaments

Par le Dr JUMON, de Paris

Nous venons d'avoir un Congrès de Climatologie où, je pense, tout le monde, les malades et les médecins auront lieu d'être contents. On y a chanté les délices de la côte d'azur et les congressistes pour qui la grande bleue était inconnue — ils doivent être rares — ont dû se convaincre qu'elle n'était pas surfaite.

Des communications fort intéressantes ont été faites sur les indications du climat méditerranéen, sur la manière de s'en servir surtout, car il présente certains dangers d'ailleurs faciles à éviter si le médecin prend soin d'en instruire son malade, sur le traitement au sanatorium, la cure libre, voire l'alimentation sur laquelle nous trouvons aussi des détails très utiles et très circonstanciés.

Pour un peu on trouverait que ce merveilleux climat suffit à tout et tient lieu de tout « frisés dès leur arrivée par la lumière, conclut un rapport, enivrés du parfum et de la beauté des fleurs, séduits par la splendeur de cette parure incomparable aux tons délicatement nuancés, avec l'enchantement de ses après-midi et la magie de ses soleils couchants, ils sont pris du désir irrésistible de vivre, de vivre encore, de vivre toujours. Ils veulent guérir à tout prix. La lutte va dès lors s'engager dans des conditions toutes nouvelles, inconnues jusqu'ici, sous l'empire d'une ardente et inlassable volonté qui conduit souvent à la victoire. » Et le fait est que le tableau n'est pas exagéré, si le malade qui a quitté le Nord avec ses brumes et sa pluie glacée a la chance de se réveiller après une nuit de chemin de fer dans l'Éden méditerranéen des beaux jours.

Cependant, une fois la curiosité et l'œil satisfaits, on peut se demander si ce lyrisme thérapeutique suffira toujours. A la vérité, le climat offrira au pulmonaire trois qualités qui en font un agent thérapeutique d'une immense valeur, s'il sait bien choisir sa localité et son home, ce sont la douceur de la température, l'air pur et le soleil. Cela suffira bien à guérir quelques malades. Mais ce qui frappe un peu dans ce choix des communications, c'est l'absence de toute part faite à la thérapeutique. Nous aurions aimé à connaître de la bouche de confrères expérimentés, observateurs, l'influence de ces adjuvances thérapeutiques dont nous parlait il y a quelques années le professeur Landouzy à propos des sanatoriums. On pourrait même se demander si certains agents pharmaceutiques ne témoigneront pas d'une action plus intense chez des sujets dont la nutrition est déjà améliorée par le climat. N'est-il pas légitime de penser, par exemple, que sous l'influence de la solarisation, la médication ferrugineuse produira des effets plus rapides et plus marqués dans l'anémie que chez les malades privés des conditions favorables du milieu. De même il aurait été intéressant de savoir comment se comporte chez ces malades ce qu'on pourrait appeler la médication antituberculeuse.

Assurément celle-ci n'existe pas à proprement parler, et il s'agit là simplement d'un terme abréviatif. Pour un certain nombre de médecins, la thérapeutique médicamenteuse du tuberculeux n'existe pas et ils s'appuient pour le dire sur la nécessité de ménager l'estomac du malade, son dernier rempart contre la maladie. D'accord ! mais vous soignez bien un bronchitique, un catarrheux, pourquoi supprimer alors toute action thérapeutique chez le tuberculeux. A dire vrai, il est parfaitement exact de chercher tous les moyens de sauvegarder les fonctions gastro-intestinales. Le problème sera donc d'avoir recours aux agents thérapeutiques qui peuvent être supportés longtemps, je dirais même toujours. Du reste ces agents varient suivant les indications. Il en est qui s'adresseront à la nutrition générale qu'ils auront pour fonction de relever. De ce nombre on pourrait citer l'huile de foie de morue qui ne s'adresse qu'à un petit nombre d'estomacs privilégiés, les arsenicaux modernes (cacodylate, arrhénal) et la classe des médicaments phosphorés, également modernes (glycéros, lécithines, nucléines, protyline), dont la valeur est inégale et est encore un sujet d'études.

D'autres viseront plus particulièrement les sécrétions bronchiques. Le climat sec du littoral est bien certainement un excellent anticatarrhal, mais dans beaucoup de cas où les sécrétions sont très abondantes et constituent une véritable cause d'épuisement pour le malade il faudra recourir à des anticatarrhaux. Sous ce rapport, le tuberculeux se trouve dans des conditions un peu spéciales. Le catarrhe tuberculeux est très résistant, je veux dire qu'il cède difficilement aux agents de la médication. Aussi par tâtonnement et expérimentations successives avait-on fini par découvrir dans le principe du goudron, très employé chez les poitrinaires, la créosote, un agent doué d'une réelle efficacité dans le catarrhe bronchique du tuberculeux. On peut même dire que jusqu'à un certain point la créosote est l'agent pharmaceutique de la thérapeutique antibacillaire et, bien avant la découverte du bacille, on avait donné la préférence à la créosote chez les tuberculeux.

Aussi la médication créosotée par ses perfectionnements et ses avatars successifs a toujours gardé une place prépondérante et de choix dans la thérapeutique antituberculeuse. Cette question de l'évolution de la médication créosotée a d'ailleurs été traitée avec une grande compétence par mon confrère le docteur Bousquet, et ceux qui s'intéressent à cette question prendront plaisir à lire son travail (Presse médicale, 20 mars 1904), où ils trouveront en outre des renseignements les plus instructifs. Qu'il soit rappelé seulement que les améliorations successives ont conduit à la découverte d'un composé très intéressant du gaïacol, connu sous le nom de Thiocol contenant 52 pour 100 de gaïacol. Sa solubilité très grande, son peu de goût qui n'est d'ailleurs pas désagréable, l'absence de propriétés irritantes, son absence de toxicité contrastent avec les produits créosotés ou gaïacolés connus jusqu'à ce jour et font que cette médication a pu recevoir même chez les tuberculeux des applications bien plus larges.

Si l'on veut bien se reporter à des temps déjà anciens on se rappellera que la médication créosotée avait ses contre-indications sévères. Son emploi était d'abord limité par les capacités fonctionnelles de l'estomac des malades, dont quelques-uns seulement pouvaient supporter pendant longtemps la médication.

La découverte du gaïacol ne fut même pas un progrès à ce point de vue ; cette substance possédant à la fois des propriétés irritantes et anesthésiques locales causait parfois à certains malades des sensations si pénibles qu'ils préféraient renoncer à ses avantages thérapeutiques. Aujourd'hui la question gastrique n'existe plus avec le Thiocol qui loin de provoquer des troubles stimule plutôt l'appétit.

Une seconde considération qui faisait renoncer à la médication créosotée, c'était l'existence des hémoptysies, que cette médication semblait décidément favoriser par ses agents ordinaires. Il n'en est plus de même avec le Thiocol qui n'a jamais causé ou favorisé ces accidents.

Pour notre part nous nous sommes souvent servis du produit chez des tuberculeux même hémoptysiques sans que nous ayons constaté la réapparition des poussées sous son influence et les auteurs qui ont étudié ce médicament n'ont pas manqué de signaler ce fait négatif.

Enfin il était interdit de donner de la créosote aux fébricitants, cette substance suffisait parfois pour réveiller la fièvre chez les tuberculeux apyrétiques. Sous ce rapport le Thiocol posséderait plutôt une action contraire, mais indirecte. En effet, comme c'est contre l'infection mixte que se trouve dirigée surtout son action très particulière à cet égard, il en résulte que la cause même de la fièvre se trouve supprimée et que le malade a en toute circonstance le bénéfice de la médication créosotée. D'ailleurs, si l'on en croit des expériences qui remontent à plusieurs années, le Thiocol possède au moins *in vitro* une action antibacillaire qui a été également attribuée à la créosote.

Mais comme celle-ci a des actions accessoires très marquées, notamment sur le système vasculaire, il en résulte qu'on ne peut l'employer dans les cas de fièvre et d'hémoptysie.

L'effet thérapeutique du Thiocol chez les tuberculeux est si favorable qu'on s'est demandé si le médicament ne possédait pas des propriétés particulières sur la nutrition même. En effet, sous son influence on voit les forces du malade se relever, le poids augmenter, le coefficient azoté croître, mais nous croyons que ces effets ne sont que la conséquence de l'action du médicament sur l'infection locale comme agirait un balsamique qui serait en même temps antiseptique.

Peut-être aussi faut-il lui attribuer une action stomachique spéciale, sans quoi on s'expliquerait difficilement le retour si rapide de l'appétit qui en favorisant l'alimentation aide puissamment à la reconstitution des malades. De là l'augmentation de poids, tandis que la disparition de la fièvre et des sueurs est le résultat de la diminution ou de la disparition des sécrétions pulmonaires. Mais nous ne voulons pas entrer plus avant dans l'étude de cet intéressant médicament.

Nous voulions seulement montrer, pour en revenir à un sujet d'actualité, que l'on aurait tort de dédaigner l'appui précieux que peut apporter le traitement médicamenteux aux tuberculeux et bronchitiques qui viennent demander au climat leur guérison, alors que ce traitement ne peut offrir que des avantages en répondant à des indications bien définies. Nous sommes d'ailleurs d'accord lorsqu'on dit de donner au tuberculeux le moins de médicaments possible, mais cette règle n'a de limitation que lorsqu'elle concerne des agents dont l'emploi offre certains inconvénients.

JUMON.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Deux cas d'hémorragie méningée des nouveau-nés diagnostiquée au moyen de la ponction rachidienne et traitée par les injections sous-cutanées de gélatine

Dans le numéro d'avril de la *Therapia* — une nouvelle revue qui, depuis quelques mois, paraît à Saint-Pétersbourg sous la direction du docteur A. Lozinsky — **M. W.-P. Joukovsky** publie un article intéressant sur l'emploi des injections gélatinées dans le melæna, l'hémophilie et l'hémorragie méningée des nouveau-nés. L'action favorable de la gélatine dans les deux premières de ces affections étant déjà connue, nous ne mentionnerons que les deux observations d'hémorragie méningée dont l'existence fut établie par la ponction lombaire, ce qui constitue une fait nouveau, la rachicentèse ne paraissant pas avoir encore été employée dans les cas de ce genre en tant que moyen de diagnostic.

Dans ces observations on vit apparaître, bientôt après la naissance de l'enfant, des phénomènes cérébraux graves: couleur violacée de la face avec petites ecchymoses sous-cutanées, exophtalmie, congestion des conjonctives, protrusion des fontanelles et convulsions. La ponction lombaire ayant donné un liquide sanguinolent, on pratique aussitôt une injection sous-cutanée de 15 cc. d'une solution stérilisée de gélatine à 2 %. Dès le lendemain les symptômes morbides commencèrent à rétrocéder, puis ils ne tardèrent pas à se dissiper complètement.

Les injections intra-articulaires de vaseline dans les arthrites sèches

L'année dernière, M. H. Delagénière (du Mans) a imaginé d'injecter de la vaseline stérilisée dans une articulation de l'épaule, atteinte d'arthrite sèche, à l'effet de rendre aux mouvements leur souplesse et de diminuer les douleurs (voir *Journ. de méd. de Paris*, 13 septembre 1903). Le résultat qu'il a obtenu, à la suite de cette tentative, a été excellent.

Tout récemment, **M. K. Buedinger** (*Wien. klin. Woch.*, 28 avril 1904) a eu recours à ce même procédé dans 15 cas d'arthrite sèche à localisations diverses. L'injection intra-articulaire de vaseline (stérilisée et chauffée) fut pratiquée à une dose variant entre 1 et 8 cc., suivant l'importance de la jointure malade. Aussitôt après, on faisait des mouvements passifs pour répartir uniformément la vaseline sur les surfaces articulaires. Le soulagement (disparition des craquements et des douleurs) était immédiat, mais, au bout d'un laps de temps variant entre une demi-heure et deux heures, survenait une sorte de synovite réactionnelle, se traduisant par des douleurs, parfois assez violentes, et par du gonflement articulaire, phénomènes qui se dissipaient en deux à six jours sous l'influence de l'immobilisation du membre et de l'application d'un pansement humide. Cette réaction une fois terminée, l'effet favorable de l'injection se manifestait de nouveau, et alors il persistait. L'amélioration était surtout considérable dans les arthrites sèches légères, moins accusée, bien qu'encore très appréciable et très appréciée du malade, dans les arthrites ayant déjà entrainé des lésions articulaires graves. C'est ainsi qu'un malade de ce genre, qui, depuis deux ans, était demeuré cloué à son lit, put marcher de nouveau après l'injection intra-articulaire de vaseline.

Traitement de la tuberculose pulmonaire au début par les injections sous-cutanées de solution iodo-iodurée

Appliquant à la tuberculose pulmonaire le traitement que le prof. Duranto et d'autres après lui ont employé, avec succès, dans les tuberculoses chirurgicales, **M. S. D'Auria** (*Il Morgagni*, avril 1904) a soumis quatre malades, se trouvant à la période initiale de la phtisie, à des injections sous-cutanées du mélange ci-dessous formulé:

Iode pur.............	1 gr.
Iodure de potassium...	10 gr.
Gaïcol...........	5 gr.
Huile d'olive stérilisée.	100 gr.

Chaque jour, on injectait la valeur d'une seringue de Pravaz, soit 1 gr. de ce mélange.

Après quelques injections, on voyait cesser d'abord la fièvre, puis les sueurs nocturnes; la toux et l'expectoration diminuaient, l'appétit et le poids du corps augmentaient. Dans tous ces cas, une guérison, pour le moins apparente, caractérisée par l'atténuation des signes physiques des lésions pulmonaires et la disparition des bacilles dans les crachats, fut obtenue après 45 ou 80 injections.

Les inhalations de phénylpropionate de soude dans la tuberculose laryngée et pulmonaire

M. Bulling (*Muenchener med. Wochenschr.*, 26 avril 1904), de Reichenhall, et, après lui, **MM. Elkau** et **Wiesmueller** (*Muenchener med. Wochenschr.*, 3 mai 1904), assistants du sanatorium populaire pour tuberculeux de Planegg, prônent, pour le traitement de la laryngite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire, un dérivé cynamique, proche parent du hétol, le phénylpropionate de soude qui, employé en inhalations, donnerait des résultats très remarquables. Les inhalations sont faites, deux fois par jour, pendant une demi-heure, à l'aide d'un appareil spécial, le thermovariateur, permettant de modifier à volonter la température du liquide inhalé. Le titre de la solution de phénylpropionate de soude est augmenté progressivement de 0,5 à 3 %. Pendant l'inhalation, la température du liquide est portée de 25° à 42° et même, s'il n'existe pas de contre-indication (danger d'hémoptysie), à 43° ou 45°, puis, vers la fin de la séance, on descend à 35°. La congestion de la muqueuse respiratoire, par l'effet de ces températures élevées, seconderait l'action thérapeutique du phénylpropionate de soude. Le nombre de cas traités de la sorte, par les auteurs que nous avons nommés, est de 16.

Dr Vladimir de Holstein.

THÉRAPEUTIQUE

Zomothérapie

Un examen judicieux des effets de la zomothérapie permet de conclure que ce traitement a surtout pour effet d'utiliser le fer organique contenu dans la viande, à la reconstitution de la provision d'hémoglobine du sang appauvri. Il est plus logique, dès lors, d'administrer immédiatement aux malades l'hémoglobine elle-même, comme l'ont fait avec succès plusieurs médecins des hôpitaux, les docteurs Letulle, Dujardin-Beaumetz, Péan, etc.

La viande fraîche donne, sous la presse, un jus marquant, à l'hémochromomètre de Malassez, 1/2 p. 100 environ. Le sang normal marquant 12 1/2, il s'ensuit que le jus de viande représente une dilution de sang à 1 p. 25.

Le sirop d'hémoglobine concentré (Deschiens) marque 11 degrés à l'hémochromomètre; un calcul élémentaire indique, dès lors, qu'une cuillerée à soupe dudit sirop représente 1/2 litre de jus de viande. On peut juger par ces chiffres de l'avantage énorme, au point de vue tolérance et économie, que présente l'administration du Sirop de Deschiens ou du Granulé du même auteur.

VALS

Eaux Min[les] Nat[les] admises dans les Hôpitaux
Saint-Jean. Maux d'estomac, appétit, digestions.
Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.
Dominique. Asthme, chlorose, débilités.
Désirée. Calculs, coliques. **Magdeleine.** Reins, gravelle
Rigolette. Anémie. **Impératrice.** Maux d'estomac.
Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

PERICOLS

PANSEMENTS Péri-Utérins
PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris.

SIROP 2-4 cuil. à s.

HÉMOGLOBINE DESCHIENS

GRANULÉ 2-4 cuil. à café

Fer organique vitalisé

Anémie, Neurasthénie, Tub[se]

DRAGÉES, VIN ELIXIR

ÉCHANTILLONS 9, rue Paul-Baudry PARIS

LE MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION DES GLYCEROPHOSPHATES

Névrosthénine FREYSSINGE

Gouttes concentrées de glycérophosphates de soude, potasse et magnésie. — X à XV gouttes à chaque repas aux adultes et aux vieillards contre : **Neurasthénie avec constipation, Épuisement, Diabète.**

Polyphorine FREYSSINGE

Polyglycérophosphate granulé à base de glycérophosphates de chaux, fer et magnésie. — 1 cuillerée à café à chaque repas aux enfants et adolescents contre : **Chlorose, Anémie, Surmenage, Rachitisme.**

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurèse** rapide relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Exiger la Signature CATILLON, Prix de l'Académie.
MÉDAILLE D'OR, 1900, Paris, 3, Boul[d] St-Martin.



LYMPHE MINÉRALE NATURELLE

SAINT-NECTAIRE-LE-HAUT

(MONT-CORNADORE, P.-DE-D.)

SOURCES | **ROUGE.** — **Chloro-Anémie.** | **DU PARC.** — **ALBUMINURIE.**

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE, SUISSE.

RECONSTITUANT GÉNÉRAL. APÉRITIF PUISSANT.
TRAITEMENT DE L'INSOMNIE NERVEUSE.

TUBES GÉLATINEUX, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS

DOSES: ENFANTS de 2 à 6 ans: 0 gr. 25 à 0 gr. 50
ADULTES: 1 GR. PAR JOUR.

PHYTINE

(ANHYDRO-OXYMÉTHYLÈNE-DIPHOSPHATE ACIDE DE CHAUX ET DE MAGNÉSIE)

EXTRAIT DES GRAINES VÉGÉTALES

PRINCIPE ACTIF des DÉCOCTIONS de CÉRÉALES

LE SEUL PRODUIT NATUREL PERMETTANT LA MÉDICATION PHOSPHORÉE RATIONNELLE ET LA SURALIMENTATION PHOSPHORÉE

EXPÉRIMENTÉE AVEC SUCCÈS DANS LES HÔPITAUX

DÉPÔT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE: LABORATOIRES SAUTER, ... PARIS ET BELLEGARDE (AIN).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE FRANCO À MM. LES DOCTEURS

SOLUTION PAUTAUBERGE

A[u] Chlorhydro-Phosphate de Chaux Créosoté

Contient le **Phosphate de Chaux** sous la forme la plus assimilable et la **Créosote** sous la forme la mieux tolérée, permet seule la longue durée du traitement créosoté. Bons et constants résultats dans les ***Tuberculoses***, les ***Affections broncho-pulmonaires***, les ***Scrofules***, le ***Rachitisme***.

CAPSULES PAUTAUBERGE

(Créosote, Phosphate de Chaux, Iodoforme)

Puissant Antibacillaire, bien toléré et accepté.

L. PAUTAUBERGE & C[ie], 22, rue Jules César, Paris, et toutes Ph[ies]

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE :
PAR AN
30 MILLIONS
de Bouteilles

Déclarée d'Intérêt public
Décret du 12 Août 1897

Xéroforme

Remplace avantageusement **l'Iodoforme sans en avoir l'odeur.** Il n'est pas toxique et ne produit **jamais d'eczéma.** — C'est un bon **analgésique** et **hémostatique** et un **épidermisant** infiniment **supérieur à l'Iodoforme**: un remède éminemment **siccatif et désodorisant.** Il possède une action spécifique dans la guérison des **Ulcères de Jambes** et des **Eczémas humides.**

Notice et Renseignements : **L. BARBERON,** ***15, Place des Vosges, PARIS.***

Plus actif que les SELS DE FER
POUDRE et DRAGÉES à 0,05
FRANCO ÉCHANTILLONS

FER QUEVENNE

Seul fer réduit approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE
14, r. Beaux-Arts, Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

L'entérite muco-membraneuse. Ses rapports avec les affections génitales de la femme

Par M. Paul Dalché
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux, Soupault et Jouaust ont étudié la pathogénie de l'*entérite muco-membraneuse*. Leur travail, des plus intéressants, arrive à cette conclusion, « pour expliquer les faits il faut invoquer la production d'un réflexe parti des organes abdominaux en souffrance et aboutissant aux nerfs de l'intestin. » Ce réflexe amène des troubles moteurs, spasme ou atonie, il en résulte de la stase fécale, des fermentations qui irritent la muqueuse intestinale et provoquent la sécrétion du mucus; il est aussi plausible, ajoutent-ils, de faire intervenir une excitation directe de la sécrétion glandulaire par les nerfs vaso-moteurs et sécrétoires de la muqueuse.

Cependant, au cours de l'énumération des maladies abdominales qu'ils considèrent à juste titre comme capables de donner naissance à ces réflexes, lorsqu'ils arrivent aux *lésions utéro-annexielles*, « ils ne possèdent pas, disent-ils, de documents suffisants et ne se croient pas en mesure de formuler une opinion valable. »

Pour P. Le Gendre, la pathogénie du syndrome « est dominée par un état névropathique général et originel. » Il ne conteste pas, du reste, le rôle de la stase fécale, et parle d'autres épisodes parallèles, tels que *les fluxions cataméniales*, etc.; mais il souligne l'importance qu'il y a, au point de vue du traitement, à soigner les malades comme des névropathes.

Linossier ne voit dans l'entérite muco-membraneuse qu'une réaction de l'intestin à des causes différentes, ce qui le mène à demander une thérapeutique variant avec chaque cas particulier.

Cette remarque me paraît s'appliquer, d'une façon très exacte, à l'entérite muco-membraneuse qui accompagne les affections génitales de la femme. Les conditions qui la provoquent chez les utérines sont diverses, à tel point que les indications du traitement changent presque avec chaque malade. Et dans certains faits, rares peut-être, mais n'en conservant pas moins toute leur valeur, j'ai vainement cherché le facteur névropathique qui ne devait être ni incriminé ni soigné.

Depuis que Nonat a signalé la fréquente coexistence des selles glaireuses avec les maladies utérines ou péri-utérines, il semble que la *poussée fluxionnaire des règles* ait toujours été mise au second plan au point de vue pathogénique, par rapport aux lésions organiques de la matrice ou des annexes, que l'on tend à accuser tout d'abord. Cependant son importance est prépondérante.

En l'absence de toute affection de l'appareil sexuel, la fluxion menstruelle suffit à amener des crises d'entérite muco-membraneuse. La congestion cataméniale de tous les organes abdominaux se porte très vivement sur le gros intestin, se combine selon toute vraisemblance à des phénomènes d'auto-intoxication génitale, et provoque des selles glaireuses au même titre que dans d'autres cas elle produit, si fréquemment, un accès de diarrhée, la veille des règles, ou une fluxion hémorrhoïdaire de la muqueuse rectale.

Cette crise d'entérite glaireuse, simple épisode, reste longtemps sans se reproduire ou ne se reproduit pas chez des femmes qui ne sont nullement nerveuses, dont l'intestin fonctionne bien en temps ordinaire, mais qui ont été atteintes parfois à cause d'une circonstance accidentelle. J'en ai observé un remarquable exemple, salle Trousseau, à la Pitié, chez une nourrice, robuste femme indemne de toute tare névropathique et qui n'avait jamais présenté de glaires ou de membranes dans ses matières. Elle dut brusquement cesser de nourrir; au bout de très peu de temps, les règles, suspendues depuis plusieurs mois, revinrent sans leur abondance habituelle et s'accompagnèrent de souffrances très pénibles. Ces douleurs siégeaient dans tout le ventre, avec des coliques que la malade ne reconnaissait pas pour des coliques menstruelles, puis des évacuations intestinales amenèrent une quantité considérable de glaires et de peaux. L'accès se calma en quelques jours, tout rentra dans l'ordre, à l'époque voulue la menstruation apparut pour la seconde fois sans poussée d'entérite, et cette femme a eu en tout une seule crise à l'occasion du premier retour de ses règles.

Plus souvent, il est vrai, les glaires de l'intestin se montrent sinon à chaque période cataméniale, du moins sous l'influence de nombreuses périodes pour diminuer beaucoup et même disparaître à certains moments dans l'intervalle. Plusieurs femmes que j'ai interrogées ont été très affirmatives sur ce point : les époques leur ramènent parfois des muco-membranes, qu'elles voient à peine, quand elles en voient, en temps ordinaire.

Les personnes de souche goutteuse, arthritique, facilement congestives, sont plus prédisposées à ces accidents; d'autre part, elles sont aussi plus sujettes à la dysménorrhée congestive, et il doit y avoir un certain rapport entre l'intensité des crises menstruelles et des crises intestinales. Cette circonstance a peut-être contribué, jointe à d'autres motifs, à faire croire, complètement à tort du reste, à une similitude entre la dysménorrhée pseudo-membraneuse et l'entérite à muco-membranes.

Pour la même catégorie de malades, peut intervenir l'élément névropathique, qu'il ne faut pas considérer comme toujours nécessaire, mais qu'il faut se garder de ne pas reconnaître comme de la plus haute importance. Les nerveuses, non moins sujettes aux crises dysménorrhéiques, souffrent, sous l'influence des règles, de poussées d'entérites qui tendent à se calmer dans la phase intercalaire. Ce sont-elles surtout qui, à propos de la menstruation, présentent des accidents intestinaux spasmodiques, complications susceptibles de prendre l'allure de pseudo-appendicite, de coliques sous-hépatiques, d'obstruction intestinale, etc.

Une femme, âgée de trente-trois ans, entra salle Trousseau, à la Pitié, pour une aménorrhée accidentelle : une injection intempestive, administrée au premier jour des règles, avait brusquement arrêté le sang. Il en résulta une congestion utérine qui se dissipa assez rapidement sous l'action d'émissions sanguines et de bains. Mais peu de temps après éclatèrent des accidents spasmodiques du côté du cœcum, ayant l'apparence d'une pseudo-appendicite; ils cédèrent en deux jours, et se portèrent alors sur le colon transverse où ils provoquèrent de telles douleurs que l'on se demanda si vraiment il ne s'agissait pas d'une péritonite. Tout se calma, lorsque, à la date qui correspondait à la venue des menstrues que nous attendions, *le sang ne parut pas*; mais en son absence et à la façon de règles déviées, se manifesta, accompagnée des plus vives souffrances, une crise de glaires intestinales et de fausses membranes en quantité incroyable.

La malade nous dit alors qu'au moment de ses périodes, elle était parfois sujette à des accès d'entérite, mais jamais elle n'avait éprouvé semblables douleurs ni observé pareille débâcle.

Le mois suivant, le sang reparût d'une façon habituelle; cette femme souffrit encore beaucoup de l'intestin et constata des évacuations glaireuses. Depuis, les époques arrivent normales, et l'entérite, très légère maintenant, oscille et disparaît.

En ce qui concerne l'élément nerveux, il m'a semblé bien minime chez elle, si toutefois il existe. Du reste, il faut reconnaître que le cas demeure susceptible de se présenter d'une façon complexe : une malade qui, au moment de toutes ses époques, souffre beaucoup de dysménorrhée et d'entérite peut bien à la longue devenir neurasthénique quand elle ne l'est pas déjà.

Jusqu'à présent j'ai supposé que les organes abdominaux étaient sains. Il va sans dire que s'il existe une de ces affections abdominales qui, par la voie réflexe, donnent naissance à l'entérite glaireuse, ainsi que le pensent Soupault et Jouaust, une entéroptose avec coudure du colon transverse en U ou en V entretenant la stase fécale, comme le dit Hayem, l'influence de la poussée menstruelle est capable de se superposer aux autres facteurs pathogéniques, de combiner son action à la leur et se faire sentir d'une manière d'autant plus vive.

Enfin, il reste à envisager encore la classe très importante de ces faits si fréquents, où les organes génitaux eux-mêmes sont malades.

Dans cette éventualité, l'entérite muco-membraneuse reconnait plusieurs causes. Par les voies lymphatiques, les infections génitales se propagent au gros intestin et donnent ainsi naissance à de la colite. (Il me sera permis de faire remarquer que la marche inverse du processus infectieux est admise aujourd'hui par nombre d'auteurs; les affections intestinales provoquent des phlegmasies péri et surtout rétro-utérines, péritonite du cul-de-sac de Douglas, etc., etc., et même de la métrite.) D'autres fois ce sont des causes mécaniques qui entrent en jeu par compression, rétro-déviations, brides péritonéales, hématocèle, etc., etc., déterminant une constipation opiniâtre, de la résorption putride et tous les accidents des selles glaireuses.

Sur ces causes infectieuses ou mécaniques vient se greffer périodiquement l'influence de la poussée menstruelle, et à certains mois alors surviennent des paroxysmes d'évacuations glaireuses et de souffrances. Au cours des maladies organiques de l'appareil utéro ovarien, il est rare que dans l'intervalle des règles les phénomènes d'entérite disparaissent complètement, car ils sont entretenus par une cause permanente. Ils prennent parfois une allure peu ordinaire. J'ai donné des soins, salle Trousseau, à une femme portant une rétro-déviation, suite probable d'une ancienne phlegmasie péri-utérine qui lui avait laissé, en arrière de l'utérus, un véritable feutrage de brides comprimant le gros intestin; elle souffrait en même temps d'entéro-colite et il était, certains jours, assez difficile de faire la part exacte de ce qui revenait dans les symptômes douloureux à l'intestin ou à l'appareil génital. Elle eut une recrudescence d'inflammation péri-utérine, les règles survinrent à ce moment, le ventre se ballonna et cette malheureuse femme, pendant près de deux jours, présenta une véritable perte blanche intestinale, continue, abondante, qu'elle ne pouvait pas retenir et dont elle avait à peine conscience; c'était un liquide presqu'incolore, légèrement visqueux, qui trempait la literie, au point qu'on fut obligé de garnir la malade.

Ainsi donc la fluxion menstruelle, qui à elle seule suffit à provoquer de l'entérite muco-membraneuse peut sévir sur un intestin sain ou malade, ou ptosé — combiner son influence à celles d'autres causes abdominales — et en particulier aggraver l'action déjà nocive des maladies utéro-ovariennes. Cette complexité pathogénique montre que la thérapeutique de l'entérite muco-membraneuse, en rapport avec un trouble génital, trouve des indications tout à fait différentes suivant les malades.

Traitement. — Sans entrer dans la discussion de tous ces cas divers qui peuvent se présenter à nous et réclamer des soins répondant à des états dissemblables, on peut cependant prévoir certaines éventualités.

La poussée fluxionnaire très vive, que nous observons à la suite d'une aménorrhée accidentelle, d'un retour de règles chez une nourrice, ou bien par le fait d'une hyperémie ovarienne ou encore d'un accès de dysménorrhée congestive, etc., est capable parfois de provoquer une crise d'entérite glaireuse. Si cette crise d'entérite a peu de tendance à se reproduire et surtout à se continuer dans la période intermenstruelle, ce caractère d'accident transitoire lui enlève beaucoup de sa gravité. Il n'en est pas moins vrai qu'elle amène un paroxysme de douleurs, que j'ai vu presqu'intolérables, et les femmes insistent pour qu'on les calme tout de suite. Cette poussée de colite ne répondant pas à un état continuel de l'intestin, c'est un des rares cas où je me crois autorisé à prescrire de l'opium; les malades sont d'habitude fort soulagées par un lavement contenant un gramme d'antipyrine avec dix ou vingt gouttes de laudanum de Sydenham.

Mais, comme le remarque Linossier, il faut se préoccuper de traiter la cause, et si les selles glaireuses et les douleurs menacent de reparaître au moment des périodes menstruelles suivantes, on obtient en général de bons effets avec l'*hydrastis canadensis*. Ce médicament, constricteur vasculaire, avait été conseillé par Germain Sée, qui l'ordonnait en pilules mélangé à de la poudre de follicules de Séné; je l'emploie plutôt en extrait fluide absolument comme pour la dysménorrhée congestive, ou les hyperhémies ovariennes. J'ai essayé aussi l'extrait fluide de *senecio vulgaris* qui donne de bons résultats, mais m'a semblé peut-être moins efficace dans certains cas que l'*hydrastis canadensis*. En cas d'insuccès on peut avoir recours alternativement à l'un ou à l'autre.

Si l'on redoute des phénomènes de spasme, le *canabis indica* peut rendre des services, soit en pilules, soit dans une formule que nous devons encore à Germain Sée.

Extrait gras de cannabis indica.	0 gr. 20
Potion gommeuse............	200 gr.

F. S. A., potion dont on prendra une cuillerée à soupe deux fois par jour.

Suivant les cas, on soignera la métrite, la rétro-déviation, la phlegmasie péri-utérine qui se trouvent à l'origine des accidents intestinaux, on soutiendra la viscéroptose au moyen d'une ceinture appropriée, et on examinera les indications du traitement habituel de l'entérite muco-membraneuse, c'est-à-dire : les lavages de l'intestin, les purgations à l'huile de ricin, etc., les compresses échauffantes, le régime, etc. Je ne veux pas entrer dans ces détails.

Mais l'hydrothérapie, et en particulier l'hydrothérapie froide, ne convient pas à tous les états utérins. Si l'entérite muco-membraneuse, en général, en éprouve de bons effets, il faut cependant, avant de prescrire, bien s'assurer qu'elle est d'origine névropathique et n'a pas de rapport avec une affection génitale. Dans cette dernière hypothèse, l'hydrothérapie est susceptible de rendre encore certains services, mais, pour en conseiller un mode spécial, une pratique particulière, on considérera celui qui s'adresse le mieux au trouble utéro-ovarien et on laissera au second plan l'entérite muco-membraneuse.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Session annuelle, tenue à Paris du 7 au 9 avril 1904 (*Suite*) (1).

Séance de vendredi soir

Des consultations des nourrissons

M. Mocquot (Appoigny) communique les excellents résultats qu'il a obtenus en fondant une consultation de nourrissons à Appoigny (Yonne). Le succès a été tel qu'il a dû en organiser d'autres dans cinq communes voisines; toutes les femmes se rendent à ces consultations. Tandis qu'autrefois l'allaitement artificiel était la règle, grâce aux conseils donnés il est devenu l'exception.

Sur 22 enfants nés dans sa commune l'an passé, 19 ont reçu le sein. Il montre qu'il a pu l'hiver, en pleine campagne, grâce à la couveuse, sauver un enfant qui pesait à la naissance 1000 gr. Il fait remarquer qu'il ne lui est pas nécessaire de faire des distributions de lait stérilisé, car toutes les femmes peuvent se procurer facilement du bon lait. M. Mocquot lit, en outre, une lettre d'un de ses confrères de l'Yonne, le Dr Durand, de Saint-Bris, qui a, de son côté, créé des consultations dans cinq communes où les municipalités avaient bien voulu mettre à sa disposition un pèse-bébé et la salle de la mairie chauffée. A ces consultations il voit de 60 à 65 enfants.

M. Mocquot et M. Durand font, à chaque séance, de courtes conférences, que les femmes écoutent attentivement et dont elles retirent grand profit; ils sont convaincus que ces consultations de nourrissons remplaceront avantageusement les visites à domicile prescrites par la loi Roussel: elles permettront d'examiner avec soin et de peser tous les nourrissons, ce qui n'est pas fait dans les visites isolées, et les conseils donnés en public profitent à toutes les femmes qui font preuve d'une grande émulation.

M. Carel (Paris) rapporte les chiffres de la consultation qu'il dirige dans le quartier du Gros Caillou, il montre les bons résultats qu'il obtient. Un des points qui frappent surtout, c'est que les femmes du peuple comprennent facilement les avantages qui résultent de l'allaitement au sein. Le nombre des nourrissons allaités artificiellement diminue, chez lui, d'année en année. Quoi qu'on ait pu dire, il ne renvoie jamais de la consultation une femme parce qu'elle ne donne pas le sein; c'est exclusivement par la persuasion qu'il arrive à convaincre les mères et il y réussit de mieux en mieux chaque année.

MM. Boissard et Dévé (Paris) publient leurs résultats de la consultation de l'hôpital Tenon, où l'on admet, non seulement les enfants nés à l'hôpital, mais aussi tous ceux de la circonscription relevant de Tenon. L'assiduité des femmes à l'allaitement maternel est stimulée de toutes les façons possibles. Un de leurs plus beaux résultats est d'avoir élevé, dans ce quartier essentiellement pauvre, les proportions d'allaitement au sein jusqu'à 90 °/°.

M. Maygrier expose les résultats qu'il a obtenus pendant ces trois dernières années à la consultation de la Charité. Depuis six ans, 800 enfants l'ont fréquentée en proportion constante. La proportion d'allaitement au sein exclusif a été de 74 °/°, la proportion d'allaitement mixte étant de 17,7 °/°, celle de l'allaitement artificiel de 8,25 °/°. Il y a une proportion de 57,46 °/° de femmes ayant donné le sein exclusif pendant sept mois, 35 °/° pendant dix, et 14 °/° pendant quatorze mois. Chez les femmes qui ont suivi, immédiatement après la sortie de l'hôpital, la consultation, la proportion de l'allaitement exclusif au sein a été de 78 °/°; chez celles venues tardivement (après deux et trois mois et plus), cette proportion tombe à 57 °/°. Pour les prématurés, la proportion fut de : 80,5 °/° d'allaitement au sein, 11,6 °/° d'allaitement mixte, 7,7 °/° d'allaitement artificiel; la mortalité ne fut que de 8 °/°. Depuis 1898, il n'y a eu que 18 morts sur 800 enfants, soit 2,25 °/°. Il y a eu, sur 800 enfants, 157 malades.

M. Budin montre combien fut utile l'importante discussion qui eut lieu, en 1902, à la Société obstétricale de France sur les consultations de nourrissons; on y montra que, dans les consultations et dans les Gouttes de lait, il fallait surtout encourager l'allaitement maternel et le favoriser par tous les moyens. Dans beaucoup de milieux, vous le voyez, l'allaitement au sein semblait avoir disparu; il revient progressivement en honneur, et, ces jours-ci, une lettre d'un médecin d'Istergues me disait que dans sa commune, il était pratiqué dans la proportion de 92 °/°. C'est un chiffre qui se rapproche de celui de nos consultations de Paris. C'est aussi cet allaitement que conseille un médecin intelligent, maire de sa commune, le Dr Morel (à Villiers, Côte-d'Or); comme nous, il encourage l'allaitement au sein et, pour cela, il donne des secours aux femmes, elles doivent apporter leurs enfants, afin qu'ils soient régulièrement pesés, et, quand leurs mamelles sont insuffisantes, il exige la stérilisation du lait. La pesée régulière des enfants est suivie de conseils aux mères, c'est une application particulière et ingénieuse des principes qui ont été conseillés ici, et qui sont mis en usage dans les consultations de nourrissons et dans les Gouttes de lait.

Quelques médecins ont pensé que l'allaitement au sein n'avait pas besoin d'être dirigé et que l'allaitement artificiel, beaucoup plus difficile à pratiquer, devait être seul surveillé; il y a là, nous semble-t-il, une erreur. Que d'enfants allaités au sein qui meurent par suite de fautes que commettent les mères! Dans certains pays, du reste, la mortalité est grande, bien que l'allaitement au sein y soit pratiqué. On peut citer, par exemple, une commune des Alpes-Maritimes où l'un des adjoints est médecin. Bien que toutes les mères allaitent leurs enfants, en 1902-1903, la mortalité, dans la première année, a été de 138 °/°° et, pour les enfants de un à deux ans, elle avait atteint le chiffre énorme de 94 °/°°: c'est que des fautes considérables sont commises par les mères au moment du sevrage et du changement d'alimentation. Un certain nombre de médecins ont écrit à M. Budin pour lui indiquer les avantages de la consultation faite en public; des mères, par exemple, suralimentant leurs enfants, qui étaient couverts d'eczéma, on leur montra qu'en revenant à une alimentation rationnelle, l'affection cutanée disparaîtrait; la guérison survint et, à partir de ce moment, toutes les autres femmes suivent les conseils donnés. Dans d'autres cas, les enfants, jusque-là bien portants, diminuaient de poids, de 300 à 400 gr. dans une semaine. On apprit qu'une mauvaise alimentation prématurée avait été faite, il suffit de revenir au lait et les enfants souffrants augmentèrent rapidement de poids. Ces exemples apportèrent la conviction dans l'esprit des autres femmes et rendirent, par la suite, très facile le rôle du médecin. Le nombre des consultations de nourrissons va en augmentant partout et déjà les résultats heureux paraissent indiscutables dans un certain nombre de villes.

A Paris, la mortalité diminue; dans les villes d'Arques (Pas-de-Calais) et à Saint-Pol-sur-Mer (Nord), par suite de l'établissement de consultations et de Gouttes de lait qui favorisent le plus possible l'allaitement au sein, la mortalité des enfants ayant été peu considérable ou presque nulle, il en résulte un abaissement très notable de la mortalité infantile totale dans ces deux villes. Elle est tombée de 280 à 210 °/°° à Saint-Pol et de 191 à 101 °/°° à Arques.

Du reste, nous pourrons bientôt connaître exactement les résultats obtenus; dans certains départements les statistiques ont été établies commune par commune; en vertu de la loi de 1902, partout où la mortalité infantile sera plus considérable qu'elle ne doit être, il y aura lieu d'y porter remède et on obtiendra, nous en sommes convaincus, d'excellents résultats.

M. Porak clôt la discussion, il félicite tous ses collègues des succès qu'ils ont obtenus, et M. Budin de l'heureuse idée qu'il a eu de créer les consultations de nourrissons en 1892.

(*A suivre.*) Cyrille Jeannin.

(1) Voir *Bulletin médical*, 1904, n° 29, p. 342.

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Tenu à Paris en mai 1904

Valeur pratique de l'acuité 0.1

M. Truc (Montpellier) désire que la Société consultée définisse la limite de cécité économique. Selon lui, au dessous de 0.1 il faut considérer l'individu comme aveugle (économiquement parlant bien entendu). La Société se range à cet avis.

Complications tardives de la contusion du globe oculaire. Leur importance au point de vue médico-légal

M. Dransart (Louvain) étudie ces cas encore inexpliqués où il survient une cataracte et même une atrophie optique à la suite d'un traumatisme insignifiant.

M. Teillais rapporte de son côté une observation de même nature : atrophie optique à la suite d'un léger coup reçu sur le globe par une enveloppe de lettre projetée sur l'œil par hasard et sans force.

Pour **M. Parent**, il faut rechercher la cause de l'atrophie dans des complications siégeant en arrière du globe (fracture ou hémorragie de la gaine).

M. **Jocqs** est partisan d'éviter les interventions opératoires dans des yeux semblables, qui doivent être pathologiques par définition.

Myopie traumatique par propulsion du cristallin en avant (accidents du travail)

M. Bourgeois (Reims). — La question est encore neuve. L'orateur en rapporte quelques cas où l'œil traumatisé n'a qu'incomplètement guéri. Le choc amène le relâchement de la zonule et par suite le déplacement du cristallin. A la suite, il peut survenir du glaucome, nécessitant une iridectomie.

Des cas semblables doivent être considérés comme graves; il faut ne se prononcer que longtemps après, de façon à ne point délivrer un certificat trop hâtif et partant mauvais.

M. Armaignac fait remarquer à ce sujet que, sans déchirure de la zonule, le cristallin peut se propulser d'une façon très notable en avant et dissimuler pendant tout ce temps une myopie pouvant aller jusqu'à 7 dioptries.

M. Grandclément a observé un cas où, à la suite d'un trauma, il est apparu, dans l'œil, une myopie de — 5. L'ésérine est seule capable, en pareille circonstance, de ramener en avant le cristallin en amenant une forte congestion des procès ciliaires.

M. de Wecker est étonné que, dans les cas rapportés par M. Bourgeois, on n'ait pas consigné du tremblement de l'iris.

Contribution à l'étude de la vision chez les sourds-muets

M. Desjardins (Montréal), sur une étude faite sur plus de 145 cas, a trouvé que plus de 33 % des examinés présentent de l'amblyopie. La rétinite pigmentaire est, le plus souvent, relevée, et la consanguinité n'interviendrait que très rarement (2 cas sur 145).

M. De Wecker n'est point de cet avis (études faites jadis sur des sourds et muets européens).

Traitement par incision interne des poches prélacrymales compliquant la dacryocystite chronique

M. Aginéras (Laval) dit qu'à l'incision interne il faut joindre des séances d'électrolyse.

M. Jocqs est partisan d'appliquer en permanence, un pansement compressif sur l'abcès ouvert et cureté.

M. Fage préfère l'ouverture externe, large et profonde.

Contribution à l'étude des formes rares de l'ophtalmie sympathique

M. Chevallier (du Mans). — En dehors de l'irido-choroïdite, séreuse ou plastique, il peut y avoir confusion avec d'autres formes moins communes mais tout aussi graves (formes irritatives, par exemple, avec larmoiement et photophobie). La kératite peut être la cause d'une ophtalmie sympathique ainsi que la chorio-rétinite, le glaucome et le décollement. Ces dernières formes sont discutables et de nouvelles observations sont encore nécessaires.

Les ectasies géantes du sac lacrymal

M. Rollet (de Lyon). — On rencontre des ectasies du sac lacrymal dépassant le volume d'une noisette et se développant chez le vieillard atteint de larmoiement depuis plusieurs années. Dans ce cas, il faut faire une large incision et une complète extirpation avec pansement humide et antiseptique.

De l'abus des cathétérismes dans les dacryocystites simples

M. Bérard (Angoulême). — Quand la sonde n° 3 passe, il ne faut plus continuer le cathétérisme, l'injection modificatrice seule est suffisante.

M. Grandclément préfère continuer le cathétérisme.

Sur un cas de déplacement ou ptose de la glande lacrymale

M. Mazet (Marseille) en rapporte un cas, observation aussi intéressante que rare. En pareille occurrence il convient de faire l'extirpation totale de la glande opération qui ne comporte aucune complication.

Des diverses variétés de chorio-rétinite et de leur traitement

M. Abadie (de Paris). — Actuellement les chorio-rétinites sont d'autant plus fréquentes que les conjonctivites blennorragiques et les conjonctivites granuleuses chez l'adulte le sont moins. A côté des chorio-rétinites disséminées, il y a encore les chorio-rétinites avec infiltration disséminée et les chorio-rétinites caractérisées par l'atrophie apparente du nerf optique. Le traitement consiste en injections mercuriques intra-veineuses ou fessières, continuées quatre mois au moins, de 2 cq de solution tous les deux jours.

M. Rochon-Duvigneaud ne comprend pas de par l'anatomie, la complication atrophique sur le nerf optique dans un processus simplement rétinien et choroïdien.

M. Grandclément désirerait faire l'injection *loco dolenti*, sous-conjonctivale.

M. Darier pense qu'il faut d'abord faire un traitement général si l'on veut qu'ensuite le traitement local réussisse.

Nature et localisation des lésions dans la rétinite albuminurique

M. Rochon-Duvigneaud (Paris). — Suivant des observations complétées par l'autopsie et des préparations microscopiques, le maximum de lésion se trouve dans le rein, dans le cœur (gras) et dans la rétine. Il ne porte pas sur les vaisseaux artériels ou veineux, mais sur le tissu lui-même. L'artérite ne serait pas primitive mais secondaire par rapport à l'inflammation et à l'état pathologique de la fibre rénale ou rétinienne.

M. **Parent** rappelle que les préparations de rétine sont difficiles à interpréter, étant donné qu'il y a toujours de la dégénérescence cadavérique, puisqu'on ne peut fixer les éléments anatomiques que vingt-quatre heures après la mort du malade.

Irido-cyclite tuberculeuse

M. **Meissonnier** (Tours) en rapporte de nombreuses observations personnelles. Un symptôme constant est l'hypotonie. Il faut toujours énucléer quand l'œil est amaurotique.

M. **Abadie** prétend que le diagnostic est difficile et purement négatif; donc prescrire d'emblée l'Hg. S'il n'agit pas, l'affection est tuberculeuse, alors prescrire une friction par jour faite avec deux cuillerées à soupe de :

Huile de morue...	120 gr.
Gaiacol	15 gr.

En outre, donner à l'intérieur du suc musculaire assimilable et bien toléré par le malade.

M. **Roymann** conseille d'énucléer aussitôt que la tumeur menace de sortir des enveloppes oculaires.

Tuberculose conjonctivale d'apparence sarcomateuse

MM. Chevallereau et Chaillous (Paris) présentent des moulages et des préparations microscopiques à l'appui d'une observation clinique très instructive et où le diagnostic différentiel était fort malaisé: dans les coupes, les parois des vaisseaux sont normales : par inoculation chez le lapin, on eut rapidement une généralisation tuberculeuse. Pour ces auteurs il s'agit d'une métastase de nature tuberculeuse d'origine inconnue.

Sclérose des cornées chez un jeune sujet

M. **Jacqueau** (Lyon). — Jeune fille de dix-huit ans présentant des opacités concentriques des cornées rappelant le gérontoxon. C'est un trouble distrophique sur la nature duquel il est impossible de se prononcer. L'huile de morue, l'arsenic et la cure d'altitude ont été seuls capables d'améliorer la malade.

M. **Galezwoski** rapporte des cas semblables chez des goutteux ou artério-scléreux.

M. **Dransart** a, en ce moment, un cas semblable : il est heureux d'apprendre que la cure d'altitude est à recommander en pareil cas.

Valeur optique de l'iridectomie dans les taies de la cornée

M. **Fage** (Amiens) estime que dans les néphélions de la cornée il faut avoir recours à l'iridectomie et, pour diminuer les éblouissements et les cercles de diffusion des images, y joindre un tatouage méthodique.

M. **Sulzer** conseille d'interroger d'abord les divers méridiens de la cornée à l'aide de l'ophtalmomètre puis de choisir, pour faire l'iridectomie, la place la plus favorable.

Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie

M. **Villard** (Montpellier) recommande d'interposer dans la marge ciliaire, préalablement dédoublée, une languette de peau prise à la paupière supérieure et laissée adhérente par un pédicule qui en assure la conservation. L'opération a toujours réussi, dans les cas même où le trichiasis était exagéré.

MM. **Abadie** et **Rochon-Duvigneaud** préfèrent les opérations intéressants le tarse ou squelette de la paupière.

M. **Desjardin** a guéri plusieurs cas par simple excision cutanée, amenant après elle une cicatrice rétractile.

Intérêt professionnel

M. **Bourgeois** (Reims) expose comment il s'y est pris pour faire condamner un oculiste américain X., exploitant la région de l'Est. Il est indispensable en pareil cas de recourir d'abord à l'aide des syndicats médicaux et pharmaceutiques. Du côté médical, il n'y avait pas grand chose à attendre, le nommé X., étant docteur en médecine français ; mais du côté pharmaceutique, le nommé X... était fautif, car, en même temps que sa consultation, il donne un remède (inoffensif). Dans ces conditions, il faut se faire remettre par le malade le remède en question et lui faire signer une déclaration attestant dans quelles conditions ledit remède lui a été délivré.

Fort de ce papier, le syndicat pharmaceutique peut instrumenter et faire condamner le coupable. Dans le cas particulier, X... a été condamné à 500 francs, plus 2000 francs de dommages et intérêts, plus insertions du jugement dans les journaux de la localité. Ces journaux servent à dessiller les yeux des gogos.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. **Teillais** (Nantes). — De l'hystéro-traumatisme oculaire.

M. **Armaignac** (Bordeaux). — Détermination et mensuration simultanées de l'amblyopie monoculaire par la méthode de la règle perfectionnée.

M. **Dupuy-Dutemps** (Paris). — Sur les fibres d'association périphériques des rétines (présentations de préparations histologiques).

(*A suivre.*) Dr P. Carra.

SOCIÉTÉ FRANCAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

SESSION ANNUELLE

Séance du 3 mai

Traitement des otites moyennes aiguës

MM. **Lermoyez**, **Lubet-Barbon** et **Moure**, *rapporteurs*.

Deux ordres de preuves démontrent la nécessité de traiter les otites moyennes aiguës : *a*) la gravité de l'otite moyenne non ou mal traitée; *b*) la bénignité de l'otite moyenne bien traitée.

L'otite moyenne est, en pratique, toujours consécutive à une infection ascendante apportée à la caisse par la trompe. C'est une affection centrifuge rhinogène. Non seulement l'oreille malade dépend des voies aériennes supérieures, mais encore elle appartient à un organisme. De là découle que le traitement rationnel d'une otite moyenne aiguë a trois devoirs à remplir :

1° Traiter l'oreille ;
2° Traiter le nez, le pharynx, le cavum;
3° Traiter l'état général.

Dans le traitement de l'oreille il faut chercher à prévenir les accidents immédiats résultant de la rétention de l'exsudat (évacuation, drainage), et les accidents tardifs de chronicité résultant surtout des infections secondaires (asepsie stricte). Il faut considérer le traitement *a*) avant que le tympan ne soit perforé, *b*) après la perforation ;

a) Le tympan ne s'est pas encore spontanément perforé.

Deux cas sont à considérer : ceux où il ne faut pas, ceux où il faut paracentéser.

1° Lorsque les douleurs ne sont pas continues, lorsque l'audition n'est pas notablement abaissée, lorsque la fièvre est légère, lorsque les réactions encéphaliques sont nulles, la paracentèse du tympan n'est pas nécessaire, alors même que la membrane tympanique est rouge et tendue. On remplira le conduit, plusieurs fois par jour, avec de la glycérine phéniquée chaude à 1/10 chez les adultes, à 1/40 chez les enfants et on appliquera sur toute la région péri-auriculaire des compresses de gaze imbibées d'eau bouillie aussi chaude que possible et maintenues par quelques tours de bande.

Trois indications majeures imposent la paracentèse du tympan : 1° la douleur si elle est continue et, à plus forte raison, croissante; 2° la surdité, à condition qu'elle soit récente et accusée; 3° la fièvre et le mauvais état général; les indications fournies par l'aspect de la membrane du tympan, utiles, certes, ne viennent qu'au second rang. L'instrument de choix pour la paracentèse est le couteau lancéolé dont la stérilisation est indispensable. On doit désinfecter, au préalable, non seulement le conduit, mais encore le pavillon de l'oreille. L'anesthésie locale doit toujours être tentée. Le mélange de Bonain est l'anesthésique le moins infidèle :

Acide phénique neigeux }
Menthol .... } àà 1 gr.
Chl. de cocaïne .... }

La paracentèse achevée, on fera faire un ou deux Valsalvas de vérification; mais là se borneront les manœuvres d'aération. Le sang sera étanché avec des porte-cotons; une fine mèche de gaze stérilisée sera étendue dans toute la longueur du conduit pour le drainer sans l'obstruer; un tampon d'ouate hydrophile garnira le méat; une couche d'ouate recouvrira l'oreille. Un seul pansement par jour suffit, sauf dans les cas d'écoulement profus. La comparaison de ce traitement moderne avec les pratiques anciennes (bains antiseptiques, injections, douches d'air), est tout à l'avantage du premier, parce qu'il est beaucoup plus commode pour le médecin, parce qu'il est beaucoup moins pénible pour le patient, parce qu'il raccourcit notablement la durée des otites

La paracentèse faite, l'évolution peut être favorable et la guérison s'obtient suivant deux modes otoscopiques différents : 1° la caisse est déjà séchée alors que la perforation tympanique est encore béante; 2° la cicatrisation du tympan est très précoce alors que l'oreille moyenne suppure encore. L'évolution peut être défavorable; la sédation ne s'obtient pas parce que la perforation est insuffisante, l'orifice étant trop petit ou ayant tendance à se refermer; il faut alors recommencer et faire une incision très grande, diamétrale, mordant sur le cadre.

On peut ainsi s'y reprendre à deux fois, mais rarement davantage; la paracentèse du tympan doit alors céder le pas à la paracentèse de l'antre, la trépanation mastoïdienne.

2° Le tympan s'est perforé spontanément ; si la perforation est suffisante, il suffit de panser l'oreille ni plus ni moins qu'après une usuelle paracentèse : si elle est insuffisante, qu'on l'agrandisse bien vite avec le couteau ou, au besoin, que d'un coup de curette on la désobstrue d'un bourgeon endo-tympanique qui s'y montre et fait bouchon.

Au cours de l'otite, pour éviter les infections tubaires ascendantes, on prendra les précautions suivantes : obtenir du malade qu'il se mouche correctement, alternativement par l'une et l'autre narine ; assurer l'asepsie du nez en faisant renifler de la vaseline boriquée et cocaïnée, ou en injectant dans le nez de l'huile stérilisée mentholée ; maintenir la propreté de la bouche par des rinçages fréquents.

Plus tard, à froid, seront pratiquées sur la région nasale et pharyngienne les opérations prophylactiques (ablation des amygdales, des végétations, rétablissement de la perméabilité nasale). Exceptionnellement on pourrait être amené à pratiquer l'adénotomie au cours de l'otite, même pour couper court à un écoulement d'oreille sans cesse entretenu par le cavum.

On sait qu'il n'y a pas d'otite moyenne véritablement aiguë sans antrite. La constance de ce fait mènerait à concevoir un traitement idéal et théorique qui aurait pour base l'antrotomie systématique, mais ce serait une exagération inconsidérée, et la trépanation systématique doit faire place à la trépanation conditionnelle : ainsi quand une ou deux larges paracentèses du tympan n'ont pas suffi à faire disparaître les phénomènes inquiétants de l'otite ; s'il persiste des douleurs fixes et spontanées dans la région mastoïdienne, si la base, le bord supérieur ou la pointe de l'apophyse gardent une sensibilité vive à la pression, si le pus reparaît dans le champ du speculum en grande abondance, immédiatement après l'essuyage de la perforation, ou s'il sort par décharges successives et abondantes et précédées de douleur ; si l'encéphale réagit, si le labyrinthe proteste... c'est qu'évidemment il y a lieu de pousser plus avant l'intervention et de compléter la myringotomie par l'antrotomie. On est en droit, si les choses ne pressent pas, de tenter la médication abortive de la mastoïdite (glace en permanence, sangsues), mais si, au bout de trois ou quatre jours, l'amélioration n'a pas été remarquable, il faut sans retard trépaner la mastoïde.

DISCUSSION

M. Luc. — Tout d'abord, je dois déclarer que sur presque tous les points je suis en parfaite communion d'idées avec les rapporteurs.

Néanmoins, je présenterai quelques observations. D'une façon générale, je reprocherai l'exagération de l'importance de notre rôle après la paracentèse. Pour les auteurs les otites se divisent en deux catégories :

1° Les otites bien soignées;

2° Les otites mal soignées ou abandonnées à elles-mêmes.

Les premières guériraient vite et chez elles les complications seraient extrêmement rares, tandis que les secondes seraient exposées, outre la durée de la maladie, à des complications variées que nous connaissons, telles que les mastoïdites avec leurs conséquences, la surdité, etc.

Mais si nous examinons les faits, nous nous apercevons bien vite que les complications sont la résultante de l'intensité de l'infection ou d'un état anatomique particulier. Nous n'avons qu'à interroger nos malades atteints de vieilles otites et ils nous diront qu'elles ont succédé à des maladies infectieuses qui les ont déprimés, débilités. Dans ces cas, le traitement n'a pas été mal fait, il a été impuissant.

Au surplus que faisons-nous? Quel traitement puissant apportons-nous? Nous nous bornons à drainer avec une mèche de gaze, qui draine mal, qui ne peut pas drainer l'antre, dont elle est séparée par une membrane.

Il n'en est pas ainsi dans les vieilles otites, nous faisons alors l'antrotomie et nous drainons largement par une grande brèche, nous pouvons désinfecter.

Quand nous sommes en présence d'une otite moyenne aiguë franche, simple, il faut, comme le disent les auteurs du rapport, quand les symptômes douleurs, fièvre, diminution de l'ouïe sont constatés, faire la paracentèse, mettre une mèche de gaze et attendre en s'abstenant de lavages.

Mais si on a affaire à un écoulement très abondant, profond, si malgré la mèche il y a rétention du pus, comme on ne peut faire des pansements trois fois par jour, alors je n'hésite pas à abandonner le pansement sec et à recourir aux lavages fréquents. Ils ont l'avantage de nettoyer la caisse, ils pénètrent dans l'antre et ils maintiennent la béance de la plaie. On leur reproche d'être un procédé brutal, c'est une question de doigté, on les fait avec précaution et douceur, on leur reproche d'être septiques, ils ne le sont pas si on ne se sert que d'eau bouillie. Les chirurgiens, dit-on aussi, ne font plus de lavages, c'est vrai pour les abcès ouverts, mais ici, avec la propagation à l'antre, nous avons toujours affaire à un abcès fermé.

M. Vacher. — Le traitement varie suivant les individus et suivant leur situation sociale. Il y a des milieux où ils nous est impossible de faire faire de lavages parce qu'il est impossible d'obtenir de l'asepsie.

Dans les otites subaiguës, quand la béance de la plaie est grande, que la suppuration est abondante, sans signes de mastoïdite, voici comment je procède. Après asepsie je fais, avec une seringue de Hartmann ou de Pravaz, une injection de sérum stérilisé cocaïné dans la caisse. Au bout de dix minutes je retire ce liquide, que je remplace par une injection de sérum stérilisé simple. Au bout de quinze jours de ce pansement, fait tous les deux jours, on obtient souvent la guérison : si la suppuration persiste, je fais des injections de solution d'acide picrique à 1/200.

M. Molinié. — Les injections ont leur utilité, et on peut obtenir de les faire aseptiquement. C'est une question d'éducation des malades.

L'otite moyenne est une maladie cyclique qui souvent guérit seule; si la suppuration persiste longtemps, deux ou trois mois, il faut pratiquer systématiquement la trépanation de la mastoïde.

M. Dundas-Grant. — Il me semble que nos confrères ont condamné un peu rapidement les injections. Il est nécessaire d'individualiser les cas et les personnes.

A l'hôpital, j'emploie avec succès le procédé indiqué par les rapporteurs; mais à ma clinique, pour les malades externes qui ne sont pas autant sous ma surveillance, que je ne peux panser aussi fréquemment, je me sers des injections avec grand avantage. J'emploie la solution de sulfate de soude à 1/200e ou parfois la solution de biiodure de mercure à 1/3000e. Car il ne faut pas oublier que si l'asepsie est excellente, l'antisepsie peut rendre parfois de grands services.

Pour l'asepsie du naso-pharynx, je me suis bien trouvé de l'emploi du bain nasal, que je fais faire par aspiration au moyen d'un appareil spécial.

M. Chavasse. — Le traitement que j'emploie est celui qu'indiquent les rapporteurs, je change la gaze deux ou trois fois par jour. Au lieu d'injections, je fais prendre des bains d'oreille avec l'eau oxygénée suivis, après asséchement, d'instillations de glycérine phéniquée chaude à 5%.

M. Brockaërt. — Il ne faut pas se hâter de pratiquer l'antrotomie, comme l'ont conseillé quelques auteurs. Sur 100 cas j'ai eu, par le traitement simple, 50 guérisons en moins de quinze jours. Il n'y a eu que deux mastoïdites, guéries par l'opération.

M. Claoué. — Après la paracentèse, je fais des injections par la méthode de Suber. Elles vont laver l'antre, le débouchent et évitent l'antrotomie.

M. Nocquet. — Le drainage m'a donné des succès, mais j'emploie aussi avec grand profit les lavages orotubaires. Dans les otites qui traînent, les injections par la trompe, de vaseline iodoformée m'ont donné de bons résultats.

M. Lermoyez. — Pour combattre l'objection qui a été faite à l'emploi de la mèche de gaze, dont on juge le drainage insuffisant, je n'ai qu'à rappeler les expériences faites à l'Institut Pasteur à ce sujet. Elles ont prouvé que la gaze suffisait à établir l'exosmose pour des liquides variés. Le drainage fait ainsi était complet, il ne s'accompagnait d'aucun effet d'ensemencement de nouveaux germes dans le liquide, tant qu'on n'interposait rien entre la mèche et le liquide.

M. Luc a employé tout à l'heure, indifféremment, les mots drainage ou tamponnement. Il y a une grande différence. Læw employait le tamponnement avec du coton hydrophile. On produit ainsi de la rétention purulente. Le coton absorbe et ne draine pas, la gaze draine.

M. Luc est partisan de l'antrotomie

précoce, mais c'est une opération bien plus sérieuse que la paracentèse, la guérison est plus longue. Il ne faut y recourir qu'en cas de force majeure. Soyons sobres d'intervention, les otites guérissent souvent sans cela, ne nous exposons pas à les faire durer.

M. Moure. — Il n'est pas possible de prévoir, dans un rapport, les cas d'exception qui traduisent, dans une même affection, les tendances des différents organismes. On nous apporte ici des cas exceptionnels de clientèle qui resteront toujours des exceptions.

M. Luc nous dit que souvent c'est l'intensité de l'infection qu'il faut accuser pour la production des complications: c'est vrai, parfois il y a des infections rapides, envahissantes, contre lesquelles nous ne pouvons rien, mais, comme je l'ai dit, c'est l'exception.

Les injections par la trompe ne sont pas toujours possibles, notamment chez les enfants.

Pour les injections, il faut distinguer, comme l'a dit M. Dundas Grant. Si on a le malade sous la main, on doit se contenter du drainage. Si les malades sont éloignés, on a recours aux lavages, mais c'est un pis aller.

Il en est de même de l'antrotomie, dont je suis assez partisan, c'est une question de cas, d'indications particulières.

M. Lubet-Barbon. — On doit se féliciter que notre rapport ait donné lieu à une discussion aussi étendue, dans laquelle beaucoup d'entre nous ont développé leur pratique personnelle, dont nous avons eu une revue rapide.

Nous avons voulu établir le rôle de l'auriste avant la paracentèse. Nous sommes tous d'accord pour l'emploi de cette opération. C'est le point important. La divergence commence seulement à la conduite ultérieure, où souvent on est guidé par les circonstances ou les événements.

(*A suivre*) PERCEPIED (du Mont-Dore).

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

IVe Session — Rouen — Avril 1904.

(*Suite*)

D'un signe de malignité (nœvi de Trélat) applicable aux tumeurs pelviennes

M. Denucé (Bordeaux). — Mon maître, Trélat, nous avait appris à regarder comme un signe de malignité des tumeurs, les petits nœvi qui se montrent après leur apparition. Ces nœvi ont toute leur valeur pronostique à l'égard des tumeurs abdominales, quand ils apparaissent sur la peau de la région voisine. Si je rappelle ce fait, c'est pour en conserver la priorité à Trélat, car les Allemands sont en train de découvrir ce signe de malignité.

Adéno-fibro-lipome diffus de la mamelle à forme éléphantiasique

M. Guyot (Bordeaux). — La tumeur unilatérale occupait le sein droit, descendait sur la partie supérieure des cuisses. La masse était diffuse sur la paroi abdominale et la paroi thoracique; l'extirpation en fut laborieuse. La masse extirpée pesait plus de 19 livres. Elle était recouverte de peau présentant des altérations trophiques : ulcérations, eczémas s'accompagnant de suintement très abondant. Le volume considérable de la tumeur, son poids, gênant considérablement les mouvements, les douleurs et les ulcérations indiquaient suffisamment l'extirpation, qui put être assez facilement conduite à bien. L'examen histologique confirma le diagnostic d'adéno-fibro-lipome diffus du sein. Les conditions speciales faisant une des particularites de cette observation, tient à l'état mental de l'opérée, atteinte depuis de longues années d'hypocondrie très marquée.

Le coryza syphilitique. Son rôle pathogénique et meurtrier dans la syphilis infantile

M. Gastou. — Les complications immédiates locales du coryza syphilitique sont: l'érythème jambonne érosif et les fissures faciales douloureuses; la rhinite postérieure.

Les complications de voisinage sont: l'otite, les conjonctivites et les keratites; la laryngite, le spasme de la glotte.

Les complications à distance tiennent à la migration par les voies lymphatiques et sanguines des germes infectieux augmentés de virulence ou bien aux propagations par contact; ce sont les laryngites, trachéites, broncho-pneumonies, asphyxies, troubles gastriques, vomissements, troubles intestinaux, entérites, méningites, encéphalites et thrombose des sinus.

Les complications à distance peuvent être aussi de nature septico-pyohémique génerale ou d'ordre dénutritif : l'athrepsie syphilitique en est le type.

Toutes ces complications du coryza sont en rapport avec son caractère local infectieux, avec les troubles mécaniques qu'il provoque et non avec le caractère spécifique de la maladie. Aussi le traitement du coryza et la prophylaxie de ses complications jouent un rôle presque aussi considérable que la médication en rapport avec sa nature syphilitique. S'il est d'indication essentielle, indispensable, de traiter la syphilis, il est non moins nécessaire et absolument indiqué de traiter le coryza en tant que rhinite infectieuse. On évite ainsi les complications que l'on a souvent mises sur le compte de la syphilis, telles que la méningite ou la mort subite par spasme glottique si fréquente chez le nouveau-né syphilitique et si difficilement explicable.

Le traitement du coryza consiste à : 1° nettoyer les cavités nasales; 2° assurer leur perméabilité; 3° modifier la muqueuse.

Pour nettoyer les cavités nasales on emploie de petits tampons de ouate stérilisée, effilés, secs ou enduits d'huile de vaseline. On peut également faire avec le bock à injection des lavages à l'entrée des narines, voire même, avec prudence, pratiquer la douche de Weber.

Pour assurer leur perméabilité on laisse les tampons à demeure pendant une ou deux minutes, ou bien l'on fait des insufflations d'air avec la poire de Politzer introduite dans une narine.

Pour modifier la muqueuse on emploie une solution de nitrate d'argent très faible, au 200e, dont on fait une ou deux applications par jour.

L'essentiel est de renouveler les soins à chaque instant, surtout d'assurer la respiration, de faciliter les tétées. On gagne, ce faisant, du temps, et l'on permet au traitement spécifique d'agir.

Utilité de la radiographie pour le diagnostic de la coxo-tuberculose dans la periode pré-coxalgique

M. Denucé (Bordeaux). — Il est inutile d'insister sur l'utilité d'un diagnostic précoce dans la coxo-tuberculose. La radiographie peut nous rendre le service de nous fixer à ce sujet, alors que les autres signes sont encore à peu près nuls, à part, parfois, la douleur du genou.

Le premier signe, constaté souvent par le prof. Bergonié, est une déminéralisation de la tête du fémur, qui se traduit par une pâleur de l'image, visible surtout par la comparaison des images des deux fémurs.

Le deuxième signe, de beaucoup le plus important, est le suivant. Sur une articulation coxo-fémorale saine, les cartilages articulaires juxtaposés de la tête et de la cavité cotyloïde, donnent, sur la radiographie, une bande claire très nette, et limitée en haut vers le sourcil cotyloïdien, en bas vers le contour de la tête, par des lignes parallèles, courbes, très régulières, et parfaitement nettes. Au contraire, pour une articulation atteinte de coxo-tuberculose au début, cette zone claire est beaucoup moins nette; on dirait que les cartilages ont subi une sorte d'opacification irrégulière. Mais, ce qui frappe surtout, c'est que les contours de cette zone n'ont plus la netteté et la régularité qu'elles ont à un si haut degré dans l'image d'une articulation saine.

En résumé, la radiographie peut permettre de porter le diagnostic de coxalgie tout à fait au début, à un moment où les autres signes peuvent ou manquer, ou induire en erreur. Le flou irrégulier de la zone claire intra-articulaire, le manque de netteté des lignes qui la circonscrivent, sont les signes principaux qui, au début, caractérisent la coxalgie au point de vue radiographique.

M. Kirmisson. — Il y a des cas de coxalgies frustes qui ne sont bien révélées

que par la radiographie. C'est ce qui démontre encore l'importance du moyen que vient de préconiser M. Denucé.

(*A suivre.*) GRANJUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mai.

De la gastro-entérostomie pour ulcère hémorragique de l'estomac

M. Quénu. — Il y a quelques semaines, je vous ai présenté les pièces d'un malade qui avait succombé à une hémorragie stomacale. Voici son observation : ce malade, âgé de quarante et un ans, était un alcoolique qui, depuis une dizaine d'années, avait eu un certain nombre de fois des gastrorragies assez abondantes. En octobre dernier, de nouvelles hémorragies étaient survenues, et j'avais cru devoir lui faire une gastro-entérostomie qui ne présenta rien de particulier, mais, huit jours après, une hémorragie amena la mort en quelques minutes. A l'autopsie on a trouvé, près du pylore, une ulcération dont le fond était formé par le tissu hépatique ; le sang provenait d'une branche de l'artère hépatique ulcérée.

Parmi les traitements des ulcères hémorragiques de l'estomac, la gastro-entérostomie a été préconisée par un certain nombre de chirurgiens. On a conseillé de la pratiquer au moment des hémorragies pour les arrêter, et, en dehors de celles-ci, pour les prévenir. Sur ce dernier point, voici les résultats que donnent les trente-deux observations qui ont été publiées. Sur ces trente-deux faits, il y a eu neuf récidives, dont huit mortelles, et vingt et une guérisons signalées, mais parmi les malades de cette dernière catégorie, il y en a un certain nombre qui n'ont pas été suivis ; aussi doit-on faire quelques réserves.

En ce qui concerne les indications opératoires, on a proposé de prendre comme guide la quantité de sang rejetée. Je crois qu'il vaut mieux prendre en considération l'évolution de l'ulcère, selon qu'il est en pleine période active ou en voie de cicatrisation. Il y a lieu aussi de tenir compte de la dilatation de l'estomac et de la sténose pylorique, qui est une condition favorable.

La gastro-entérostomie peut, d'ailleurs, être insuffisante, et il serait indiqué de lui adjoindre une autre opération, qui aurait pour but d'isoler la région pylorique. La question ne peut être que soulevée pour le moment.

M. Potherat. — J'ai opéré un homme de cinquante-deux ans dans les mêmes circonstances. Depuis dix mois il présentait de fréquentes hémorragies et était très anémié. La gastro-entérostomie postérieure a été suivie de la guérison, qui s'est maintenue depuis dix-huit mois.

De la pathogénie de l'hydronéphrose

M. Picqué. — J'ai recueilli une observation pouvant être rapprochée de celles qu'on nous a déjà communiquées sur ce sujet (voir *Bulletin Médical*, 1904, p. 401). La malade était une femme de vingt-huit ans, atteinte de crises douloureuses dans la région lombaire gauche, coïncidant avec la présence d'une volumineuse tuméfaction. Cette dernière, de même que les crises, était intermittente. Dans leur intervalle, on sentait le rein qui était abaissé, sensible et mobile. J'ai fait une incision et j'ai trouvé le bassinet dilaté; quant à l'uretère, il était normal, mais coudé sur une artère anormale, passant en écharpe; j'ai sectionné l'artère et fait la néphropexie, ce qui a amené la disparition des crises.

Kystes du mésentère

M. Tuffier. — J'ai opéré deux cas de kystes analogues à celui que nous a présenté M. Kirmisson (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 351). Ces opérations datent de douze et quatorze ans. La première a été faite sur un homme de cinquante ans qui, à la suite d'une chute sur le ventre, avait présenté une tumeur médiane, douloureuse, mobile et fluctuante. C'était un kyste chyleux développé dans l'intérieur du mésentère. Ce malade est resté guéri.

J'ai pratiqué la seconde opération sur un enfant de douze ans, à la suite d'accidents d'obstruction. J'ai trouvé plusieurs kystes, l'un, à la partie supérieure du ventre, était chyleux, un autre, à la partie inférieure, séreux, et plusieurs autres petites poches chyleuses. J'ai vidé, drainé ces poches et fait la marsupialisation. J'ai revu cette malade il y a trois ans, et constaté qu'il ne restait plus aucune trace profonde des kystes.

Etranglement interne après appendicite

M. Potherat. — Le rapport de M. Lejars sur la communication de M. Lefort (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 354), m'engage à vous communiquer trois observations se rapportant au même sujet. La première a été prise sur une fillette de huit ans, qui avait eu, antérieurement, de l'appendicite. Des accidents d'obstruction intestinale étant survenus, j'ai trouvé l'appendice, qui paraissait normal, tendu et fixé par sa queue du côté de la colonne vertébrale. Sous lui passait une anse intestinale étranglée.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de soixante-dix ans, atteint des mêmes accidents par suite d'une disposition analogue de l'appendice, et le troisième a trait à une jeune fille de dix-huit ans, qui avait eu une appendicite trois ans auparavant et qui présentait la même cause d'étranglement. Malgré l'ablation de l'appendice et le rétablissement du cours des matières, mes trois malades ont succombé dans les trente-six heures qui ont suivi l'opération.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval

M. Schwartz. — **M. Toussaint** nous a communiqué deux observations ayant trait à ce sujet, toutes deux concernant des soldats. Chez l'un la laparotomie a fait découvrir un épanchement de sang abondant dans l'abdomen et deux thrombus dans le grand épiploon sans autre lésion apparente. Le blessé a guéri. Chez l'autre malade, même foyer sanguin dans le ventre; de plus, on a constaté que le sang provenait du feuillet pariétal au niveau du flanc gauche. Drainage et guérison.

Ostéo-périostite par effort

M. Schwartz. — Cette observation appartient également à **M. Toussaint.** Sur un jeune homme, notre confrère a constaté, à la suite d'un effort, une tuméfaction douloureuse du tibia, qui a persisté pendant plusieurs mois. La radiographie a montré qu'à la périostite primitive avait succédé de la périostose.

M. Moure (de Bordeaux) fait une communication sur *un cas de mucocèle ethmoïdale* chez un jeune homme.

M. Denis (d'Ypres) lit deux observations, l'une *de kyste dentaire* et l'autre *de kyste paradentaire.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mai

De l'inefficacité préventive du traitement mercuriel intensif dans la syphilis

M. Danlos. — Le malade, que je vous présente, a contracté il y a dix ans une syphilis bénigne, qu'il n'a pas traitée. Au bout de sept ans, il eut des accidents spécifiques du côté du front, qui cédèrent rapidement à des injections de calomel. On lui fit comprendre alors qu'il devait se soumettre à un traitement intensif en vue d'éviter les accidents ultérieurs. En trois ans il reçut 60 injections de calomel. A la suite, se montra de l'obstruction nasale, puis de la suppuration, puis la fonte des os du nez. On lui fit alors, sans grand succès, des injections intra-trachéales de liqueur de Van Swieten. Il entra alors dans mon service ; j'ai supprimé le mercure et prescrit l'iodure, qui a donné un peu d'amélioration.

J'ai dans mon service un malade qui fait le pendant de celui-ci. Là encore syphilis bénigne au début et pas de traitement. C'est alors qu'un de mes anciens externes le convainquit de la nécessité d'un traitement préventif. Il lui fit, en deux ans et demi, 100 piqûres d'huile grise de Vigier. C'est à ce moment que le malade fut pris d'accidents qui finirent par une hémiplégie incurable.

Ces faits me semblent justifier une double conclusion : 1° l'action préventive du traitement mercuriel est douteuse; 2° le traitement énergique et à jet continu est dangereux parce qu'il habitue le malade au mercure qui n'agit plus lorsqu'il est donné lors de l'apparition des accidents.

En somme, je crois qu'il est bon de faire au début un traitement suffisant, puis d'attendre les événements.

Traitement du tétanos par les injections épidurales de sérum antitétanique

MM. **Apert** et **Lhermitte**.— Les injections sous-cutanées de sérum antitétanique n'ont, on le sait, qu'une action insuffisante sur le tétanos confirmé. Les injections intra-cérébrales elles-mêmes ne procurent pas un bénéfice assez certain pour avoir été adoptées. On a préféré injecter le sérum dans l'espace sous-arachnoïdien, pratique plus facile et dont l'efficacité n'a pas paru négligeable. Peut-être y a-t-il encore mieux à faire. Dans le procédé sous-arachnoïdien le sérum se trouve dilué d'emblée dans le liquide céphalo-rachidien; il a, en outre, à traverser l'épaisseur du manchon pie-mérien et des cordons blancs en sens inverse du courant lymphatique avant de pouvoir agir efficacement sur la substance grise. Il est plus rationnel de faire pénétrer l'antitoxine par la voie même suivie par la toxine; on sait que la toxine tétanique gagne les centres nerveux principalement en suivant les nerfs, et traverse avec eux l'espace sous-arachnoïdien à l'abri du manchon pie-mérien. C'est par ce même chemin qu'il faut faire pénétrer l'antitoxine.

C'est une idée de ce genre qui avait poussé mon ami Sicard à combiner aux injections sous-arachnoïdiennes des injections faites à la cuisse au voisinage du trajet du sciatique. Nous avons pensé atteindre plus sûrement et plus commodément le même but, en employant le procédé épidural et en injectant directement le sérum dans le canal sacré; les grosses branches nerveuses, allant du membre inférieur à la moelle, se trouvent ainsi plongées dans un bain antitoxique au point même où, libres encore du manchon méningien, elles vont s'en entourer avant la traversée du liquide céphalo-rachidien.

La technique de ces injections est facile, bien que l'état de contracture et d'opisthotonos du malade oblige à les pratiquer dans la position couchée sur le flanc; mais les points de repère restent les mêmes que dans la position classique. L'introduction de l'aiguille provoque un paroxysme de contractures; on le laisse passer, puis on pousse le sérum et l'introduction de 10 cc est parfaitement supportée. Elle procure une accalmie de tous les symptômes durant trente-six heures. Quatre injections de ce genre tous les deux jours ont suffi à amener la guérison d'un tétanos, il est vrai, bénin, datant de quinze jours. Le point de départ de la contamination était une plaie de la jambe. Le procédé est tout particulièrement indiqué quand l'origine des accidents est aux membres inférieurs.

M. **Sicard**. — J'ai cherché à me rendre compte du degré d'imprégnation des racines par une solution introduite dans l'espace épidural suivant la méthode que j'ai le premier fait connaître. Chez une malade atteinte de méningite tuberculeuse à la dernière période et souffrant de vives douleurs dans les membres inférieurs, j'ai injecté, dans le canal sacré, une solution de bleu de méthylène qui a remonté jusqu'au cône dural à une distance de 18 centimètres du lieu de l'injection.

Elimination des chlorures dans la néphrite interstitielle

MM. **J. Teissier** et **P. Courmont** (Lyon), dans un cas de néphrite observé pendant neuf mois, avec tous les procédés modernes de recherche du fonctionnement rénal, ont constaté : 1° la concordance de presque toutes les méthodes pour indiquer, conformément à la gravité des lésions, un pronostic rénal plus grave que l'avait indiqué l'observation clinique au début ; 2° un syndrome, diabète insipide hyperchlorurique, épisodique au cours de cette néphrite. Il semble qu'il faille faire jouer un rôle non seulement à la lésion rénale, mais encore à une sorte de désassimilation des tissus n'ayant plus d'aptitude à retenir les chlorures. L'élimination des chlorures peut donc acquérir la signification d'un diabète insipide avec toutes ses conséquences.

Phénomènes méningés dans les oreillons

M. **Chauffard** communique une observation d'oreillons, où la lésion était unilatérale, à symptomatologie légère, à durée limitée, et où on a constaté, néanmoins, la céphalalgie, le ralentissement du pouls, l'inégalité pupillaire. La lymphocytose, qui s'est montrée moyenne au début de la maladie, a diminué en même temps que les symptômes. En somme, aucun signe spinal, tous les troubles demeurant d'origine basilaire, bulbaire.

Réaction méningée atténuée avec lymphocytose au cours de la grippe

MM. **Le Gendre** et **E. Terrien** rapportent l'observation d'une malade atteinte de méningite atténuée au cours d'une grippe et chez laquelle l'examen du liquide céphalo-rachidien permit seul d'affirmer la participation des méninges. De plus, la formule leucocytaire (lymphocytose pure) fut telle que, chez cette malade, entachée, d'ailleurs, de tuberculose, on était en droit de soupçonner une méningite tuberculeuse.

Les seuls symptômes furent une céphalée et une courbature plus prolongées et plus accentuées que de coutume.

L'évolution de la maladie a montré que la tuberculose n'était pas en jeu et la malade a guéri en quelques jours après la ponction lombaire.

Ces faits acquièrent aujourd'hui un intérêt tout particulier : ils montrent, d'une part, la réalité des méningites légères, curables et atténuées; ils font perdre, d'autre part, à la lymphocytose constatée dans ces cas la signification si grave qu'on lui attribuait il y a peu de temps encore.

En présence d'une lymphocytose pure du liquide céphalo-rachidien il ne faudra donc pas se hâter de conclure à la nature tuberculeuse de la méningite.

Décapsulisation dans l'anurie

M. **Pasteau** communique l'observation d'une malade, atteinte de néphrite, et chez laquelle l'urine était tombée à 60 gr. en vingt-quatre heures. On fit la décapsulisation du rein droit. Le taux de l'urine s'éleva à 500 gr. Cinq jours après l'anurie étant revenue, on fit la décapsulisation à gauche. Depuis, l'état de la malade est satisfaisant.

M. **Sicard** montre un appareil permettant, dans les injections mercurielles sous-arachnoïdiennes consécutives à la ponction lombaire, de diluer l'agent médicamenteux dans du liquide céphalo-rachidien.

M. **Danlos** présente un malade atteint d'actinomycose faciale. Diagnostic confirmé par l'examen microscopique.

M. **Souques** communique l'observation d'un cas de pelade, qui semble lié à la migraine.

M. **Verdalle** (Bordeaux) présente un malade chez lequel la pelade s'est montrée à la suite de lichen plan. Ces deux cas semblent donc venir à l'appui de la genèse indiquée par M. Jacquet pour la pelade.

G.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ. de 1re cl.

1 Le Corre, 2 Primet, 3 Lidin.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Brou-Duclaud, 2 Gouzien.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Buisson, 2 Vergoz, 3 Piron, 4 Alquier, 5 Pierre, 6 Clouard, 7 Birolleau.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Pujol, Dardenne, Dupuy, Roquemaure, Rul, Chaze, Guillon, Sautarel, Jouvenceau, Legendre.

11 Parazols, Nielsen, Nogué, Creignou, Daniel, Rapin, Damond, Abbatucci, Lowitz, Constant.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 Bougenault, Revault, Manaud, David, Donnet, Lamandé, Deschamps, Augé, Jousset, Léger.

11 Rousseau, Latour, Leclerc, Chagnolleau, Verdier.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CONGRÈS PÉRIODIQUE
DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (Suite et fin.)

Drainage de la cavité pelvienne à travers le col utérin dans les infections consécutives à l'hystérectomie abdominale subtotale

M. Vanverts (Lille). — La question du drainage après l'hystérectomie abdominale n'est pas résolue d'une façon absolue, et la pratique des chirurgiens, sur ce point, est différente. Deux cas peuvent se présenter : s'il y a rupture de la poche purulente, si l'on a dû laisser quelque portion de cette poche, tout le monde est d'accord pour drainer, mais il n'en est plus de même si l'opération est aseptique. Dans ce cas, les uns ne drainent pas, tandis que d'autres, dont je suis, redoutant, même avec une péritonisation parfaite, la rétention d'un suintement sanguin se produisant par la ligne des sutures et capable de s'infecter, placent un drain abdominal.

En revanche, si l'infection survient dans les jours qui suivent l'opération, il ne saurait y avoir d'hésitation; il faut recourir au drainage vaginal, même si le drainage abdominal existe, car ce dernier est alors insuffisant. S'il s'est agi d'hystérectomie subtotale, on peut remplacer avantageusement l'incision du cul-de-sac postérieur par la dilatation du canal cervical avec mise en place d'un gros drain.

M. Bender. — Je ne vois pas les avantages de cette façon de faire. Au lieu de dilater le col, il serait plus simple et plus rapide de l'enlever.

M. Sorel. — La subtotale est une opération brillante, mais dangereuse. On n'est jamais sûr de l'action désinfectante du thermocautère sur le col. Quand il y a une inflammation du petit bassin, l'hystérectomie totale s'impose. On évite des opérations secondaires.

M. Richelot. — Ce fait seul, signalé par M. Vanverts, de suppuration après la subtotale, suffit pour faire condamner cette opération, puisque laisser un moignon n'est pas prudent. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit à la Société de chirurgie : cette opération indique paresse d'esprit ou paresse des doigts.

M. Segond. — Lorsqu'à la Société de chirurgie, M. Richelot a combattu la subtotale, il l'a fait en évoquant la dégénérescence cancéreuse du moignon, mais jamais il n'a été question que le moignon n'était pas suffisamment stérilisé.

M. Cerné. — Le drainage systématique après l'hystérectomie abdominale a des inconvénients. C'est la présence du drain qui amène la sérosité.

M. Reverdin. — Je me sers toujours, non du thermo, mais du cautère actuel, dont l'action rayonnante donne toutes garanties.

M. Vanverts. — Je répondrai à M. Richelot que je n'ai jamais eu d'accidents après la subtotale. Quant à cette opération, chacun garde ses positions. Contrairement à M. Bender, je crois qu'il est plus simple de dilater le col que de l'enlever.

De la coxalgie compliquant la luxation congénitale de la hanche

Le Dr **Jouon** (Nantes) en relate un cas. Il s'agit d'une fillette de quinze ans qui, à l'âge de douze ans, vit se produire brusquement l'*inversion du membre*. Deux ans après, à la suite d'un surmenage, il se produisit une arthrite dont la nature fut soupçonnée à la suite de l'apparition d'un abcès froid à la partie moyenne de la face externe de la cuisse. Ostéotomie sous-trochantérienne. Extension continue pendant deux mois ; puis, marche avec spica plâtré pendant un mois. Depuis, marche sans appareil mais avec une bottine à semelle de 4 centimètres.

La coxalgie complique rarement la luxation congénitale, ce qu'on explique par le défaut de contact osseux direct entre les surfaces articulaires, et par le peu d'affection de la tuberculose pour les organes qui subissent un arrêt de développement. Dans l'espèce, on peut se demander si la mauvaise attitude du membre, en inversion, due à la bascule de la tête fémorale en arrière, n'a pas été pour quelque chose dans l'évolution de la tuberculose. Cette opinion s'affirme quand on songe que depuis l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui a amené une correction presque parfaite de l'attitude du membre, la malade ne souffre plus du tout de la hanche.

Comme traitement, s'abstenir de toute intervention pouvant traumatiser l'articulation malade. On n'est autorisé à intervenir que dans les cas où il faut combattre une attitude vicieuse. Encore faut-il que l'intervention porte loin de l'article malade.

Les résultats de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche

M. Gourdon (Bordeaux) a eu l'occasion d'observer, à Vienne, 110 malades opérés par Lorenz, et 116 dans sa pratique personnelle. Il a constaté que la reposition de la tête fémorale, en regard de la cavité cotyloïde, avait été obtenue dans la proportion de 45 %. Mais, pour avoir un bon résultat, ce retour à la position normale n'est pas indispensable ; on l'obtient quand la tête est appuyée en avant. Le succès ne se montre qu'à condition de suivre exactement la technique de Lorentz, et de soumettre, pendant plusieurs mois, les opérés à une gymnastique spéciale, à une rééducation de la marche.

Sur ces 116 malades, M. Gourdon a eu 18 résultats nuls. Tous les autres malades ont bénéficié de l'intervention, qui retentit, du reste, sur l'état général. Il a vu 5 cas de reluxation : deux fois sous l'appareil, trois fois après que celui-ci avait été enlevé.

Le jeune âge est une bonne condition pour la réduction non sanglante de la hanche ; passé quinze ans il ne faut plus y recourir.

De la métatarsalgie symptomatique de certains pieds-bots paralytiques

M. Péraire (Paris). — Cette forme non encore décrite de la métatarsalgie se manifeste :

1° Par des douleurs violentes se produisant pendant la marche, ou encore lorsque le malade essaie de mettre ou d'enlever sa chaussure.

2° Le siège des douleurs se trouve sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien, qui présente du gonflement. Les autres métatarsiens sont généralement indemnes.

3° La métatarsalgie ne se produit pas dans tous les pieds-bots paralytiques. C'est surtout dans le pied-bot valgus, dans l'équin-valgus et dans l'équin pur que je l'ai constatée.

4° En même temps, des contractures des muscles de la jambe se produisent fréquemment.

5° La lésion anatomique consiste en une déformation de la tête du premier métatarsien, et souvent aussi en une bourse séreuse concomitante située au-dessous de la tête hypertrophiée de ce métatarsien. Cette tête métatarsienne est atteinte d'ostéite condensante.

Ces données nous expliquent combien il est facile de différencier la métatarsalgie symptomatique de certains pieds-bots paralytiques de la métatarsalgie pure (névralgie de Morton). Le traitement consiste :

a) A pratiquer l'anastomose musculo-tendineuse pour remédier à la déformation du pied.

b) S'il y a de l'équinisme, à doubler le tendon d'Achille pour l'allonger et le suturer ensuite.

c) Si cela ne suffit pas, il faut agir sur le squelette, réséquer la tête métatarsienne douloureuse, ouvrir, gratter et drainer l'hygroma sous-métatarsien.

Telle est la méthode que nous avons toujours employée avec un succès complet.

M. Broca. — La terminologie employée par M. Péraire est inadmissible. Les lésions qu'il nous a exposées sont de l'hygroma. On ne peut les appeler métatarsalgie.

Résection du tibia pour ostéomyélite à forme phlegmoneuse

M. Bataille (Rouen) présente un malade chez lequel cette opération a été faite par lui, il y a vingt ans. Le résultat est excellent, et cet homme marche sans canne.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Arnoux (Paris). — Observations de kyste végétant de l'ovaire, végétations d'autre part, et salpingite.

M. P. Hue (Rouen). — Kystes dermoïdes de l'ovaire.

MM. Potocki et Lacasse (Paris). — Le sang dans la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

MM. Jayle et Bender (Paris). — Torsion des tumeurs solides de l'ovaire.

M. Matton (Salies-de-Béarn). — Traitement hygiénique et médical de la fibromatose utérine.

M. Paquet (Périgueux). — Auto-panseur gynécologique.

M. Cécile Dylion (Paris). — Le redressement manuel du pied-bot congénital varus équin.

M. Derocque (Rouen). — Deux cas de genu recurvatum.

M. Mencière (Reims). — De l'utilité de la barre de caoutchouc dans le modelage des pieds bots.

M. Mencière (Reims). — Interventions chirurgicales orthopédiques diverses dans un cas de paraplégie spasmodique.

M. Fortin (Rouen). — Chondrome du tibia chez un adolescent.

GRANJUX.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Le syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques

PAR
M. le Dr Maurice Soupault
Médecin des hôpitaux de Paris
ET
M. le Dr Salignat (de Vichy)

Il est de notion courante aujourd'hui que la lithiase biliaire peut créer, en dehors des syndromes vésiculaires proprement dits (coliques hépatiques, cholécystite simple ou suppurée), par lesquels elle se manifeste habituellement, des troubles extra-hépatiques de diverses natures. C'est surtout du côté du tube digestif et en particulier de l'estomac qu'ont lieu ces troubles, qui tantôt coïncident avec les symptômes caractéristiques des calculs hépatiques, ce qui en éclaire la signification, tantôt le plus souvent occupent seuls la scène morbide ou y jouent un rôle tellement prédominant qu'ils imposent le diagnostic de gastropathie pour un observateur dont l'attention n'est pas suffisamment prévenue.

Ces troubles dyspeptiques, qui ne sont autre chose qu'une manifestation indirecte de la lithiase biliaire, offrent une assez grande variété,et, bien qu'ils aient été déjà étudiés par nombre d'observateurs, cependant on serait très embarrassé de retrouver dans la littérature médicale une description un peu nette d'un type clinique déterminé. Or, il serait d une grande utilité, pour le diagnostic différentiel et pour le traitement, dans les cas excessivement nombreux où la lithiase biliaire se manifeste surtout ou même uniquement par des troubles dyspeptiques, de connaître le principal caractère de ces différents troubles.Le nombre des auteurs, qui se sont préoccupés de cette question,est très restreint. Cependant nous avons pu remarquer que la gastralgie, dans la lithiase biliaire, paraissait pour eux un symptôme des plus fréquents. Nous partageons cette opinion, mais nous avons voulu faire faire un pas de plus à cette question en cherchant à préciser la forme et l'origine de cette gastralgie.

Déjà, en 1784, Pujol avait fait remarquer que, dans les maladies hépatiques, la douleur au creux épigastrique peut demeurer une manifestation isolée, sans les autres symptômes qui l'accompagnent habituellement du côté de l'hypocondre droit où siège le mal. En 1833, Andral fit connaître le cas d'un malade, sujet à des crises douloureuses uniquement localisées à l'épigastre, et qui guérit après l'expulsion,par le rectum, d'un calcul bilaire. Plusieurs médecins de Vichy eurent leur attention attiré du côté des symptômes dyspeptiques douloureux dans la lithiase biliaire, citons Villemin, Sénac, Cornillon, Cyr.

En 1880, Mossé signale, dans sa thèse d'agrégation sur les accidents de la lithiase biliaire, qu'il arrive fréquemment que des malades, présentant ces troubles dyspeptiques, soient traités pour une gastralgie. L'année suivante, Lefranc reprend dans sa thèse la même question et conclut à la nécessité d'examiner les urines dans les cas d'accès répétés de gastralgie.Bouveret, dans son traité des maladies de l'estomac, attire l'attention sur la confusion fréquente entre l'hyperchlorhydrie ou l'ulcus et ces accès douloureux localisés à l'épigastre et déterminés par la lithiase biliaire. Jusqu'à cette époque, cependant, ces troubles dyspeptiques douloureux n'avaient pas encore été étudiés avec soin dans la forme habituelle sous laquelle ils se présentaient. Ce sont les auteurs qui se sont occupés des sténoses pyloriques, d'origine biliaire, qui ont serré de plus près la question qui nous occupe aujourd'hui.

En effet, nous désirons dans cet article attirer plus spécialement l'attention sur une des formes dyspeptiques que revêt souvent la lithiase biliaire. Elle consiste essentiellement en ce fait que les douleurs et autres phénomènes dyspeptiques n'apparaissent ou du moins ne prennent toute leur importance que quelques heures après les repas, alors que la première partie de la digestion se fait sans aucune gêne ou est troublée par de légers malaises.

L'un de nous a montré,dans de nombreuses publications, que ces troubles étaient dus à un obstacle anatomique ou fonctionnel, situé au niveau du pylore ou du duodénum, opposant une certaine résistance à l'évacuation des aliments de l'estomac dans l'intestin, et obligeant ainsi les tuniques musculaires de l'estomac à se contracter violemment. De cette contracture exagérée des parois stomacales résulte l'ensemble des phénomènes morbides, dont le caractère essentiel est de se manifester dans le temps où le bol alimentaire franchit en masse le pylore, c'est-à-dire assez tard après les repas.

Bouveret, Hayem, Doyen, Robin, Chauffard, Gilbert, etc., ont étudié les différents troubles dyspeptiques qui peuvent accompagner la lithiase biliaire et ils ont signalé la présence de calculs biliaires comme cause déterminante d'un obstacle au niveau du pylore, à l'évacuation normale du chyme de l'estomac dans l'intestin.Ces différents auteurs ont attiré l'attention surtout sur le rôle mécanique des calculs biliaires. Les thèses d'Alex (1896), de Maugourd (1897), de Marchais (1898), de Dufour (1903) paraissent avoir pour but de développer cette idée. Cependant, dans maintes observations de sténose pylorique d'origine biliaire, nous retrouvons plus ou moins ébauchés les caractères des troubles dyspeptiques que nous avons nous-mêmes étudiés. Nous avions déjà recueilli d'assez nombreuses observations lorsque M. Houdard, élève de l'un de nous, a pris, sur nos conseils, comme sujet de thèse : les troubles dyspeptiques d'origine biliaire. C'est dans cette thèse que l'on trouvera signalée pour la première fois la fréquence, dans la lithiase biliaire, de troubles dyspeptiques affectant la forme du syndrome pylorique.

Nous rappelons que le syndrome pylorique se rencontre chez les malades qui présentent un obstacle au niveau du pylore (spasme ou obstacle mécanique). Les troubles fonctionnels qui caractérisent ce syndrome se montrent avec toute leur intensité à une grande distance des repas, de deux à cinq heures après. Ce sont des douleurs plus ou moins vives, des pesanteurs, des régurgitations, des renvois gazeux, des vomissements. Ces différents troubles peuvent se manifester isolément ou se montrer associés. Ils durent pendant une heure ou deux, puis disparaissent pour reparaître après un nouveau repas. Dans certains cas même, les douleurs ou les pesanteurs sont continuelles, mais elles subissent une période d'exacerbation de deux à cinq heures après chacun des principaux repas.

Nous avons observé un grand nombre de lithiasiques hépatiques présentant ces mêmes troubles fonctionnels en dehors de toute crise de colique hépatique. Nous pensons qu'ils sont dus à un spasme réflexe de la région pylorique et d'une partie du duodénum, ayant son point de départ dans l'irritation des conduits biliaires et de la vésicule. La contraction des canaux biliaires et de la vésicule biliaire est sous la dépendance d'un réflexe qui se produit au moment du passage du chyme acide dans le duodénum. Mais cette contraction, inconsciente à l'état normal, peut devenir douloureuse par suite de la présence d'un obstacle ou

par suite d'une lésion au niveau des voies biliaires. Or, les filets nerveux du pneumogastrique et du grand sympathique, partis des voies biliaires, aboutissent au ganglion cœliaque et au plexus solaire, où se rendent également les filets nerveux de l'estomac et de la première partie de l'intestin. On pourrait donc supposer que par cette voie une action réflexe puisse se propager jusqu'à l'estomac et au duodénum après avoir pris naissance au niveau des nombreux éléments nerveux qui, dans les conduits biliaires, jouent le rôle de centres nerveux.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux antérieurs sur la question qui nous occupe. En effet, on a décrit différentes formes de dyspepsies, précédant les coliques hépatiques ou leur succédant, mais il nous paraît impossible de tirer d'un seul auteur une description complète d'un type clinique général, sinon constant.

Nous avons déjà dit que les auteurs qui ont serré de plus près la question sont ceux qui se sont occupés de l'étude des sténoses pyloriques d'origine biliaire et qui ont décrit avec soin la période de troubles dyspeptiques précédant l'apparition de ces sténoses. Il est remarquable, à ce propos, de noter le peu d'importance accordée relativement au spasme réflexe, alors que l'obstacle mécanique (calcul ou bride cicatricielle) accaparait toute l'attention. Cependant, en relisant un grand nombre d'observations, nous voyons que les troubles dyspeptiques ont évolué au début par périodes et qu'ils ont été interrompus par des périodes de calme complet. Nous y voyons la preuve indéniable, qu'au moins à cette époque, le spasme réflexe avait la plus grande part dans l'évolution des troubles dyspeptiques constatés. Nous en arrivons à conclure que dans un très grand nombre de cas, qui n'ont pas été suivis de sténose pylorique, et qui, bien plus, ont été complètement curables, le spasme a été cause de tous les désordres observés.

Dans les observations que nous avons recueillies, le symptôme le plus souvent indiqué est une douleur tardive après les repas, douleur plus ou moins intense. Parfois la douleur est continue, mais elle subit une période d'exacerbation de deux à cinq heures après les repas. Le siège de cette douleur est le plus souvent à l'épigastre avec irradiations diverses, parfois la douleur est plus accentuée dans le côté droit et elle peut irradier dans le dos et entre les deux épaules. La première forme surtout a été souvent confondue par les auteurs avec la gastralgie pure. Cependant quelques auteurs ont déjà fait remarquer que fréquemment certaines gastralgies pouvaient annoncer longtemps à l'avance la crise de coliques hépatiques. Sénac est peut-être le seul qui ait laissé une description nette de l'accès de gastralgie chez les lithiasiques biliaires. Nous retrouvons dans cette description beaucoup des caractères du syndrome pylorique.

Chez plusieurs de nos malades les douleurs tardives ont été accompagnées de régurgitations et même de vomissements. Ces deux symptômes sont fréquents chez les hépatiques et chez les pyloriques, il n'est donc pas étonnant de les retrouver ici. Il convient seulement de faire remarquer qu'ils terminent souvent la phase douloureuse dont la durée est variable (d'une heure à quatre ou cinq heures).

Dans d'autres cas, les malades n'ont plus de douleurs, mais ils éprouvent, de deux à cinq heures après leurs repas, une pesanteur à l'épigastre et quelquefois aussi dans le côté droit. Ces cas sont encore déterminés par le spasme de la région pylorique, et ces pesanteurs ne sont qu'une forme plus atténuée de la sensibilité à la douleur.

Plusieurs de nos malades éprouvaient des douleurs ou des pesanteurs pendant toute la journée, mais avec exacerbation après les repas.

Outre les douleurs ou les pesanteurs au creux épigastrique, qui paraissent plus constantes chez nos malades, nous avons noté souvent de la sensibilité au niveau de la vésicule biliaire et dans la région hépatique.

La constipation nous a paru très fréquente, la diarrhée très rare. Dans quelques observations nous avons signalé de l'entérocolite muco-membraneuse. Pourquoi ne pas admettre dans ces cas un spasme et une hypersécrétion réflexes de l'intestin ayant son point de départ dans l'irritation de la vésicule ou des conduits biliaires. L'action réflexe qui détermine le spasme du pylore retentirait alors sur l'intestin lui-même. En effet, il paraît peu probable que le spasme reste localisé au pylore. On sait qu'il atteint aussi une portion de l'intestin grêle et dans les cas plus intenses l'intestin en entier serait atteint.

Jusqu'ici les symptômes relevés chez nos malades diffèrent peu de ceux que l'on constate dans l'hyperchlorhydrie, dans les sténoses pyloriques diverses (d'origine spasmodique ou mécanique).

Le diagnostic différentiel a pu être établi par l'examen des urines révélant la présence des pigments biliaires au moment des périodes douloureuses et la disparition de ces pigments dans les périodes de calme.

Il a été confirmé par les résultats obtenus avec les différents traitements propres à combattre la lithiase biliaire. Dans un seul cas nous avons eu recours à l'intervention chirurgicale qui a révélé la présence de calculs dans la vésicule biliaire.

Nous avons constaté, en outre, chez nos différents malades, des crises de coliques hépatiques soit antérieures à l'examen, soit en cours de traitement. Notre statistique aurait été beaucoup plus étendue si nous n'avions pas exigé cette preuve certaine d'une irritation des voies biliaires, due le plus souvent à l'inflammation et à la lithiase. Notre but est d'abord de fixer les caractères qu'affectent habituellement les troubles dyspeptiques des lithiasiques biliaires en dehors de leurs crises de coliques hépatiques franches et d'appeler l'attention sur la confusion qu'ils peuvent produire avec certaines affections de l'estomac. Nous espérons, de plus, atteindre un autre résultat, qui serait de permettre d'établir le diagnostic de lithiase biliaire en dehors de toute crise de coliques hépatiques chez des malades qui ne seraient encore qu'à la première période de leur maladie.

Dans ce but, nous avons recherché les différents signes qui pouvaient nous mettre sur la bonne voie. Nous avons trouvé quelquefois de l'ictère, du sub-ictère, de la décoloration des matières. Ces signes nous ont toujours parus très inconstants, mais ils ont leur valeur lorsqu'on les rencontre. Nous avons toujours noté un amaigrissement rapide pendant les périodes de troubles avec relèvement rapide de l'embonpoint dans les périodes de calme. L'appétit est variable, cependant il diminue habituellement dans les périodes de troubles. On trouve presque toujours une augmentation de volume du foie et de la sensibilité de cet organe. La douleur, au niveau de la vésicule biliaire est très fréquente, mais elle peut faire défaut. L'examen du chimisme gastrique indique tantôt de l'hyperchlorhydrie, tantôt de l'hypochlorhydrie.

Le résultat le plus important pour le diagnostic sera toujours fourni par l'examen des urines. Ces urines sont assez souvent foncées pendant les périodes de troubles, mais elles peuvent aussi être claires pendant ces mêmes périodes. Dans tous les cas, qu'elles soient foncées ou claires, on aura recours à la réaction de Gmelin

pour la recherche des pigments biliaires. Il sera souvent préférable de diluer auparavant les urines trop foncées. Dans les urines claires, l'anneau vert caractéristique des pigments biliaires est remplacé très souvent par un anneau gris-verdâtre faiblement coloré.

Dans tous les cas, chaque fois que l'on examine un malade présentant le syndrome pylorique, il importe de rechercher les différents caractères que nous venons d'exposer et qui permettront d'établir fréquemment le diagnostic de lithiase biliaire.

Nous donnons ici quelques-unes des nombreuses observations que nous avons recueillies, afin de confirmer l'opinion que nous avons émise.

Observation I (résumée). — Mars 1903.

Mme N., âgée de soixante ans, couturière. Depuis trois ans, périodes de troubles dyspeptiques caractérisés par des douleurs plusieurs heures après les repas. D'après la malade, elle n'a eu ni ictère, ni urines foncées, ni matières décolorées. Depuis quinze jours les douleurs, beaucoup plus intenses, commencent deux heures après chaque repas, elles vont en augmentant et durent quatre à cinq heures, pour se terminer seulement lorsque la malade se fait vomir volontairement. Ces douleurs ont diminué ces derniers jours, mais elles sont encore assez intenses. Un peu d'ictère. Sensibilité à la pression au creux épigastrique. La vésicule tendue et douloureuse, se sent au palper. Le foie est sensible à la palpation. Il dépasse légèrement le rebord des fausses côtes. *La réaction de Gmelin révèle la présence de pigments biliaires dans l'urine.*

Traitement : lait, salicylate de soude, lavements froids, huile d'olives. Amélioration rapide, plus de douleurs cinq jours après. Plus d'ictère. Urines claires ne donnant pas d'anneau vert avec la réaction de Gmelin.

Examen du suc gastrique après le repas d'épreuve :

Acidité totale....	1,39	
Chlore total.....	3,78	1,44
Chlore fixe......	2,34	

La malade se croyant guérie ne continue pas son traitement et elle revient un mois après (15 avril 1903). Les douleurs ont reparu. Ictère. Fèces décolorées. Urines foncées contenant des pigments biliaires. La malade entre à l'hôpital, où elle est soumise au traitement de la lithiase biliaire, et elle en sort dans un état de santé satisfaisant.

Obs. II (résumée). — Mars 1903.

M. Q., âgé de soixante ans, hôtelier. Il y a quinze ans, crises de colique hépatique pendant deux mois. Trois ans plus tard coliques néphrétiques. Cinq ans après le malade a eu la jaunisse. Fèces décolorés. Urines foncées, couleur de la bière brune. Le malade ressentit pendant un mois des malaises continuels avec paroxysmes trois à quatre heures après les repas.

Saison à Vichy, à la suite de laquelle l'ictère disparut et le malade se rétablit.

Quatre ans après le malade ressentit les mêmes malaises, bien que n'ayant pas de jaunisse.

Il vit un médecin qui le soigna pour une dilatation d'estomac, et n'obtint qu'un résultat incomplet.

En 1901, les mêmes malaises reparurent par périodes. Il n'y eut jamais d'ictère. Les urines étaient claires et les matières bien colorées. Le malade vient consulter le 16 mars 1903.

Il n'a pas d'appétit. Il éprouve pendant toute la journée, mais surtout après les repas et la nuit, des douleurs au creux épigastrique. Amaigrissement rapide depuis quelques semaines. Sub-ictère. Sensibilité à la pression au niveau du creux épigastrique et au niveau de la vésicule biliaire. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. L'estomac n'est pas dilaté. *Les urines contiennent des pigments biliaires.*

Traitement : huile d'olives à la dose de 200 gr, pendant trois jours, Vichy Grande Grille, régime lacté. Amélioration rapide.

Saison à Vichy en juin 1903. Cure thermale de la lithiase biliaire. Disparition des douleurs et des troubles dyspeptiques, engraissement très notable.

Obs. III (résumée). — Janvier 1903.

M. C., âgé de quarante-quatre ans, homme de peine. En mars 1900, début brusque de la maladie. Vomissements (vert pré) pénibles pendant un mois. Ictère. Urines foncées. Fèces vert-pré.

Le malade ressentait de violentes douleurs pendant la journée, avec exacerbation plusieurs heures après les repas. La nuit les douleurs étaient encore plus intenses. Le malade se rétablit. En juillet 1900, retour des mêmes accidents pendant huit jours. Même situation de novembre 1900 à janvier 1901, de février 1901 à avril 1901. Puis plusieurs périodes de troubles dans le reste de l'année 1901 et pendant l'année 1902.

La dernière crise a débuté le 11 janvier 1903 par des vomissements et des douleurs, après les repas, à l'épigastre. Ictère. Constipation. Fèces colorées en vert foncé. *Urines foncées et contenant des pigments biliaires.* Amaigrissement rapide. Le 11 janvier le malade pesait 70 kilos, le 29 janvier il ne pesait que 63 kilos. Aucune sensibilité à la palpation, ni au creux épigastrique, ni au niveau de la vésicule biliaire. Foie plutôt petit et caché sous les fausses côtes. Rate normale. Estomac normal.

Analyse du suc gastrique après le repas d'épreuve :

Acidité totale...	2,39	
Chlore total....	4,68	2,84
Chlore fixe....	1,84	

Réaction au vert brillant, nette.
Réaction Gunzbourg, nette.

On a retiré à jeun environ 5 cc de liquide bilieux acide au tournesol.

Traitement : lait, huile d'olives pendant trois jours, eau de Vichy ensuite, lavements froids. Amélioration rapide.

7 février. Plus d'ictère, plus de vomissements. Le malade a augmenté de 6 kilos.

11 février. Plus de douleurs. Le malade a augmenté de 8 kilos 1/2 depuis le début du traitement. Les urines claires contiennent encore des pigments biliaires.

8 mars. Le malade est retombé dans le même état qu'anciennement, cependant les douleurs sont moins fortes. L'intervalle qui a séparé la crise actuelle de celle du mois de janvier n'a été troublé par aucun phénomène dyspeptique. Le traitement est repris et le malade s'améliore de nouveau rapidement.

Obs. IV (résumée). — Février 1903.

Mme C..., âgée de cinquante ans. Coliques hépatiques il y a dix ans. Retour d'âge il y a deux ans. De cette époque datent les troubles dyspeptiques actuels qui ont évolué par périodes de plusieurs semaines.

La malade éprouve, vers les trois heures du soir, lorsque ses repas sont légers, et vers les cinq heures, lorsque ses repas sont plus abondants (de deux à quatre heures après les repas), des douleurs au creux épigastrique. La nuit, les mêmes douleurs reparaissent, trois heures après le repas du soir. Ces douleurs durent pendant quelques semaines, pour disparaître brusquement et reparaître brusquement plusieurs semaines après. L'amaigrissement, très rapide au début de la maladie, paraît moins rapide maintenant. La malade a parfois des régurgitations non acides après ses grandes douleurs. La constipation est opiniâtre depuis les dernières crises de colique hépatique. Depuis un an, entéro-colite muco-membraneuse. Sensibilité au niveau du foie à la palpation. Pas d'ictère. Fèces colorées. *Urines claires, mais contenant des pigments biliaires.*

L'examen clinique du suc gastrique, après le repas d'épreuve, donne :

Acidité totale...	2,39	
Chlore total....	3,64	2,52
Chlore fixe.....	1,12	

Traitement de la lithiase biliaire et amélioration rapide.

Obs. V (résumée). — Août 1903.

Mlle L., âgée de quarante ans, ouvrière en soierie. Toujours constipée depuis l'âge de quinze ans. Depuis quelques années, douleurs plusieurs heures après les repas et survenant par périodes de quinze jours toutes les trois ou quatre semaines environ. Saison à Vichy en 1902.

Actuellement, la malade souffre quelquefois une heure après le repas, et ces douleurs vont en augmentant jusqu'à trois et quatre heures après les repas. La malade vomit alors parfois, et ces vomissements la soulagent. La nuit elle est réveillée par des douleurs qui surviennent trois à quatre heures après le repas du soir. Les douleurs irradient du côté droit. Le foie semble gonflé après les repas. La malade a remarqué que ses urines étaient très foncées (rouge-brun) et que ses matières étaient parfois décolorées. Amaigrissement rapide. A l'examen, douleur au creux épigastrique. Foie gros et sensible à la palpation.

La réaction de Gmelin démontre la présence des pigments biliaires dans l'urine.

Traitement. Cure thermale à Vichy et traitement de la lithiase biliaire. Régime. Amélioration rapide.

Obs. VI (résumée). — Septembre 1903.

Mme B..., âgée de quarante-cinq ans. Troubles dyspeptiques depuis juin 1903. Douleurs au creux épigastrique par périodes de deux à trois jours. Ces douleurs commencent deux à trois heures après le repas de midi et vont en augmentant jusqu'à ce que la malade ait vomi. Le vomissement la soulage immédiatement. Le soir, la malade ne prend que du bouillon et elle ne souffre pas la nuit. Constipation. Fèces colorés. Urines rouges. La malade a eu deux fois des crises si violentes qu'on a dû lui faire des piqûres de morphine.

A l'examen, sensibilité au creux épigastrique et au niveau du foie. Pas d'ictère.

La réaction de Gmelin décèle la présence de pigments biliaires dans l'urine.

Traitement. Cure thermale à Vichy et traitement de la lithiase biliaire. Régime. Disparition des douleurs et des vomissements.

Une crise légère pendant la cure et qui n'a duré qu'un jour.

Obs. VII (résumée). — Février 1904.

Mme B..., âgée de trente-deux ans. Depuis six mois, la malade ressent, par périodes de plusieurs jours, des douleurs au creux épigastrique deux à trois heures après les repas. L'appétit est conservé. Au début de la maladie, les matières étaient décolorées et recouvertes de peaux. Les urines étaient foncées. La malade avait de l'ictère. Les douleurs irradiaient dans le côté droit et avaient leur maximum au niveau de la vésicule biliaire. Il y avait de la sensibilité au niveau de la vésicule, même en dehors des crises. La malade a pris des cachets alcalins depuis six mois jusqu'à ce jour. Lorsqu'elle a voulu cesser ses cachets, elle a éprouvé une sensation de brûlure (après les repas) partant du creux épigastrique et remontant le long de l'œsophage.

La malade n'a pas eu de vomissements, ni de régurgitations acides.

Depuis trois ou quatre jours l'appétit est diminué. La malade a de temps en temps des pesanteurs à l'épigastre. La nuit elle a, de plus, des sensations pénibles apparaissant deux à trois heures après le repas et ayant une durée d'une heure. L'estomac a des dimensions normales, mais on retrouve, à jeun, le clapotage et le bruit de succussion. Sensibilité dans toute la région épigastrique. Foie sensible à la percussion, mais ne dépassant pas le rebord des fausses côtes.

L'examen des urines au spectroscope et par la réaction de Gmelin démontre la présence des pigments biliaires.

Traitement : lait, huile d'olives, salicylate de soude, huile de Harlem, lavements froids, eau de Vichy. Amélioration rapide et diminution des pigments dans les urines.

L'examen du suc gastrique après le repas d'épreuve a été fait :

Acidité totale	1,33	
Chlore total.....	3,05	1,26
Chlore fixe.......	1,79	

DUCLAUX

1840-1904

La mort de Duclaux est un deuil pour tous ; et, avant que le regretté directeur de l'Institut Pasteur reçoive des Académies et de l'Université où il a jeté un si vif éclat, le juste tribut d'éloges qui lui convient, le *Bulletin médical* se doit à lui-même de saluer avec une respectueuse émotion le vaillant esprit qui vient de disparaître.

Aussi bien, Duclaux était-il, de tempérament, journaliste autant que professeur, polémiste ardent autant qu'homme de laboratoire, et, en tout état de cause, un passionné de la critique dans le domaine des sciences biologiques.

Son labeur est considérable. D'abord mathématicien au moment où il hésite entre l'Ecole polytechnique et l'Ecole normale supérieure (1859), il devient physicien et chimiste en 1862 ; puis, il s'oriente vers les recherches bio-chimiques en 1875, et se retrouve à la rue d'Ulm aux côtés de son ancien maître, Pasteur, à l'aube des découvertes qui allaient révolutionner la médecine. Entre temps, il fait de la météorologie à l'Institut agronomique (1879), mais il publie un *Traité de chimie biologique* (1883), et, à dater de ce moment, il collabore, aussi intimement que possible, à l'œuvre pastorienne. Son livre, ***Ferments et maladies***, paru à la même époque, est, à proprement parler, un hymne à la gloire de la microbie et à ses progrès futurs. Duclaux entrevoit le jour où les maladies infectieuses auront cessé leurs ravages et ne prélèveront plus sur l'humanité cette dîme obituaire qui paralyse son essor. Et alors cet infatigable pionnier prodigue son activité dans toutes les branches de la microbiologie. Il enseigne à la Sorbonne, il fait des conférences à Paris et en province, il fonde les ***Annales de l'Institut Pasteur*** (1889), et entretient le feu sacré chez les disciples de la jeune science, si pleine de promesses.

Après la mort du Maître, c'est Duclaux qui est choisi pour diriger l'œuvre, et il nous donne comme viatique, dans le chemin où va s'engager l'Ecole, un livre admirable, ***Pasteur, histoire d'un esprit*** (1896), où toutes les étapes de nos conquêtes sur le monde des infiniments petits sont exposées avec une clarté infinie et une maîtrise inimitable. Les années suivantes, Duclaux entreprend un travail hardi et hérissé de difficultés : celui de synthétiser en sept volumes toutes nos connaissances microbiologiques. Un pareil effort était digne de tenter un ouvrier aussi habile et aussi documenté que l'était l'éminent directeur de l'Institut Pasteur : les quatre premiers volumes ont seuls paru ; ils renferment une quantité innombrable de faits et d'expériences sur des sujets dont l'actualité s'épuise, comme tout ce qui est du domaine des sciences biologiques, en « perpétuel devenir ». Quoi qu'il en soit, les expérimentateurs trouveront dans le *Traité de microbiologie*, une mine précieuse de données positives sur nos connaissances de 1899 à 1902, et aussi sur les directions qu'il convient de choisir pour les recherches fécondes. C'est dans le volume (1901) consacré aux diastases que Duclaux a précisé le plus ses idées biochimiques. Il a insisté sur ce fait de haute portée, qu'il existe des diastases d'hydratation et de déshydratation, comme il existe des diastases d'oxydation et de désoxydation ou de réduction. Or, l'on sait quel rôle jouent les ferments solubles dans notre équilibre vital. « Il y a, dit Duclaux, tout un monde à découvrir de ce côté. »

Les dernières publications du professeur Duclaux ont trait à l'hygiène sociale et à des questions de salubrité ou d'économie domestique, dans leurs rapports avec la chimie. Tous savent la déplorable interprétation que des industriels ont voulu faire des constatations purement atomiques entre l'équivalence de l'alcool et de l'aliment, ce dernier pris comme entité nutritive. Les expériences d'Atwater et Bénédict ont, d'ailleurs, été développées à nouveau, quant à leur portée et à leur signification, par les auteurs mêmes et par Bunge (de Bâle) : non seulement l'alcool ne peut avoir de valeur nutritive supérieure à celle de l'hydrate de carbone duquel il procède, mais encore la substitution partielle de l'alcool au sucre en proportion équivalente, isodyname, entraîne la diminution de la valeur absolue de tout travail musculaire.

On voit, par ce rapide aperçu de l'œuvre de Duclaux, combien cette dernière est compréhensive. Le savant qui vient de mourir appartenait à la génération des chimistes qui deviennent médecins, à l'imitation du maître dont le génie a orienté leurs travaux. Peut-être verrons-nous des médecins devenir chimistes au cours de l'évolution scientifique qui se prépare ! Les deux derniers volumes du *Traité de microbiologie* nous porteraient à croire à la réalisation de cette éventualité, si les conclusions un peu indécises des différents chapitres ne nous fortifiaient dans cette idée que les données bio-chimiques offrent une base encore trop fragile à nos concepts de la *maladie*.

Quoi qu'il en soit, et l'on ne saurait trop le proclamer, dans le patrimoine qu'il laisse à ses élèves, Duclaux s'est montré le passionné serviteur de la méthode expérimentale et l'ardent disciple de la vérité... *veritatem coluit.*

E. Calmette.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 9 mai.

Suicide par auto-section linguale

M. Granjux. — M. le prof. Brouardel a communiqué, dans la dernière séance, l'observation d'une femme qui s'était arraché la langue, avait guéri et conservé la parole. En rapportant ce fait il s'est exprimé ainsi :

« Nous connaissons les plaies de la langue survenues à la suite de coups de feu, suicide ou homicide, mais nous ne trouvons de comparable à notre observation que les plaies consécutives à des chutes sur le menton, la langue étant entre les dents, les morsures de la langue par autrui, ou par la personne elle-même pendant la mastication, ou pendant des accès d'épilepsie ou d'éclampsie, mais dans aucun des cas que j'ai relevés, il n'y avait un arrachement de la langue aussi complet. »

A cette liste des conditions dans lesquelles l'amputation de la langue peut être réalisée, on peut ajouter « le suicide par auto-section linguale » en usage en Indo-Chine, ainsi qu'il résulte d'un très intéressant mémoire de M. le médecin-major **Talbot**, publié dans le dernier numéro des ***Annales d'hygiène et de médecine coloniales***, et qui mérite de vous être signalé.

Le jaune, dit-il, se suicide dans tous les cas où il croit nécessaire de *sauver la face*. En Annam, l'homme du peuple se suicide surtout en se noyant; l'immersion représente 80 °/. des suicides. La strangulation figure dans la proportion de 10 °/.,mais est plutôt l'apanage des classes élevées de la Société. Enfin, l'auto-section linguale intervient pour 5 à 6 °/., et cela dans le cas où l'individu incarcéré ou étroitement surveillé ne peut recourir à un autre procédé. C'est ainsi qu' « à Monçay, en 1890, à Bac Ninh, en 1891, des rebelles, pris les armes à la main, sectionnèrent leurs langues entre leurs arcades dentaires au cours des questions, dans le but, croyait-on, de se mettre dans l'impossibilité de répondre aux interrogatoires et de dénoncer leurs complices. » En réalité, il s'agissait de tentatives de suicide.

Pour réaliser cette auto section de la langue, l'Annamite s'aide du poing ou du genou. « S'il a la disposition de ses mains, il lance de bas en haut, d'un choc rude, sa main fermée contre la symphise. Ceux qui ont les mains entravées contractent violemment leur triceps pour lancer leur genou contre le maxillaire inférieur abaissé. »

Si la section complète est réalisée, l'hémorragie peut déterminer la mort, et M. Talbot en cite un cas non personnel. Dans les faits qu'il a observés il n'y eut pas mort, peut-être, dit-il, parce que les victimes ont reçu des soins presque immédiats.

Dans les heures qui suivent la mutilation les lésions se présentent sous l'aspect d'un moignon volumineux, tuméfié et rétracté en arrière du frein. Plus tard, quand l'œdème a diminué, on voit qu'il ne manque à la langue que son cinquième ou sixième antérieur; la section est oblique d'arrière en avant et de haut en bas; la muqueuse est le plus souvent découpée en festons et la ligne irrégulière de l'arcade dentaire supérieure est très nettement marquée sur la muqueuse dorsale.

Quelquefois la section n'est pas complète et un petit pont musculaire relie les deux lambeaux. Si la suture n'est pas faite, le patient présente, au bout de la langue, après guérison, un petit lambeau flottant.

Si la striction a été insuffisante pour sectionner la langue, elle peut déterminer, dans cet organe, un œdème considérable et capable d'amener l'asphyxie.

Après l'autosection de la langue, ni la déglutition ni le langage ne sont troublés. Ceux qui refusent de parler sont des simulateurs.

La mort par inhibition laryngée

M. Brouardel. — Je me trouve en désaccord avec M. le Dr Blaise, expert près le tribunal du Mans. Le rapport de notre confrère est extrêmement clair et complet, mais je crois que les conclusions qu'il tire de ses constatations sont trop absolues.

La question qui se pose est celle-ci : la mort est-elle due à une strangulation à la main entraînant l'asphyxie (opération dont la durée est au moins de dix à quinze minutes), ou bien a-t-elle été provoquée par une vive excitation de la peau de la région antérieure du cou, ou un serrement brusque du larynx entraînant une mort presque instantanée par inhibition — c'est-à-dire arrêt subit du cœur et de la respiration?

M. Blaise conclut en faveur de la première hypothèse; en faveur de la seconde il y a des arguments que je crois devoir vous exposer.

Lorsque la strangulation est pratiquée à la main sur un adulte, la victime se débat, se défend, à moins qu'elle n'ait été mise dans l'impossibilité de remuer par une violence antérieure déterminant une commotion cérébrale qui annihile ses moyens de défense.

Dans le cas qui nous occupe, rien de pareil; une bosse sanguine, qui siège en arrière du crâne, a pour cause une chute sur le dos; elle est contemporaine de l'événement. La victime aurait donc pu se défendre. Or, on ne relève aucune trace de lutte ni sur le corps ni sur les vêtements.

Il n'est pas facile de maintenir la main pendant cinq à dix minutes sur le cou d'une personne en possession de ses facultés, car il lui suffit de plier la tête sur le cou, de faire un mouvement de rotation pour forcer les mains du meurtrier à se déplacer.

De plus, la victime crie, et le meurtrier d'appliquer une de ses mains sur la bouche et le nez, qui conservent l'empreinte de ses ongles.

Or, ici, on ne trouve ni sur le cou, ni sur le visage, ni sur les autres parties du corps, ni dans les tissus du cou, les traces de violence que l'on note toujours lorsque la mort est déterminée par une strangulation à la main, qui n'aboutit à une asphyxie mortelle qu'au bout de quelques minutes.

M. le Dr Blaise invoque en faveur de la mort par asphyxie : 1° le champignon d'écume blanche qui sortait de la bouche au moment de l'autopsie ; 2° la congestion des poumons, du cerveau, les ecchymoses sous-pleurales; 3° les plaques d'emphysème pulmonaire.

Au moment de l'autopsie, les lividités cadavériques étaient accentuées au niveau du dos et de toutes les parties déclives du corps, l'hypostase des poumons était très prononcée. Ces deux constatations montrent qu'au moment de l'autopsie, il y avait déjà commencement de décomposition. Dès les premiers moments de la mort, la fermentation des matières contenues dans l'intestin provoque la formation des gaz. Ceux-ci repoussent le diaphragme, qui comprime les poumons, fait refluer les mucosités contenues dans les bronches, hors de la bouche, et refoule le sang contenu dans les vaisseaux pulmonaires, dans les diverses parties du corps et dans les viscères : foie, rate, cerveau. Ces phénomènes s'observent, bien souvent, chez les personnes qui ont succombé dans leur lit en dehors de toute suspicion de crime.

Les ecchymoses ponctuées constatées sur les plèvres n'ont pas une grande valeur. Tardieu dit même qu'elles n'existent pas dans la strangulation. Les expériences que nous avons faites avec M. Descourt, celles de Laborde montrent que ces ecchymoses paraissent tout à coup, lorsqu'on provoque un spasme vasculaire brusque, surtout si on agit sur les origines du nerf pneumogastrique, sur ce nerf lui-même ou une de ses branches.

Quant aux plaques d'emphysème pulmonaire, d'après les observations de Tardieu lui-même, sur seize cas de strangulation chez l'adulte, ces plaques n'ont été rencontrées que trois fois. Je possède vingt-sept autopsies de mort par strangulation chez l'adulte ; quinze fois la mort a été déterminée par un lien; dans aucun de ces cas il n'y avait de l'emphysème. Sur douze strangulations à la main, je n'ai trouvé cette lésion que deux fois. En revanche, dans dix-neuf autopsies pour mort par fracture du crâne, il y avait des plaques d'emphysème dans sept cas. Il n'y a donc pas lieu d'accepter comme établie la formule de Tardieu : « Ces ruptures des vésicules pulmonaires ne manquent presque jamais. » La présence de ces plaques d'emphysème chez l'adulte n'est pas un signe de mort par strangulation.

En somme, les lésions observées dans le cas actuel ne sont pas celles de l'asphyxie par strangulation à la main; la

mort a été due à l'inhibition laryngée.

De la répression des réclames médico-pharmaceutiques faites à l'aide de tout procédé de publicité par personnes n'ayant pas de diplôme

M. Leredu, au nom d'une commission composée de MM. Lefuel, président; Garnier, Rocher, Floquet, G. Brouardel, Chassevant et Leredu, rapporteur, lit une étude juridique des réclames médico-pharmaceutiques, qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Les réclames médico-pharmaceutiques qui décrivent les symptômes d'une maladie, en font connaître la marche et les conséquences, les nomment et indiquent le remède et son emploi, qui devront amener la guérison ou une atténuation dans l'état du malade, établissent un *traitement* aux termes de la jurisprudence.

2° Les auteurs de ces réclames, s'ils ne sont pas diplômés, commettent le délit d'exercice illégal de la médecine par l'insertion des réclames dans les journaux ou par la distribution de brochures et de prospectus qui les contiennent.

3° L'intérêt de la santé publique fait un devoir aux Parquets de poursuivre la répression de ces délits. Au cas où, par impossible, les Parquets délaisseraient à se pourvoir, les Associations médicales et les Syndicats pourraient user du droit que leur confère l'art. 17 de la Loi du 30 novembre 1892, d'intenter des poursuites directes contre les délinquants.

M. Rocher fait remarquer que diverses sociétés médicales se preoccupent de cette question, et il dépose sur le bureau le vœu suivant, voté par l'Association de la Presse médicale dans sa derniere réunion.

L'Association de la Presse médicale française émet le vœu que soit considéré comme exercice illégal de la médecine et soumis aux lois existantes, l'emploi, dans un article de presse, recommandant un traitement ou un médicament, du titre de docteur en médecine, quand le signataire de l'article n'est pas, lui-même, docteur en médecine d'une Université française.

M. le Président. — Les conclusions du rapport de M. Leredu seront discutées dans la prochaine séance.

Aliénés délirants processifs

MM **Briand et Tissot** communiquent plusieurs observations d'aliénés délirants processifs. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme, victime d'hallucinations, qui put, pendant quatorze mois, entraîner des hommes d'affaires dans le sens de son délire, les convaincre de la réalité de ses griefs, et, sous leurs auspices, intenter des poursuites correctionnelles contre des personnes de conduite et de moralité irréprochables. Elle a trouvé un huissier pour rédiger ses contes en style de procédure, un avocat pour défendre ses griefs imaginaires.

Le deuxième fait concerne encore une femme atteinte du délire de persécution et qui, dans la journée, en l'absence du mari, se grisait. Celui-ci, convaincu de la réalité des griefs imaginaires de sa femme contre les voisins, déposait, de concert avec elle et des témoins de mauvaise foi, des plaintes contre ses voisins. L'un d'eux fut même condamné à 5 francs d'amende.

Dans ces deux cas il s'agissait de ces aliénés notoires qui restent en liberté jusqu'au jour où ils commettent un crime. C'est que les commissaires de police, saisis de plaintes sur le compte d'aliénés, prétendent ne pouvoir rien tant que ceux-ci ne se sont pas livrés à des voies de fait.

M. Briand a, dans son service, une femme qui se disait persécutée par sa concierge et la menaça de mort. Cette concierge fut se plaindre au commissaire de police qui excipa de son impuissance tant qu'il n'y avait pas de coups et de blessures. La malade elle-même, très surexcitée, se rendit chez le commissaire, le suppliant de la garder, car elle sentait qu'elle ferait un malheur. Le magistrat se moqua d'elle et la renvoya. Quelques jours après elle logeait une balle de revolver dans la tête de sa concierge.

La situation du commissaire de police, pris entre son désir de respecter la liberté individuelle et son devoir d'assurer la sécurité de ses administrés, est difficile, en dehors des cas flagrants, car il n'a pas les connaissances spéciales permettant de discuter les problèmes de la pathologie mentale. Cependant, la réserve de ces fonctionnaires est parfois exagérée, peut-être du fait de la crainte des responsabilités, de l'appréhension des campagnes de presse, etc.. Il y a donc lieu d'attirer l'attention sur ces faits dont l'opinion publique paraît se désintéresser, s'attachant bien davantage à relever ceux où elle croit trouver une séquestration arbitraire.

Sont nommés membres correspondants:

1° Pour le ressort de la cour d'appel de Toulouse : M. le Dr Guilhem, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, et M. le Dr Dresch, médecin légiste de l'arrondissement de Foix.

2° Pour le ressort de la cour d'appel de Rouen : M. le Dr Didier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

3° Pour le ressort de la cour de Dijon : M. le Dr Lagrange, expert du parquet de Chalon-sur-Saône, et M. le Dr Quioc, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon.

4° Pour le ressort de la cour d'appel d'Agen : MM. les docteurs Pujos, d'Auch; Miran, de Lectoure.

Des vacances dans les ressorts d'Angers, de Besançon, de Caen et de Douai sont ouvertes.

GRANJUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai

Action des corps à l'état naissant

M. A. Robin signale toutes les ressources que la thérapeutique peut trouver dans les peroxydes qui, dans l'organisme, dégagent de l'oxygène à l'état naissant. Ces médicaments sont les meilleurs antiseptiques dans les fermentations stomacales. Si on les donne dans des capsules kératinisées, leur action se produit alors dans l'intestin. C'est ainsi que le peroxyde de magnésium a une action presque spécifique dans les diarrhées dues à la fermentation, tandis qu'il est sans action dans les diarrhées nerveuses, tuberculeuses, etc. Quant au peroxyde de zinc, très employé par les dermatologistes, il pourrait, peut-être, remplacer l'iodoforme dans les pansements.

En dehors de l'oxygène à l'état naissant, il y a aussi lieu de tenir compte de l'action des bases, ce qui permet de réaliser une véritable synthèse médicamenteuse.

On peut chercher à obtenir, à l'état naissant, d'autres corps que l'oxygène, l'iode par exemple. Et l'on a ainsi des désinfectants d'une grande puissance, susceptibles d'être utilisés comme antiseptiques *intus* et *extra*.

G.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médical des affections gynécologiques. Pansements vaginaux et péri-utérins

Par M. le Dr P.-L. LECTOURE

Quel doit être le but du médecin dans le traitement des affections gynécologiques? C'est de rétablir complètement la santé de la malade, sans lui faire courir aucun danger.

Malgré les progrès incessants de la chirurgie et l'habileté du chirurgien, une opération comporte toujours des aléas. De plus, si l'on vient à enlever l'organe malade, on peut améliorer d'une façon passagère l'état de la patiente, mais pour elle, ce n'est pas la guérison, elle sera mutilée et restera l'éternelle blessée.

Dans une communication au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences (Ajaccio 1901), le professeur Leduc (de Nantes) s'exprimait ainsi : « Le médecin qui voit et observe beaucoup de malades acquiert bientôt la conviction qu'une femme qui a subi une ovariotomie double ou même simple, une hystérectomie, etc., n'est plus le même être; tout est changé en elle, tout est changé pour elle. Le curetage utérin, si généralement employé aujourd'hui, en raison de son efficacité immédiate à faire disparaître certains symptômes, des ménorragies par exemple, a souvent de fâcheuses conséquences. La curette inocule les germes, en ouvrant les vaisseaux dans un champ infecté dont on entreprend ensuite à grand'peine la stérilisation. Aussi, sans parler des perforations, observe-t-on, après certains curetages, des métropéritonites. Ce sont les accidents éloignés que nous tenons à signaler. Lorsque le curetage est superficiel, il est inefficace; lorsqu'il est plus profond et qu'il réussit bien, la guérison pendant quelques mois semble parfaite, puis les règles deviennent de plus en plus douloureuses, et parallèlement, se développe une névropathie des plus pénibles; l'examen montre de l'atrésie du col, souvent l'atrophie de tout l'utérus, et l'état de la malade devient plus pénible qu'avant l'opération. »

Le traitement médical de ces affections consiste à porter un agent modificateur

sur la région malade au moyen de pansements appropriés.

Un procédé très ancien, retiré de l'oubli par Simpson, le pessaire médicamenteux, avait un certain mérite. C'était une espèce de bol que l'on plaçait dans le vagin pour l'application des médicaments sur les parois du canal.

Les tampons d'ouate imprégnés de glycérine médicamenteuse sont depuis longtemps très employés; mais, malgré toutes les précautions, si l'on n'emploie pas le spéculum, il n'arrive qu'une quantité insignifiante de substances actives au contact de la partie malade.

Les ovules composés de glycérine solidifiée ont une valeur relative, mais ne peuvent constituer qu'un pansement vaginal.

D'après le prof. Leduc, le nouet médicamenteux contenant gros comme une noisette de pommade à base d'ichtyol et d'airol, renfermée dans une feuille de coton, donnerait d'excellents résultats.

Mais l'infériorité de ces différents modes de pansements, c'est de ne pouvoir s'appliquer autour de l'isthme du col utérin. C'est, en effet, au niveau de l'isthme, dans les culs-de-sac latéraux et dans les plis du Douglas, que se manifestent les signes de l'adéno-lymphangite; c'est sur les côtés du col que pénètrent les artères utérines. C'est donc dans cette zone, où serpentent les plexus sanguins, que doit être appliqué le topique médicamenteux.

Le professeur d'obstétrique Fenomenow (de Saint-Pétersbourg) a institué des essais thérapeutiques qui sont venus pleinement confirmer cette règle. Notre confrère a été à même de se convaincre que l'application d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution d'adrénaline à 0,20 %, maintenu sur la muqueuse vaginale durant une minute, avant une intervention telle que la colporraphie, n'ischémie nullement le champ opératoire; les tentatives faites en vue d'arrêter par le même moyen l'hémorragie, restent également infructueuses.

Par contre, l'action vaso-constrictive et hémostatique de l'adrénaline s'est montrée très énergique au cours d'interventions sur la matrice. Et cependant M. Fénomenow n'avait appliqué que pendant une dizaine de secondes un tampon de gaze imbibée d'une solution d'adrénaline sur la muqueuse du col, *sans qu'une seule goutte de la solution ait pénétré dans la cavité du corps utérin* (*Répertoire de thérapeutique*).

C'est dans le but de remplir à coup sûr cette indication, que les Dr Zabé et Legros ont imaginé les *péricols* comme le pansement le plus approprié au traitement des affections gynécologiques.

Ces discoïdes, à base de glycérine solidifiée, introduits avec la plus grande facilité dans le vagin, sans le secours du spéculum, grâce à leur légère courbure et à leur onctuosité, viennent s'adapter mécaniquement autour du col de l'utérus.

Les principaux médicaments qui peuvent être incorporés aux péricols sont : l'iodure de potassium, l'extrait de belladone, la cocaïne, l'ichtyol, le thigénol, l'extrait d'hamamélis, le tannin, l'acide borique, l'adrénaline, etc.

Les péricols à l'iodure de potassium (0 gr. 50 par péricol) et l'extrait de belladone (0 gr. 10) m'ont donné des résultats surprenants dans la pratique hospitalière aussi bien que dans la clientèle de ville. Je les prescris avec succès dans les métrites, quelle qu'en soit la nature qu'elles soient aiguës ou chroniques; dans les affections des annexes : salpingites, ovarites, etc.

Avec cette médication, les praticiens sont assurés, non seulement d'éteindre l'inflammation utérine, mais encore de mener à bien la cure des lésions qui en dérivent.

Les péricols à l'ichtyol ou au thigénol (1 gramme) jouissent d'une grande efficacité dans les catarrhes chroniques de la matrice, dans les métrites et salpingites gonococciques.

Dans les métrites hémorragiques, l'on aura recours aux péricols à l'adrénaline ou à l'extrait d'hamamélis.

LISTE DES CHEFS DE SERVICE

INTERNES ET EXTERNES

Des hôpitaux de Paris pour 1904

HOTEL-DIEU

Médecine

M. Dieulafoy. — Chef de clin. : M. Griffon. — Adjoint : M. Gouraud. — Int. : M Gaultier.

Ext. : MM. Worth, Foix, Langlois, Sezary, Mlle Gruspan, Dubosc.

M. Muzelier. — Int.: M. Amblard.

Ext. : MM. Vinceneux, Léger, Tanzi, Michaud.

M. Brissaud.— Int.: MM. Rathery (lauréat), Bauer.

Ext. : MM. Descomps, Vernes, Tagrine, A. Bruel.

M. Faisans.— Int.: M. Broc.

Ext. : MM. Vannier, Manoussi, Bourlier, Auguste.

M. Ballet.— Int.: MM. Dreyfus-Rose.

Ext. : MM. Chambard, Gosselin, Keller, Calvet, Camacho.

M. Petit.— Int.: M. Lafosse.

Ext. : MM. Caillaud, Caraven, Lagane, Ramus.

Chirurgie

M. Le Dentu.— Chef de clin.: M. Baudet. — Int. : MM. R. Français, Méry, Simon, Chochon-Latouche.

Ext. : MM. Gousset de Girac, Douay, Guilhaume, Monloup, Mignard, Ghys, G. Berger, Dedet.

M. Championnière — Int. : MM. Villandre, Filhoulaud.

Ext.: MM. Zaepffel, Cottenot, Deslions, Delmasure, Th. Faire.

Ophtalmologie

M. De Lapersonne. — Chef de clin. : M. Scrini.— Adj. : M. Poulard. — Int.: MM. Cerise, Renaudin, Mangeais.

Ext. : MM. Coulomb, Delogé, Emmanuel, Landolt, Fleig, Canque, Rokeach.

Consultations

Médecine. — Dr Enriquez. — Suppl. : Dr Bigard.— Int. prov.: M Chauvois.

Ext. : MM. Brissaud, Rigoulet, Fabrignon.

Chirurgie. — Dr Marion. — Suppl. : Dr Dartigues.

Ext.: MM. R. Foy, Daviau, Lesage.

HOTEL-DIEU (annexe)

Médecine

M. Lamy.— Int. prov.: M. Dubois.

Ext. : MM. Blanche, Marre, Boulonneix, Boissière.

M. Dupré.— Int. prov.: M. Grandchamp.

Ext. : Mlle Landry, MM. Leconte, Saissi, Streelin.

Accouchements

M. Champetier de Ribes. — Acc. ass. : M. Bouffe. — Int.: M. Lacasse.

Ext.: MM. Chouquet, Bazin, Schæfer.

PITIÉ

Médecine

M. Babinski. — Int. : MM. Villaret (1er semestre), Trémolière (2e sem.).

Ext.: MM. Clunet, Offret, Flurin, Mlle Toufesco, Séjournet.

M. Darier.— Int.: M. Gaillard.

Ext.: MM. Perrier, Pironneau, Dauge, Roudinesco, H. Schæffer, Mlle Debat-Ponsan.

M. Dalché. — Int.: M. Beaujard.

Ext.: MM. Ménard, Boquet, A. Chevallier, Berniolle, G. Roux.

M. Lion.— Int.: M. Israël de Joug.

Ext. : MM. Crépin, Porée, Ch. Moreau, Delozière, Deroide.

M Rénon.— Int.: M. Verliac.

Ext. : MM. Pasturaud, Bruslé, Bénon, Guggenheim, Stepowski, Bigot.

M. Claisse.— Int.: M. Aubortin.

Ext : MM. Laplaie, Le Mée, Abrani, Delapchier.

Chirurgie

M. Terrier. — Chef de clin. : M. Dujarier. Int.: MM Lecène (lauréat), Lardenois, Bréchot Mathieu.

Ext. : MM. Née, Delval, Malterre, Francey, Fortin, Georges, Chevillotte, Caravias.

M. Walther. — Int.: MM. Klein, Morisetti, Jacquemin.

Ext. : MM. Chaudron, Friault, Pépin, Dodeuil, Pakowski, Blocq, Saiget.

Accouchements

M. Lepage. — Int.: M. Chirié.

Ext : MM. Poisson, Woimant.

Consultations

Médecine. — Dr Auclaire. — Suppl. : Dr Lévi.

Ext.: MM. Rabutot, Mesnager, Colombet.

Chirurgie. — Dr Cunéo. — Suppl. : Dr Simon.

Ext.: MM. Philbert, Froget, Mourlhon.

CHARITÉ

Médecine

M. Labadie-Lagrave. — Int.: M. Bertier.

Ext.: MM. Garcin, Lissonde, Deroye, Ségal, Chapelle.

M. Moutard-Martin.— Int.: M. Rendu.

Ext.: MM. Pellot, Fournière, Bichaud, Quinquaud.

M. Oulmont.— Int.: M. A. Baudouin.

Ext. : MM. Sabatier, Lasnier, Fenestre, Riberol.

M. Morel-Lalallée.— Int.: M. Baldenweck.

Ext. : MM. Duranton, Finot, Clappier, Jacques.

Service temporaire

Int.: M. Legras.

M. Touffet.— Int. : M. Lebret.

Ext.: MM. Jacob, Lorne, P. Alexandre, Armanet.

M. Roger.— Int.: M. Hébert.

Ext. : MM. Cremer, E. Haas, Albert, Lecaplain.

Chirurgie

M. Tillaux. — Chef de clin. : M. Marcille. — Int.: MM. Poisot, Barbier, Labarrière.

Ext. : MM. Ségala, Saison, Gras, Allard, J. Vidal, Chopin, Odoul.

M. Campenon. — Int. : MM. Vielliard, Picquet.

Ext. : MM. Pignerol, Martineau, Dupic, Bénard.

Accouchements

M. Maygrier. — Int : Mlle Maugeret.

Ext. : MM. Lemeland, Guillaumin, Janvier, Vaury.

Consultations

Médecine. — Dr Josué. — Suppl. : Dr Fauquez.

Ext : MM. Lerat, Brac.

Chirurgie. — Dr Launay. — Suppl. : Dr Minet.

Ext.: MM. Wanchendorff, Louvrier.

SAINT-ANTOINE

Médecine

M. Hayem. — Chef de clin. : M. Bensaude. — Adj. : M. Ghika. — Int. : MM. Pater, Rivet.

Ext. : MM. Jais, Boulakné, J. Levy, Ciucіu, de la Lande de Vallière.

M. Siredey. — Int. : Mlle Francillon.

Ext.: MM. Sourdel, Hybord, Boulland, Grapin.

M. Lermoyez. — Ass.: Dr Bourgeois. — Int.: M. Hautant.

Ext.: MM. Chambay, Delamarre, J. Labouré, Leroux, Noel.

M. Béclère. — Int.: M. Bornait-Leguenle.

Ext.: MM. Guenot, P. Levy, Mlle Couronne, Monnot, Meygret.

M. Thoinot. — Int.: M. Brelet.

Ext.: MM. Hamel, Aymard, Heuzey, Paul.

M. Vaquez — Int.: M. Digne.

Ext. : MM. Delmas, Barbier, Izard, Grauz, Houdard.

M. Jacquet. — Int. : M. Ferrand.

Ext. : MM. Brisset, C. Monnier, Maigret, Bayard.

M. Le Noir. — Int.: M. Ambard.

Ext. : MM. Hirtz, L. Lemière, R. Lemière, Coudert, Dupuy.

M. Mosny. — Int. : M. Malloizel.

Ext. : MM. Jullien, Blain, Triquenaux, Alliot.

Chirurgie

M. Monod. — Assist.: Dr Arrou. — Int.: MM. Autefage, Deshaye, Rousseau.

Ext.: MM. Monsaingeon, Flandin, Casteran, Bilhaut, Boyé, Dumas.

M. Blum. — Int. : MM. Béal, Tassin, Coutelas.

Ext.: MM. Bijon, Guénot, Poyo, Leremboure, Guillon, Brissot.

Accouchements

M. Bar. — Assist.: Dr Brindeau. — Int.: M. Lequeux.

Clinique dentaire

M. Gaillard. — Chef clin. dent.: M. Pitsch.

Consultations

Médecine. — Dr Macaigne. — Suppl. : D. R. Labbé. — Int. prov.: M. Bory.

Ext : MM. Chauveau, Trannoy.

Chirurgie. — Dr Thiéry. — Suppl. : Dr Fredet.

Ext.: MM. Ravry, Noé, Kahn, Bergeaud.

NECKER

Médecine

M. Huchard. — Int. : M. Mougeot

Ext. : MM. Grasset, Mlle Vaerstein, Barré, Levêque.

M. Cuffer. — Int. : M. Sébileau.

Ext. : MM. C. Petit, Croste, Chardin, Massicot.

M. Barth. — Int. : M. Taguet.

Ext. : MM. Paul Boncour, Habert, Vaillant, Aumont, Carrière.

M. Hirtz. — Int. : M. Lemaire.

Ext. : MM. Maurat, Rousselot, R. Henry, A. Vallet.

Chirurgie

M. Berger. — Chef de clin. : M. Mouchet. — Int. : MM. Mercadé, de Lacombe, P. Dreyfus.

Ext. : MM. de Bosker Duhamel, de Vaugiraud, C. Robert, Aine, Buxareo, Plée, Brisset.

M. Guyon. — Chef de clin. : M. Pasteau. — Adj. : M. Cathelin. — Int. : MM. Pillet, Trouvé, Pappa.

Ext. : MM. Rouyé, Rhibault, Le Mière, Thiel, Picot, Eveno, Sigwalt, Bory.

M. Routier. — Int : MM. Camus, Ertzbischoff.

Ext. : MM. Jacoulet, Castéran, Bourretère, Mary, Pageot.

Consultations

Médecine. — Dr Teissier. — Suppl. : Dr Monod.

Ext. : MM. Geffroy, L. Monnier, Cornélius.

Chirurgie. — Dr Gosset, — Suppl.: Dr Bernard.

Ext. : MM. François, Martignon.

COCHIN

Médecine

M. Chauffard. — Int. : M. Laederick.

Ext. : MM. Lomon, Du Castel, Potelet, Troisier, Buizard, Duvoir.

M. Widal. — Int. : MM. Rostanie, Darré.

Ext. : MM. R. Bénard, Magnin, Hernette, Pinard, Cesbron, Joltrain, Wulfing, Lepel-Cointet.

Chirurgie

M. Schwartz. — Int. : MM. Rollin, Ferry.

Ext. : MM. Thévenin, de Bon, Savouré, Regnard, Basset, Collignon.

M. Quénu. — Int. : MM. Chevassu, Rottenstein, Le Sourd.

Ext : MM. Halphen, Sevestre, Corret, Barbet, Silbert, Marcorelles, Brémond.

Service temporaire

Int. prov. : M. Cotard.

Ext. : Mlle Déchaux, M. Garipuy.

M. Richelot. — Int. : MM. Ricou, Kuss.

Ext. : MM. Bonneau-Lavarenne, Béclère, Barthélemy, Fenouil.

Consultations

Médecine. — Dr Claude. — Suppl. : Dr Bize. — Int. prov. : M. Harvier.

Ext. : MM. Boudin, J. Roux.

Chirurgie. — Dr Rieffel. — Suppl. : Dr Veau.

Ext. : MM. Lemuet, Benoist, Labourré, Gallais.

COCHIN (annexe)

Médecine

M. Renault. — Int. : M. Ch. David.

Ext. : MM. P. Chevalier, Cerise, Seigneuret, Gaudelet.

M. Queyrat. — Int. : M. Demanche.

Ext. : MM. Morancé, Collandre, Faux, Serre.

M. Humbert. — Int : M. Berthaux.

Ext. : MM. Evrard, Masfrand, Bourilhet, Zaeppfel.

BEAUJON

Médecine

M. Debove. — Chef de clin. : M. Sainton. — Adj.: M. Ferrand. — Int.: M. Regnard.

Ext.: MM. Collin, Fontorbe, Chenet, Touraine, Marsan, A. Blain.

M. Troisier. — Int.: M. Claude.

Ext. : MM. Chamard, Brion, Pietkiewicz, Loze.

M. Lacombe. — Int. : M. Fiessinger.

Ext. : MM. L. Nicolas, Deséglise, Fagart, Soubies.

M. Robin. — Int.: M. Viteman.

Ext. : MM. Masson, Chanoine, Davranche, Chauveau, Rabinovici.

Chirurgie

M. Bazy. — Int.: MM. Alquier, Foisy.

Ext.: MM. Dupont, Durand, Rousselot, Delbarre, Corpechot, Eliot, Roblès.

Chirurgie (chronique)

Int. prov. : M. Privat.

Ext.: M. Breteau.

M. Michaux. — Int.: MM. Rigollot, Perreaux.

Ext. : MM. Bonniot du Ruisselet, Allée, Lucas-Championnière, A. Mathieu, Legroux.

M. Tuffier. — Int.: MM. Daniel, Bloch.

Ext.: MM. Perméau, Viel, Elmerich, Rucker, de Nayville

Accouchements

M. Ribemont-Dessaignes. — Chef de clin. : M. Grosse. — Adj.: M. Herrenschmidt.

Consultations

Médecine. — Dr Brulh. — Suppl. : Dr Got. — Int. prov. : M. Planson.

Ext. : MM. Petit, E. Pastour, R. Henry.

Chirurgie. — Dr Robineau. — Suppl. : Dr Estrabant.

Ext.: MM. Homolle, G. Boutin, Pelletier.

LARIBOISIÈRE

Médecine

M. Landrieux. — Int.: M. Blondin.

Ext. : MM. Pelardy, Vigneras, Noucher, Charrier, Lagrive, Davesne.

M. Tapret. — Int. : M. Jay.

Ext.: MM. Plivard, Tastevin, Lemerle, Levy-Franckel, L. Bruel, Avenier.

M. Brault. — Int. : M. Deherain.

Ext. : MM. Lyon, Caïn, Eck, Bazy, Ollivier-Beauregard, Ameuille, Ymonet.

M. Galliard. — Int.: M. Lebar.

Ext. : MM. Rabourdin, A. Monier, J. Lemaire, Blanc, Ehrenpreis.

M. Le Gendre. — Int. : M. Philibert.

Ext. : MM. Chénier, Boucaut, Chibret, Ed. Israël, Jousset, Fayolle, Bricout.

Chirurgie

M. Peyrot. — Assist.: Dr Souligoux. — Int.: MM. L. David, Sourdille.

Ext. : MM. Girard, Duru, Schreiber, Cibrié, Madre, Versepuech.

Chirurgie (chroniques).

Int. prov.: M. Rœderer.

Ext. : MM. Solomon, Gilbert.

M. Reynier. — Int. : MM. Lutaud, Clément, Duclaux.

Ext. : MM. Haller, Cartier, Nepper, Ferté, Biétrix, Levy Bruhl, Ducros.

M. Poirier. — Int. : MM. Okinczyc, Guillaume-Louis, Capette.

Ext. : MM. Jean, Combier, Willette, Mlle Bouteil, Loubry, Dufour.

M. Hartmann. — Assis.: Dr Lebreton. — Int.: MM. Lecène (lauréat, 2e sem.), da Silva, Lavenant.

Ext.: MM. Taubmann, Gérard Abel, Bécus, Lemercier, Jousset, Duvergié, Boyer, Meyer Heine.

Accouchements

M. Bonnaire. — Int. : M. Devraigne.

Ext.: MM. Jumon, Jullien, Bené, Bourgeois.

Rhino-laryngologie

M. Sébileau. — Assist. : Dr Caboche. — Int.: M. Wicart.

Ext. : MM. Sloog, Féret, Dhéry, Caraguel, Richon, Lafarcinade.

M. Morax. — Assist. : Dr Chaillous. — Int.: MM Cantonnet (2e sem.), Desmoulins (1er sem.), Blanluet.

Ext. : MM. Labande, Duchesne, Augé.

Consultations

Médecine. — Dr Gouget. — Suppl. : Dr P. Tissier. — Int. prov. : M. Lebras.

Ext. : MM. Levy-Valensi, Plazanet, J. Gautier, Etcheverry.

Chirurgie. — Dr Savariaud. — Suppl. : Dr de Font-Réaux.

Ext. : MM. Monory, Fichot, Bazalgette.

TENON

Médecine

M. Achard. — Int. : M. Ramond.

Ext. : MM. Josserand, Giret, Journée, Faugeron, Morant.

M. Ménétrier. — Int. : M. L. Bloch.

Ext. : MM. Duprat, Cleret Maurice, Courdouan, Lassance.

Service temporaire

Ext. : MM. Poirrier, Baudoin.

M. Launois. — Int. : MM. Trémolières, Villaret.

Ext. : MM. Halma-Grand, Pelissier, Guyot, Vautier.

M. Klippel. — Int. : M. Renaud.

Ext. : MM. Veramy, Duchêne, Kuenemann, Mallet.

M. Florand. — Int. : M. Le Gambier.

Ext. : MM. Rolet, Ulry, d'Halluin, Laux.

M. Jeanselme. — Int. : M. Tixier.

Ext. : MM. Burgaud, Lemarquand, Milliot, Faukmekdjian.

M. Caussade. — Int. : M. Brésard.

Ext : MM. Stern, Diverrès, Martingay, Berthoumeau, Nicaud.

M. Parmentier. — Int. — M. Bouchez

Ext. : MM. Rabasse, Texier, Fortier, Bleirad, Lenormand.

Chirurgie

M. Rochard. — Int. : MM. Nandrot, Denis, Baudoin.

Ext. : MM. Delarras, Séguinot, Trolard, Binet du Jassonneix, Roblin, Vanel.

M. Lejars. — Int. : MM. Guénot, Desmarest, Magitot.

Ext. : MM. Dureau, Loubier, Courcelle, Léger, Hocquet, Pejos.

M. Beurnier. — Int. : MM. Huchet, Rabinovitch. — Int. prov. : M. Garban.

Ext. : MM. Renoit, Florenville, Alexandresco, Dournel.

Accouchements

M. Boissard. — Int. : M. Le Jemtel.

Ext. : MM. G. Boutin, Corlieu, Chabuet.

Consultations

Médecine. — Dr Aport. — Suppl. : Dr Martin. — Int. prov. : M. Milbit.

Ext : MM. Mauroy, Bardivillier.

Chirurgie. — Dr Ombredanne. — Suppl. : M. Delmont-Bebet.

Ext : MM. George, Roncé, Luisi.

LAENNEC

Médecine

M. Landouzy. — Chef de clin. : M. Bernard. — Adjoint : M. Lortat-Jacob. — Int. : 1er semestre, M. Claret; 2e semestre, M. Vitry.

Ext. : MM. Goulden, Bénazet, Bezançon, Péré, Glénard.

M. Merklen. — Int. : M. Tessier.

Ext. : MM. Bienvenue, Fernet, Bureau, Cadenat.

M. Babié. — Int. : M. Brissy.

Ext. : MM. Fimbel, Poissonnier, A. Guichard, Rasis.

M. Bourcy. — Int. : M. Lenhardt.

Ext. : MM. Chéné, Hayes, Mlle Homery, Boudon.

Chirurgie

M. Reclus. — Int. : MM. Heitz, Maret, Descomps.

Ext. : MM. Chabrol, Debré, Mlle Giry, Lamouroux, Laffond, Debertrand.

1er service temporaire (médecine).

M. Aviragnet. — Int. prov. : M. Lian.

Ext. : MM. Lerat, Bossoreil, Cretaux.

2e service temporaire

M. J. Legry. — Int. prov. : M. Vigneron d'Heuqueville.

Ext. : MM. Braun, Gautier, Griveau.

Consultations

Médecine. — Dr Labbé. — Assist. : Dr Ribierre.

Ext : MM. Cavaroz, Astruc.

Chirurgie. — Dr Riche. — Assist. : Dr Gesland.

Ext. : MM. Levrat, Moreau.

BICHAT

Médecine

M. Talamon. — Int. : M. Heurteloup.

Ext. : MM. Mora, Duclos, Bouche, Izou.

M. Martin. — Int. : M. Deglos.

Ext. : MM. Archontakis, Triller, Caron, Desquiéris.

Chirurgie

M. Picqué. — Int. : MM. Morlet, Liné.

Ext. : MM. Fauconnier, Chapeyron, Clermonthe, Labrunie, Bourdenne, Dupré, Gaye.

Consultations

Médecine. — Dr Soupault. — Suppléant : Dr Merklen. — Int. prov. : M. Ménard.

Ext. : MM. Binet, Rigaux.

Chirurgie. — Dr Chevalier. — Suppl. : Dr Cadol.

Ext. : MM. Hennon, Dupont.

ANDRAL

Médecine

M. Mathieu. — Int. : MM. Moutier, Dobrovitch.

Ext. : MM. Prevel, Vallet, Duménil, Lacheny, Ferran, Faix.

Consultations

Médecine. — MM. Laffitte. — Assist. : Dr Delamare.

Ext : MM. Garrie, Fourcade.

BROUSSAIS

Médecine

M. Gilbert. — Int. Chiray.

Ext. : MM. Chaudesris, Brunel de Serbonnes, Paturier, Railliet, Monteil.

M. Œttinger. — Int. : Agasse-Lafont.

Ext. : MM. Beuzart, Bailly, Metzger, Fouquiau, Cheurlot.

Chirurgie

M. Potherat. — Int. : MM. Gruget, Bellaudet.

Ext. : MM. Godard, Duché, Verdier, Deverre, Berger, Levant.

Consultations

Médecine. — Dr Carnot. — Suppl. : Dr Garnier.

Ext. : MM. Denoux, Petel.

Chirurgie. — Dr Auvray. — Suppl. : Dr Fossard.

Ext. : MM. Jouanne, Francina.

BOUCICAUT

Médecine

M. Letulle. — Int. : M. Halbron.

Ext. : MM. Labrevoit, Bourgarel, Mlle Hessen, Pichard, Coquerel, Le Serre de Kervilly, Presbéanu, Ancibure.

Chirurgie

M. Chaput. — Int. : MM. Eschbach, Kauffmann.

Ext. : Mlle Devoyno, MM. Fiault, Monet, Pénard, Regnard, Dalmon.

Accouchements

M. Doléris. — Int. : M. Chartier.

Ext. : MM. Martin, Gouin, Patry.

Consultations

Médecine. — Dr Bezançon. — Suppl. : Dr Poulain. — Int. prov. : M. Gy.

Ext. : MM. Lafontaine, Dreyfus.

Chirurgie. — Dr Michon. — Suppl. : Dr Labey.

Ext. : MM. Fournier, Sotiropoulos, Rembert, Lew.

BROCA

Médecine

M. Brocq. — Int. : M. Boisseau.

Ext. : MM. Hédouin, Blais, Mlle Gueskine, Longin, Reinburg, Fortineau, Baize, Cauchois.

M. Thibierge. — Int. : M. Ribot.

Ext. : MM. Broca, A. Weill, V. David, H. Minot, Molinar, Delpech, Ronnaux.

Chirurgie

M. Pozzi. — Chef de clin. : M. Jayle — Adj. : M. Beaussenat. — Int. : MM. Oppert, Papin, Roubier.

Ext. : MM. Huleux, Simonot, Roullier, Croissant, Jorenne, Labourette.

SAINT-LOUIS

Médecine

M. Gaucher. — Chef de clin. : M. Milian. — Adjoint : M. Paris. — Int. : MM. Loust, Touchard.

Ext. : MM. Charpentier, Cloquet, Bourée, Trapenard, P. Olivier.

M. Hallopeau. — Int. : MM. Noréro, Teissoire.

Ext. : MM. Vivien, Serin, Aitoff, Delaigue, Gargaud.

M. Du Castel. — Int. : MM. Bourguignon, Thaon, Levy 2e sem.

Ext. : MM. Dupuy, Maumenée, Hudelot, Demarquest, Quentin.

M. Danlos. — Int. : M. Esmein.

Ext. : MM. Belgodère, Bajan, Blechmann, Copreaux, Ali-Khan.

M. Balzer. — Int. : M. François Dainville.

Ext. : MM. Legourd, Colibert, Soullard, Salmon, Eugène.

M. de Beurmann. — Int. : M. Tanon.

Ext. : MM. Alexandre, G. Petit, Couton, Dinnematin.

Service temporaire

M. Hudelo. — Int. prov. : M. Brulé.

Ext. : MM. Besnier, Thibonneau, Leroy, Lamarre, Quinqueton.

Chirurgie

M. Nélaton. — Int. : MM. Bailleul, Pathault, Caldaguès.

Ext. : MM. Rafinesque, Faroy, Zislin, Le Blaye, G. Foy, Debonelle.

M. Ricard. — Int. : MM. Gernez, Petit, Gaudemet.

Ext. : MM. Cocurat, Rendu, Olivier, Vinçon, L'Hirondel, Juillard.

M. Guinard. — Int. : MM. Bouchot, Pécharmant, Diel.

Ext. : MM. Lavallée, Gillot, Mock, André, Marchal, Budan.

Accouchements

M. Auvard. — Int. : M. Calvé.

Ext. : MM. Risacher, Lebrun, Riché, Sécheret.

Consultations

Chirurgie. — Dr Guillemain. — Suppl. : Guibé.

Ext. : MM. Bouilly, Mougene de Saint-Avid, Roubaud.

DUBOIS

Médecine

M. Courtois-Suffit. — M. Int. : M. Beaufumé.

Ext.: MM. Merlot, Brin, P. Ménard, Giraud, Boulard.

Bouilloche. — Int.: M. Sénéchal.

Ext.: MM. Crémieu, Toutain, Monier.

Chirurgie

M. Delbet. — Int.: MM. Fouquet, Cauchoix.

Ext.: MM. Galup, Détré, Bax, Bouchesèche, Nadal, Ranlot.

M. Albarran. — Int.: MM. Cottard, Picot, Landovski.

Ext.: MM. Hovelacque, Clarac, M. Guillaume, Nespoulos, Roulland, Juin, Renault, Prélat.

ENFANTS-MALADES

Médecine

M. Grancher. — Chef de clin.: M. Guillemot. — Adj.: M. Terrien. — Int.: M. Génévrier.

Ext.: MM. F. Haas, Duchet-Suchaux, F. Cleret, Bodolec, Huré, Foucart.

M. Moizard. — Int.: M. Gaudeau.

Ext.: MM. Macé de Lépinay, Rousseau, Langwelt, P. Roy, Galippe.

M. Comby. — Int.: M. Delaunay.

Ext.: MM. Lamoureux, Prieur, Piettre, Dyvrande.

M. Variot. — Int.: M. Duval.

Ext.: MM. Laurence, Couasnon, Chaumet, Thiébault, Lagleize.

M. Richardière. — Int.: M. Maillard.

Ext.: MM. Beauduin, Mauxion, Dubus, Masson.

M. Marfan. — Int.: M. Le Play.

Ext.: MM. Mallein, Pouliqueu, Maillet, Meusnier.

Chirurgie

M. Kirmisson. — Chef de clin.: M. Grisel. Int.: MM. Poupardin, Tillaye, Mocquot.

Ext.: MM. Cormon, Cruet, Salin, Thomas, J. Dupuy, Peyrache, Vigne.

M. Broca. — Int.: MM. Jardry, Herbinet, Sourdat.

Ext.: MM. Boudet, Davenière, Fourrière, R. Durand, Le Savoureux, Pestel, Gaillard, Fouchet.

BICÊTRE

Médecine

M. Marie. — Int.: M. Faure Beaulieu. — Int. prov.: M. Fage.

Chirurgie

M. Legueu. — Int.: MM. Morel, Jeannel. — Int. prov.: M. Hubert.

Aliénés

M. Bourneville. — Int.: MM. Burgaud, L. Durand. — Int. prov.: M. Dubois.

M. Féré. — Int.: M. Carlotti. — Int. prov.: M. Perrin.

M. Séglas. — Int.: M. Barbé. — Int. prov.: M. Burcker.

M. Chaslin. — Int.: M. Matey. — Int. prov.: M. Moulu.

IVRY

Médecine

M. Gombault. — Int.: M. de Martée. — Int. prov.: M. Vincent.

Ext.: M. Yuzbachian.

Chirurgie

M. Demoulin. — Int.: M. Guimbellot. — Int. prov.: M. Lemoine.

Ext.: M. Legendre.

MATERNITÉ

Médecine

M. Chabris. — Int.: M. Vitry.

Ext.: M. Fabre.

Accouchements

M. Porak. — Acc. adj.: M. Potocki. — Ass.: M. Macé. — Int.: Mlle Mouroux, M. Moncany.

TROUSSEAU

Médecine

M. Guinon. — Int.: M. Bosc.

Ext.: MM. H. Ledué, Graziani, Faugère, Léon, Rayet.

M. Netter. — Int.: M. P. Bloch.

Ext.: MM. Elicagaray, Vermorel, M. Cousin, Houlmann, Houzel.

Service de la diphtérie

Int. prov.: M. Durand.

Ext.: M. Gendron.

Chirurgie

M. Faure. — Int.: M. Dezarnaulds, Molimard, Deniker.

Ext.: MM. Mayrion, Bouchaud, Lalanne, Bertrandon, Bonde, Hechemann, Roche.

Consultations

Médecine. — Dr Renault. — Assist.: Dr Decloux. — Int. prov.: M. Herisson.

Ext.: MM. Gazaquaire, Lamy, Nêl.

ENFANTS ASSISTÉS

Médecine

M. Hutinel. — Int.: MM. Brailon, Paisseau.

Ext.: MM. Stévenin, Lemariquier, Legrain, Duval, Pottet.

Chirurgie

M. Jalaguier. — Int. MM. Martin, Algret.

Ext.: MM. Trocmé, Mascarenhas, François, Brenac, Mousnier, Duverger, Boulay.

HEROLD

Médecine

M. Barbier. — Int.: M. H. Français.

Ext.: MM. Last, Zaccharopoulos, Poissenot, Abrand, Arifeff, Lemarchal.

M. Lesage. — Int.: M. Flourens.

Ext.: MM. Bonnis, Girault, Loyer, Watel, Cordier, Lemanissier.

Chirurgie

M. N... — Int.: MM. de Fourmestreaux, Francoz, E. Cottard.

Ext.: MM. Reboul, Guiloire, Prunier, Quertant, Testard, Simonin, Huguet.

BRETONNEAU

Médecine

M. Sevestre. Int.: M. Saillant.

Ext.: MM. H. Cottard, Jacquet, Sénéchal, Ohringer, Chazdon, Mme Boll.

M. Josias. — Int.: M. Delille.

Ext.: MM. Lachèze, Ranjard, Mollet, Ouvry, F. Martin, Roussel.

Chirurgie

M. Félizet. — Int.: MM. Favreul, Caron, Daversin.

Ext.: MM. Bedrunes, Delhergne, Sanson, Darnaudpeys, Vojlanski, Lenoble, Baliu.

SALPÊTRIÈRE

Médecine

M. Raymond. — Chef de clin.: M. Guillain. — Adj.: M. Constensoux. — Int.: MM. Lhermitte, Thaon (1er sem.), Bourguignon (2e sem.), Cantonnet (1er sem.), Claude (2e sem.).

Ext.: MM. Tixier, Luneau, Rolitier, Baron, Rochu.

M. Dejerine. — Int.: MM. Roussy, Gauckler.

Ext.: MM. Tinel, Spiess, Roussellier, Jumentié, Marquet.

Chirurgie

M. Segond. — Int.: MM. R. Lemaître, J. Lemaître.

Ext.: MM. Denucé, Pascalis, Desvermine, Champ.

Aliénés

M. Voisin. — Int.: M. Krantz.

Ext.: M. Lelong.

M. Carpentier. — Int.: M. J. Lemaire.

Ext.: M. Nepveu.

M. Deny. — Int.: P. Camus.

Ext.: M. Portocalis.

Consultations

Chirurgie. — Dr Villemin. — Suppl.: Dr Fresson.

Ext.: Lafarge.

TARNIER (Clinique)

M. Budin. — Chef de clin.: M. Bouchacourt. — Adj.: M. Jeannin.

Ext.: MM. Hue, Guérin, L. Robert, Bing, Dlle Auchère.

BAUDELOCQUE

M. Pinard. — Chef de clin.: M. Delestre. — Adj.: M. Sauvage.

Ext.: MM. Guilly, Wapler, Singer, Wickersheimer, Lamorlette.

MÉNAGES

Médecine

M. Wurtz. — Int.: M. Ameuille. — Int. prov.: M. Gomand.

Ext.: M. Castex.

AUBERVILLIERS

M. Méry. — Int.: MM. Germain (1er sem.), Déchenau (2e sem.).

Ext.: MM. Handelsmann, Longuet, Cordier, Dubois, Jultich, Petiteau, Garnier de Falletam, Labonnette.

DEBROUSSE

M. Triboulet. — Int.: M. Gougerot.

BASTION 27

M. Dufour. — Int.: M. Giroux.

Ext.: MM. Chazal, Delacour.

BASTION 29

M. Chantemesse. — Int.: M. Boidin.

Ext.: MM. Taubé, Roy, Chaulet.

SAINTE-PÉRINE

M. Thiroloix. — Int. prov.: M. Chazarain.

CHARDON-LAGACHE

M. Thiroloix. — Int.: M. Vouters (jusqu'au 1er juillet).

LA ROCHEFOUCAULD

Médecine

M. Soupues. — Int.: M. Nathan.

Ext.: M. Pérou.

BERCK

M. Ménard. — Int.: MM. Siegel, Clayes, François.

SANATORIUM D'ANGICOURT

M. Kuss.

BRÉVANNES

M. Marie.

HENDAYE

M. Camin.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. Broca

Tuberculose osseuse multiple et infiltrante des nourrissons

La tuberculose chirurgicale des nourrissons affecte parfois dans ses localisations, dans sa marche, dans son aspect clinique, certaines particularités qui, sans doute, ne sont pas absolument spéciales aux enfants de cet âge, mais sont pourtant assez caractéristiques par leur fréquence et surtout par leur association.

De là résultent, pour les observateurs non avertis, quelques difficultés de diagnostic, dont je peux vous entretenir à propos d'un enfant opéré ce matin même devant vous.

J'ignore complètement pourquoi l'âge du sujet, pendant la première enfance, possède cette influence, mais les faits cliniques sont assez nets pour vous être exposés, et chez notre petit malade ils sont d'une clarté parfaite.

I

Ce garçon de dix-huit mois nous est présenté avec un aspect de la face qui, du premier coup, attire l'attention.

Des deux côtés, un peu plus à droite qu'à gauche, mais presque symétriquement, la moitié externe de la paupière inférieure est soulevée par une tuméfaction violette, grosse comme une forte noisette. Tout autour, la région est gonflée, œdématiée, et ces modifications, avec coloration violacée progressivement dégradée, portent surtout sur la commissure des paupières et la moitié externe des paupières supérieures.

La bouffissure est telle que les yeux sont constamment clos. Toute la partie supérieure de la face est œdémateuse et pâle. Mais ce gonflement des paupières, facile, d'ailleurs, à écarter, ne répond à rien de pathologique du côté des conjonctives et des globes oculaires.

A la face, l'inspection nous révèle encore l'existence, à la région parotidienne gauche, d'une ulcération cutanée, large comme une lentille, recouverte de quelques squames impétigineuses, entourée d'une zone violette large comme une pièce de cinquante centimes.

En palpant cette région, on apprend que cette infiltration occupe la peau, mais qu'elle tient par son centre dans la profondeur. Et si de là on remonte vers les régions palpébro-temporo-malaires, on a une sensation de tuméfaction diffuse et élastique, sans œdème proprement dit, gardant l'empreinte du doigt; sur les deux bosselures violettes, la fluctuation est évidente, avec amincissement déjà avancé de la peau.

Des lésions semblables existent en d'autres régions.

Le bord cubital de la main droite est presque quadruplé d'épaisseur par une saillie hémisphérique d'un rouge assez animé, occupant la face dorsale au niveau des quatrième et cinquième métacarpiens. Tout autour l'œdème est notable au dos de la main, qui dans son ensemble a pris une forme globuleuse. La région rouge est très largement fluctuante; on sent autour d'elle une infiltration élastique, diffuse.

Même état, avec tumeur beaucoup moins grosse, sur le dos du pied gauche, au niveau de la moitié postérieure du troisième métatarsien : la bosselure rouge et fluctuante n'est pas ici plus volumineuse qu'une noisette.

Enfin, l'extrémité inférieure du péroné droit est, elle aussi, malade, mais ici rien n'est fluctuant, rien même n'est ramolli : la malléole et le tiers inférieur de la diaphyse sont noyés dans un gonflement diffus, élastique, sans changement de couleur à la peau, qui efface tous les méplats, qui cache toutes les saillies. Ce gonflement fait corps avec l'os, au moins triplé de volume.

Il n'y a pas, et il ne paraît pas y avoir jamais eu de fièvre.

II

Ceux de vous qui ont commencé, du premier coup d'œil, par voir le dos de la main droite et du pied gauche, ont sauté sans discussion sur le diagnostic : abcès par tuberculose d'un métatarsien et d'un métacarpien. En ces régions, en effet, l'aspect est identique à celui que nous observons quotidiennement, pour cette localisation qui, sans que nous sachions pourquoi, est fréquente chez les enfants jeunes : la grosseur relativement considérable de l'abcès, la rougeur assez vive de la peau, amincie sur une large surface sont des caractères ici habituels.

L'étendue de la poche suppurée et de l'infiltration qui l'entoure est seulement gênante si nous voulons préciser par la palpation et la pression localisée quel est le siège exact du mal sur tel ou tel os de la main ou du pied. La douleur à la pression, toutefois, nous permet, à la main, d'incriminer plutôt la moitié supérieure du quatrième métacarpien; au pied, le troisième métatarsien est sûrement en cause.

Ce diagnostic une fois fermement établi, l'interprétation des autres lésions est claire : nous devons, de même, les rapporter à la tuberculose. D'abord, en principe, parce que la superposition de deux maladies différentes est toujours peu probable; ensuite parce que, dans le cas particulier, tous ces foyers sont à peu près contemporains et ont évolué en deux mois environ, de façon identique, sous l'influence d'une cause évidemment unique.

Cependant je dois reconnaître que, pour un observateur non averti, l'aspect de la face peut prêter à l'erreur. Sans doute, aujourd'hui, l'amincissement de la peau est tel, au pôle de la saillie palpébrale droite, qu'au centre de la tuméfaction violette transparaît une couleur blanche, indicatrice de pus sous-jacent. Mais, à gauche, la bosselure symétrique n'en est pas encore là; elle est molle plutôt que certainement fluctuante, et quelques tumeurs sarcomateuses ont parfois cette consistance. Aussi ne serez-vous pas trop surpris si je vous dis qu'hier encore un médecin d'enfants, des plus distingués, se croyait en présence d'un sarcome de la face : et comme le cas lui paraissait d'un aspect clinique assez curieux, il avait pris, par surcroît, l'avis d'un chirurgien, lequel, d'ailleurs, ne s'occupe que par accident de pédiatrie.

L'erreur, en ce moment, vous paraît grosse : j'estime qu'il y a dix jours, lorsque notre collègue vit l'enfant pour la dernière fois, elle était plus excusable, et vous en tomberez d'accord si vous revenez, un instant, à l'examen du péroné droit.

Est-ce dans les habitudes de la tuberculose osseuse, ce gonflement diffus, élastique, peu douloureux à la pression, faisant corps avec l'os cylindriquement entouré par lui sur son tiers inférieur? Syphilis ou ostéosarcome — ce dernier surtout — ont plus volontiers cet aspect dans les conditions habituelles, au moins, car chez les enfants du premier âge de semblables infiltrations tuberculeuses ne sont pas rares.

A diverses reprises j'en ai vu, soit au crâne, soit aux membres. Tout récemment est venu à notre consultation un garçon de quinze à dix-huit mois ainsi atteint symétriquement, au niveau des fosses temporales. Plusieurs fois, il y a quelques années, des lésions de ce genre sur les os longs des membres — je me souviens en particulier d'un humérus et d'un radius — m'ont fait songer à la syphilis ou à la tumeur, et j'ajouterai que, dans un cas, la radiographie a montré autour de l'os un manchon opaque, cylindrique, d'os

sous-périosté, dont vous savez la rareté relative au cours de la tuberculose osseuse.

Au début de ma pratique, ces cas m'ont d'abord dérouté : la plupart du temps un abcès froid, plus ou moins rapide, m'a éclairé, ou bien la venue d'une autre localisation. Aussi concevez-vous qu'on s'y trompe lorsqu'on n'en observe pas souvent. Or, il y a dix jours, sur l'observation qui m'a été communiquée, on note presque exclusivement — outre l'ulcération cutanée de la joue gauche — un gonflement temporo-zygomatique, à peu près symétrique, dur, ne gardant pas l'empreinte du doigt, avec bouffissure des paupières, sans bosselure fluctuante, avec une coloration presque partout normale de la peau, sauf un début tout récent de tache violacée à la paupière inférieure droite. L'état devait être, en somme, à peu près identique à ce qu'il est, en ce moment, au péroné droit.

Tout cela n'avait que deux mois de date, avait débuté par l'œil droit; bien vite après s'étaient pris l'œil gauche, puis le dos de la main droite et du pied gauche, et enfin il semblait que, depuis fort peu de temps, la malléole externe tendît à être atteinte. Or, comme à la fin de janvier un « abcès » avait été ouvert à la région parotidienne, à la suite duquel s'étaient formées l'ulcération et la plaque violacée qui l'entoure, on pouvait fort bien admettre qu'il s'agissait-là d'une sarcomatose cutanée, avec généralisation osseuse à marche rapide.

Hypothèse peu vraisemblable, je le concède, car, par opposition aux divers foyers secondaires, la lésion première serait bien anormalement bénigne, peu envahissante, peu indurée. Et tout cas vous trouvez, sans doute, qu'aujourd'hui tous les doutes sont levés; mais je dois vous dire que pendant dix jours l'enfant ne fut pas revu et que ce laps de temps fut suffisant pour des modifications locales caractéristiques. Et d'autre part, vous savez combien nous restons facilement influencés, en clinique, par nos constatations du premier jour. Quant à trouver absurde de croire sarcomateuses ces bosselures violettes, à marche si rapide, à évolution indolente, malgré leur fluctuation, vous auriez tort: j'ai soigné, il y a une quinzaine d'années, une vieille femme chez laquelle survinrent aux pieds, au niveau du tarse, d'énormes masses que, jusqu'à ponction blanche, je pris pour des abcès froids, et qui étaient des cancers osseux consécutifs à un petit carcinome latent de l'utérus.

Mais nous tombons ainsi dans les raretés, auxquelles je vous conseille toujours de ne songer que s'il vous est impossible de faire autrement. Et si vous pensez que la marche si rapide de ces foyers multiples, suppurant en quelques jours, sont contraires aux habitudes de la tuberculose, retenez que chez le nourrisson cet argument devient caduc; je vous l'ai déjà fait voir pour la tuberculose testiculaire, je vous le répète pour la tuberculose osseuse.

A la vitesse près, toutefois, l'évolution n'est pas à vraie dire aiguë, en ce sens qu'il ne se fait sur place aucune réaction phlegmoneuse proprement dite, qu'il ne se fait pas plus de réaction fébrile générale que dans une tuberculose osseuse quelconque. En fait, notre enfant actuel est apyrétique et semble toujours l'avoir été, dans les limites, au moins, où une famille apprécie la fièvre sans le secours du thermomètre.

III

Multiplicité, infiltration périostique diffuse quasi néoplasique, abcès rapide et volumineux, tels sont les caractères principaux que vous avez besoin de connaître, dont notre malade vous offre un bel exemple. Il est encore intéressant en ce qu'il nous montre des localisations relativement fréquentes chez les enfants en bas âge, sur les os du rebord orbitaire, à la région temporo-malaire, sur les petits os longs de la main et du pied.

Les tout petits foyers superficiels, appelés « gommes scrofuleuses, » cutanées ou sous-cutanées, sont encore une des lésions les plus banales chez les nourrissons, et, par une prédilection d'ailleurs inexpliquée, elles occupent surtout les membres inférieurs. Vous connaissez ces petits grains durs, enchâssés dans le derme, qui s'élargissent peu à peu, envahissent la peau devenue violette, se ramollissent, se fistulisent et enfin ont coutume de guérir — même, plus souvent qu'on ne le croit, par résorption sans fistule — sans avoir dépassé le diamètre d'une pièce de 50 centimes; et vous savez quelle valeur diagnostique considérable possèdent ces lésions pour établir qu'un nourrisson est atteint de tuberculose.

Est-ce de cela qu'il s'agit, chez notre enfant, à la région parotidienne? Je ne le pense pas. La lésion cutanée, extérieurement visible, a tout à fait l'aspect de ces gommes scrofuleuses, mais son ulcération centrale repose sur un petit ganglion parotidien. Cette origine ganglionnaire, avec étalement sous-cutané en une sorte de bouton de manchette, à tête large et violette, est la règle à la face, même lorsque la lésion occupe le centre de la joue : elle repose alors sur un de ces tout petits ganglions géniens dont Poncet et ses élèves nous ont fait voir, depuis assez longtemps déjà, toute l'importance pathologique.

Quant à l'origine de cette tuberculose ganglionnaire parotidienne, elle nous reste inconnue. Peut-être est-elle dans la tuberculose orbitaire aujourd'hui évidente et qui, sans doute, est restée latente pendant assez longtemps, avant de se manifester ainsi par un gros abcès à marche rapide. L'adénopathie, connue depuis janvier, semble première en date, mais cela ne prouve rien.

Le pronostic local de toutes ces tuberculoses disséminées n'est pas beaucoup influencé par l'âge du sujet: la rapidité avec laquelle se forme l'abcès n'indique pas, en général, une tendance plus grande que de coutume à un envahissement étendu; après fistulisation, ici inévitable, l'infiltration diffuse que je vous ai décrite se résorbe d'ordinaire assez bien. Aux deux rebords orbitaires, même, c'est un des sièges où la tuberculose osseuse aboutit plus souvent qu'ailleurs à la formation d'un séquestre, ce qui est, après extraction, bien plus favorable à la cicatrisation que l'ostéite raréfiante. Comme petite conséquence spéciale de cette tuberculose du rebord orbitaire, gagnant plus ou moins vers le plancher de l'orbite, sachez qu'après guérison la cicatrice adhère à l'os et dévie en ectropion la paupière inférieure.

Mais j'estime que chez notre malade nous n'avons pas à nous occuper de cet inconvénient; les chances de survie sont bien minimes, car l'enfant est guetté par deux complications d'autant plus fréquentes qu'il est plus jeune, la broncho-pneumonie et la méningite.

Son hérédité n'est pas mauvaise, quoique son père, en ce moment bien portant, ait eu une pleurésie, mais lui-même — que son inoculation soit ou non d'origine paternelle — toussaille, a de la fièvre sans cause connue depuis une pneumonie dont il a souffert à l'âge de sept mois. Son tube digestif fonctionnait bien et fonctionne encore bien, ce qui est une planche possible de salut. Mais l'état général était médiocre lorsque débuta, il y a deux mois, l'éclosion des foyers osseux multiples, à marche rapide.

Maintenant, il souffre toujours un peu, est grognon; il ne paraît pas avoir

beaucoup maigri, mais il est d'une pâleur inquiétante; mon pronostic, au total, est donc mauvais.

Les abcès ont dû être incisés, et non traités par l'injection iodoformée, impossible sans fistulisation à peu près immédiate en raison de l'étendue sur laquelle la peau est rouge et amincie; et nous savons, en outre, qu'elle ne réussit pas dans les abcès à marche rapide. Mais je n'aborde que tout à fait accessoirement ces points de thérapeutique, d'étiologie, ayant eu pour but à peu près exclusif de vous mettre dans l'esprit quelques particularités cliniques, au premier abord un peu déconcertantes.

FAITS CLINIQUES

Un cas de contracture tétanique d'origine alcoolique suivi de guérison par la morphine

Par M. le Dr Delahaye

Médecin des hôpitaux de Toulon

Le nommé Belgrano Baptiste, trente-quatre ans, sujet italien, exerçant la profession de portefaix, est admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulon (service de médecine), le 17 octobre 1903, présentant les symptômes suivants :

Raideur douloureuse à la nuque, immobilité de la tête, mâchoires serrées par la constriction énergique des muscles élévateurs (trismus); la bouche peut à peine s'ouvrir. Les muscles du tronc, de la tête et des membres sont frappés de contracture et se trouvent dans l'*opisthotonos* : le corps du malade décrit un demi-arc de cercle à concavité postérieure.

A l'examen, pas de traces de plaies sur le corps, aucune trace de chute ni d'aucun traumatisme. Pas de température; pouls plutôt fréquent.

Urines involontaires.

Renseignements pris : le malade n'est pas rhumatisant, et n'a jamais été sérieusement malade jusqu'à ce jour. Il est alcoolique par habitude. Il s'était livré, paraît-il, depuis quarante-huit heures, à des excès de boissons extraordinaires à la suite de quelques journées de durs labeurs qui lui avaient rapporté un certain pécule. Il avait absorbé, m'a-t-on déclaré, une cinquantaine de petits verres d'eau-de-vie blanche, sans compter un certain nombre d'apéritifs et quelques litres de vin.

Il se coucha vers le matin et fut trouvé, huit heures après, dans l'état où il fut porté à l'hôpital, dans mon service.

Je prescris d'abord un lavement purgatif ordinaire (au sulfate de soude et follicules de séné) et une injection de sérum antitétanique (1/2 litre pendant quatre jours consécutifs). Alimentation lactée à l'aide de la sonde.

Les injections sont continuées ensuite tous les deux jours pendant huit jours. A ce moment les douleurs occipitales et rachidiennes étant très vives et le délire ne quittant pas le malade jour et nuit, on cessa les injections de sérum absolument inefficaces et je prescrivis l'administration du bromure de potassium et de l'hydrate de chloral à la dose quotidienne de 5 gr. de chaque, plus une injection de morphine le soir. Résultat peu satisfaisant. Au bout de deux jours de cette médication, je prescrivis seulement des injections hypodermiques de morphine (4 et 5 seringues de Pravaz par jour) d'une solution à 1/30.

Dès le 10 novembre, le sommeil revient, le délire cesse, les douleurs diminuent. On continue la morphine en diminuant progressivement la quantité.

On arrive ainsi, au bout de quelques jours, à n'administrer plus que deux injections par jour.

Pendant tout ce dernier traitement la contracture des membres disparaît graduellement; celle des mâchoires est celle qui a persisté le plus longuement. Enfin le malade, pouvant se servir de ses bras, absorbe une certaine nourriture, telle que des potages et des œufs, la déglutition se faisant parfaitement. Il se lève également quelques heures par jour en titubant.

Vers la fin de novembre on supprime complètement la morphine. Le malade peut alors parfaitement ouvrir la bouche. Il est soumis au régime ordinaire. Il mange, mastique et avale normalement. Il sort dans la cour et se trouve complètement guéri.

Après une série de grands bains, il demande son exeat, que j'autorise le 3 décembre.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Session annuelle (*Suite et fin*).

Mécanisme des paralysies radiales radiculaires

M. Thoyer-Rozat (Paris). — D'expériences cadavériques il résulte que la paralysie radiculaire n'est pas uniquement le résultat de tractions sur le bras, mais aussi de la compression au niveau du point d'Erb, c'est-à-dire qu'il existe près des paralysies de cause indirecte, des paralysies de causes directes.

M. Lefour fait remarquer que, dans toutes les expériences, la traction est intervenue : il faut donc en tenir compte.

M. Budin met en lumière la condition inverse de celle invoquée par M. Lefour : dans tous les cas cliniques, à la traction s'est ajoutée la pression.

Sur deux cas de méningite tuberculeuse au cours de la grossesse

MM. Demelin et Thoyer-Rozat. — Une observation provient de la clinique Tarnier; la césarienne fut faite pendant l'agonie. A l'autopsie, on reconnaît l'existence d'une méningite cérébro-spinale et des lésions tuberculeuses très avancées des poumons. L'autre observation vient de Lariboisière; à la ponction lombaire on reconnut une lymphocytose tout à fait caractéristique. Le diagnostic en est difficile, mais très important à établir d'une façon précoce, au point de vue du traitement; il faut, à ce point de vue, beaucoup compter sur la ponction lombaire. Dès le diagnostic fait, il faut interrompre la grossesse.

Trois cas de méningite cérébro spinale pendant la puerpéralité

M. Brindeau (Paris). — Un premier cas fut observé pendant la grossesse : il s'agissait d'une méningite cérébro-spinale à streptocoques. Le second cas est celui d'une femme morte le troisième jour des couches : méningite cérébro-spinale à streptocoques. La troisième observation a trait à une accouchée : la ponction lombaire amena du liquide contenant des diplocoques encapsulés. M. Brindeau croit qu'il y a tout intérêt à déterminer l'accouchement dès le diagnostic établi.

Vice de conformation de l'intestin chez un nouveau-né

M. Bouchacourt (Paris). — Il s'agit d'un cas d'imperforation rectale avec absence du colon descendant. L'incision périnéale ne découvrant rien, la laparotomie fut faite et l'anus établi. L'enfant succomba quatre jours après l'opération; à l'autopsie on constata que le colon ascendant faisait également défaut, le cœcum se trouvant directement sous le foie. L'auteur se demande si, pour éviter le traumatisme opératoire, il n'est pas plus simple de prendre l'anse qui vient le plus facilement au niveau de la plaie périnéale.

M. Brindeau estime que la laparotomie vaut toujours mieux : sans cela on risque de fixer à l'anus une anse d'intestin grêle.

M. Audebert (Toulouse) estime que le pronostic dépend essentiellement du moment où est fait l'opération : plus on opère tôt, meilleur sera le résultat. Aussi estime-t-il qu'il est bon de cathétériser systématiquement tout anus d'un nouveau-né qui, dès les premières heures n'a pas rendu de méconium.

M. Budin croit qu'on peut, sans hésiter, donner le chloroforme chez les nouveau-nés : ils le supportent si bien !

Sur un mode spécial d'intoxication saturnine au cours de la grossesse

M. Lefour (Bordeaux). — Il s'agit d'une intoxication par les papiers de tenture pour appartements. Une femme et son mari sont pris de coliques, vomissements et constipation dès qu'ils se trouvent dans leur appartement. Une analyse des papiers de tenture montre jusqu'à 1 gr. de plomb par mètre cube. La femme fit une fausse couche ; dans une seconde grossesse elle accouche d'un prématuré. Il se trouve donc, avec de pareils papiers, 500 à 600 gr. de plomb par chambre. Sur 11 papiers peints pris au hasard, 9 sont à base de plomb.

Cholécystite et puerpéralité

M. Bué (Lille). — Il s'agit d'un cas de cholécystite nerveuse pendant les suites de couches, apparue même assez tardivement. Les accidents furent sérieux : délire, frissons, haute température, ictère ; cependant, on n'appliqua que le traitement médical et la malade guérit complètement. Cette femme n'avait pas de lithiase biliaire ; cette cholécystite est probablement la conséquence de l'infection puerpérale.

M. Budin estime que malgré ce succès il faut intervenir: dans les vésicules il y a du pus ; c'est un abcès, il faut l'évacuer.

Du traitement de l'infection puerpérale par le collargol

M. Audebert (Toulouse). — Dans le premier cas il y eut une injection de 12 cc. dans les veines du bras; après une violente réaction il y eut sédation des symptômes et la femme guérit. Dans un second cas, la femme succomba malgré deux injections de collargol. Dans le troisième cas, où l'infection était particulièrement grave, la femme guérit à la suite d'une seule injection. Sans doute, ce médicament ne doit pas remplacer tous les autres traitements, mais il est logique d'en faire usage quand le reste de la thérapeutique est resté insuffisant. Ces injections sont, d'ailleurs, absolument inoffensives. Les frictions au collargol ne donnent, elles, aucune espèce de résultats.

M. Porak. — A la Maternité, le collargol fut employé dans 5 cas, avec 3 succès ; la dose n'a jamais dépassé 2 cc. Les deux insuccès se rapportent : l'un à une péritonite généralisée, l'autre à une tuberculose ayant une fièvre typhoïde.

Ulcère rond et grossesse

M. Leplay. — Il s'agit d'une femme qui mourut à la suite d'ingestion d'aliments solides. A l'autopsie on voit une ulcération longue de 12 centimètres, large de 4 centimètres.

A l'examen histologique, on voit qu'au niveau de l'ulcération il n'y a plus que la séreuse, avec altération des vaisseaux et des nerfs.

M. Budin remarque la rareté de cette affection au cours de la grossesse, il en a vu, lui-même, deux cas. Le diagnostic peut être difficile à faire, car on pense des vomissements de la grossesse. Dans un des cas la femme mourut de péritonite par perforation ; la seconde eut également de la péritonite, mais elle guérit.

Sur le diagnostic de la rupture du sinus circulaire

M. Maygrier. — En examinant systématiquement tous les arrières-faix, on en trouve plus souvent qu'on ne pourrait le croire. Le diagnostic en est très délicat. Pendant le travail, Mlle Hiesnard, ma sage-femme en chef, a noté un signe un peu particulier, qui s'est retrouvé dans six observations : l'hémorragie ne se produit qu'au moment de la contraction, et cesse immédiatement après. Il se fait lors de la contraction, une véritable régression du sang contenu dans le sinus circulaire. C'est même très exactement à la fin de la contraction que le sang coule, car, pendant la durée même de la contraction, la partie fœtale vient bloquer le canal pelvien, et le sang ne peut pas s'écouler à l'extérieur.

M. Lefour cite, au point de vue difficulté du diagnostic, un cas qu'il a observé, le sang s'écoulait bien pendant la contraction, mais il s'agissait, en réalité, du liquide amniotique teinté par le sang d'une hématémèse fœtale; le nouveau-né eut, en effet, de nouvelles hémorragies gastro-intestinales dans les premières heures de la vie.

M. Commandeur rapporte une observation qui confirme absolument les constatations de M. Maygrier.

Ponction lombaire chez le nouveau-né

M. Devraigne (Paris). La ponction fut faite pour épanchement sanguin dans le canal rachidien, dans un premier cas, permettant ainsi de porter le diagnostic, cliniquement douteux, d'hématorachis. Dans un autre cas il s'agissait d'une méningite purulente, et l'enfant guérit. La troisième observation se rapporte également à un enfant atteint de méningite cérébro-spinale tuberculeuse; l'enfant succomba. L'auteur estime que la ponction lombaire peut avoir un grand avantage au point de vue diagnostic, et peut-être au point de vue traitement?

Le plasmode dans le placenta normal

MM. Brindeau et Nattan-Larrier (Paris). — Cette étude est basée sur l'examen de différents placentas sains d'âge variant de douze jours à neuf mois. Les auteurs montrent que le plasmode appelé encore syncitium joue un très grand rôle dans le développement et la fixation de l'œuf. Cette couche épithéliale ne se borne pas à un simple contact avec la caduque maternelle. Elle la pénètre souvent et l'on peut même trouver des débris de plasmode en plein muscle utérin. Au point de vue physiologique, le plasmode, qui se trouve en contact direct avec le sang maternel, ne joue pas un simple rôle de filtre, c'est une véritable glande à sécrétion interne qui doit avoir une importance primordiale dans les échanges fœto-maternels. Ajoutons que les globules blancs maternels pouvant traverser la couche plasmodiale, on peut ainsi expliquer un certain nombre de phénomènes héréditaires chez le fœtus.

Mécanisme de l'accouchement normal

M. Demelin (Paris). — L'auteur montre toute une série de diagrammes représentant, en grandeur naturelle, des coupes de tête fœtale et des coupes de bassins tendant à démontrer la nécessité de la flexion aussi complète que possible pour la rotation de la tête; il insiste sur la difficulté qu'il y a à définir l'axe pelvien, ainsi que l'axe des détroits supérieur et et inférieur.

Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique

M. Naud (Paris). — Il y en a une première variété : embryonnaire, très précoce, hernie sans sac, complète ou incomplète ; une seconde variété, tardive, fœtale, hernie avec sac ; celle-ci est une véritable hernie par faiblesse, elle peut siéger en n'importe quel point, tandis que la première n'est jamais antérieure. Parmi les viscères herniés, il y a d'abord le foie; ce dernier est toujours déformé.

Disposition particulière des œufs dans un cas de grossesse univitelline

M. **Maygrier** (Paris). — A un placenta unique sont suspendus deux œufs : l'un, très grand, ayant contenu un enfant très développé ; l'autre, très petit, véritable cavité close contenu dans le premier. Le cordon du deuxième jumeau arrivait au placenta entre deux feuillets membraneux ayant, d'ailleurs, une insertion vélamenteuse. Le placenta était largement bordé. Cette disposition spéciale expliquait facilement l'existence d'un fœtus papyraceus.

Épidémie de coqueluche dans un pavillon de prématurés et de nourrissons

MM. **Porak et Durante** (Paris). — La coqueluche passe pour très grave chez l'enfant de moins d'un an. La mort surviendrait dans 78 à 89 % des cas, généralement par broncho-pneumonie. La rareté des observations tiendrait, suivant les classiques, à ce que les nouveau-nés sont rarement exposés à la contagion. Dans cette épidémie, sur 44 prématurés hospitalisés et allaités par des nourrices dont les enfants avaient la coqueluche, un seul a été atteint de coqueluche vraie et trois de coqueluchettes discutables avec toux quinteuses ne durant que deux à quatre jours, pour disparaître complètement ensuite. Il semble donc que, chez ces prématurés, existait une vraie immunité, ou, tout au moins, une très faible réceptivité. Le seul qui eut de la coqueluche était un syphilitique. La morbidité et la mortalité du pavillon n'a pas augmenté pendant cette épidémie.

Sur 14 enfants de nourrices, 10 furent atteints de coqueluche plus ou moins grave. Sur ces 10, 7 avaient, soit pendant, soit après leur coqueluche, de la bronchopneumonie, dont 7 compliquées ; *aucun décès*. L'âge de ces enfants oscillait entre un mois et dix mois. D'une façon générale, la coqueluche a été d'autant plus bénigne que l'âge était plus jeune. Le traitement a été la grindelia, la belladone et les bains froids, acétate et benzoate de soude. De cette épidémie résulte que le nouveau-né semble présenter peu de réceptivité pour la coqueluche, que cette affection, loin d'être très grave dans la première année, paraît, au contraire, d'autant plus bénigne que l'âge de l'enfant est plus jeune.

Latéroposition du corps utérin antéfléchi

M. Lefour (Bordeaux). — Le diagnostic

de grossesse tubaire avait été porté; c'est en pratiquant la laparotomie que l'on s'aperçut que la tumeur était l'utérus latéroposé. L'utérus étant distendu par l'hydramnios, une ponction est faite avec un trocart fin, pour prévenir la rupture utérine. La grossesse continua jusqu'au voisinage du terme. L'auteur croit, dans ce cas, à une antéflexion congénitale de la matrice; la torsion habituelle, pendant la grossesse, vers la droite explique la latéroposition de l'organe. L'hydramnios s'explique par la gène circulatoire dans ce cas. Il faut tenir grand compte, au point de vue du diagnostic, de la mobilité de la tumeur utérine.

M. Briadeau insiste sur la difficulté du diagnostic en pareil cas; il n'est pas persuadé, d'ailleurs, qu'il s'agisse toujours d'une latéroflexion, car dans bien des cas il s'agit d'un développement inégal de l'utérus, par greffe de l'œuf dans une des cornes, tout près de l'ostium tubaire.

M. Demelin remarque que quelques grossesses extra-utérines peuvent évoluer sans aucune adhérence et rester mobiles, ce qui peut venir encore compliquer le diagnostic.

Les lésions du foie et du rein comme causes prédisposantes de l'éclampsie

M. Theuveny (Paris). — Chez une femme, morte d'éclampsie, on trouve des tubercules dans le foie, chez une autre des granulations miliaires, chez une troisième des lésions de la maladie d'Addison (capsule surrénale suppurée). Chez deux autres femmes, il existait de la cirrhose rénale. Ces lésions expliquent certainement beaucoup de cas d'éclampsie frustes, où la mort arrive malgré le peu de symptômes observés.

Désinsertion du vagin pendant l'accouchement spontané

M. Bouchacourt (Paris). — L'auteur a observé, à la clinique Tarnier, trois cas de désinsertion du vagin au niveau de l'hymen; de plus, il lui semble que, dans beaucoup de cas de déchirure périnéale, il s'agit, en réalité, d'une désinsertion vaginale. En tout cas ce serait là le premier temps de la lésion, à laquelle pourrait faire suite la déchirure du périnée et celle du vagin.

Anatomie pathologique du placenta syphilitique

M. Nélis (Bruges) présente toute une série de photographies de coupes de placentas syphilitiques; ces coupes mettent bien en lumière, l'hypertrophie des villosités ainsi que les lésions vasculaires. L'auteur exprime, en terminant, l'idée que les lésions du placenta traduisent la lutte qui existe entre l'organisme fœtal et l'organisme maternel, chaque individu cherchant à se défendre contre l'autre.

M. Lancry (Dunkerque). — Trois faits, quatre souhaits, une demi-vérité sur la puériculture.

Questions mises à l'étude pour la session de 1905 :

1° Des dystrophies osseuses congénitales.

2° Des infections chez le nouveau-né.

Cyrille Jeannin.

SOCIÉTÉ FRANCAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

SESSION ANNUELLE

(Suite)

Sinusite fronto-maxillaire avec sinus frontal anormal

M. Délie (Ypres). — Ouverture du sinus frontal au point d'élection. Après avoir traversé un os complètement éburné de 1 centimètre d'épaisseur, on tombe sur les méninges. Le sinus frontal est trouvé dans l'épaisseur même de l'arcade orbitaire et dans sa partie interne. La paroi antérieure du sinus, complètement enlevée, laissait une ouverture de 1 centimètre de haut sur 2 de large. Les parois supérieure et inférieure, lisses, formaient entre elles un angle aigu de 1 centimètre de profondeur. Le sinus frontal opposé avait, à la transillumination, montré un développement moyen. Guérison par première intention.

M. Luc. — Ce fait prouve qu'il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence du sinus. Il est souvent nécessaire de le chercher très bas.

M. Moure. — Un signe important pour savoir si on va vers la cavité sinusienne ou vers la cavité cranienne est donné par l'état des os. Dans le premier cas, on trouve une couche osseuse compacte, éburnée; dans le second, on trouve d'abord la couche compacte, puis on rencontre une partie spongieuse qui doit nous mettre en garde.

Considérations cliniques sur quelques cas de sinusites frontales

M. E.-J. Moure (Bordeaux) rapporte l'observation de deux malades ayant présenté, à la suite d'opérations sur le sinus frontal, des complications assez intéressantes à noter.

Dans un cas, il s'agit d'une jeune fille porteur d'une mucocèle frontale opérée par le procédé Ogston-Luc; la malade présenta, quelques jours après, un phlegmon de l'orbite qui exigea une incision profonde et fit craindre un moment la perte du globe oculaire. On constata une malformation de la cloison du nez qui, fortement déjetée du côté opéré, empêcha le drainage fronto-nasal de se faire d'une façon efficace. La malade guérit, mais elle présente encore un trajet fistuleux à l'angle interne de la plaie (racine du nez) qui, probablement, rendra nécessaire une autre opération.

Dans le second cas il s'agit d'un malade âgé de trente-quatre ans environ, souffrant depuis son enfance de céphalée et de suppuration de toutes les cavités accessoires du nez. Il fut opéré d'abord de cure radicale de sinusite maxillaire, et, une fois guéri de cette intervention, M. Moure lui pratiqua la cure radicale des sinusites frontales. A droite, vaste sinus, cloisonné de toutes parts, contenant du pus en grande quantité, ainsi que des fongosités. Presque toute la table externe de l'os fut enlevée. Large communication fronto-nasale; réunion immédiate.

A gauche, où existait une exophthalmie prononcée avant l'opération on trouva, à l'ouverture du sinus, un énorme abcès enkysté ayant refoulé la paroi cranienne et s'étant creusé une loge derrière l'orbite. La voûte orbitaire était complètement détruite par le pus. Ici encore, drainage nasal et réunion immédiate. Quelques jours après, le malade présente des signes de phlegmon de la paupière droite, qui, tout d'abord, parut s'améliorer, mais, au moment où on peut le supposer guéri, il fait une nouvelle infection due un peu à son manque de soins. Finalement, il meurt avec tous les signes d'un abcès du cerveau, la famille n'ayant pas accepté une autre intervention.

M. Lermoyez. — L'opération de la sinusite frontale, par la méthode extérieure, est toujours une opération sérieuse. Trois méthodes sont employées :

La méthode Ogston-Luc.
La méthode Kuhnt-Luc.
La méthode de Killian.

Malgré les bonnes statistiques, la première peut être dangereuse et donner lieu à des accidents.

Le second procédé ne donne pour ainsi dire jamais lieu à des complications, mais on objecte qu'il amène des déformations. C'est vrai pour les grands sinus, mais non les petits. Et, alors, si on a affaire à un grand sinus, ce n'est pas à cette méthode qu'il faut avoir recours, c'est au procédé de Killian.

Enfin, je ne crois pas que l'on puisse opérer aseptiquement les sinusites frontales; il y a toujours une infection venant par le bas, et je suis partisan de l'introduction du doigt dans la narine, c'est un excellent adjuvant.

M. Luc. — La genèse des complications intracraniennes dans les sinusites est d'un haut intérêt. Avant de connaître la méthode de Killian, sur environ 30 cas de suppuration du sinus frontal j'avais eu 5 ou 6 accidents. Depuis, j'ai employé cette méthode dans 12 cas et je n'ai eu aucun accident.

Le danger de réinfection réside dans les cellules ethmoïdales, qui sont toujours atteintes; or, les deux premières méthodes, à l'encontre de celle de Killian, laissent ces cellules intactes.

M. Jacques. — M. Moure a raison de dire que les complications post-opératoires ne tiennent pas à tel ou tel procédé. Mais je crois qu'au point de vue du résultat l'ablation des cellules ethmoïdales s'impose.

M. Lermoyez. — Il faut d'abord poser un diagnostic bien établi; il y a ou il n'y a pas d'ethmoïdite, le choix de l'opération est commandé par le genre de l'affection.

M. Molinié. — Aucune méthode, même celle de Kuhnt-Luc, ne met à l'abri des complications.

M. Laurens. — Jusqu'ici, j'ai été éclectique, mais j'avoue que la méthode Ogston-Luc m'a donné d'excellents résultats. Dans les quelques récidives que j'ai eues un débridement hâtif ou l'éradication complète par le Kuhnt-Luc m'ont mis à l'abri des complications cérébrales.

M. Moure. — L'accident que j'ai eu s'est justement produit après l'emploi d'un procédé large, le Kuhnt-Luc. On ne supprime jamais complètement l'espace mort et, si les infections secondaires ne se font pas, cela tient à des causes variées.

Sinusites et syphilis

M. Moure (Bordeaux) rapporte l'histoire de quelques malades opérés de sinusite fronto-maxillaire ou maxillaire seule chez lesquels la guérison tardait à se produire. Dans plusieurs cas l'application d'un traitement spécifique bi-ioduré amena rapidement la cessation des sécrétions et la guérison définitive des empyèmes observés. Ce qui caractérisait ces sortes de sinusites, c'était l'hémorragie assez abondante et les lésions osseuses constatées pendant l'opération de la cure radicale, particulièrement du côté des sinus maxillaires.

Ces faits sont à retenir parce que, cliniquement, ils pourraient expliquer quelques-uns des insuccès dus à la cure dite radicale.

Sinusite frontale avec empyème du sinus maxillaire chez une femme de soixante dix-sept ans. Refus d'opération. Mort

M. **Mahu** (Paris). — Les signes classiques — écoulement de pus unilatéral, cacosurie subjective, transillumination, lavage par le méat inférieur ayant chassé du pus par le sinus maxillaire — avaient fait penser qu'il s'agissait d'une sinusite fronto-maxillaire chronique. Mais le jaugeage de l'antre ayant indiqué un volume de liquide aspiré supérieur à 5 cc, on reconnut qu'il s'agissait-là d'une sinusite frontale seule dont le pus se déversait dans le sinus maxillaire, diagnostic qui fut, d'ailleurs, vérifié par l'inspection de la cavité à la suite de l'avulsion d'une molaire cariée et l'agrandissement de l'orifice alvéolaire correspondant.

La trépanation du sinus frontal fut refusée par la famille à cause du grand âge de la malade, et celle-ci mourut subitement au bout de deux mois.

A cette occasion, j'attirerai l'attention sur les deux points suivants :

1° Importance d'un diagnostic précis dans les cas de polysinusite, afin d'éviter une intervention inutile et complément précieux d'information fourni dans ce cas par le *signe de capacité*.

2° Danger de ne pas intervenir dès la première heure dans les cas certains de sinusite frontale chronique.

M. Lermoyez. — La très grande rareté des cas de complications cérébrales dans les sinusites frontales non opérées — nous n'en voyons jamais mourir à l'hôpital — fait que nous ne devons être interventionnistes qu'avec sobriété et discernement.

M. **Luc.** — Nous ne connaissons pas les gens qui meurent par suite de sinusite frontale. Leur affection reste ignorée; on la classe parmi les rhumes de cerveau.

Empyème ethmoïdo-sphénoïdal chez un enfant de douze ans.

M. **Escat** (Toulouse). — Un jeune garçon de douze ans, après une angine probablement streptococcique, est atteint d'otite aiguë et d'empyème ethmoïdo-sphénoïdal compliqué d'accidents orbitaires et de névrite optique suivie d'atrophie.

Deux mois après le début du mal, je suis appelé à intervenir.

Après insuccès du traitement endonasal, je pratique, par voie orbitaire, l'évidement du labyrinthe ethmoïdal au cours duquel cornets supérieur et moyen sont enlevés, et j'utilise cette voie pour cureter le sinus sphénoïdal. Ce curettage s'exécute, contre toute attente, avec la plus grande facilité.

Estimant le drainage nasal suffisant, je suture la plaie orbitaire. Suites favorables : cessation complète de toute sécrétion et cicatrisation constatées par la rhinoscopie sept semaines après.

De ce résultat je conclus :

1° Qu'en cas d'empyème ethmoïdo-sphénoïdal, la seule voie orbitaire suffit pour atteindre à la fois le labyrinthe ethmoïdal et le sinus sphénoïdal, sans qu'il soit utile de recourir, pour ce dernier, à la voie transmaxillaire, plus longue que la précédente.

2° Que la substitution au labyrinthe ethmoïdal d'une vaste cavité osseuse mettant l'orbite en large communication avec la fosse nasale, assure amplement le drainage nasal et dispense du drainage orbitaire.

(*A suivre*) PERCEPIED (du Mont-Dore).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai

De la gastro-entérostomie pour ulcères hémorragiques de l'estomac

M. Tuffier. — Les ulcères de l'estomac étant variables suivant leurs causes, leur siège, leur profondeur et leur étendue, il en est de même des hémorragies qu'ils provoquent; mais, au point de vue chirurgical, on ne doit considérer que les hémorragies abondantes. En pareil cas quel est le but de la gastro-entérostomie? Mettre l'estomac au repos, ou, tout au moins, à un repos relatif.

Lorsque l'hémorragie est foudroyante, l'opération ne peut avoir lieu. Elle n'est applicable que dans les formes aiguë et chronique de l'affection. Dans le premier cas, le traitement médical bien appliqué ne donne que 1,9 % de mortalité, tandis que l'intervention est beaucoup plus meurtrière, puisque, actuellement, on a compté, sur 52 cas, 37 % de mortalité. Il est juste d'ajouter que l'on opère le plus souvent dans de mauvaises conditions (malades affaiblis, opérations rapides, ulcères difficiles à trouver); aussi on ne doit intervenir que le plus rarement possible, après s'être rendu compte, autant qu'on le pourra, du siège, de l'étendue et de la cause de l'ulcère. Une simple gastrotomie peut même, dans ces cas, être suivie de succès.

Au contraire, dans la forme chronique de l'ulcère, avec hémorragies petites et répétées, la gastro-entérostomie est suivie de succès. J'en compte un certain nombre qui ne se sont pas démentis

De la cholédocotomie avec drainage du canal hépatique

M. Lejars. — Lorsque j'ai fait mes premières cholédocotomies, j'ai suturé le canal après avoir extrait les calculs. Plus tard, j'ai abandonné la suture et simplement drainé la plaie, et, cette année, j'ai opéré trois malades en faisant suivre la section des canaux biliaires et leur évacuation du drainage du canal hépatique, suivant la méthode de Keir, qui l'a fait une centaine de fois, et que j'ai vu opérer l'année dernière.

Ma première malade, femme de cinquante et un ans, était atteinte depuis plusieurs années d'ictère, de crises douloureuses devenues subintrantes et d'accidents infectieux. J'ai fait l'incision en baïonnette des téguments, préconisée par Keir, c'est-à-dire une incision verticale de quelques centimètres, descendant de la pointe de l'appendice xyphoïde, puis obliquant à gauche jusqu'au niveau des deux tiers internes du muscle droit et reprenant ensuite sa direction verticale descendante. Cette incision donne beaucoup de jour, permet de conserver intacte une partie du grand droit et de suturer plus facilement la section oblique des faisceaux musculaires coupés. J'ai trouvé la vésicule petite, contenant quelques calculs, et les canaux cholédoque et hépatique qui en renfermaient un certain nombre. Ces calculs enlevés, j'ai introduit un drain moyen dans le canal hépatique en le fixant à l'une de ses lèvres, puis, la vésicule liée et enlevée, j'ai tamponné la plaie avec de la gaze. Le drain a été enlevé le sixième jour, et dans la suite j'ai retiré la gaze que j'ai dû extraire par morceaux, car, trop cuite, elle se déchirait par morceaux. La malade a bien guéri.

Ma seconde malade était une femme de quarante-quatre ans, dont les mêmes accidents étaient plus récents. J'ai appliqué le même procédé après avoir retiré 6 calculs de la vésicule et 1 calcul du

cholédoque; aucun incident dans la suite.

Quant à la troisième malade, âgée de cinquante-sept ans, c'était une ancienne hépatique, dont les crises remontaient à dix ans. Elle était cachectique et ne rendait que fort peu d'urine. La vésicule, les canaux cholédoque et hépatique contenaient de nombreux calculs. La même opération a été faite ; malheureusement, l'oligurie a persisté et la malade a succombé à l'urémie plusieurs jours après l'opération, qui ne peut être rendue responsable du décès.

Je ne reviendrai pas sur l'incision qui permet de mieux découvrir les voies biliaires et, d'après Keir, malgré la section partielle du muscle droit, n'expose pas à l'éventration. Pour le drainage du canal hépatique, il est plus efficace que le drainage partant du canal cholédoque et, comme on pourrait le craindre, on n'a observé ni irritation, ni hémorragie, ni obstruction. Il semble donc mieux assurer la sortie des calculs restants, et parer aux accidents d'angiocholite qu'on a observés à la suite de la cholodocotomie.

M. Quénu. — Comme M. Lejars, je suis très partisan du drainage, mais je ne crois pas que Keir ait fait une innovation et que sa pratique mérite le nom de méthode. Il y a longtemps que je fais ce drainage, en enfonçant le drain le plus loin possible dans le cholédoque, et il est probable qu'il pénètre dans le canal hépatique. Quant à l'incision en baïonnette, je suis prêt à l'expérimenter, tout en faisant remarquer que nous avons déjà eu recours plus d'une fois, pour donner du jour, à la section du grand droit, en procédant d'arrière en avant, au lieu de le faire d'avant en arrière.

M. Toffier. — J'ai plusieurs fois fait une incision oblique permettant le même entrebaillement.

M. Ricard. — La question de l'incision est d'ordre secondaire. Quant au drainage, il peut avoir son utilité, mais l'important est de ne pas suturer le canal. C'est, maintenant, le procédé adopté.

M. Lejars. — Je m'étonne un peu des critiques que nous venons d'entendre, car je n'ai nullement dit que Keir avait fait une innovation. Si j'avais voulu présenter un historique de la question, je me serais bien gardé de ne pas citer le nom de M. Quénu, en le mettant à la place qu'il mérite.

Ayant vu opérer M. Keir, et connaissant les résultats de son procédé, que je n'ai pas érigé en méthode, j'ai appliqué ce procédé, persuadé qu'il était une meilleure garantie pour l'avenir, contre l'angiocholite consécutive surtout. Le drain, qui ne rétrécit que fort peu la voie biliaire, est un canal rigide favorisant la sortie de la bile et de la poussière calculeuse.

Deux observations de gastro-entérostomie

M. Rochard. — Ces observations nous ont été adressées par **M. Tissot**, de Chambéry. Dans le premier cas, la gastro-entérostomie a été pratiquée sur un homme de trente ans, atteint de douleurs et d'hématémèses dues à un ulcère pylorique. La gastro-entérostomie postérieure a été suivie de guérison. Dans le second cas il s'agit d'une femme de soixante ans, dont les accidents tenaient à l'existence d'un néoplasme occupant la même région avec généralisation au péritoine. L'opération a produit une amélioration.

Intoxication mortelle par le naphtol camphré

M. Guinard. — Le fait malheureux dont je vais vous entretenir mérite d'autant plus d'être connu que le naphtol camphré est couramment employé. Il y a quelques jours, entrait dans mon service un jeune homme de vingt-huit ans porteur d'un foyer ganglionnaire tuberculeux ramolli de la région sus-claviculaire droite. Comme j'ai l'habitude de le faire en pareil cas, j'ai pratiqué, chez ce malade, une ponction avec un gros trocard et j'ai fait, dans la poche, une injection de 25 cc de naphtol camphré. L'opération avait été aussi simple que possible et rien ne pouvait faire prévoir ce qui allait survenir. Quelques minutes après se montrait une attaque épileptiforme. Pensant à une intoxication, j'incisai immédiatement la poche et je la vidai du liquide de l'injection, mais de nouvelles attaques survinrent et, à la neuvième, le malade succombait asphyxié. Pendant trois quarts d'heures le cœur a continué à battre sans que nous ayons pu rétablir la respiration.

J'ai recherché si pareils accidents s'étaient déjà montrés à la suite de semblables injections. Or, j'ai trouvé que cinq fois on avait signalé la mort rapide, quatorze fois des accidents graves et je sais qu'on en a aussi observé à la suite d'applications cutanées du même liquide.

Dans tous les cas, ce sont toujours des accidents épileptoïdes qui ont été mentionnés, apparaissant tantôt quelques minutes, tantôt quelques heures après l'injection, et déterminant la mort, soit rapidement, soit au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, quand elle est survenue. La pathogénie de l'accident est actuellement indécise, car la dose du liquide injecté et l'âge des sujets n'ayant pas à être incriminés, il résulte de nombreuses expériences faites par différents auteurs que le naphtol et le camphre sont tous deux très toxiques en injections veineuses.

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 mai.

Deux cas de sclérodermie avec autopsie

MM. Raymond et Alquier rapportent l'histoire clinique de deux malades mortes à la clinique l'année dernière, l'une à cinquante-sept ans, l'autre à vingt-sept, avec une sclérodermie généralisée. La maladie avait débuté à l'âge de vingt et un ans dans les deux cas, par des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités, d'abord aux mains, puis aux pieds. Puis la peau s'était indurée peu à peu et présenta bientôt l'aspect caractéristique de la sclérodermie : aspect lisse, épaississement de l'épiderme, induration du derme et de l'hypoderme avec amincissement des doigts, rétraction et immobilisation en flexion. Dans un cas se produisit, en outre, une diminution considérable de longueur des doigts avec atrophie du squelette, comme le montra la radiographie; chez cette malade survint, en outre, de l'hémiatrophie faciale droite.

Mort par tuberculose dans les deux cas.

Les lésions ne diffèrent, chez ces deux malades, que par leur degré. Elles consistent en une sclérose intense du derme, de l'hypoderme, moins considérable dans plusieurs muscles des différents segments des membres, dans le cœur et les principaux viscères. Dans les centres nerveux, aucune autre lésion qu'une légère sclérose névroglique et conjonctive diffuse prédominant dans les cordons postérieurs. Rien dans le sympathique. Les nerfs des membres ne présentent que des lésions de sclérose; les fibres nerveuses ne sont altérées que là où la sclérose est particulièrement intense. Mais ce qui domine, dans ce cas, c'est l'intensité des lésions vasculaires partout où les vaisseaux sanguins purent être examinés, on trouva l'épaississement et la sclérose de toutes leurs tuniques avec diminution considérable de leur calibre; ces lésions existent même là où la sclérose interstitielle est encore à peine ébauchée.

Névrites professionnelles chez un cocher

MM. **Raymond et Courtellemont** présentent un malade atteint de polynévrite des deux mains et de synovites des poignets. Parmi les signes observés, la réaction de dégénerescence, l'hypoesthésie à disposition périphérique, l'existence d'un point douloureux à la pression, sur le trajet des nerfs, ne laissent aucun doute sur la légitimité du diagnostic. Cet homme est obligé, par sa profession de cocher, de maintenir sans cesse, à l'aide de ses deux mains, les rênes fortement tendues. C'est au surmenage qui résulte de cet effort journalier qu'est due la paralysie. Le traumatisme, ici, s'est produit par un double mécanisme : d'une part, action exercée sur les nerfs de la main par la contraction énergique et prolongée des muscles de la main et de l'avant-bras, et, d'autre part, compression des mêmes branches nerveuses par les synovites professionnelles.

Les auteurs de la communication insistent, en terminant, sur les signes qui, dans un cas comme celui-là, permettent de distinguer l'acroparesthésie vraie des pseudo-acroparesthésies symptomatiques de névrites péripgériques.

Sur un cas de perte du sens stéréognostique à topographie radiculaire

MM. **Déjerine** et **Chiray** présentent une malade atteinte d'une perte du sens stéréognostique sur le territoire des 8e cervicales et de la 1re dorsale du côté droit. Cette affection relève, vraisemblablement, de plaques de méningite comprimant les racines. Il existe une diminution de la force musculaire dans le territoire cubital et une bande radiculaire d'anesthésie au contact, à la douleur et à la température. Les sensibilités profondes, la sensibilité osseuse, le sens des attitudes sont complètement abolies. Quant à la perception stéréognostique, elle est complètement abolie dans la moitié cubitale de la main, tandis que dans la moitié radiale elle persiste de façon intégrale.

Méningite aiguë syphilitique cérébro-spinale. Cytologie du liquide céphalo-rachidien. Autopsie

MM. **Sicard** et **Roussy** rapportent un cas de méningite cérébro-spinale syphilitique d'évolution aiguë.

Cliniquement, il s'agissait d'un syndrome méningé aigu, ayant débuté sept mois après le chancre, et qui entraîna une hémiplégie terminale.

Histologiquement, on notait avant tout une infiltration embryonnaire généralisée à toute l'étendue des méninges molles, vasculo-conjonctives, aussi bien cérébrales que spinales, et, secondairement, existait une thrombose partielle d'une des sylviennes.

Cytologiquement, la formule, dès le début lymphocyto-polynucléaire et polynucléaire presque exclusivement dans la suite, avec liquide céphalo-rachidien dépourvu de germes, témoignait de l'intensité de l'attaque du virus syphilitique sur les méninges.

Enfin, l'échec thérapeutique, avec des doses moyennes de mercure, montre que dans ces cas de secondarisme précoce du système nerveux, plus encore qu'au cours du tertiarisme, il faut s'adresser à une cure intensive et prolongée.

Sur la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien

MM. **Lannois** et **Boulud** (Lyon). — Le corps réducteur qui existe dans le liquide céphalo-rachidien est bien du glycose, car il donne, avec la phénylhydrazine une osazone caractéristique.

Les auteurs ont fait le dosage de ce sucre un certain nombre de fois (17 cas) et ont trouvé un chiffre très constant.

La teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien varie entre 0 gr. 40 et 0 gr. 50 ‰ ; elle est la moitié du taux du glycose dans le sang et le tiers du glycose du sérum sanguin. Elle confirme que le liquide céphalo-rachidien est un liquide de sécrétion et non de transsudation.

Le sucre du liquide céphalo-rachidien joue probablement un rôle dans la nutrition des éléments nerveux avec lesquels il est en contact.

Le chiffre peut subir des modifications dans certains états pathologiques. Comme on pouvait s'y attendre, il est augmenté dans le diabète, où on a trouvé 1 gr. 22 et 1 gr. 65 ‰, soit trois et quatre fois plus que dans le liquide céphalo-rachidien normal.

Atrophie cérébelleuse familiale

MM. **Bourneville** et **Crouzon** rappellent qu'ils ont présenté, au Congrès de 1900, l'observation de deux frères atteints d'idiotie et de diplégie cérébrale infantile. L'un des deux frères était mort, et son autopsie avait révélé une atrophie cérébelleuse. Les auteurs avaient émis, en 1900, l'hypothèse que l'autopsie du second malade montrerait la même lésion. Ils présentent aujourd'hui à la Société l'encéphale de ce deuxième enfant, atteint, lui aussi, d'atrophie cérébelleuse. Il s'agit donc là d'une maladie familiale caractérisée cliniquement par l'idiotie et la diplégie cérébrale infantile, et, anatomiquement, par l'atrophie cérébelleuse.

Sur un cas de face succulente

M. **P. Bonnier** rapporte l'observation d'un homme de soixante-dix ans en traitement dans le service de M. Brissaud, chez lequel se sont produits les accidents suivants : bouffées d'œdème chaud à la face avec poussées congestives aiguës, troubles de la sensibilité objective et subjective localisés au territoire tuméfié, crises de vertige droit, dérobement hémiplégique également droit, bourdonnement, surdité, névralgie faciale avec douleur vive dans l'oreille et l'œil du même côté. Toute cette symptomatologie correspond à une topographie bulbaire assez définie, et les centres intéressés paraissent être ceux des troisième, cinquième, sixième, septième, huitième paires, comme aussi les centres vasomoteurs thermiques et ceux de nivellement lymphatique. L'état général du malade reste bon, et on ne trouve pas, chez lui, dont les lésions bulbaires semblent siéger à droite, les phénomènes d'anxiété et les troubles de la nutrition générale qui sont constants dans les lésions bulbaires gauches.

Cas de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte

MM. **A. Leri** et **S. A. K. Wilson** présentent les coupes d'un cas de *poliomyélite antérieure aiguë, chez un homme de trente ans, avec lésions en foyer* absolument analogues à celles de la paralysie infantile.

La paralysie datait de l'âge de vingt-trois ans. Le début et l'évolution étaient calqués sur ceux de la paralysie infantile. Le malade était syphilitique.

A l'autopsie on a trouvé, comme dans une paralysie infantile ancienne, une destruction complète de la plus grande partie des deux cornes antérieures, d'une part dans le renflement cervical, entre les 6e et 8e segments, d'autre part dans la région lombaire moyenne et inférieure.

Les nerfs présentaient des lésions de névrite interstitielle secondaire. Les muscles présentaient une dégénérescence très accusée, semblable à celle qui succède aux sections nerveuses et aux lésions médullaires.

Ce cas démontre nettement la possibilité, jusqu'ici contestée, de l'existence, dans les cornes antérieures de l'adulte, de lésions en foyer absolument semblables à celles que l'on trouve dans la paralysie infantile.

La cécité et le pronostic du tabes

M. **E. Terrien** rapporte un cas de tabes compliqué de cécité. Chez ce malade comme chez ceux de MM. Marie et Léri, l'apparition de cette complication n'a eu aucune influence heureuse sur l'évolution du tabes.

Les troubles de la vision sont apparus il y a environ quinze ans, alors que les signes du tabes étaient encore peu accentués.

Depuis, la cécité s'est complétée; l'examen de l'œil a montré une névrite optique complète. En même temps, le tabes a toujours progressé; les douleurs et les troubles de la coordination sont devenus aussi accentués que possible, si bien que l'apparition de la cécité, loin d'avoir la signification favorable qu'on lui a souvent attribuée, n'a été ici que le prélude des manifestations les plus graves.

MM. **Raymond** et **Cestan** rapportent un cas *d'anévrysme cirsoïde probable de la moelle cervicale.*

M. **Lamy** présente un malade atteint de *myoclonie.*

M. **Bonnus** adresse une note sur le *spasme fonctionnel du triceps sural gauche*, chez un harpiste jouant de la harpe chromatique.

MM. **Déjerine** et **Egger**. — Névrite radiculaire sensitivo motrice à évolution chronique.

MM. **A. Vigouroux** et **Laignel-Lavastine**. — Paralysie générale et scléroses combinées médullaires.

MM. **Thomas** et **Chiroy**. — Sur un cas de syndrome thalamique.

J. Roubinovitch

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 avril

Mesure numérique et courbes graphiques des bruits fournis par la percussion médiate

M. **A.-M. Bloch**. — Il n'existe pas de procédé permettant la mesure comparative des bruits fournis par la percussion clinique. L'appréciation de la valeur de ces bruits est seulement qualitative, et si les expressions dont on se sert en médecine sont très nombreuses, très significatives, elles ont le grave inconvénient de ne pouvoir être comparées entre elles. Il en résulte l'impossibilité de conserver le

souvenir des résultats obtenus antérieurement. S'agit-il d'une pleurésie, on pourra noter de jour en jour l'élévation ou l'abaissement du niveau de l'épanchement, mais l'intensité de la matité sur cet épanchement même peut se modifier sans que nous soyons capables actuellement de juger ces variations et de noter la façon dont elles évoluent.

Pour combler cette lacune, j'ai inventé un instrument, l'endéchomètre, qui permet d'apprécier numériquement les bruits de la percussion, et, par conséquent, de construire des graphiques qui montrent, soit en fonction du lieu, soit en fonction du temps, les différences d'intensité des bruits que l'on perçoit en percutant les cavités, à l'état physiologique ou pendant le cours des maladies.

Il se compose d'un fort stéthoscope sur la partie médiane duquel est branchée perpendiculairement une tige de bois pleine, longue de 30 centimètres et graduée en demi-centimètres depuis son point d'attache.

Lorsque, tenant d'une main le stéthoscope appliqué sur une région du corps d'un sujet, on frappe légèrement avec la pulpe d'un doigt de l'autre main sur la tige graduée, on observe les faits suivants : les coups portés près de l'attache de la tige produisent un son amplifié par la résonnance de la cavité sur laquelle s'appuie l'instrument, et lorsqu'on frappe en s'éloignant peu à peu du stéthoscope, le son va en diminuant, puis, arrivé à un certain point, la résonnance cesse de se produire et on ne perçoit plus que le bruit mat du bois de la tige graduée. Là est la limite qu'on lit en demi-centimètres. Plus la région du corps exploré est sonore, plus il faut éloigner les chocs de la jonction des deux tiges pour éteindre le son. On a donc une échelle numérique, métrique, des bruits de la percussion médiate.

Pour opérer convenablement, il faut frapper très doucement. Lorsque les chocs sont forts, ils font vibrer la tige elle-même, et les sons qu'on produit masquent par leur intensité ceux des cavités qu'on examine. On commence par frapper loin du stéthoscope et on s'en rapproche en tâtonnant jusqu'à ce que le bruit mat du bois soit remplacé par le son cavitaire; avec un peu d'habitude, on détermine à un demi-centimètre près la limite cherchée et on note la division métrique qui y correspond. Tel est le mode opératoire le plus simple. Il permet l'établissement de courbes variées, d'*endéchogrammes* qui établissent des rapports de sonorités entre les différentes parties du thorax et de l'abdomen, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique.

Pour éviter l'objection qu'on pourrait me faire de frapper avec une intensité variable dont l'appréciation reste incertaine, j'ai fait ajouter à l'endéchomètre un acoumètre qui se compose d'un anneau glissant sur la tige graduée et portant un petit marteau de caoutchouc dont le manche est articulé au-dessus de l'anneau et dont la course est limitée par une lame métallique. Au lieu de frapper directement avec le doigt, on laisse tomber le marteau un grand nombre de fois, en éloignant ou en rapprochant l'anneau du stéthoscope, et on recherche la distance à laquelle le son cavitaire disparaît.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai

Actinomycose cérébrale primitive avec présence de massues dans le liquide céphalo-rachidien

MM. Enriquez et Sicard rapportent un cas d'actinomycose cérébrale, observé dans le service de M. Brissaud, chez un palefrenier. Il n'a pas été possible de retrouver la porte d'entrée du parasite, ni de suivre sa marche de propagation jusqu'au cerveau. Il s'agit donc de la forme cérébrale dite primitive, inconnue jusqu'alors en France.

La ponction lombaire a permis de retrouver des massues dans le liquide céphalo-rachidien et des grains jaunes caractéristiques dans le pus de l'abcès cérébral. La matière purulente avait fait spontanément issue au dehors d'une méningocèle consécutive à une simple trépanation osseuse. Une méningite staphylococcique, à point de départ dure-mérien et à généralisation cérébro-spinale rapide, a amené la mort du malade en quelques jours.

Vomissements incoercibles symptomatiques d'une fibromatose utérine avec annexite chronique. Opération. Guérison

MM. L. Galliard et Robineau. — Une femme de quarante-deux ans, très nerveuse, soignée depuis plusieurs années pour une endométrite, accompagnée parfois de troubles gastriques, est considérée comme atteinte d'une affection irrémédiable de l'estomac. Elle vomit tout ce qu'elle ingère, et, malgré les lavements alimentaires, elle est parvenue à un tel degré d'amaigrissement et de marasme qu'on attend sa fin à bref délai.

Or, l'ayant examinée le 5 avril 1904, nous déclarons que son estomac est sain et que les vomissements incoercibles sont liés à la présence de petits fibromes utérins parmi lesquels on en trouve un qui est pédiculé et saillant dans le vagin à la manière d'un polype. Nous déclarons donc qu'il est urgent de pratiquer une opération radicale.

Après quatre semaines d'hésitations pendant lesquelles la malade ne vit qu'avec un demi-flacon de kéfir par jour, on se décide à l'opération. Second examen, dans une maison de santé, le 8 mai. Nous reconnaissons que la fibromatose utérine se complique d'annexite chronique. L'opération est pratiquée *in extremis* le 11 mai.

Hystérectomie vaginale. L'utérus, immobilisé par les adhérences, est très difficile à abaisser. On le trouve bourré de fibromes interstitiels et sous-péritonéaux. La libération des annexes est très pénible. Orifices des trompes oblitérés. Ovaires scléro-kystiques. Le volume de toute la masse enlevée ne dépasse pas celui du poing. Durée de l'opération : 30 minutes. Perte de sang insignifiante.

Au réveil, grande faiblesse, pouls misérable. Le soir, 37°8 dans l'aisselle. Pas de vomissements.

Grâce au sérum injecté et à l'alimentation par le kéfir, les suites opératoires paraissent d'abord assez favorables; mais, le cinquième jour, on voit apparaître une eschare sacrée qui s'agrandit rapidement les jours suivants.

Le huitième jour, la température vespérale s'élève à 39°8; le neuvième jour, à 40°. Le pouls est petit et rapide, la langue sèche, l'adynamie extrême; la situation semble désespérée. Cependant la fièvre diminue progressivement, tandis que disparaît la fétidité de l'écoulement vaginal. Le treizième jour, émission de plus d'un litre d'urine; 38°. A partir du quatorzième jour, la température se maintient au voisinage de 37°. Bientôt la plaie du decubitus bourgeonne régulièrement, et la convalescence est inaugurée. Le trente et unième jour l'opérée fait quelques pas dans la chambre. Elle quitte la maison de santé le 27 juin, *n'ayant pas vomi une seule fois depuis l'opération.*

Lorsqu'elle revient de la campagne, en automne, personne ne peut la reconnaître tant sa santé paraît florissante. Elle a des douleurs et de l'embonpoint. Nous l'avons vue plusieurs fois depuis cette époque : le fonctionnement de l'appareil digestif est parfait.

Traitement orthopédique dans un cas d'albuminurie orthostatique

M. Mosny rapporte l'observation d'une jeune fille, névropathe hystérique, chez laquelle une albuminurie manifestement osthostatique, à chiffre d'albumine assez élevé (1 à 3 gr.), datant de huit ans, sans signe de néphrite, et accompagnée d'une certaine mobilité du rein gauche, fut guérie par le port d'une ceinture.

M. Mosny pense que, dans les cas de ce genre, le traitement orthopédique doit être essayé et peut rendre de grands services. Si on echoue, il sera toujours temps de penser à une néphropexie chirurgicale (au cas d'abaissement du rein, bien entendu).

M. Le Gendre fait remarquer que les reins mobiles sont extrêmement fréquents et l'albuminurie orthostatique excessivement rare en pareils cas. De plus, dans l'observation de M. Mosny, c'est le rein gauche qui était abaissé, fait rare aussi. Ces deux choses peuvent faire hésiter relativement à l'appréciation de ce cas.

M. Sicard se demande si on n'aurait pas eu affaire à une simulatrice, l'addition, par les hystériques, de blanc d'œuf à leurs urines, pour se rendre intéressantes, n'étant pas rare.

M. Mosny dit que certaines particularités du cas qu'il a rapporté vont contre cette supposition.

Radiographie dans un cas de tabes

M. **Hirtz** présente un malade, sujet, depuis l'âge de six ans, à des crises gastriques périodiques, qui faisaient penser à un tabes. Mais les réflexes rotulien, achilléen sont normaux et on ne constate aucune anesthésie, ni algésie, sauf un certain degré d'analgésie testiculaire. Récemment, en courant, il éprouve une douleur très légère au talon gauche, mais il continue sa course et boîte à peine en marchant.

La radiographie seule permet de faire le diagnostic de fracture du calcanéum. La spontanéité, les crises gastriques, la paresse du réflexe lumineux permettent, malgré l'absence des autres symptômes, de penser à un tabes fruste.

J. J.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Le bicarbonate de soude comme adjuvant de l'opothérapie pancréatique dans les affections du pancréas

Dans un cas d'affection pancréatique (pancréatite chronique, atrophie du pancréas ou occlusion des canaux excréteurs de cette glande par des calculs?), observé dans le service de médecine du professeur G.-A. Ewald, à Berlin, et caractérisé par des accès de colique pancréatique avec glycosurie alimentaire, présence de matières grasses dans les excréments et digestion défectueuse des substances albumineuses, MM. **K. Glaessner** et **J. Sigel** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 25 avril 1901), après avoir administré, avec un effet médiocre, de la pancréatine pure à la dose de 1 gr. 50 par jour, en cinq prises, eurent l'idée d'y adjoindre du bicarbonate de soude à la dose de 30 grammes par jour. Ils visaient à suppléer, de la sorte, au défaut des substances alcalines, qui, comme on sait, sont excrétées en abondance avec le suc pancréatique normal. Et, de fait, l'action favorable de cette médication mixte ne tarda pas à se manifester par la disparition des graisses dans les matières fécales et par l'amélioration de l'état général du malade.

Guérison par les applications iodées d'une tuberculose primitive de la grande lèvre

M. **A. Renaud** (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1901) a soigné une enfant, âgée de quatre ans, qui présentait une tuméfaction rouge bleuâtre de la grande lèvre gauche; la palpation, qui est peu douloureuse, y révèle de la pseudo-fluctuation profonde. A la partie supérieure de la lèvre, et empiétant sur la face interne, on remarque une ulcération d'apparence torpide, grosse comme un haricot, creusée en forme de cupule, mettant à nu le canal de Nuck et le ligament rond. Les bords de l'ulcération, dont le pourtour n'est que très modérément infiltré, sont assez nets, violacés, peu ou pas decollés; le fond en est gris-jaunâtre, recouvert d'une sécrétion sanieuse.

La tuméfaction gagne légèrement la petite lèvre correspondante, et, dans le sillon interlabial, on remarque, au-dessous de l'ulcération, deux points blanc-jaunâtres, lenticulaires, ressemblant à de petits grains de sagou, faisant légèrement saillie au-dessus de la muqueuse; cette dernière ne présente pas de réaction périphérique.

Le caractère torpide de l'ulcération pouvait faire songer : à une nécrose banale, développée sur un terrain en mauvais état de nutrition (herpès génital ou echtyma gangréneux); à un *ulcus molle*, à forme atonique, qui n'aurait pas encore créé d'adénites; à un ulcère tuberculeux dont l'existence semblait confirmée par les deux tubercules interlabiaux.

Devant l'incertitude du diagnostic, l'examen microscopique s'imposait. Il montra une grande quantité de *bacilles de Koch* isolés et en chaînettes. Pas d'autres bacilles.

L'état local s'est considérablement amélioré à la suite d'application de compresses chaudes imbibées d'un liquide astringent: l'œdème et la tuméfaction des lèvres gauches ont disparu, plus de pseudo-fluctuation; l'ulcération s'est detergée, le fond en est devenu finement granuleux, sans se combler, toutefois; par contre, la perte de substance s'est agrandie en surface, mais ses bords sont plus nets et moins infiltrés.

Pas d'adénite, pas de fièvre; état général excellent.

On pratique des badigeonnages en frictions avec la teinture d'iode et on applique un pansement iodoformé.

Les jours suivants, toute réaction locale a disparu; un léger cercle bleuâtre entoure l'ulcération, dont le fond se comble de granulations et dont les bords se cicatrisent en se recouvrant d'un fin épithélium. Actuellement, la guérison est complète.

En l'absence de toute lésion tuberculeuse des autres organes, l'ulcération de la grande lèvre doit être considérée comme une *tuberculose primitive*. Son origine est demeurée inconnue. Sa guérison rapide doit être attribuée à l'absence d'associations microbiennes.

L'usage interne de la naphtaline dans les affections vésicales

M. **Przewoski** (*Nowiny Lekarskie* et *Rousky Vratch*, 1901, nº 15) relate trois faits de cystite rebelle rapidement guérie et un cas de cancer de la vessie amélioré symptomatiquement par la naphtaline administrée en cachets, à la dose de 1 gramme par jour, en trois ou quatre prises, avec addition d'un quart de goutte d'essence de bergamotte par cachet.

Dans les cas de cystite ce traitement a eu pour effet de rétablir la limpidité normale des urines en dix à quinze jours.

Dans le cas de cancer vésical, la naphtaline fit disparaître de l'urine le sang que ce liquide contenait jusque là en abondance.

De ces observations l'auteur se croit autorisé à conclure que la naphtaline est un médicament précieux dans les affections de la vessie en général et dans les cystites en particulier.

La scopolamine contre les états délirants dans la pratique journalière

L'emploi de la scopolamine en qualité de calmant est demeuré réservé jusqu'ici au domaine des affections mentales. Or, d'après **M. K. Liepelt** (*Berlin. klin. Woch.*, 11 avril 1901), ancien assistant du service médical du professeur Zinn à l'hôpital Bethanie (Berlin), cet alcaloïde mérite d'être employé sur une vaste échelle dans la pratique courante, à l'effet de combattre le delirium tremens, ainsi que les délires des typhiques et des pneumoniques, qu'il calmerait mieux et plus rapidement que ne le font la morphine et le chloral. A cet effet, l'auteur se sert d'une solution de 1 milligramme de bromhydrate de scopolamine dans 10 grammes d'eau, dont il injecte, sous la peau, la valeur de quatre à huit seringues de Pravaz (soit 4 à 8 milligrammes de scopolamine), suivant l'âge, le poids du malade et le degré d'excitation qu'on a à combattre. L'action sédative ne tarderait pas à se manifester à la suite d'une telle injection; elle persisterait pendant 3 à 5 heures. L'auteur n'a jamais noté d'action nuisible de ce médicament, alors même qu'il l'administrait à la dose maxima de 1 milligramme.

Les inhalations d'essence de cyprès contre la coqueluche

M. O. Soltmann (*Therapie der Gegenwart*, mars 1901) recommande à nouveau, pour le traitement des petits coquelucheux, un vieux procédé thérapeutique : les inhalations d'essence de cyprès (*cypressus sempervirens*). Pour ce faire, on verse simplement 10 à 15 grammes d'une solution alcoolique à 1 : 5 d'essence de cyprès sur une étoffe quelconque, disposée à proximité de l'enfant (mais pas sur le linge de corps ou la literie, car l'essence de cyprès tache). On répand de nouvelles quantités d'essence quatre fois par jour et, au besoin, deux fois dans la nuit, de telle sorte que l'enfant se trouve constamment dans une atmosphère médicamenteuse, qu'il aspire. Sans exercer d'action appréciable sur la période catarrhale de la coqueluche, ces inhalations amenderaient rapidement les quintes et les vomissements; elles amélioreraient l'état général et abrégeraient la durée de la période convulsive.

Mais n'est-ce pas de la même façon qu'agissent les inhalations phéniquées, faites suivant le même procédé, qui figurent déjà dans la thérapeutique de la coqueluche? Elles présentent, cependant, deux inconvénients, à savoir: l'odeur désagréable du phénol (elle incommode surtout les personnes de l'entourage) et le

danger d'intoxication dont, d'ailleurs, il ne saurait être question que chez les tout petits bébés.

L'essence de cyprès étant d'une odeur agréable, il s'agirait de savoir si elle est vraiment exempte de toute action toxique chez les nourrissons, auquel cas elle mériterait, sans conteste, d'être préférée au phénol, mais à la condition de se montrer sensiblement aussi efficace que lui.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

THÉRAPEUTIQUE

L'alcalinophobie

Le mot est de Huchard dans ses nouvelles consultations médicales. La chose est plus ancienne et remonte au moins à Trousseau, l'inventeur du mot célèbre de cachexie alcaline. Aujourd'hui, on ne croit plus guère à la cachexie alcaline; on a pu se rendre compte que l'usage prolongé, chez les hyperchlorhydriques, de doses massives de bicarbonate de soude (20 à 40 gr. par jour) ne provoque aucune cachexie; mais on redoute avec Hayem de provoquer, par l'abus des alcalins, l'atrophie glandulaire de la muqueuse gastrique.

Il ne semble pas que cette crainte soit plus fondée que la première (Huchard) et, cependant, elle a eu pour résultat de limiter l'emploi d'un merveilleux médicament qui, pour calmer les douleurs de l'hyperchlorhydrie, ne peut être remplacé par rien.

Elle a eu un autre résultat. Tandis que, il y a quelques années, les eaux minérales du type de Vals Saint-Jean étaient recherchées comme eaux de boisson, on tend aujourd'hui à leur substituer des eaux indifférentes.

Et, pourtant, avec la même certitude de pureté au point de vue microbien, l'eau de Vals Saint-Jean, pour prendre cet exemple, a plusieurs avantages : un goût agréable, soit à l'état pur, soit en mélange avec le vin, et une action excitante, par son bicarbonate de soude, de la sécrétion chlorhydropeptique (Claude Bernard) et de la motricité gastrique (Albert Mathieu). L'acide carbonique contribue à cette action. Autant ce gaz en excès, comme il peut l'être dans les eaux artificiellement gazéifiées, est nuisible aux estomacs atones, autant, en faible proportion, il peut être utile par sa légère action excitante. Il faut se rappeler que l'acide carbonique agit, de plus, comme un anesthésique et convient ainsi aux estomacs douloureux.

Voilà pour les hypochlorhydriques. Pour les grands hyperchlorhydriques, les eaux minérales les plus riches en bicarbonate de soude ne renferment pas une quantité de sel suffisante pour saturer un contenu gastrique exagérément acide : il faut employer le sel en nature; mais, pour les hyperchlorhydriques légers, qui sont légion, rien ne vaut, comme saturant, un verre d'une eau alcaline forte pris une à deux heures après le repas. Il est utile de choisir une eau aussi concentrée que possible. Aucune ne l'est plus que certaines sources de Vals, la Précieuse et la Magdeleine, qui renferment une dose de bicarbonate de soude bien supérieure à celle de l'eau de Vichy.

Dans aucun cas, on n'aura à craindre l'alcalinisation de l'organisme. Bien plus, l'abandon de plus en plus complet des aliments végétaux, l'abus des aliments animaux, l'albuminisme, suivant l'expression pittoresque de Bardet, ont pour résultat, chez la plupart des Français du XXe siècle, une hyperacidité des tissus et humeurs à laquelle on peut attribuer le développement si répandu des diverses affections arthritiques. L'usage d'une boisson alcaline est un correctif précieux.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie A. Maloine

La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule, par le Dr A. Lapointe. (Broch. Paris, 1901.)

Une observation personnelle de torsion du cordon spermatique, a donné à l'auteur l'idée de colliger tous les faits semblables déjà publiés. C'est de l'étude de ces faits, au nombre d'une quarantaine, qu'est née cette très intéressante brochure.

Il existe deux variétés de torsion : l'une constituée par la rotation du testicule avec le sac fibro-séreux qui le contient; c'est le *histournage accidentel*, comparable au bistournage opératoire des animaux; il est excessivement rare et ne paraît pouvoir se produire qu'à la condition de l'existence préalable d'une ectopie testiculaire. L'autre variété est formée par la rotation du testicule dans la vaginale, le sac fibro-séreux restant en place. On peut l'appeler le *volvulus du testicule*.

Pour que le volvulus puisse s'effectuer, il faut la présence anormale et l'allongement professif d'un mésotestis, qui permet la pédiculisation et la mobilité du testicule : les variations dans la forme du pédicule et de la glande constituent d'autres causes prédisposantes. Comme causes déterminantes on note la contraction du crémater et les efforts.

Après la description des altérations épididymo testiculaires, produites par la torsion du cordon, Lapointe en étudie leur nature, leur mécanisme et leur évolution, et il est ainsi amené à des considérations relatives aux troubles circulatoires du testicule et à leurs rapports avec l'infarctus hémorragique. En quelques pages il rappelle les symptômes et fait le diagnostic de la torsion avec les accidents herniaires, l'étranglement du testicule ectopique, l'orchite inguinale, l'étranglement vrai et les épididymites. Comme traitement il rejette la détorsion par manœuvres externes et il préconise, suivant les cas, la détorsion sanglante, suivie de l'orchidopexie, et la castration d'emblée ou secondaire.

E. O.

Joanin et Cie, éditeurs

L'obésité et son traitement, par le Dr Gabriel Leven.

Le traitement de l'obésité est envisagé par le Dr Leven d'une façon toute nouvelle et, semble-t-il, très rationnelle. Jusqu'ici les traitements de l'obésité s'attaquaient seulement à la graisse seule. Par quelque procédé que ce soit : alimentation extrême, sudation, surmenage, régime sec, régime azoté, il s'agissait de faire perdre du poids au malade ; on y arrivait le plus souvent; mais le plus souvent aussi le malade reprenait de plus belle du poids à la moindre infraction.

S'attaquer à la graisse seule et non à la cause de l'engraissement, c'est agir comme si, en présence d'un goutteux, on n'avait en vue que de faire fondre le tophus, au lieu de tenter de modifier complètement la nutrition du malade. Or, l'obésité n'est pas une maladie, mais seulement un symptôme. Chez l'homme sain le poids du corps est fixe ; la suralimentation ne l'augmente pas ; mais un mécanisme régulateur, dont le fonctionnement a pour intermédiaire le système nerveux, assure la fixité du poids ; à l'origine de l'obésité se trouve toujours une cause susceptible d'altérer le fonctionnement de ce mécanisme régulateur : maladies infectieuses, avortement, grossesses multiples, tumeurs utérines, surmenage intellectuel, chagrins, émotions, traumatismes, etc. Quant à la théorie classique, qui considère l'engraissement comme la conséquence fatale de l'excès des recettes sur les dépenses, et qui entraîne à prescrire de diminuer les recettes (alimentation restreinte) et d'augmenter les dépenses (exercices violents), la simple observation clinique en prouve l'inexactitude ; beaucoup d'obèses sont de petits mangeurs ; certains obèses augmentent de poids lorsqu'ils s'astreignent à des exercices violents, et maigrissent par le simple repos au lit.

Les faits de ce genre suffisent à montrer l'erreur des pathologistes simplistes, qui, appliquant des données mathématiques à un sujet qui n'en comporte pas, fait de la question de l'engraissement un simple calcul de calories. Ajoutons qu'il nous semble aussi vain de vouloir chiffrer, avec M. Bouchard, la proportion de tissus adipeux par une simple formule, uniquement basée sur les variations des deux facteurs, taille et poids ; jamais une formule matématique, si étendue qu'elle soit, ne pourra traduire les données infiniment complexes d'un problème biologique de ce genre ; sachons gré au docteur Leven, après nous avoir exposé les tentatives faites dans cette voie, d'avoir basé ensuite ses recherches uniquement sur l'observation des sujets obèses. Il arrive aux résultats suivants :

Tout obèse est un malade. Ce malade est toujours un dyspeptique, qui présente constamment quelques symptômes nerveux ; à ces symptômes constants, digestifs et nerveux, se joignent des états morbides très divers, bronchite à répétition, coliques hépatiques, entérite mucomembraneuse ; chez l'enfant, végétations adénoïdes ; chez la femme, fibromes utérins ou métrite hémorragique. Pour guérir leur obésité, il faudra soigner l'estomac et la bronchite du premier, l'estomac et les coliques hépatiques du second, l'estomac et l'entérite du troisième, l'estomac et les végétations adénoïdes de l'enfant, l'estomac et l'utérus de la femme.

Dans bien des cas il suffit de rectifier des erreurs du régime alimentaire ou de la vie physique et intellectuelle, pour rendre parfaites les fonctions digestives et, finalement, guérir l'obésité. Chez presque tous les sujets traités par M. Leven, la perte de poids a été de 3 à 4 kilogr. par mois. Il arrive parfois que l'amaigrissement ne commence à se produire que le jour où la nutrition est déjà un peu améliorée. Pendant les deux premiers mois, tous les symptômes s'amendent, mais le poids reste fixe ; au bout de deux mois, il commence à diminuer et continue à baisser jusqu'au retour au poids physiologique. Lorsque la réduction de poids a été obtenue par cette thérapeutique nouvelle, elle demeure définitive parce que la nutrition est restaurée.

E. APERT.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

M. le méd. insp. Claudot, dir. de l'École du serv. de santé mil., a été nommé membre du comité technique de santé, en rempl. de M. Gentit, précédemment nommé médecin insp général et appelé à un autre emploi.

MM. les méd.-majors de 1re cl. Laporte, du 37e d'art., et Chabaneix, du 19e chass. à pied, sont autorisés à permuter entre eux.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

LÉGION D'HONNEUR

A été inscrit d'office au tableau de concours de 1904 :

Pour le grade de chevalier.

M. le méd. de 1re cl. Prigent, méd.-major du *Pascal*.

NOMINATIONS

Sont promus dans le cadre du corps de santé de la marine :

Au grade de méd. en chef de 2e cl.

Les méd. princ. :

M. Laffont, en rempl. numérique de M. Breton, retr.

MM. Trabaud et Cognes, en complément de cadre.

Au grade de médecin principal

Les méd. de 1re cl. :

2e tour (choix) M. Valence, en rempl. de M. Magnon-Pojo, retr.

1er tour (ancienneté) M. Mazet, en rempl. de M. Laffont, pr.

2e tour (choix) M. Labadens, en rempl. de M. Trabaud, pr.

1er tour (ancienneté) M. Menier, en rempl. de M. Cognes, pr.

Au grade de méd. de 1re cl.

Les méd. de 2e cl. :

3e tour (choix) M. Charuel, en rempl. de M. Bavay, déc.

1er tour (ancienneté) M. Dargein, en rempl. de M. Valence, pr.

2e tour (ancienneté) M. Gassien, em rempl. de M. Mazet, pr.

3e tour (choix) M. Rolland, en rempl. de M. Labadens, pr.

1er tour (ancienneté) M. Olivier, en rempl. de M. Menier, pr.

M. le méd. de 2e cl. Coquelin emb. sur la *Meurthe* à Nouméa, en rempl. de M. Guibaud.

RÉSERVE

A été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de méd. de 2e cl. de réserve

M. Degroote, méd. de 2e cl., démiss., et aff. au port de Toulon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAUX PRATIQUES

Séries supplémentaires de juin 1904.

Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries supplémentaires, pour les travaux pratiques mentionnés ci-après, seront formées en juin 1905.

1re année : chimie biologique, histologie, physique et physiologie.

2e année : physique, histologie et physiologie.

3e année : parasitologie, anatomie pathologique et chimie pathologique.

Seront seuls inscrits dans ces séries supplémentaires, après autorisation du Doyen : 1° MM. les étudiants n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière; 2° ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière.

MM. les étudiants qui désirent être admis à accomplir des travaux pratiques dans les séries supplémentaires de juin 1904, devront en faire la demande écrite à M. le Doyen, avant le 31 mai, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux étudiants inscrits.

MANOEUVRES OBSTÉTRICALES

École pratique.

M. Lepage, agrégé, fera sa première démonstration au Grand Amphithéâtre de l'École pratique, le samedi 14 mai 1904, à 6 heures de l'après-midi.

Les démonstrations suivantes auront lieu le samedi à la même heure.

Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le lundi 16 mai, à 5 heures, et se continueront tous les mercredis, vendredis, lundis, à la même heure, pendant six semaines (pavillon n° 5).

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction des moniteurs.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (guichet 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Le droit à verser est de 15 francs.

Les démonstrations du samedi au Grand Amphithéâtre de l'École pratique sont publiques et gratuites.

NOUVELLES

CONCOURS DES HOPITAUX

Médecine

La première épreuve (admission) aura lieu le vendredi 20 mai.

Le jury est composé ainsi qu'il suit :

MM. Merklen, Queyrat, Launois, Guinon, Beault, Cuffer, Widal, Caerrin, Lannelongue.

Nous rappelons que les candidats admissibles après épreuves sont MM. Guillain, Ramond, Gasne, Léon Bernard, Castaigne, Jousset, Bensaude, Griffon, Sainton, Lesné, Loeper, sans compter les candidats dispensés des épreuves d'admissibilité d'après le nouveau règlement.

Consulté par l'administration de l'Assistance publique, relativement au fait d'un candidat qui, à l'admissibilité, avait fait une entorse au règlement en posant une question à sa malade après l'expiration des quinze minutes accordées pour l'examen, le jury vient de décider que le concours ne devait pas être annulé de ce fait.

Le jury a estimé « que la valeur technique des renseignements obtenus par le candidat et le fait de savoir que sa malade urinait ou n'urinait pas la nuit ne lui apportait pas un élément appréciable sur la maladie qui devait faire l'objet de sa dissertation » devant les examinateurs et que « cette irrégularité, la seule commise, n'était pas de nature à modifier la décision du jury ».

En conséquence, M. Mesureur a décidé que l'incident ne comportait aucune suite.

CONCOURS DES HOPITAUX

Chirurgie

Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lenormant et Herbet.

HOTEL-DIEU

(Service de M. le prof. Le Dentu.)

M. Baudet, chef de clinique chirurgicale, commencera, le lundi 16 mai 1904, à 5 heures (amphithéâtre Chomel), une série de dix leçons pratiques de clinique chirurgicale (préparation au 5e examen), et les continuera les lundis et jeudis suivants. Le nombre des élèves pour chaque série est limité. Le droit d'inscription pour une série est de 50 francs. S'adresser à M. Baudet, salle Saint-Landry.

M. Pichevin, chef des travaux gynécologiques, commencera le mardi 24 mai, à 5 heures, une série de dix leçons pratiques de gynécologie à la salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu) et les continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à 5 heures. Le nombre des élèves par série est limité. Le droit d'inscription pour une série est de 50 francs. S'adresser à M. Pichevin, salle Saint-Jean.

NÉCROLOGIE

M. Demange, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Dans le but de faciliter les relations entre le Havre, la Basse Normandie et la Bretagne, il est délivré, jusqu'au 2 octobre, par toutes les gares du réseau de l'Ouest et aux guichets de la compagnie normande de navigation, des billets directs comportant le parcours, par mer, du Havre à Trouville et, par voie ferrée, de la gare de Trouville au point de destination, et inversement.

Le prix de ces billets est ainsi calculé :

Trajet en chemin de fer : prix du tarif ordinaire;

Trajet en bateau : 1 fr. 60 pour les billets de 1re et 2e cl. (chemin de fer) et 1re cl. (bateau); 0 fr. 85 pour les billets de 3e cl. (chemin de fer) et 2e cl. (bateau).

OPHTALMOLOGIE

Rapports des maladies de l'œil avec les affections des organes du voisinage (1)

Par M. E. Valude

Médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Les différents organes ou parties qui composent la tête peuvent présenter des affections capables de retentir très directement sur l'appareil de la vision. Nous décrirons ces rapports, mais aujourd'hui nous laisserons de côté ceux des maladies oculaires avec les affections craniennes et encéphaliques; c'est là un sujet trop étendu à lui tout seul pour être l'objet d'une seule leçon, et d'ailleurs il a été déjà traité par nous (2).

Nous nous bornerons à envisager les relations des maladies de l'œil avec les principales affections des fosses nasales et de leurs cavités annexes, avec les maladies de l'oreille, des dents et de la bouche et, enfin, avec les lésions de la peau du voisinage.

E. Berger, qui a traité à fond et avec une très grande compétence la question des rapports entre les maladies des yeux et celles *du nez*, fait remarquer que l'on voit plus souvent les altérations de la muqueuse du nez se propager vers la conjonctive, que l'on ne trouve dans celle-ci le point de départ d'une affection de la muqueuse nasale. Des maladies du nez se propagent à l'œil, mais la réciproque n'est pas vraie. On n'observe rien du côté de la muqueuse nasale dans les ophtalmies les plus purulentes, tandis que le moindre coryza entraîne de l'hyperhémie conjonctivale et du larmoiement.

Le type de la propagation d'une affection nasale à l'appareil oculaire serait la kérato-conjonctivite phlycténulaire des enfants, qui est considérée par Augagneur comme produite par la contagion directe d'une rhinite impétigineuse. Il est certain que les enfants atteints d'ophtalmie phlycténulaire présentent, ordinairement, du suintement nasal, et du côté même de la localisation oculaire, dans l'immense majorité des cas.

L'ozène, bien que le fait ne paraisse pas démontré à E. Berger, serait pour beaucoup d'observateurs l'origine de propagations infectieuses du côté de l'œil et de l'appareil lacrymal. C'est une conjonctivite très tenace, caractérisée par une certaine tendance des phlyctènes à la suppuration, qui a été décrite par van Millingen et que nous-mêmes avons observée; c'est la dacryocystite chronique qui, si elle n'est pas due à l'ozène, paraît tout au moins dépendre de la même origine; c'est enfin l'infection de la plaie lors des opérations de la cataracte. Il est certainement très aventuré d'opérer de la cataracte des sujets atteints d'ozène, et pour se prémunir contre une infection probable, Eversbusch, en pareil cas, pratique la ligature des points lacrymaux, tandis que d'autres (Haab) en conseillent l'oblitération ignée.

Mais les lésions de propagation ne sont pas les plus importants des rapports qui existent entre les maladies du nez et celles de l'appareil oculaire; d'autres troubles oculaires très marqués sont d'origine réflexe, et on les retrouve dans toutes les affections irritatives de la muqueuse nasale, surtout dans la rhinite chronique hypertrophique et les polypes. Nous verrons que ces mêmes troubles oculaires existent dans les affections des sinus, dans les maladies de l'oreille et même des dents, ce qui confirme leur nature réflexe.

Le plus apparent de ces troubles oculaires est l'injection ciliaire et conjonctivale, qui se traduit par une hyperhémie plus ou moins vive de la conjonctive bulbaire et de celle qui avoisine le limbe scléro-cornéen. Cette hyperhémie entraîne comme conséquence des douleurs variées, profondes et névralgiques, dans le globe, ou superficielles et sous forme de cuisson et de démangeaisons aux bords des paupières. En même temps il existe du larmoiement et du blépharospasme qui constituent la défense de l'œil. Les patients atteints de contracture palpébrale se plaignent d'avoir l'œil rapetissé, et, de fait, il existe un rétrécissement apparent de la fente palpébrale.

A côté de ces phénomènes, les sujets affectés de rhinite chronique ou de polypes du nez présentent, assez souvent, des phénomènes asthénopiques et souffrent du défaut d'amplitude de leur accommodation, que des verres convexes arrivent imparfaitement à corriger. Il existe aussi souvent un symptôme assez spécial, particulier aux rhinites, et aussi, nous le verrons plus tard, aux sinusites : c'est le rétrécissement du champ visuel sans autres signes glaucomateux. D'ailleurs, le glaucome se retrouve également parmi les affections oculaires qui peuvent dépendre d'une affection nasale, ainsi que l'amblyopie sans altération apparente du nerf optique.

Ainsi l'injection ciliaire et conjonctivale, avec les douleurs et les phénomènes de défense oculaire qui en résultent, l'asthénopie, le rétrécissement du champ visuel, l'amblyopie, le glaucome peuvent être directement sous la dépendance d'une affection nasale. On s'est demandé quelle était la pathogénie de tels accidents, et Stock et Ziem, qui les ont beaucoup étudiés, pensaient qu'il s'agissait là de phénomènes de vaso-dilatation, d'hyperémie, dûs à l'engorgement du tissu caverneux des cornets. Le glaucome, aussi bien que l'amblyopie, s'expliqueraient par une congestion du corps ciliaire et du nerf optique. Mais E. Berger fait remarquer, d'une part, la richesse très grande des muqueuses nasale et sinusiennes en fibres nerveuses émanant du trijumeau; d'autre part, ce fait que l'ensemble des troubles oculaires ci-dessus énumérés : l'injection oculaire, l'asthénopie, le glaucome même, reproduit exactement le tableau symptomatique des phénomènes oculaires qu'on observe dans la névralgie du trijumeau. Il en conclut, en somme, que les troubles oculaires d'origine nasale sont la conséquence de l'état d'irritation des organes terminaux du trijumeau et que ce sont des phénomènes réflexes dont l'arc a pour sommet le quatrième ventricule.

Les affections des *sinus*, comme toutes les précédentes et par le même mécanisme réflexe, sont capables d'engendrer les troubles que nous avons énumérés : la réaction conjonctivale et périkératique, l'asthénopie, l'amblyopie réflexe, le rétrécissement du champ visuel et même le glaucome. J'ajoute : même le glaucome, parce que cet accident n'est pas, en général, mentionné par les auteurs comme pouvant être la suite de sinusite et, cependant, j'en ai observé deux cas en concordance avec de la sinusite maxillaire. Dans ces deux cas, le glaucome était monolatéral et se trouvait du côté de la sinusite, fait qui viendrait à l'appui de l'opinion de Ziem, d'après laquelle le glaucome serait dû à une hyperhémie propagée de la région malade voisine à l'appareil oculaire.

A côté de ces troubles oculaires communs à toutes les sinusites, existent les manifestations spéciales à chacune d'entre elles, et, pour les sinusites frontales, maxillaires et ethmoïdales, il faut noter la façon différente dont elles envahissent la cavité orbitaire et déplacent le globe oculaire, lorsque l'empyème sinusien tend à se faire jour de ce côté.

(1) *Bulletin médical*, 1904, n°s 19, 23 et 27.
(2) V. *Bulletin méd.*, 18 juillet 1897.

La sinusite frontale s'ouvre dans l'orbite à la partie supéro-interne de l'ouverture de cette cavité, et elle se manifeste sous l'aspect d'une tuméfaction arrondie disparaissant sous le rebord orbitaire au-dessous de la tête du sourcil. L'œil, légèrement protrusé en avant quelquefois, est surtout déjeté en bas et en dehors. La sinusite maxillaire gagne du côté de l'orbite à travers le plancher osseux très mince qui sépare cette cavité de l'antre d'Highmore. L'ouverture se fait ordinairement assez en arrière du globe et il en résulte une protrusion en avant de l'œil qui est un peu reporté en haut. C'est dans la sinusite maxillaire que se voient, plutôt que dans les autres sinusites, des accidents graves de phlegmon diffus de l'orbite, qui tiennent probablement à la rapidité avec laquelle l'infection a pu se frayer un passage à travers la faible barrière opposée par le plancher orbitaire. La suppuration des cellules ethmoïdales, lorsqu'elle envahit l'orbite, se manifeste sous la forme d'une tuméfaction mollasse et arrondie, située précisément à la partie interne de l'ouverture orbitaire et juste au-dessus de la région du sac lacrymal. Cette situation ne permet pas de confondre la sinusite ethmoïdale avec une tumeur lacrymale qui, elle, se trouve toujours plus bas, au-dessous d'une ligne horizontale passant par la fente palpébrale. L'œil, dans ces cas-là, est repoussé latéralement en dehors.

Dans les affections du sinus sphénoïdal il n'existe pas de propagation infectieuse à l'orbite, mais il se produit parfois une réaction toute différente et très particulière sur l'appareil de la vision. On sait que le canal optique, par où le nerf optique sort du crâne, est creusé dans le sphénoïde et placé à la limite supéro-externe du sinus sphénoïdal. Or, des recherches anatomiques, faites par E. Berger, lui ont permis d'établir que la paroi qui sépare le sinus du canal optique est très mince et même que cette paroi présente parfois des solutions de continuité qui font que la gaîne du nerf optique est directement recouverte par la muqueuse du sinus. On comprend alors avec quelle facilité les processus inflammatoires peuvent se propager du sinus sphénoïdal vers le nerf optique, et comment un simple rhume peut occasionner de la névrite ou mieux de la périnévrite rétrobulbaire et menacer la vue. En effet, une atrophie plus ou moins complète du nerf optique peut en être la conséquence. Dans un même ordre d'idées, c'est à la compression du nerf optique dans le canal optique, par des anomalies de développement du sphénoïde, que E. Berger attribue l'atrophie optique de croissance, ou maladie de Leber, qui survient chez les jeunes gens de dix-huit à vingt ans, au moment où est terminée la croissance du sphénoïde.

Les maladies *de l'oreille* peuvent donner lieu aux mêmes réflexes oculaires que les maladies du nez, à la même infection cilio-conjonctivale, aux mêmes troubles visuels. Mais, en outre, on observe certains phénomènes spéciaux, comme le nystagmus, qui se voit dans la maladie de Ménière et dans les affections du labyrinthe. Ici on constate aussi de la déviation conjuguée des yeux.

Dans les suppurations profondes de l'oreille et en particulier dans la suppuration des cellules mastoïdiennes, l'apparition de phénomènes oculaires : troubles visuels, diplopie, démontre que l'infection a dépassé son foyer initial, qu'elle a gagné le sinus latéral ou les méninges. Les rapports des signes oculaires avec la lésion de l'appareil auditif sont directs et d'une importance extrême. Même il est parfois possible, en pareille circonstance, alors qu'il n'existe encore aucun trouble visuel, par l'examen ophtalmoscopique, de prévenir l'envahissement méningé ou plutôt d'en reconnaître l'imminence, ce qui peut offrir un grand intérêt pratique au point de vue d'une détermination opératoire. Je me souviens d'avoir, avec le D[r] Luc, examiné un jeune malade atteint de suppuration des cellules mastoïdiennes et chez lequel le retentissement cérébral se présentait comme douteux. L'examen ophtalmoscopique me montra une certaine hyperhémie de la papille optique, sans qu'on put dire qu'il s'agissait de névrite confirmée et, d'ailleurs, la vision n'était nullement altérée. Je considérai que cette hyperhémie papillaire témoignait d'un embarras dans la circulation de voisinage, ce qui nous donna à penser que le foyer d'infection n'était pas éloigné de la cavité encéphalique. En fait, l'exploration opératoire prouva que le sinus latéral était dénudé et que la circulation veineuse intracranienne avait souffert de cette atteinte.

Les maladies *des dents*, depuis longtemps, sont reconnues capables d'occasionner des troubles oculaires réflexes variés, qui sont encore les mêmes que ceux que nous avons énumérés plus haut. Mais ici la fréquence de ces manifestations oculaires est assez grande. L'hyperhémie kérato-conjonctivale et l'asthénopie sont les symptômes oculaires dominants qui accompagnent les affections dentaires. Mooren a signalé des accès de glaucome au cours des rages de dents.

Presque toujours, sans aller jusqu'au glaucome, les accès douloureux dentaires provoquent des douleurs oculaires, et, réciproquement, les iridocyclites retentissent jusque sur les dents sous la forme de névralgies.

Il existe aussi des manifestations infectieuses oculaires, ou plutôt orbitaires, provenant directement ou indirectement de la carie dentaire ou de la périostite alvéolo-dentaire. Généralement la dent cariée est génératrice d'une sinusite maxillaire, laquelle peut donner lieu à un abcès orbitaire. D'autres fois, une thrombo-phlébite orbitaire se forme directement par infection du plexus veineux ptérygoïdien.

C'est aussi par ce dernier mécanisme que certaines maladies *de la bouche*, le phlegmon amygdalien en particulier, peuvent provoquer l'apparition de phénomènes infectieux du côté de l'orbite. Grâce aux anastomoses du plexus ptérygoïdien et de la veine ophtalmique inférieure, on comprend que des angines phlegmoneuses, des amygdalites suppurées, puissent provoquer une infection grave de l'orbite, la thrombo-phlébite orbitaire.

Dans les plus communes des maladies *de la peau* du voisinage de l'œil, l'eczéma, le cancroïde, le lupus, la lèpre, on ne peut pas dire qu'il y ait retentissement oculaire véritable, car les manifestations de ces maladies sur l'œil sont aussi souvent primitives que secondaires au développement d'un foyer voisin.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'eczéma impétigineux des enfants. A la vérité, il peut bien survenir de la kérato-conjonctivite phlycténulaire simultanément avec des plaques d'impétigo à la face, mais souvent aussi l'apparition de ces manifestations oculaires est réellement secondaire à la lésion cutanée et occasionnée par une véritable inoculation de celle-ci. Les enfants mal surveillés et malproprement tenus, qui sont porteurs de lésions impétigineuses de la face, emportent par le grattage, dans leurs ongles longs et tranchants, la matière d'une inoculation facile aux bords palpébraux de la conjonctivite. Des soins de propreté rigoureuse des mains, chez certains eczémateux, nous ont parfois suffi pour enrayer le développement de blépharites, de conjonctivites tenaces.

Une affection cutanée du voisinage

de l'œil, la *pelade*, paraît avoir une action directe et plus particulière sur l'organe de la vision. On sait que la pathogénie de cette singulière affection est encore l'objet de vives controverses, et que sa nature n'est pas encore élucidée, les uns la considérant comme parasitaire, et d'autres comme une affection d'origine nerveuse. En tous cas, à notre point de vue spécial, nous devons noter que Muller a démontré, chez les peladiques, la coexistence de certains troubles de l'innervation de l'œil, tels que la ptose, l'inégalité pupillaire, des phénomènes subjectifs de macropsie, de micropsie, de la paralysie accommodative. D'autre part, Frölich a publié deux observations d'un tout autre ordre, et dans lesquelles l'alopécie en aires s'était compliquée de lésions oculaires profondes d'irido-choroïdite grave; Magnus avait déjà cité la kératite parenchymateuse comme liée avec la même maladie.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Les névroses dans le milieu scolaire, Réactions réciproques entre élèves et maîtres au point de vue des influences morales (1)

Par M. le Dr P. Le Gendre

Médecin de l'hôpital Lariboisière, président de la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire

Une école, une classe est comme un être vivant, un organisme dont les divers éléments sont solidaires et réagissent les uns sur les autres.

L'action du maître sur les élèves est double : tout maître, digne de ce nom, cherche, par un effort conscient, à modeler leurs volontés à l'image de son idéal; mais il exerce aussi involontairement une influence par sa manière d'être physique, par tout ce qu'il dit et tout ce qu'il fait, par son caractère et par ses maladies.

Les élèves exercent incontestablement les uns sur les autres des actions réciproques par leurs maladies comme par leurs caractères.

Mais il y a aussi une action des élèves sur les maîtres. Si ceux-ci ne reçoivent qu'exceptionnellement de leurs élèves des contages morbifiques, ils leur doivent incessamment des impressions d'ordre nerveux, plus souvent, par malheur, pénibles qu'agréables. La connaissance de ces impressions doit être l'objet des préoccupations des pédagogistes. Car les aspirants au professorat seront utilement avertis, dans les Écoles Normales, du soin avec lequel ils devront se défendre contre les réactions fâcheuses qu'ils pourraient involontairement opposer aux agressions morales conscientes et aux influences nerveuses inconscientes exercées par leurs élèves sur eux.

Il y a là un domaine où la physiologie confine à la pathologie et où l'alliance des pédagogistes et des médecins serait appelée à donner les plus heureux résultats.

Parmi les maladies nerveuses fréquentes dans l'enfance, la *chorée* de Sydenham ou danse de Saint-Guy, dans ses formes aiguës, dites rhumatismales, quoi qu'elle soit probablement liée surtout à l'évolution de la croissance, ne permet pas le séjour de l'élève dans l'école, puisqu'elle le rend incapable de travailler et nécessite le traitement à domicile. Elle n'est donc pas à prendre en considération au point de vue de la contagion nerveuse entre élèves.

Mais, au point de vue des rapports entre l'élève et le maître, il est bon de signaler que, dans la période prodromique de la chorée, avant l'apparition des mouvements désordonnés qui ne peuvent plus échapper à l'attention de l'entourage, existe souvent une période où l'enfant est troublé dans ses facultés intellectuelles, distrait, incapable d'écouter et de suivre les explications, incapable de garder, je ne dis pas l'immobilité, impossible à la plupart des enfants, mais même la tranquillité relative nécessaire à la discipline. Le maître, s'il ne soupçonne pas la possibilité de cette période prodromique de la névrose latente, sera agacé au plus haut point par l'inattention croissante, le besoin de plus en plus accentué de se remuer qu'il constatera chez un enfant jusque là semblable aux autres et qui ne lui paraîtra pas encore malade; de là des réprimandes et des punitions, justifiées au point de vue de la discipline, mais imméritées, qui rendront encore l'enfant plus nerveux jusqu'au jour où l'explosion des mouvements incoordonnés sera évidente.

Quant à cette névrose si répandue qu'on appelle les *tics nerveux*, elle doit être envisagée du côté de l'élève et du côté du maître. Il n'y a presque pas d'enfant à notre époque et dans la population des villes qui n'ait quelque tic à une période quelconque de sa croissance. Si l'enfant n'a qu'un tempérament modérément nerveux, les tics sont peu accusés, mobiles, se succèdent, se transforment et disparaissent. Dans le cas d'hérédité névropathique chargée, ils s'invétèrent sous une forme localisée, immuable, parfois risible, et un tel spectacle est souvent d'un très fâcheux effet sur les condisciples voisins du tiqueur. La contagion des tics par imitation est indéniable. Les médecins admettent aussi généralement que les remontrances, objurgations et punitions, loin d'améliorer les tics, les empirent. Les maîtres doivent donc être prévenus que leur rôle n'est pas de gronder les enfants au sujet de leurs tics ; ils doivent seulement les signaler aux médecins. Un enfant tiqueur à un haut degré, pouvant exercer une mauvaise influence sur les autres, doit être écarté de l'école temporairement et traité au moyen de la rééducation des mouvements, entreprise aujourd'hui avec succès par les médecins.

Mais les tics se voient aussi trop souvent chez les adultes et les maîtres n'en sont pas exempts; il s'agit alors de tics invétérés datant de l'enfance, les uns très peu accusés et qui peuvent passer inaperçus des élèves. Quelques-uns, malheureusement, affectent une forme et une intensité si choquantes qu'ils attirent inévitablement l'attention des élèves et provoqueront de la part de ceux-ci la moquerie, chez plusieurs même sans doute l'imitation d'un tic analogue par suggestion visuelle. Un candidat à l'École normale, atteint d'un tic de ce genre, me paraît devoir être écarté, s'il n'arrive pas à en guérir.

L'épilepsie est, évidemment, incompatible avec la fonction de professeur. Non seulement la forme convulsive du mal comitial, qui exposerait les enfants à un des spectacles les plus terrifiants pour de jeunes cerveaux impressionnables, mais les formes atténuées, le vertige, l'absence même la plus courte, sont de nature à faire écarter de l'enseignement le jeune homme qui en serait atteint. On sait combien les formes larvées de l'épilepsie sont difficiles à diagnostiquer; l'incontinence nocturne d'urine, les morsures de la langue et les ecchymoses sous-conjonctivales périodiques et inexpliquées sont des symptômes dont on peut tirer parti pour le diagnostic. Cependant, un candidat à l'enseignement, atteint d'épilepsie larvée, peut avoir échappé à la sagacité du médecin chargé de l'examen physique d'aptitude. Si la névrose se révèle après que le maître est entré en fonctions, on ne doit plus hésiter à le réformer, n'eût-il que des attaques faibles et espacées.

Aucun médecin n'ignore combien l'état mental des épileptiques est fécond en fâcheuses surprises, avec quelle soudaineté ils sont portés, par d'irrésistibles impulsions, à des actes de violence ou d'obscénité; ceux même qui ne présentent pas d'accès impulsifs ont, en général, un caractère sombre, sournois, vindicatif.

L'hystérie est moins indiscutablement rédhibitoire. Chez la femme elle est si fréquente qu'on aurait, sans doute, de la peine à recruter le personnel enseignant des collèges et écoles de filles, si on écartait des Écoles Normales toute jeune fille présentant quelques stigmates d'hystérie ou ayant eu, à un moment quelconque, une attaque de nerfs. Il y a donc lieu de faire des distinctions soigneuses entre les nombreuses formes cliniques de l'hystérie. On ne peut accepter comme maîtresses de classes des filles sujettes aux grandes attaques hystéro-épileptiques, ni même celles qui ont fréquemment de petites attaques convulsives ou syncopales. Le

(1) Extrait d'une conférence inédite faite au Congrès international d'hygiène scolaire de Nuremberg.

spectacle de ces crises serait certainement capable de provoquer chez les élèves des crises de même ordre. Il faut aussi considérer comme fort dangereuses celles qui, n'ayant que de rares convulsions ou même n'ayant que des stigmates d'anesthésie sensitivo-sensorielle, ont présenté des paralysies ou des contractures d'une certaine durée ou récidivantes. Plus dangereuses encore sont celles chez qui se révèle l'état mental particulier, dont les traits ont été si bien fixés par nos maîtres de l'École neuro-pathologique française, les Briquet, les Lasègue, les Charcot. Ne relève-t-on pas chez ces hystériques des tares morales et affectives du plus fâcheux exemples : le goût du mensonge, même inutile, la vanité exaspérée, la jalousie, l'humeur querelleuse, l'imagination romanesque, poussée jusqu'au degré le plus invraisemblable, la coquetterie la plus effrénée ? Quels déplorables résultats peut avoir et n'a eu, à vrai dire, que trop souvent l'aveuglement des parents ou de directrices d'institutions, qui avaient confié l'éducation de jeunes filles à quelqu'une de ces hystériques cérébrales !

Quant à l'hystérie masculine, elle est moins fréquente, sans doute, dans le monde des jeunes gens qui se destinent à l'enseignement que dans la classe ouvrière où l'alcoolisme précoce, la misère, les traumatismes et les intoxications professionnelles sont des causes si puissantes de perturbations hystériques du système nerveux.

Les jeunes gens qui aspirent à être instituteurs ou professeurs sortent, le plus souvent, de la classe rurale et de la petite bourgeoisie des villes, où les conditions génératrices de l'hystérie sont moins nombreuses. Il faut encore compter, pourtant, avec l'hérédité nerveuse dans certaines familles, avec les infections de l'enfance, avec le surmenage nerveux de la préparation aux examens et aux concours qui, de temps en temps, engendrent l'hystérie de l'adolescence. Toutefois l'hystérie masculine, dans ces conditions, n'affecte que rarement les formes bruyantes de l'hystérie féminine convulsive ; mais elle aurait encore un grand inconvénient, chez un maître, sous les formes psychiques, telles que l'extrême instabilité d'humeur, la jactance ridicule et surtout les perversions du sens génital

La présence d'enfants hystériques, à un degré accentué, dans une classe, est fort préjudiciable à leurs condisciples ; leur esprit de mensonge et d'intrigue risque d'autant plus de développer, chez les autres enfants, des défauts semblables, que ces hystériques ont souvent des qualités séduisantes qui leur donnent un fâcheux ascendant sur leurs camarades. Les maîtres doivent les soumettre à une surveillance étroite et ne pas mettre auprès d'eux les enfants naïfs et crédules.

Pour la *neurasthénie*, l'influence qu'elle peut avoir dans les rapports entre maîtres et élèves est affaire de degré. Il y a peu de jeunes gens qui ne traversent, au cours de leurs études, des périodes d'asthénie, conséquence d'une croissance trop rapide, d'un travail disproportionné à leurs forces. Ces troubles, s'ils sont peu durables et ne récidivent pas, ne sont pas de nature à écarter un candidat au professorat. Mais, quand il s'agit de jeunes gens issus de familles névropathiques, précocement atteints de neurasthénie à rechutes fréquentes et prolongées, il n'y a aucun fond à faire sur leur valeur comme éducateurs. Ou bien ils seront incapables, malgré leurs efforts, de donner la somme d'énergie nécessaire à l'enseignement, ou bien, toujours enclins à se plaindre et à se faire plaindre, ils se laisseront aller à prendre pour confidents de leurs innombrables malaises les jeunes gens confiés à leurs soins ; aux uns ils paraîtront ridicules, et près de ceux-là perdront toute autorité morale ; aux autres ils suggéreront l'habitude fâcheuse d'analyser incessamment toutes leurs sensations physiques, et les achemineront à leur tour vers la nosomanie et l'hypochondrie.

Outre les maladies nerveuses proprement dites, acquises antérieurement à l'exercice des fonctions professorales, il faut envisager celles qui prennent naissance au cours même de ces fonctions et sous l'influence même de celles-ci. On voit des maîtres qui avaient abordé sans tares nerveuses apparentes l'exercice de leur profession et qui, au bout de quelques mois ou de quelques années, se révèlent névropathes avérés, dont les troubles nerveux vont croissant d'année en année au point de les rendre, un jour, impropres à leurs fonctions.

Il en est chez lesquels la névrose découle de circonstances étrangères à leur profession, et auxquelles tous les hommes sont exposés : chagrins de famille, perte d'enfants, disproportion entre les ambitions secrètement caressées et la lenteur, l'insignifiance des résultats acquis, les difficultés de l'avancement, la mesquinerie d'une existence où les privations sont incessantes.

Chez d'autres, c'est la profession même qui engendre la perturbation nerveuse soit qu'il s'agisse d'une désillusion professionnelle, le jeune maître ayant rencontré, dans la mise en pratique des notions pédagogiques théoriques apprises à l'École normale, des difficultés qu'il ne soupçonnait pas aussi grandes, soit qu'il y ait un excès de travail intellectuel et physique.

A un degré variable, tous les maîtres connaissent ces périodes de fatigue, qui leur font trouver, à certains moments, le fardeau de la classe trop lourd. C'est à l'approche des examens, quand ils ont dû fournir une somme d'efforts exceptionnelle pour entraîner des élèves fatigués eux-mêmes. A ce moment, la fatigue se traduit par une irritabilité plus grande, une vision moins claire du caractère de chaque élève ; la discipline paraît plus difficile à obtenir ; les explications sont moins lucides.

Ce qui produit surtout cette fatigue, ce sont les classes trop nombreuses, les programmes trop chargés. La fatigue du maître et celle des élèves s'additionnent ; elles mettent en saillie les défauts des uns et des autres ; ils se prennent presque en aversion. La classe qui était, à une autre époque, sinon un plaisir pour tous, au moins acceptée avec assez d'entrain par la plupart, devient une corvée. Heureusement cette crise de fatigue arrive peu avant l'époque des vacances et de la séparation, et quand cette heure de délivrance va sonner, de part et d'autre un soulagement se fait sentir ; on se pardonne et on se quitte bons amis.

Dans les classes dont les élèves se préparent à certains concours où le nombre des places est très restreint, l'effort énergique, le « coup de collier » est donné de bonne heure, sans mesure. Dès le mois de janvier s'allume la « fièvre du concours » et les élèves se surmènent ; trop souvent les maîtres, loin de les modérer, se laissent entraîner par l'ardeur des candidats et oublient que la prudence commanderait de ménager les forces de cette jeunesse trop confiante en elle-même. D'ailleurs, l'amour-propre des maîtres est en jeu aussi, puisque celui dont les élèves triomphent retire de cette victoire un éclat personnel, et c'est souvent le maître lui-même qui stimule sans trêve l'ardeur de son équipe. Il ne songe pas alors que, parmi ceux qui gagneront le laurier, il en est qui le payeront d'un épuisement nerveux prolongé ou définitif, et que d'autres, même sans avoir triomphé et pour avoir seulement essayé de le conquérir, trébucheront et tomberont fourbus dans l'arène.

Il faut donc prévenir ce mauvais emploi des forces de la jeunesse, en évitant cette réaction réciproque d'exaltation au travail. Il faut faire comprendre aux maîtres que leur rôle n'est pas alors d'exciter, mais de modérer, et d'expliquer aux jeunes présomptueux que tout effort demande un entraînement méthodique, que chaque jour il faut accorder à « la bête » une quantité suffisante de repos, si on ne veut pas qu'elle s'affaisse sous son cavalier. Il appartiendra au médecin d'ordonner à l'heure opportune l'hydrothérapie et les autres soins d'hygiène physique qui soutiennent le système nerveux et en augmentent la résistance.

Parmi les *caractères de maîtres* qui exercent sur le système nerveux des enfants une influence nuisible, il en est de types très divers.

L'un, sujet à la colère à un degré morbide, donne, à la moindre incartade d'un écolier, le spectacle répugnant ou ridicule d'un homme hors de lui, ne se possédant plus, roulant des yeux furibonds, vociférant et balbutiant des injures.

Cet autre, susceptible à l'excès, se croit atteint dans sa dignité pour une vétille, et, incapable de proportionner la punition à l'importance de la faute commise, fausse le sentiment de la mesure et de

l'équité dans l'esprit des enfants. On en a vu qui, incapables de se dominer et se croyant insultés par un de leurs élèves, se sont oubliés jusqu'à s'élancer de la chaire pour se colleter avec l'insulteur et l'expulser de leurs propres mains.

Il en est qui, tâtillons et pointilleux, harcèlent les écoliers de critiques incessantes, de reproches trop fréquents, s'exposant, suivant les caractères des enfants, à les terroriser ou à les révolter. Tel maître, ayant à un degré déjà accentué la tournure d'esprit morbide qui aboutit au délire de persécution, croit à une conspiration de tous ses élèves ou de certains d'entre eux ; comme on le voit dans le vrai délire de persécution, se croyant persécuté, il devient persécuteur et accable ses écoliers de punitions incessantes et imméritées. Par réaction, un tel maître peut faire naître parmi les enfants le besoin des complots contre lui. J'ai le souvenir d'une classe qui était devenue, dans ces conditions, un enfer pour le maître et pour les élèves, jusqu'au jour où les plaintes des familles obligèrent l'administration hésitante à éloigner ce professeur, qui était un malade au point de vue mental, quoique d'ailleurs savant éminent. Car il est arrivé que des chefs d'établissement scolaire aient, par un scrupule honorable, mais cependant blâmable au point de vue pédagogique, hésité à briser la carrière d'un maître ainsi malade en le dépossédant de sa chaire.

N'avez-vous pas connu cet autre maître, malheureux dans sa maison et sa famille, qui, aigri par ses incessants tracas domestiques, arrive en classe hérissé comme un porc-épic et prêt à déverser sa colère sur ses élèves qui n'en peuvent mais ?

A l'autre pôle des incorrections du caractère est ce maître « bon enfant », trop bon enfant, tout disposé à être trop familier avec ses élèves, leur contant ses affaires les plus intimes, sujet à des lubies parfois bouffonnes, qui devient la risée de ce petit monde si vite disposé à l'irrespect.

Il n'est pas jusqu'au maître trop mélancolique qui ne puisse exercer sur les enfants une influence fâcheuse. Comme le dit justement M. Leygues, un de nos derniers ministres de l'instruction publique, dans son livre « l'Ecole et la Vie » : « L'école n'est pas un lieu d'exil et de pénitence. Il faut y éveiller la vie, en chasser la tristesse qui pèse si lourdement sur l'esprit et sur le cœur ; rien n'est plus sain et plus moral que la joie ; rien n'est plus profitable que le travail accompli avec contentement. »

A toutes les perturbations nerveuses qui peuvent résulter des actions et réactions morbides entre élèves et maîtres, quels remèdes opposer ?

Du côté des maîtres, il faut écarter des Ecoles Normales tous les candidats atteints de tares nerveuses importantes. Pendant leur temps d'école, il ne faut pas les laisser se surmener ; pour cela, il faut leur réserver une somme d'heures suffisante pour la vie physique ; il faut les obliger à une pratique incessante de l'hydrothérapie, en installant partout les appareils nécessaires dans les conditions les meilleures.

Du côté des élèves, il faudrait diminuer la surcharge des programmes, améliorer, en les simplifiant, les méthodes pédagogiques. C'est encore par l'hydrothérapie (obligation des douches tièdes ou froides, des bains fréquents) que nous pouvons espérer faire diminuer les troubles nerveux chez les élèves. A l'approche des examens et des concours, il faut imposer un redoublement de soins d'hygiène physique, et les directeurs d'établissements scolaires doivent modérer l'ardeur des maîtres et des élèves.

Mais, pour dépister et prévenir les contagions de tout ordre, pour maintenir l'équilibre nerveux entre élèves et maîtres, le médecin scolaire, instruit et spécialisé, m'apparaît comme le régulateur nécessaire de ce microcosme vivant qu'est une classe, une école.

SOCIÉTÉ FRANCAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session annuelle (*Suite et fin*).

Néoplasme du larynx traité avec succès par les rayons de Rœntgen

MM. Béclère et Viollet (Paris). — Nous avons observé, en novembre 1903, un homme âgé de cinquante et un ans, et présentant les symptômes suivants : tumeur de la paroi latérale gauche du larynx, ne paraissant pas ulcérée, mais bombant fortement dans la cavité laryngée, dissimulant une notable partie des cordes et débordant même les replis arythéno-épiglottiques du côté malade pour s'étendre à la paroi voisine du pharynx, adénite juxtalaryngée gauche du volume d'une petite noix, mobile sous les téguments ; dysphagie, amaigrissement de 18 livres en deux mois, voix très altérée. MM. Chauffard, Béclère, Launay et Viollet portèrent le diagnostic de cancer, mais il n'y eut pas d'examen histologique.

Le malade fut adressé par M. Chauffard à M. Béclère, pour être soumis à la radiothérapie. Le 25 décembre, M. Viollet constatait une ulcération ; deux mois après diminution notable de la tumeur, disparition de l'adénite. Actuellement, il ne reste, à la place de la tumeur, qu'une sorte d'excavation cicatricielle au centre de laquelle on reconnaît l'arythénoïde gauche, qui a été comme abrasé ; l'immobilité de la moitié gauche du larynx seule persiste, l'adénite a disparu ; le malade a engraissé de 16 livres. Aucune dysphagie.

Le malade a été soumis par M. Béclère à l'action des rayons X, du 1er au 12 décembre 1903, les 23, 25, 26 et 28 décembre 1903, du 1er au 31 janvier 1904, du 7 au 29 mars 1904.

Instruments : bobine d'induction de 35 centimètres d'étincelle, courant primaire, 6 ampères et 70 volts, ampoule à osmo-régulateur de Villard, étincelle équivalente.

La distance de la paroi de l'ampoule à la peau était de 15 centimètres ; pendant la première période de traitement le côté gauche et le côté droit du cou ont été alternativement exposés ; pendant les périodes suivantes, le côté malade l'a été seul ; la durée des séances était de 15 minutes, pendant les trois premières périodes de traitement, de dix minutes seulement pendant la dernière ; les interruptions dans la cure ont été nécessitées par des incidents de radiodermite superficielle ayant provoqué de la rubéfaction ou de la vésication.

Il n'a été publié, jusqu'ici, qu'un seul cas comparable ; c'est celui d'un avocat atteint de tumeur laryngée, diagnostiquée cancer et traitée avec le même succès par M. Scheppegrell.

Recherches sur l'audition

MM. Castex et **Lajaunie** communiquent les résultats d'une nouvelle série d'expériences qu'ils ont faites sur le champ auditif, dans le but de contrôler celles qu'ils ont déjà publiées l'année dernière.

Pour les deux voix, haute et chuchotée, la portée auditive est sensiblement la même aux deux oreilles, droite et gauche. Cette portée varie beaucoup, selon les sujets à oreille normale. En outre, elle paraît augmenter par les temps brumeux et dans les grands espaces. C'est ainsi que la voix haute, perçue à 50 mètres, et la voix chuchotée, perçue à 20 mètres sur le champ de courses du Bois de Boulogne, ne le sont plus qu'à 30 mètres et à 15 mètres entre les quatre murs d'un jardin particulier à Paris. C'est dans la direction transversale, à droite et à gauche, que l'on entend le mieux.

L'audition est un peu plus vive quand la voix vient de l'arrière que quand elle vient de l'avant. Cette petite différence, de un mètre en moyenne, peut s'expliquer par la direction du conduit auditif externe qui regarde un peu en arrière.

Les mensurations diverses prises par MM. Castex et Lajaunie leur ont fait dessiner un tracé qui est le champ auditif des deux oreilles. Ce tracé se compose, pour un même sujet, de deux courbes ellipsoïdes, en partie superposées. La courbe s'éloigne surtout vers la droite et la gauche du sujet en expérience. Il sera intéressant de voir ce que deviennent ces graphiques pour les sujets otoscléreux ou hystériques.

Laryngotomie

M. Castex expose quelques points de technique d'après un certain nombre de laryngotomies pour épithéliomas et tuberculoses.

Dans tous les cas, il s'est efforcé d'évi-

ter l'emploi de la canule à trachéotomie, car il lui reproche : de gêner l'opéré pour expulser complètement le sang et les mucosités qui encombrent sa trachée, de provoquer la toux en agaçant la muqueuse trachéale, enfin, d'être une cause d'infection.

Il pratique d'habitude la laryngotomie verticale médiane sous chloroforme et sans trachéotomie préalable. La section du cartilage thyroïde et des deux membranes thyro-hyoïdienne et thyro-cricoïdienne, assure un accès suffisant dans le larynx.

Quand les deux valves du thyroïde sont tenues par deux écarteurs à griffes, il faut attendre un moment pour que l'opéré puisse évacuer sa trachée. Ensuite on procède à l'ablation des lésions avec le thermo ou le galvano-cautère.

A ce moment de l'opération, la tête du malade est mise dans l'attitude de Rose, pour que la salive n'inonde pas le champ opératoire.

M. Castex évite de dénuder les valves du thyroïde, dans le double but de les préserver d'une fracture pendant l'opération en les laissant doublées, et d'utiliser les tissus d'enveloppe pour recevoir les catguts, qui tiendront rapprochées les deux moitiés du cartilage.

Pendant les premières vingt-quatre heures seulement, l'opéré reste couché sans oreiller pour que la salive ne glisse pas dans le larynx.

M. Castex reconnaît que, dans certains cas, la canule est indispensable ou qu'on peut être forcé de la mettre quelques heures après l'opération; mais, en comparant les résultats obtenus par lui selon les deux pratiques différentes, il conclut qu'il serait désirable de renoncer à la canule dans les laryngotomies, et que sa suppression est chose faisable.

M. Jacques (Nancy) a opéré l'extraction d'une *agrafe enclavée dans le larynx par la laryngotomie intercricothyroïdienne*, chez une fillette de cinq ans. L'étroitesse des voies commandait l'intervention externe. Cette opération simple, bénigne, n'exige pas la trachéotomie préalable et donne, même chez les enfants, un jour suffisant pour permettre l'extraction des corps étrangers enclavés dans la glotte.

Dans un autre cas, il dut pratiquer la laryngotomie intercricothyroïdienne pour une *ankylose cricothyroïdienne bilatérale consécutive à une trachéotomie haute* chez un spécifique, opéré d'urgence quatorze ans avant, et qui n'avait pu être décanulé. La canule, agissant comme corps étranger, avait provoqué une ankylose des cordes vocales. Cela vient à l'appui de l'opinion de M. Moure, sur les inconvénients tardifs des trachéotomies hautes.

M. Ruault ne croit pas que la trachéotomie haute soit une mauvaise opération, mais il faut employer des canules courtes.

M. Chavasse (Paris) a pratiqué d'urgence la *laryngotomie intercricothyroïdienne* et, plus tard, la *thyrotomie avec résection de la corde vocale droite*, chez un malade syphilitique atteint de tuberculose laryngée avec périchondrite et infiltration diffuse du larynx. Le traitement spécifique améliora la périchondrite, mais contre l'infiltration et les masses végétantes tuberculeuses on dut pratiquer la thyrotomie avec curettage de la cavité laryngée. Très grande amélioration, survie de dix-huit mois; le malade, qui se croyait guéri, fut emporté par une hémoptysie foudroyante.

M. Molinié (Marseille) a pratiqué la *laryngectomie totale* pour un carcinome, chez un homme de soixante-trois ans. Le malade, guéri chirurgicalement, succomba à une broncho-pneumonie due, sans doute, à une infection opératoire ou post-opératoire. On doit, pour ces opérations, observer l'asepsie la plus stricte, éviter l'introduction du sang dans la trachée et veiller à l'asepsie post-opératoire du local et du personnel.

Sur deux faits de complications endo-craniennes d'otite moyenne suppurée

M. Bonain (Brest). — Ces deux observations sont intéressantes à deux points de vue différents. Dans la première, il s'agit d'une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne, ayant suivi de près un électro-diagnostic de paralysie faciale, chez un malade opéré deux mois auparavant pour otorrhée et mastoïdite chronique. La mort, survenue dans les quarante-huit heures, fut naturellement attribuée, par la famille du malade, à l'emploi, pourtant bien innocent, de l'électricité. Les altérations vasculaires sont certainement les seules coupables en la circonstance. Mais on peut se demander si, en dehors des causes habituelles des altérations vasculaires, il ne faut pas incriminer l'infection otogène de longue durée.

L'intérêt de la seconde observation réside dans la rareté des lésions observées et dont le diagnostic précis était difficile, sinon impossible : thrombose adhésive du sinus droit, avec vacuité du sinus latéral correspondant à l'oreille droite atteinte d'otorrhée et de mastoïdite condensante; enfin, leptoméningite suppurée de l'hémisphère cérébral opposé.

Traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien

M. Caboche (Paris). — Avant de trépaner, je fais la résection de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif membraneux. Ainsi la partie antérieure n'est pas décollée par l'écarteur, et on a plus de jour pour l'évidement. Tous les jours on fait un pansement par des insufflations de poudre d'acide borique stérilisée.

Sur treize cas je n'ai eu qu'un échec; un autre malade est encore en traitement. La guérison est rapide, elle varie de six semaines à quatre mois.

Cette méthode est simple: elle supprime les infections secondaires et les douleurs intenses dues au tamponnement, et elle active l'épidermisation.

M. Lermoyez. — Il faut distinguer les cas. Un procédé bon pour les suppurations à froid, ne l'est pas lorsqu'on a affaire à des cas à chaud. Cette méthode peut donner lieu à des cloaques et à des cholestéatomes.

Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique

MM. Lannois et Ferran (Lyon). — H..., trente-huit ans. Après dix jours de douleurs violentes dans O.G., écoulement qui soulage d'abord. Puis la douleur reparaît dans l'oreille, et en même temps diplopie par paralysie du moteur oculaire externe du même côté. Insuffisance de l'écoulement et incision d'un gros gonflement en haut et en arrière. Guérison parallèle, en trois semaines, de l'otite et de la paralysie de l'abducteur. A aucun moment il n'y eut de symptômes pouvant faire penser à une participation de la mastoïde, de la pyramide rocheuse, des méninges, etc.

Nous estimons que, dans les cas légers comme celui-ci, on peut admettre une paralysie d'ordre réflexe se produisant probablement par l'intermédiaire du nerf vestibulaire et du noyau de Deiters, dont on connaît les relations avec le noyau de l'abducens.

Ce fait montre qu'il ne faut pas toujours attacher une signification pronostique grave aux paralysies oculaires se produisant au cours des otites.

M. Lubet-Barbon dit qu'il a vu deux cas de paralysie du moteur oculaire externe du côté malade, dans des cas d'otite.

La guérison de mes deux malades prouve que ces troubles nerveux n'ont pas la gravité qu'on pourrait leur attribuer si on pensait qu'ils sont dus à une lésion intra-cranienne.

Gommes de la région inter-maxillaire

M. Veillard (Paris). — Dans un cas de gomme caractérisé par l'obstruction nasale et la douleur à la pression, le traitement spécifique amena la disparition des accidents, mais il y eut des retours offensifs et, actuellement, au bout de deux ans, la malade ne doit pas cesser trop longtemps son traitement sous peine de voir le nez se boucher, le palais devenir douloureux et les quatre incisives supérieures s'ébranler.

Chez une seconde malade il y eut élimination successive de deux séquestres cunéiformes portant chacun deux incisives figurant exactement les deux os intermaxillaires.

Volumineux corps étranger des fosses nasales par coup de feu

M. Texier (Nantes). — Un homme, sans antécédents morbides, présentait une fistule sous-orbitaire avec écoulement muco-purulent par le nez, fistule attribuée à une chute qui avait donné lieu à un abcès de la joue.

Il y a deux ans, amputation du bras à la suite de l'explosion d'une arme à feu.

Le stylet s'enfonçait de 12 centimètres

environ dans la fistule en dedans et en arrière.

A l'examen rhinoscopique on constate l'existence d'un corps étranger ayant traversé la cloison et plongeant dans chacune des fosses nasales.

Les efforts pour le faire basculer ayant été infructueux, on put, avec beaucoup de peine, saisir le corps étranger par l'orifice fistulaire et l'extraire. C'était un fragment de canon de fusil de la grosseur et de la longueur du petit doigt. En présence des graves désordres du côté du bras, il avait passé inaperçu au moment de l'accident.

M. Toubert (Paris) a étudié *l'influence de la cure des otites suppurées dans certaines affections mentales concomitantes*, dans onze cas, dont deux personnels, qu'il cite, la guérison spontanée ou chirurgicale de l'otite a été suivie de la guérison de la folie, et les malades ont pu quitter l'asile. Il attire sur ce point l'attention des aliénistes et des auristes.

M. Mahu (Paris) cite un cas d'extraction, par la bouche, d'un corps étranger de l'œsophage chez un enfant de deux ans et demi. C'était une petite roue de 21 m/m de diamètre avalée depuis deux mois et qui n'avait déterminé aucun phénomène réactionnel. Elle fut décelée par la radioscopie. L'extraction fut faite avec un crochet de Kirmisson, instrument de choix dans ces cas. Les suites furent excellentes et il n'y eut aucun rétrécissement.

M. Vacher (Orléans) décrit un nouveau procédé pour *l'ablation totale des amygdales à l'anse chaude ou froide*. Il consiste, après avoir fait la libération de l'amygdale, à la saisir fortement avec une pince à bords mousses passée au travers de l'anse, à la luxer hors de sa loge et à opérer l'ablation à l'anse chaude ou froide. Dans ce dernier cas, on va plus ou moins lentement suivant l'âge des malades.

M. Lermoyez présente un malade opéré de cancer intra-nasal par la méthode de Moure, qui est une méthode de choix. Nulle autre ne rend l'opération aussi facile et ne permet de la faire aussi complètement. Résultat excellent.

M. Mermod (Lausanne) fait une communication sur le *traitement de la tuberculose laryngée* par la destruction des tissus envahis au moyen des cautérisations ignées. Il présente un malade traité ainsi il y a neuf ans, alors qu'il était dans un état de maladie avancée, et dont la guérison se maintient.

M. Raoult (Nancy). — Action des rayons N sur l'audition.

PERCEPIED
(du Mont-Dore).

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Tenu à Paris en mai 1904

(Suite et fin)

Amputation du segment antérieur

M. Truc (Montpellier). — C'est une excellente opération conservatrice, pratiquée et décrite la première fois par Guérin, de Lyon, en 1769. Elle est recommandable dans les diverses lésions irréductibles de l'œil (staphylomes, buphtalmies, glaucomes, etc.) On peut craindre, après elle, des altérations cicatricielles susceptibles d'irritation directe ou sympathiques, mais elles sont excessivement rares.

A l'appui de cette opinion, le Dr Truc apporte l'observation d'un jeune homme, énucléé cinq ans après l'amputation partielle du segment antérieur. Le moignon ne présente aucune lésion partielle susceptible d'irritation sympathique.

Pronostic et durée de l'ophtalmie purulente

M. Golesceano (Paris) rapporte 175 cas dans lesquels le sexe masculin a payé un plus fort tribu que le sexe féminin. Le début a lieu au 4e jour, et 12 ou 48 heures après l'autre œil se prend. Fort heureusement les cas graves sont fort rares, maintenant que l'on sait appliquer le traitement. Il consistera en lavages abondants et souvent répétés à l'eau bouillie et solution de permanganate, suivis de cautérisation au nitrate 1 %.

Brûlures de l'œil par l'acide sulfurique

M. Villard (Montpellier). — Il y a quatre phases dans le processus des brûlures de l'œil par l'acide sulfurique :

1° Phase de fixation chimique (mortification et œdème des tissus endommagés ;

2° Phase de réaction leucocytaire ;

3° Phase d'ulcérations et perforations cornéennes ;

4° Phase de réparation ou cicatrisation, l'affection est toujours grave et comporte un pronostic sévère.

Du glaucome consécutif à l'extraction du cristallin

M. Dupuy-Dutemps (Paris). — Son apparition est indépendante de n'importe quel procédé opératoire. Il peut survenir quelques jours après l'intervention ou de longues années après. Dans le cas rapporté, le glaucome aurait eu pour cause une bride capsulaire soudée à la face postérieure de l'ancienne plaie cornéenne. Il a suffit de rompre ou sectionner cette bride pour juguler toute attaque nouvelle de glaucome.

M. Rogman insiste pour démontrer que les débris cellulaires, restant inclus dans la capsule cristallinienne, se modifient avec le temps et deviennent alors une cause irritative suffisante pour produire l'attaque glaucomateuse. Il suffit, dans ce cas, de sectionner en hauteur par le système capsulaire pour faire tout rentrer dans l'ordre.

Pansement de la cataracte

M. Wicherkiewicz (Varsovie) est partisan de supprimer le plus possible tout pansement occlusif sur l'œil. Suivant lui ce ce pansement est une cause d'irritation, d'inflammation et recèle dans les interstices conjonctivaux les produits nocifs de sécrétion des conjonctives et des divers organes oculaires.

Glaucome consécutif aux opérations de cataracte

M. De Lapersonne. — Parmi les causes prédisposantes à l'attaque de glaucome post-opératoire, il faut relever en premier ordre l'état général du malade et, plus encore, la mauvaise perméabilité du rein. L'auteur rapporte le cas d'une femme souffrant d'affection rénale, et chez laquelle deux attaques de glaucome ont coïncidé avec la diminution de la sécrétion des chlorures.

Il a suffi d'instituer un traitement *ad hoc* pour juguler l'accès glaucomateux.

M. Morax conteste la théorie avancée par M. De Lapersonne qui, selon lui, n'est point encore étayée par des cas assez nombreux et concluants.

M. Dransart fait remarquer que le sujet atteint de cataracte est souvent atteint d'hypourée, il faut donc instituer un traitement spécifique.

M. Javal dit que l'on est encore loin de s'entendre sur le terme glaucome ; mais, quoi qu'il en soit, il a remarqué que dans certaine forme de glaucome l'hyperchloruration fait merveille.

L'adrénaline dans le glaucome

M. Grandclément. — L'adrénaline a une action hypotensive de premier ordre. En la combinant à l'ésérine l'effet peut être tel qu'il n'est plus nécessaire d'iridectomiser. La première jugule l'hypersécrétion des corps ciliaires, la seconde dégage le pourtour de l'iris et permet l'excrétion : ainsi le tonus redevient rapidement normal dans les milieux oculaires.

M. **Chevallereau** ne partage point l'enthousiasme de l'auteur et le prie de suivre ses malades pendant plusieurs années; l'attaque glaucomateuse se reproduisant et le traitement préconisé n'ayant plus d'effet, il sera obligé de recourir à l'iridectomie.

Cas de résorption spontanée de cristallin cataracté

M. **Augérias** (Laval) rapporte deux observations originales de cataractes séniles ayant guéri spontanément. Dans le premier cas, c'est après une forte poussée d'iritis que le cristallin a recouvré sa transparence; dans le second, c'est encore à la suite d'une poussée inflammatoire intra-oculaire, dont la nature n'a pu cliniquement être établie.

M. Burdeaux rapporte le cas d'un malade

sur lequel on avait porté le diagnostic de double cataracte senile. L'œil droit avait été seul opéré. Revu dix mois après, l'œil gauche présente une cataracte morganienne que l'on pouvait considérer comme guérie.

M. **Dufour** (Lausanne) a remarqué du scotome scintillant (stéarine) dans un œil sénile cataracté et ayant guéri de sa cataracte dix mois après.

Blessure dans la région du corps ciliaire par un éclat de fer

M. **E. Desjardins** (Montréal). — Une jeune fille, à l'âge de deux ans, reçoit un éclat de fer dans l'œil droit. L'éclat mesurait 3 mm. sur 2. Vingt ans après, l'œil devient douloureux, larmoyant et photophobe. Devant la gravité du cas, on opère au plus vite; le corps étranger est extrait non sans de grandes difficultés. Les suites operatoires furent excellentes.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. **Jocqs** (Paris). — Strabisme de 50°. Guérison par avancement musculo-capsulaire

Jeune fille de vingt ans, immétrope et présentant un strabisme divergent, alternant de 50°. Opération par l'avancement musculo-capsulaire réparti sur les deux yeux, suivant le procédé de l'auteur. Très bon résultat.

M. **Coulomb**. — Nouveau procédé de moulage de la cavité orbitaire après énucléation. La paraffine est merveilleuse pour le moulage de la cavité orbitaire. Par ce procédé on arrive à constituer des moules ou négatifs parfaits, grâce auxquels la prothèse oculaire est bien et longtemps tolérée par la cavité orbitaire.

M. **Fromaget** (Bordeaux). — Pemphigus hystérique des paupières.

M. **Valude** (Paris). — De la névrite optique gravidique.

M. **Guibert** (La Roche-sur-Yon). — Un nouveau symptôme oculaire de début de la paralysie générale.

M. **E. Houdart** (Brest). — Symblépharon rebelle, guéri par la combinaison des sutures et de la cautérisation ignée.

M. **Deschamps** (Grenoble). — De l'incapacité partielle temporaire du travail à la suite de blessures de l'œil.

M. **Vacher** (Orléans). — Du massage oculaire à l'huile grise et au mercure liquide.

M. **Collomb** (Genève). — Tumeurs dermoïdes du limbe scléro-cornéen.

MM. **Poullain** et **Schrameck** (Paris). — Modification apportée au stéréoscope pour faciliter le rétablissement de la vision binoculaire.

M. **Aubineau** (Brest). — Ossification du cristallin.

M. **G. Grilli** (Rome). — Cryoscopie et pathogénèse de la cataracte.

M. **A. Terson** (Paris). — Dermatolysis palpébrale.

M. **Meissonnier** (Tours). — Récidive d'un cylindrome de l'orbite.

M. **Prioux** (Reims). — Paralysie oculaire primitive dans l'intoxication saturnine.

Dr P. Cabra.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Effets du sucre administré en lavements dans le diabète

On sait que le sucre, lorsqu'il est ingéré par la bouche, est aborbé dans l'intestin et pénètre dans la circulation porte. Une partie passe ensuite dans le torrent circulatoire général, tandis qu'une autre partie est transformée en glycogène et emmagasinée par le foie. Cela étant, M. **A. Arnheim** (*Zeits. f. diaet. u. physik. Therap.*, 1er mai 1901) s'est demandé quel pourrait être l'effet du sucre qu'on introduirait dans l'organisme en évitant son passage par la circulation porte, et s'il ne serait pas possible, en l'administrant de cette façon, de le faire tolérer par les diabétiques ?

A ce sujet, il institua une série de recherches expérimentales chez un malade du service du professeur J. Lazarus, à l'hôpital israélite de Berlin. Il s'agissait, dans ce cas, d'un diabète maigre, grave par conséquent, chez un homme de vingt-sept ans, qui éliminait 220 gr. de glycose par vingt quatre heures. Les urines contenaient en même temps une forte proportion d'acétone ainsi que des cylindres hyalins. Aussi l'imminence du coma était-elle à craindre. Un régime antidiabétique sévère étant impraticable dans ces conditions, on se contenta de prescrire un régime mitigé et le repos absolu au lit. Sous l'influence de ces mesures, la glycosurie diminua progressivement jusqu'à 30 à 40 grammes par jour, pour demeurer ensuite stationnaire. C'est à ce moment que M. Arnheim jugea opportun de commencer ses expériences.

Pour faire absorber du sucre, tout en évitant son passage par la circulation porte, l'auteur avait le choix entre la voie hypodermique et la voie rectale. La première ne lui parut pas favorable, le professeur Leube ayant montré que les injections sous-cutanées de solutions sucrées provoquent la fièvre et la formation d'abcès. Restait donc la voie rectale. Or, le prof. Eichhorst et d'autres ont, comme on sait, observé de la glycosurie alimentaire à la suite de lavements nutritifs lactés ou additionnés de sucre. Attribuant ce fait à ce que, dans ces observations, le lavement était poussé trop haut dans l'intestin, ou bien à l'emploi du sucre de canne, qui, par rapport au plasma sanguin, est une substance hétérogène, l'auteur résolut de se servir, chez son malade, de dextrose et de ne la verser que dans la partie inférieure du rectum. Voici comment il procéda :

Après avoir placé un spéculum ani, il introduisait dans l'ampoule rectale un tampon de coton imbibé d'huile, afin d'obturer complètement le rectum à 8 ou 10 centimètres au-dessus du sphincter anal. C'est dans le segment inférieur ainsi isolé de l'intestin, qu'il injectait ensuite 35 à 50 grammes de dextrose en solution à 30 %. Ce liquide était toujours facilement gardé, si on avait pris auparavant la précaution de nettoyer l'intestin au moyen d'un lavement évacuateur. Au bout de cinq à six heures on enlevait le tampon rectal dans lequel on ne retrouvait que des traces de dextrose.

Après la première expérience de ce genre, on constata, chez le sujet en expérience, une augmentation de la glycosurie, mais une augmentation légère, nullement en rapport avec la quantité de dextrose qu'on lui avait fait absorber. En plus, fait particulièrement remarquable, on vit le taux de l'acide diacétique et de l'acétone dans l'urine diminuer rapidement pour disparaître en l'espace de deux jours. L'acétonurie se trouvant de la sorte supprimée, il n'existait plus de contre-indication à un régime antidiabétique sévère qu'on institua aussitôt dans toute sa rigueur. Il eut pour effet de réduire la glycosurie à zéro Par contre, l'acétone se montra de nouveau en forte proportion, mais un second lavement sucré ne tarda pas à la faire disparaître, sans déterminer, cette fois, de la glycosurie. Un troisième, puis un quatrième et dernier lavement sucrés, produisirent le même effet. Bientôt après le malade sortait de l'hôpital très amélioré, son poids ayant augmenté de six kilogrammes.

Cet homme n'avait éliminé avec les fèces que des quantités minimes du sucre qu'il avait reçu en lavements. D'autre part, il n'avait pas réagi par une augmentation de la glycosurie, lors des trois dernières expériences. Il est permis d'en conclure que l'organisme a pu assimiler la majeure partie du sucre qu'on lui a fait absorber par la voie rectale. Cette assimilation est rendue encore plus vraisemblable par le fait de la diminution du taux de l'acétone sous l'influence des lavements sucrés. On sait, en effet, que l'acétonurie est liée à la non utilisation ou à l'absence d'hydrates de carbone et que, d'autre part, elle disparaît dès qu'il se produit une combustion de substances hydrocarbonées dans l'économie.

En ce qui concerne la question de savoir si dans ces essais le sucre a pu réellement pénétrer dans le sang sans passer par le système porte, l'auteur convient qu'il ne saurait l'affirmer d'une façon absolue et que son malade s'est trouvé, peut-être, en mesure d'assimiler la dextrose grâce à la lenteur de son absorption par la muqueuse rectale. Quoi qu'il en soit de ces explications, on ne saurait nier l'intérêt que pourraient présenter, au point de vue physiologique et thérapeutique, des expériences analogues faites sur une plus vaste échelle.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 avril

Discussion sur le régime alimentaire des hépatiques (1)

M. Boulomié (Vittel) résume tout d'abord le rapport de M. Linossier sur cette question et les observations de M. Albert Robin sur ce rapport (se reporter sur ces deux points, à nos précédents comptes-rendus, qui ont donné les deux textes presque intégralement).

Puis il ajoute :

Aux conclusions de M. Linossier, qui nous dit que, faute de pouvoir déterminer le degré de l'activité hépatique, augmentée ou diminuée, il faut, dans tous les cas, ménager la fonction et, en somme, tenter de la modérer, je répondrai qu'il n'est pas exact de dire qu'on ménage l'organe en modérant la fonction. Si la fonction seule est troublée, à moins que ce ne soit par exagération, il ne faut pas croire qu'il y a danger à la stimuler dans le sens physiologique et qu'en la stimulant on porte atteinte à l'organe; c'est plutôt l'inverse qui se produit, et ici l'expérimentation et la clinique corroborent mutuellement leurs résultats.

En ce qui concerne le régime lacté imposé couramment aux hépatiques, je lui préfère généralement l'eau, les potages maigres, quelques légumes, les fruits cuits en compote. J'ai vu trop souvent l'usage prolongé du lait chez les hépatiques les entretenir dans un état de torpeur digestive et de faiblesse, pour ne pas le déconseiller en tant qu'aliment exclusif. Il est loin de valoir, en parei cas, ce qu'il vaut dans les maladies des reins. J'appuie donc entièrement ce qui a été dit de la diète lactée chez les hépatiques, par M. A. Robin.

D'une manière générale, voici, me semble-t-il, d'après une longue expérience personnelle, comment on peut utilement diriger l'hygiène alimentaire d'un hépatique :

Alimentation modérée, proportionnée aux besoins et aux possibilités. Nombre des repas réglé par tâtonnements, certains malades digérant mieux le repas du jour, d'autres le repas du soir. Pas ou peu de graisse. Toutefois, le beurre frais sur du pain grillé, le beurre qu'on laisse fondre en quantité modérée sur des aliments cuits à l'eau, est rarement mal toléré. Viandes toujours très fraîches et toujours bien cuites. Les malades digèrent tout aussi bien, et mieux le plus souvent, le bœuf et le mouton que le veau et la volaille, surtout la volaille grasse. Comme poissons, seuls les poissons légers très frais.

Les légumes, verts surtout, me paraissent être les aliments de choix, sauf cependant l'oseille et les épinards, dont l'acidité due à l'acide oxalique est franchement défavorable. Tous les légumes doivent être cuits à l'eau et assaisonnés de beurre non cuit qu'on laisse fondre dessus seulement au moment où l'on sert. Féculents et sucres en quantité minime, seulement, exception faite cependant pour la pomme de terre bouillie qui contient beaucoup d'eau, beaucoup de sels alcalins et qui, assaisonnée de beurre cru, est généralement assez bien digérée par les hépatiques. Proscription des pâtisseries de toutes sortes.

Les fruits cuits doivent, comme les légumes, entrer dans le régime des hépatiques; les fruits frais, très mûrs, peuvent être permis et sont souvent utiles.

Les fromages forts à proscrire sans conteste, tandis que les fromages frais et les laitages peuvent être employés ou tout au moins autorisés.

Comme boisson, rien ne vaut l'eau, et surtout les eaux minérales légèrement laxatives et diurétiques modérément minéralisées. On peut cependant permettre parfois un peu de vin rouge, ou blanc, ou de bière, une bière peu alcoolique et surtout non alcoolisée, mélangée d'eau.

M. A. Robin. — Je ne donne jamais aux hépatiques de corps gras cuits, ni surtout de graisse, mais, par contre, je donne abondamment le beurre frais, et, quels que soient les inconvénients théoriques qu'on a pu trouver à cet emploi, je n'ai jamais pu constater le moindre inconvénient pratique.

Quant aux féculents, j'en fait la base de l'alimentation de ces malades.

Dans l'ictère simple (qui, entre parenthèse, n'est pas, pour moi, dans la grande majorité des cas, d'origine infectieuse, mais bien sous la dépendance d'un trouble gastrique), à la suite des coliques hépatiques et dans les cirrhoses à la troisième période sans trouble gastrique trop prononcé, je prescris le régime suivant :

J'autorise surtout les féculents : le macaroni, les nouilles, etc., cuits à l'eau et assaisonnés avec du fromage râpé et du beurre frais, les pommes de terre cuites également à l'eau avec beurre et sel sur la table, les légumineuses de toutes catégories (pois, fèves, lentilles, haricots non décortiqués).

Je permets également le poisson frais bouilli, toutes les viandes sauf le veau, à la condition d'être bouillies et toujours très cuites.

Comme dessert, crèmes renversées, pudding de semoule, etc. Les fruits de toutes sortes sont permis, à condition qu'ils soient mûrs.

Les boissons doivent être abondantes. Je recommande beaucoup l'eau chaude, d'ordinaire en infusion aromatique, et j'ai pu constater sur plusieurs malades, porteurs de fistule biliaire, qu'elle augmentait notablement la sécrétion de la bile.

M. Burlureaux. — Nos moyens actuels d'investigation clinique étant impuissants à établir une distinction nette entre les cas d'insuffisance hépatique et ceux où les fonctions du foie sont suffisantes ou même exagérées, je me demande si l'opothérapie ne serait pas susceptible de servir ici de moyen de diagnostic différentiel. Je me pose cette question à propos de deux faits qu'il m'a été donné d'observer récemment.

Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une femme, âgée de soixante et un ans, présentant des phénomènes de colique hépatique avec fièvre intermittente, ictère et urobilinurie. La malade se trouvait dans un état des plus précaires lorsque j'eus l'idée de lui prescrire de la macération de foie de porc en lavements. Sous l'influence de ce traitement, la diurèse augmenta rapidement, puis on vit survenir une véritable résurrection. Mise au lait, cette femme aurait certainement succombé.

Dans un autre cas, chez une femme de cinquante-huit ans, j'ai employé également la macération de foie de porc en lavements, croyant à l'existence d'une insuffisance hépatique, mais, cette fois, le résultat de l'opothérapie fut nul. Ici ce fut le lait écrémé qui finit par triompher de l'affection. Chez cette femme il y avait exagération des fonctions hépatiques.

M. Barbier. — Chez les nourrissons atteints de gastro-entérite par suralimentation, les altérations hépatiques (gros foie) sont extrêmement fréquentes. Leur diagnostic est facilité par l'apparition de selles blanches, acholiques, extrêmement fétides, indice d'un trouble pigmentaire du foie. Chez ces petits malades le lait devient, dans certaines conditions, dangereux à cause de sa teneur en albumine et en graisse. Il faut donc le supprimer pendant quelques jours. On instituera d'abord la diète hydrique pour vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on donnera des boissons sucrées et des décoctions de céréales, surtout de riz.

Ainsi donc, même pour les tout petits enfants, le lait n'est pas toujours bon.

On rencontre des indications diététiques du même genre dans la seconde enfance, surtout au moment du sevrage. L'indice des selles blanches faisant ici défaut, le diagnostic de l'insuffisance hépatique sera établi sur d'autres signes cliniques, tels que teint cholémique, langue chargée, fétidité de l'haleine, urines rares avec dépôts briquetés, foie un peu gros à bout mousse non tranchant. Dans ces conditions, on réduira la quantité de lait et, aux enfants plus âgés, on défendra la viande en la remplaçant par un régime végétarien. Certains auteurs ayant remarqué que le fer semble jouer un rôle important dans les fonctions du foie, on fera bien d'instituer une alimentation riche en fer. Dans ce but on ajoutera au lait du tartrate ferrico-potassique ou l'on donnera de la farine d'avoine.

VLADIMIR DE HOLSTAIN.

(1) Voir *Bulletin médical*, 1904, n° 17, p. 196, n° 20, p. 233, et n° 24, p. 279.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 9 mai.

Phlegmon périnéphrétique consécutif à une pyélonéphrite de la grossesse

M. Lepage. — Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, primipare, qui entra à la Clinique Baudelocque, enceinte de sept mois et demi, avec de l'œdème des membres inférieurs, et dont les urines contenaient de l'albumine et du pus; il y avait grossesse double. Peu après son entrée elle présenta des douleurs lombaires avec fièvre et frissons. Sous l'influence du repos et du régime lacté, ces accidents cessèrent, la malade sortit de l'hôpital et n'y revint que lorsqu'elle fut prise des premières douleurs du travail.

L'accouchement ne présenta rien de particulier, mais, quarante-huit heures après, la température s'éleva. On se contenta de faire une injection intra-utérine, mais l'utérus ne paraissant pas en cause on s'abstint par la suite de tout traitement utérin. La fièvre, étant tombée, reparut huit jours plus tard, en même temps qu'on constatait, dans la région lombaire gauche, un empâtement pour lequel on porta le diagnostic de phlegmon périnéphrétique; on l'adressa alors à l'hôpital Necker où elle fut opérée par le Dr Legueu.

M. Legueu. — J'opérai cette femme peu après son entrée, évacuai ce phlegmon périnéphrétique et drainai la poche. Une fistule persistait encore à ce niveau six mois après, la poche n'étant pas revenue sur elle-même. J'opérai de nouveau la malade et reconnus que la poche était limitée par une véritable coque fibreuse. Au cours de l'opération, ayant voulu rechercher le rein pour l'explorer, le bistouri ayant malencontreusement rencontré cet organe, une hémorragie abondante s'ensuivit et nécessita la néphrectomie. Ce rein était sain d'apparence. La malade, enceinte de deux mois et demi au moment de cette seconde intervention, s'est rétablie promptement et continue sa grossesse. Ce phlegmon périnéphrétique paraît donc bien en rapport avec une pyélonéphrite gravidique; c'est là un fait très rare.

M. Pinard. — Cette observation vient à l'appui de l'innocuité des opérations pendant la grossesse à condition qu'elles ne portent pas sur la sphère génitale et particulièrement sur l'ovaire qui est le siège du corps jaune.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu l'occasion, cependant, d'enlever les deux ovaires chez une femme au début de la grossesse, et celle-ci a pu aller à terme.

M. Doléris possède une observation analogue.

M. Pinard demande que ces faits d'ablation des ovaires au début de la grossesse soient rapportés en plus grand nombre possible par les chirurgiens afin que l'on puisse se faire une opinion à cet égard.

Trois cas de dyspepsie avec spasme du pylore chez le nourrisson

MM. **Méry** et **Guillemot** rapportent l'histoire de trois nourrissons ayant présenté le syndrome clinique de la sténose pylorique, et chez lesquels on fit cesser les accidents sans intervention chirurgicale, par le seul changement d'alimentation.

Le premier enfant, nourri au sein maternel, fut pris, à l'âge de trois semaines, de vomissements et de constipation. Le lait était rejeté immédiatement après l'ingestion, ou quelquefois à la tétée suivante. Le lavage d'estomac montra qu'il s'agissait de sténose du pylore. Les spasmes étaient perçus à la palpation. On mit l'enfant à la diète au bouillon de légumes; l'état s'améliora, mais les vomissements reparurent dès la reprise de l'allaitement maternel. On essaya pendant un mois et demi l'alternance de cette diète qui calmait les phénomènes, mais ceux-ci reparaissaient dès la remise au sein.

On tenta alors de donner à l'enfant, non plus le sein de sa mère, mais celui d'une nourrice mercenaire; l'enfant garda ce lait et se rétablit rapidement.

Les deux autres observations semblent calquées sur la première; les enfants guérirent dès qu'on les eut mis au sein d'une autre nourrice.

Il semble bien, dans ces cas, qu'il s'agisse non pas d'une hypertrophie du pylore ni d'une sténose congénitale, mais d'un spasme secondaire à la dyspepsie; ces cas sont justiciables du traitement médical, c'est-à-dire du changement d'alimentation et non du traitement chirurgical, qu'on a certainement institué dans un grand nombre de cas, surtout en Angleterre et en Amérique, en présence d'un semblable syndrome qu'on mettait sur le compte d'une lésion organique, hypertrophie musculaire ou sténose congénitale.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — J'ai eu l'occasion d'observer un fait semblable. Au dix-septième jour un nourrisson fut pris de vomissements et constipation. On prit successivement un certain nombre de nourrices, mais sans succès. On proposa alors une opération qui fut refusée et, l'enfant étant mourant, on lui donna du lait de vache cru qu'il conserva, et il guérit avec cette alimentation.

M. Pinard. — Ces cas sont assez fréquents, mais avec plus ou moins d'intensité; ils apparaissent sous l'influence d'une alimentation mal dirigée et les vomissements, de plus en plus fréquents, aboutissent à l'intolérance gastrique. Souvent des médicaments donnés viennent encore compliquer la situation.

M. Lucas-Championnière a rencontré, chez l'adulte comme chez l'enfant, ces spasmes pyloriques sans lésion organique. Ils paraissent consécutifs à une hyperdistension de l'estomac.

M. Guinon vient appuyer les observations de M. Méry; il a vu souvent ces cas s'améliorer sous l'influence des lavages d'estomac avec un liquide alcalin et chaud. Il croit également qu'on a abusé, à l'étranger, du traitement chirurgical dans des cas semblables.

M. Kirmisson a réuni et dépouillé toutes les observations des opérations pratiquées dans ces cas et il conclut que dans la plupart d'entre eux l'intervention n'était pas justifiée, étant donné qu'il ne s'agissait ni d'hypertrophie ni de rétrécissement congénital du pylore.

Au cours de la séance, M Audebert (Toulouse) et M. Croisier (Blois) ont été élus membres correspondants nationaux de la Société.

M. Delestre.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 mai

Ostéomalacie expérimentale

MM. Charrin et Moussu présentent un lapin qui introduit, en pathologie générale, une notion toute nouvelle.

Cet animal — disent les auteurs — offre un ramollissement manifeste des os, surtout au niveau de la tête; on imprime aisément les torsions les plus prononcées aux maxillaires. Or, ce lapin a reçu, il y a cinq mois, sous la peau, une émulsion de moelle osseuse de porc ostéomalacique.

Il existe, en effet, chez certains animaux, le porc, la chèvre, etc., une affection analogue à l'ostéomalacie de l'espèce humaine (souplesse, déminéralisation du squelette; à un moment donné, élimination d'acides, d'acide lactique, diminution de l'alcalinité des humeurs, etc.). La marche, en particulier chez le porc, en raison du poids du corps, devient pénible, impossible; l'absence de rigidité osseuse provoque des difficultés dans la respiration ou la mastication, l'alimentation (asphyxie, inanition). En outre, en dehors des jeunes sujets, et comme chez la femme, le mal paraît avoir une prédilection pour le sexe féminin et la phase génitale.

A certaines périodes, ce mal, qui, dans d'autres circonstances, exerce de grands ravages, détruit des étables, est rare; de plus, le virus ne semble actif que dans la phase aiguë. Aussi, bien que le début de nos travaux remonte à trois ans, nous sommes loin d'avoir élucidé tout le problème.

Pourtant, nous avons établi que ce mal est inoculable aux porcs, aux chèvres, peut-être moins commodément aux lapins; la moelle osseuse contient le virus qui doit évidemment être parasitaire. Toutefois, en général, les cultures de

sang sont demeurées stériles; les autres, à l'air libre ou non, dans divers milieux, principalement la synovie articulaire, la moelle osseuse, un tissu néoformé dans le maxillaire supérieur, etc., ont, d'une façon inconstante, donné des microcoques et, de préférence, un bacille parfois long, grêle, aperçu çà et là dans la moelle osseuse. Sauf dans deux cas (petits lapins devenus phosphaturiques), ces cultures inoculées n'ont pas produit de désordres spéciaux.

Fait intéressant, quand les inoculations sont sans résultats, les cultures sont stériles; des essais ultérieurs permettront sans doute de trancher le débat.

Quoi qu'il en soit, le phénomène du ramollissement osseux n'est peut-être pas toujours la conséquence de l'intervention d'un parasite donné. Il suffit d'engendrer en excès des acides capables de solubiliser les phosphates osseux, de déminéraliser le squelette. Des champignons, l'oospora Guignardi comme nous l'avons établi et, avec lui, un végétal voisin encore indéterminé, des bactéries, nos propres cellules sont aptes à engendrer ces désordres. On conçoit que, suivant les éléments générateurs de ces acides, le mal soit plus ou moins inoculable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai

3 heures 19 minutes (à l'horloge de l'Académie).— Le bureau entre en séance.

3 h. 20. — Lecture du procès-verbal de la dernière séance.

3 h. 21. — Dépouillement de la correspondance.

3 h. 23. — La séance est levée en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. Marey, ancien président de l'Académie.

LIVRES NOUVEAUX

Schleicher frères, éditeurs

La femme. Conformation, fonctions, maladies et hygiène spéciale, par le Dr Galtier-Boissière. (1 vol. 118 pages, 10 planches coloriées et 55 gravures dans le texte.)

Le Dr Galtier-Boissière a résumé dans cet ouvrage les documents médicaux les plus importants ayant trait à la femme. Il l'envisage d'abord au point de vue anthropologique, décrit l'anatomie de ses formes extérieures et reproduit le canon de P. Richer, qui règle ses proportions esthétiques. Il fait ensuite une étude du lait et expose la conformation des organes génitaux féminins. Il donne des détails sur la menstruation, l'ovulation, la grossesse. Enfin, il passe en revue les principales affections propres à la femme et termine par l'hygiène spéciale à son sexe.

Les planches coloriées annexées à cet ouvrage sont formées de feuillets découpés superposables représentant au tiers de la grandeur naturelle la structure d'un corps féminin (squelette, muscles, vaisseaux et nerfs, viscères), et montrant leurs rapports. Le soin du détail est poussé si loin que les organes sont supposés avoir été coupés et peuvent s'entr'ouvrir de façon à montrer leur disposition intérieure. Des gravures schématiques intercalées dans le texte complètent les descriptions anatomiques de l'auteur. D'autres gravures plus artistiques reproduisent des types de beauté féminine, depuis la Vénus Médicis jusqu'aux femmes du bas-relief moderne « Le Secret » de Bartholomé.

Le livre du Dr Galtier-Boissière fournira aux médecins, à portée de la main en quelque sorte, une série de renseignements qu'il leur faudrait souvent aller chercher en divers ouvrages différents. Il pourra être consulté également par un public extra-médical. Depuis quelques années la pathologie sexuelle sort de l'opprobre dont on l'enveloppait. Des ligues se fondent pour lutter contre l'extension des maladies vénériennes et les femmes du monde elles-mêmes sont mises, par le théâtre ou le roman, au courant de ces délicates questions. On a considéré que l'ignorance en ces matières, comme en beaucoup d'autres, était plus nuisible qu'utile. M. Galtier-Boissière, très expert dans les œuvres de vulgarisation, a su allier la précision médicale au respect des convenances, et faire un livre assez documenté pour intéresser les médecins et assez clair pour instruire les profanes.

P. G.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

M. le méd. insp. Vaillard, dir. du service de santé du 1er corps, membre du comité technique de santé, est nommé dir. de l'école du service de santé militaire à Lyon, en rempl. de M. le méd. insp. Claudot, et maintenu dans ses fonctions de membre du comité technique de santé.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

Le méd. en chef de 1re cl. :

M. Frison, en serv. à Cherbourg, est destiné à Lorient, son port d'attache, où il remplira les fonctions de sous-dir. du service de santé, en rempl. de M. Breton, retr.

Les méd. en chef de 2e cl. :

M. Cognes, nouv. pr., serv. à Cherbourg.

M. Laffont, nouv. pr., serv. à Lorient.

Les méd. princ. :

M Labadens, nouv. pr., serv. à Cherbourg.

M. Féraud, du port de Toulon, est dés. pour rempl. les fonct. de méd.-major au 5e dépôt des équipages de la flotte, en rempl. de M. Cognes.

Les méd. de 1re cl. :

M. Rolland, nouv. pr., serv. à Brest.

M. Olivier, nouv. pr., est maint. en serv. à la prévôté de Ruelle.

M. Pervès, du port de Cherbourg, est dés. pour emb. sur la défense mobile de ce port, en rempl. de M. Menier, pr. méd. princ. et maint. à Cherbourg.

M. Brugère, du port de Brest, est dés. pour remplir les fonctions de méd. résidant à l'hôp. mar. de Cherbourg, en rempl. de M. Valence, pr. méd. princ.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Ortal, 4 Couteaud.

MM. les médecins principaux :

1 Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau, Rousseau, Mercier, Thémoin, Michel, Bourdon.

11 Damany, Négretti, Gauran, Bourrit, Durand.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Bonnefoy, Viancin, Sisco, Glérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius.

11 Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Titi, Viguier.

21 Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Seguy.

31 Castaing, Merleau-Ponty, Crozet, Liffran, Delaporte.

MM. les médecins de 2e cl. :

1 Le Maître, Parrenin, Duchateau, Cristol, Bourges.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Buisson, au 4e d'inf.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Dupuy, au 4e d'inf.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Dardenne, au 4e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Manaud, au 4e d'inf.

A Madagascar

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Villette, hors cadres.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Pujol, au 24e d'inf.

M. Roquemaure, au 4e d'inf.

M. Rul, au 24e d'inf.

M. Chaze, au 2e d'art.

En Afrique occidentale

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Sautarel, au 1er d'art.

Au Soudan (en activité hors cadres).

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Guillemet, au 1er d'inf.

En Guinée (en activité hors cadres).

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Guillon, au 3e d'inf. Servira à la mission du chemin de fer de Konakry au Niger.

A la Côte d'Ivoire (en activité hors cadres).

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

M. Bougenault, au 5e d'inf.

M. Revault, au 2e d'art.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Pinard, au 1er d'art. à Lorient.

MM. de Biran et Bonneau, au 1er d'inf. à Cherbourg.

M. Thomas, au 4e d'inf. à Toulon.

M. Suard, au 6e d'inf. à Brest.

M. Carmouze, au 7e d'inf. à Rochefort.

M. Huot, au 3e d'inf. à Rochefort.

M. Dérobert, au 5e d'inf. à Cherbourg.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Béréni, au 4e d'inf. à Toulon.

M. Esquer, au 24e d'inf. à Perpignan.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Matry, au 5e d'inf. à Cherbourg.

M. Digorn, au 2e d'inf. à Brest.

M. Asselin, au 2e d'art. à Cherbourg.

M. Lehardy, au 3e d'art. à Nîmes.

M. Decorec, au 1er d'art. à Lorient.

M. Scalbert-Strauss, au 7e d'inf. à Rochefort.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 25 mai. — *M. Voirin* : Des tumeurs fibreuses de l'aponévrose plantaire. — *Mlle Tatarsky* : Œsophagogastrostomie transdiaphragmatique. — *M. Charpy* : Contribution à l'étude de la langue noire. — *M. Klotz* : Chancres de sièges multiples et pathogénie de la syphilis.

Jeudi 26 mai. — *M. Burnet* : L'œsinophilie pleurale. — *M. Ganiayre* : Contribution à l'étude de la mortalité dans la diphtérie ; étude statistique et clinique. — *Mlle Pitchakhtchi* : La cure de déchloruration dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. — *M. Du Bouays de Couesbouc* : La tuberculose et les grandes paralysies infantiles. — *M. Caramano* : Les cardiopathies artérielles à forme arythmique. — *M. Leconte* : Brûlure des os du crâne.

TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE

Sous la direction de M. le prof. Reclus, et de M. Hartmann, agrégé.

Cours de M. Guibé, prosecteur.

Chirurgie du tube digestif et de ses annexes. Deuxième série.

Ouverture le vendredi 24 juin 1904, à 1 h. 1/4.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les droits à verser sont de 50 fr.

S'inscrire au secrétariat (guichet 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Professeur : M. Cornil.

Chef des travaux : M. Brault.

Cours d'hématologie

Du 24 mai au 30 juin 1904, M. H. Dominici traitera dans une série de 25 leçons le programme suivant :

1° Morphologie, origine et évolution des éléments figurés du sang, structure du tissu conjonctif et des organes hématopoiétiques à l'état normal.

2° Étude du sang, du tissu conjonctif, des organes hématopoiétiques à l'état pathologique (hématologie clinique, cytodiagnostic, etc.)

Chaque leçon comportera une démonstration théorique et des exercices pratiques (examen de préparations microscopiques, enseignement de la technique appropriée à l'étude du sang, du tissu conjonctif et des organes hématopoiétiques).

Les microscopes et les réactifs seront mis à la disposition des élèves pendant la durée du cours.

Le nombre des élèves à admettre est fixé à 40.

Les droits à verser sont de 130 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance de versement des droits. (Les étudiants devront présenter en outre la carte d'immatriculation).

Les bulletins de versement relatifs aux droits seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

CONCOURS POUR LE CLINICAT

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 27 juin 1904, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination :

I. — Clinicat médical : de deux chefs de clinique titulaires et d'un chef de clinique adjoint.

II. — Clinicat chirurgical : d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

III. — Clinicat obstétrical : de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints.

IV. — Clinicat des maladies mentales : d'un chef de clinique adjoint.

V. — Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

VI. — Clinicat médical infantile : d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

VII. — Clinicat des maladies des voies urinaires : d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

VIII. — Clinicat chirurgical infantile : d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, avant le 19 juin 1904. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

NOUVELLES

Par arrêté ministériel du 14 mai 1904, la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1904, devant la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

La rachicentèse contre l'éclampsie puerpérale

Après avoir perdu une malade, atteinte d'éclampsie puerpérale, qu'il avait soumise aux inhalations de chloroforme, au chloral à haute dose et aux injections sous-cutanées d'eau salée, **M. T. A. Helme** (*Brit. med. journ.*, 14 mai 1904) se proposa d'avoir recours à la ponction lombaire dans le prochain cas de cette affection qu'il aurait à soigner.

L'occasion, pour cet essai, ne tarda pas à se présenter. Il s'agissait d'une jeune femme qui, deux heures après un accouchement normal, en apparence, fut prise de céphalée avec vomissements, puis d'amaurose et, enfin, de convulsions éclamptiques. En l'espace de dix heures, elle eut quinze attaques convulsives. Dans les intervalles entre ces accès, la malade était comateuse. L'auteur pratiqua la ponction lombaire et évacua 6 grammes de sérosité cérébro-spinale. Ce liquide s'écoula en jet, ce qui indiquait une augmentation de la pression intra-cranienne. Après cette intervention, la malade n'eut que deux accès convulsifs très légers; la conscience et la vue se rétablirent; la guérison fut rapide.

Observations de paralysies goutteuses

Le professeur **J. Thomayer** (*Sbornik klin.*, 1904, fasc. 4) relate 4 cas de paralysie au cours d'un accès de goutte polyarticulaire.

Dans la première de ces observations, concernant un homme âgé de trente ans, on vit apparaître d'abord des douleurs polynévritiques dans les quatre membres, bientôt suivies d'une paralysie complète des membres inférieurs et du membre supérieur droit, paralysie accompagnée d'une élévation de la température jusqu'à 39°. Après avoir persisté pendant quelques jours, les phénomènes paralytiques disparurent en une nuit et furent alors remplacés par un accès franc de goutte atteignant nombre d'articulations, y compris l'articulation métatarso-phalangienne. Il y eut ensuite plusieurs rechutes au cours desquelles les phénomènes morbides se produisaient toujours dans le même ordre, à savoir: hyperesthésie ou douleurs névritiques dans les membres, paralysie motrice, disparition de cette paralysie et apparition de l'accès goutteux.

Le second malade, un homme obèse, âgé de trente ans, avec tophus à l'oreille gauche et signes de néphrite goutteuse, fut pris d'un accès franc de goutte au niveau de la troisième et de la quatrième articulations métatarso phalangienne du côté droit, ainsi qu'à l'épicondyle externe du genou gauche. Durant cet accès, les muscles de la cuisse droite furent paralysés, mais l'accès goutteux, une fois terminé, les phénomènes paralytiques ne tardèrent pas à disparaître à leur tour.

La troisième observation se rapporte à une femme d'une cinquantaine d'années, ayant déjà présenté antérieurement plusieurs atteintes de paralysie transitoire des membres. Elle se fit admettre à l'hôpital en plein accès goutteux au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et tarsiennes. Bientôt après survenait une paraplégie complète avec hyperesthésie très marquée des nerfs périphériques. Dans ce cas, la paralysie a persisté pendant quelques jours après disparition des phénomènes goutteux. Il faut dire que cette malade présentait encore les signes d'une néphrite goutteuse.

Enfin, le quatrième malade, âgé de quarante ans, fut atteint un jour d'une névrite du plexus brachial gauche suivie d'une paralysie presque complète du membre supérieur du même côté; puis survint un accès franc de goutte dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit. La cessation de cet accès fut suivie presque immédiatement de la disparition des troubles paralytiques.

Dans toutes ces observations, la paralysie motrice offrait un caractère nettement névritique, mais, comme elle a toujours été de courte durée, on ne saurait la mettre sur le compte d'une désintégration des fibres nerveuses atteintes. Les caractères particuliers que les phénomènes paralytiques ont revêtus dans la première observation laissent supposer qu'il s'agissait ici d'une auto-intoxication dont les effets se sont surtout portés sur les nerfs périphériques des extrémités. On ne saurait, en effet, expliquer, par une autre hypothèse, comment une paralysie complète d'un membre a pu être suivie d'un rétablissement presque intégral de la motilité au cours d'une seule nuit. Quelques cliniciens, qui ont eu l'occasion d'observer des faits semblables, ont émis l'opinion que, dans ces cas, l'auto-intoxication provient des urates qui, en se déposant dans les gaines des nerfs périphériques, produisent des phénomènes de paralysie des membres. Mais cette supposition se trouve en désaccord avec les résultats d'une série de recherches expérimentales que M. Thomayer a faites sur les nerfs de la grenouille. L'auteur a pu, en effet, se convaincre que l'acide urique n'exerce aucune action toxique sur les troncs nerveux, tout au moins sur ceux de la grenouille. La pathogénie des paralysies goutteuses demeure donc une question ouverte.

Sérothérapie de l'ulcère serpigineux de la cornée

Après avoir constaté que l'ulcère serpigineux de la cornée, qui cause la perte de tant d'yeux, est dû à une invasion de pneumocoques, **M. P. Rœmer** (*Fortschr. d. Med.*, 20 avril 1904) a préparé un sérum antipneumococcique, lequel, employé en injections sous-cutanées, amènerait la guérison rapide dudit ulcère et constituerait aussi le moyen prophylactique le plus sûr pour prévenir l'infection de toute lésion cornéenne superficielle.

A la clinique ophtalmologique de Wurzbourg, 68 cas d'ulcère serpigineux de la cornée ont pu être traités jusqu'ici par le sérum antipneumococcique. Vingt d'entre eux, dans lesquels l'affection se trouvait encore à la période de l'infiltration initiale, ont guéri immédiatement; dans les 48 autres, concernant des ulcérations cornéennes plus ou moins avancées, la guérison fut obtenue 38 fois, soit dans 80 % de cas.

Traitement de certaines affections convulsives de la face par les injections d'alcool au point d'émergence du nerf facial

M. Schlœsser (*Fortschr. d. Med.*, 20 avril 1904) a recours, contre le tic convulsif et le blépharospasme rebelle, à des injections d'alcool au niveau de l'orifice mastoïdien par lequel le nerf facial émerge de la cavité cranienne. Pour ce faire, après avoir attiré le pavillon de l'oreille en avant et en haut, on pique la pointe d'une seringue de Pravaz remplie d'alcool rectifié, en un point situé entre la face antérieure de l'apophyse mastoïde et la surface inférieure de la partie cartilagineuse du conduit auditif externe, et on l'enfonce, en la dirigeant quelque peu en avant, à une profondeur de 2 centimètres. On bute alors contre une résistance osseuse qui n'est autre chose que l'apophyse styloïde. On dirige alors la pointe de l'aiguille un peu en arrière, le long de l'os temporal, et on tombe sur l'orifice du canal mastoïdien, qui donne issue au nerf facial; on injecte ici une première portion de 0 gr. 20 d'alcool, puis, tenant la canule de la seringue toujours en place, on pratique une série d'injections de 0 gr. 10, séparées par des petits intervalles, jusqu'à ce qu'on ait injecté tout le contenu de la seringue, soit 1 gramme d'alcool. L'effet immédiat de cette injection se manifeste par une paralysie complète du facial, qui, par la suite, ne se dissipe que progressivement, après quoi on constate la disparition de l'état convulsif ayant existé antérieurement.

Traitement des bubons suppurés par l'injection de glycérine iodoformée

Dans la dernière séance de la Société vaudoise de médecine, **M. Dind** a présenté un malade qui fut rapidement guéri d'une adénite suppurée de l'aine par des injections de glycérine iodoformée.

L'auteur préconise ce traitement simple qui donne d'excellents résultats. Alors même que la peau au niveau du bubon est rouge, mince, luisante, paraissant prête à crever, l'injection de glycérine iodoformée, poussée dans le foyer, en piquant la peau saine du voisinage, amène la résorption de la collection purulente. L'injection est suivie de l'application de compresses imbibées d'alcool, recouvertes d'un cataplasme.

Dr Vladimir de Holstein.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Etude clinique à propos de 443 cas de diphtérie

Par M. le Dr Louis Martin
Médecin-directeur de l'hôpital Pasteur

Dans un précédent travail (*Bulletin médical*, 1904, n° 22), j'ai indiqué comment fonctionnait l'hôpital Pasteur. Je désire présenter aujourd'hui l'étude clinique et bactériologique de 443 angines diphtériques. Je rapprocherai de ces observations 166 angines non diphtériques, 20 phlegmons de l'amygdale, 10 laryngites pures classées dans les 179 divers, et je terminerai par quelques observations sur le traitement préventif antidiphtérique.

Lorsqu'on examine un grand nombre d'observations, on éprouve toujours une certaine difficulté avant d'adopter un classement qui permette de tirer de cette étude le plus grand profit, tout en mettant en valeur les faits nouveaux ou les résultats qui pourront entrer dans la pratique.

CLASSEMENT DES DIPHTÉRIQUES SUIVANT L'AGE DU MALADE

A l'hôpital Pasteur, nous avons pu traiter la diphtérie à tous les âges; le classement fait suivant l'âge du malade mettra en évidence quelques faits importants.

Première enfance. — Sur 443 malades traités, je trouve, dans la première année de la vie, 42 enfants, soit près du dixième de nos malades (exactement 9,5 %), et, dans cette première année, 10 décès, tous en moins de vingt-quatre heures.

Dans la deuxième année de la vie, nous avons 55 malades; ce chiffre représente 12,4 % de nos malades. Nous avons 19 décès; 2 surviennent moins de vingt-quatre heures après l'entrée, 17 après vingt-quatre heures. C'est notre année la plus chargée et cela concorde avec toutes les observations.

Dans ses statistiques, M. Roger sépare ces deux premières années et toujours il donne des chiffres spéciaux pour la première enfance; nous avons adopté cette méthode, car, pour la diphtérie, il y a une différence absolue entre ces deux premières années et les années suivantes.

Pour la première enfance, nous avons 97 malades et 29 décès, dont 12 en moins de vingt-quatre heures, 17 en plus de vingt-quatre heures, ce qui nous donne une mortalité globale de 29,89 %, et une mortalité réduite de 20 %.

Cette mortalité est énorme; existe-t-elle ainsi dans tous les services? Nous ne pouvons le dire; seuls les chiffres de M. Roger (1) peuvent être rapprochés des nôtres. Sur 35 malades, il note 14 décès, soit une mortalité de 40 %. En étudiant le détail des observations, nous verrons comment on pourrait diminuer cette énorme mortalité.

(1) Les maladies infectieuses, p. 1273.

Deuxième enfance. — C'est surtout sur ces malades que portent le plus grand nombre des statistiques publiées; voici par année les chiffres que nous avons pu relever.

3e	année	22	malades	2	décès	1**	1* (1)
4e	»	37	»	5	»	2**	3*
5e	»	38	»	4	»	0	4*
6e	»	42	»	3	»	0	3*
7e	»	31	»	2	»	0	2*
8e	»	16	»	0	»	0	0
9e	»	17	»	0	»	0	0
10e	»	10	»	0	»	0	0
11e	»	8	»	0	»	0	0
12e	»	5	»	1	»	0	1*
13e	»	2	»	0	»	0	0
14e	»	2	»	0	»	0	0
		230	malades	17	décès	3**	14*

soit une mortalité globale de 7,39 % et une mortalité réduite de 6,1 %.

Adultes. — Nous avons 116 malades avec 4 morts : 1**, 3*. Soit une mortalité globale de 3,45 % et une mortalité réduite de 2,6 %.

Ensemble. — En totalité, nous avons traité 443 malades diphtériques. Il y a eu 50 décès, soit une mortalité globale de 11,28 % et une mortalité réduite de 8,1 %.

La différence énorme dans la mortalité diphtérique, suivant qu'il s'agit de la première enfance, de la seconde enfance ou de l'âge adulte, doit être bien retenue. Si on n'en tient pas compte — ce qui est la règle presque générale — les statistiques perdent toute valeur démonstrative sérieuse et deviennent même souvent incompréhensibles. Il faudrait donc, à notre avis, décider que dorénavant on devra, dans toutes les statistiques de mortalité diphtérique, spécifier l'âge des malades.

Morbidité suivant l'âge. — Des chiffres que nous venons de citer, il résulte que les années les plus frappées par la diphtérie sont :

La deuxième année, qui représente 14 % de nos malades;

La première et la sixième années, qui représentent 9,5 % de nos malades;

Les troisième, quatrième, cinquième et septième années, qui représentent 8 % de nos malades;

Les sept premières années de la vie représentent 65 % des malades et, pour elles seules, les deux premières années représentent 23,5 %.

Mortalité suivant l'âge. — Si nous cherchons maintenant quels sont les malades *qui meurent surtout de la diphtérie*, nous voyons que les deux premières années prennent encore plus d'importance, car il y a :

58 % des décès dans les deux premières années;

(1) ** signifie mort moins de 24 heures après l'entrée.
* signifie mort plus de 24 heures après l'entrée.

34 % de trois à quinze ans;
8 % chez l'adulte.

Accidents laryngés suivant l'âge. — La première enfance peut être étudiée à d'autres points de vue. Nous chercherons d'abord quelle est la fréquence des accidents laryngés; nous étudierons ensuite le nombre des opérés tubés ou trachéotomisés.

Dans la première année, sur 42 malades, 10 seulement ne présentent pas de troubles laryngés; 28 ont de l'angine et du croup; chez 4 l'angine n'a pas été constatée; il existait seulement des troubles laryngés. Sur ces 32 malades qui ont eu du croup, 16 ont été opérés; il y a eu 9 décès, 7 guérisons.

Pour la deuxième année, les angines simples deviennent plus fréquentes; sur 55 malades, nous trouvons :

31 angines seules,
2 laryngites pures non opérées,
22 angines et croups opérés.
Ces 22 opérations donnent 11 décès, 12 guérisons.

Au total, dans les deux premières années : sur 38 malades qui ont été opérés, il y a 20 décès, soit 52 %, tandis que pour 20 opérés de trois à quinze ans, nous notons seulement 3 décès, soit 15 %.

Voici comment sont réparties nos opérations :

3e	année	4	opérés	1	décès
4e	»	3	»	0	»
5e	»	5	»	1	»
6e	»	5	»	1	»
7e	»	3	»	0	»

Chez l'adulte nous avons 1 trachéotomie, 1 décès.

Envisageons la question autrement, et voyons, par année, combien meurent de croup et combien d'angine.

Dans la première enfance, il y a 11 décès d'angine et 19 décès de croups opérés.

Dans la deuxième enfance, il n'y a plus que 3 décès de croups opérés contre 13 décès d'angine.

Chez l'adulte, 3 décès d'angine, 1 seul de croup trachéotomisé.

Ce qui nous permet de conclure que, dans la première enfance, nos malades sont morts surtout de croup, tandis que la deuxième enfance et l'âge adulte succombent surtout aux angines.

Que si, maintenant, nous recherchons dans quelles conditions se sont présentées à nous les enfants qui ont succombé, voici, en règle générale, comment les choses se sont passées.

Enfants jeunes, malades depuis quelques jours. Aucun diagnostic n'est porté au début; les parents s'inquiètent seulement lorsque se montrent les troubles laryngés. Ils consultent d'abord le pharmacien, voire même l'herboriste; puis, la maladie s'aggravant, un médecin est appelé. Le diagnostic est des plus difficiles, on pense au faux croup, on prescrit des vomitifs, on perd du temps, et quand l'enfant vient à l'hôpital, c'est pour mourir.

Pour ce qui est de nos croups, tous ont eu des symptômes prémonitoires. Tous ont été injectés tardivement, le plus souvent parce que le diagnostic n'a pas été fait au début, le médecin pensant d'abord à la laryngite striduleuse. La conclusion a été une mortalité de 52 %.

J'estime qu'il faut mettre ces faits en évidence et dire que, désormais, dans ces cas douteux, le médecin doit injecter du sérum antidiphtérique dès le début. Je dirai même plus; quand, dans une famille, il y a une diphtérie chez un enfant et qu'il existe des frères et sœurs de moins de trois ans, on doit toujours inoculer préventivement ces jeunes enfants; c'est le seul moyen d'éviter la mortalité effrayante des deux premières années.

Croup de l'adulte. — Nous ne pouvons citer, dans nos 113 premiers cas de diphtérie, qu'une seule observation de croup de l'adulte. La malade venait d'accoucher; elle a été trachéotomisée à la Maternité. Depuis que nous avons arrêté notre statistique nous avons pu observer un autre cas de croup, qui nous a été envoyé de l'hôpital Cochin; la malade, tubée, a guéri. Ces croups de l'adulte sont toujours graves; ils surviennent à la suite de bronchite aiguë ou grippale. Il y a non seulement de la laryngite diphtérique, mais souvent les fausses membranes envahissent la trachée et les bronches.

Angines diphtériques. — Nous avons étudié les croups opérés et nous avons vu leur fréquence et leur grande mortalité dans les deux premières années; les malades de la deuxième enfance et de l'âge adulte succombent, comme nous l'avons déjà dit, à l'angine, et voici le résumé des causes de ces décès.

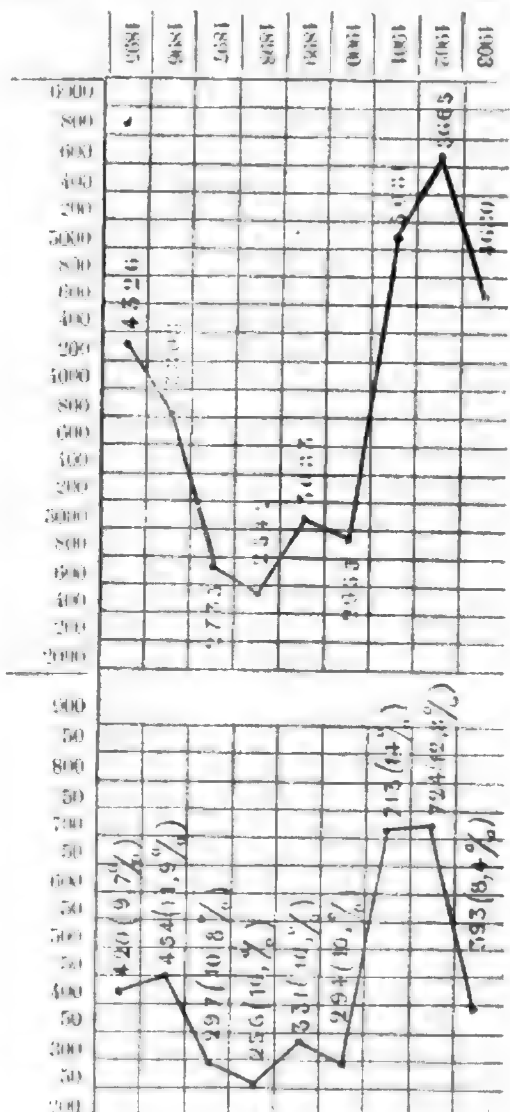
Sur 17 morts 7 malades ont succombé parce qu'il n'y a pas eu de traitement ou parce que le traitement a été tardif; 7 autres ont succombé à des complications provenant d'une infection broncho-pulmonaire, rénale, ou généralisée (c'est le propre des angines où la diphtérie se trouve associée à d'autres microbes). Enfin, dans 13 autres cas restants, le malade est mort par intoxication diphtérique. Ce chiffre est très élevé; il appelle quelques explications.

ÉPIDÉMIE DE 1901-1902

En 1901 et 1902, la diphtérie a changé d'aspect, et comme tous les médecins qui ont pu étudier cette maladie durant ces deux années, nous avons été surpris de rencontrer des formes particulièrement graves, sur lesquelles M. Marfan a déjà appelé l'attention. Le graphique ci-dessus montre bien que la diphtérie a revêtu un caractère épidémique et que, de ce fait, la mortalité, malgré la sérothérapie, a légèrement augmenté.

A l'hôpital Pasteur, nous avons remarqué les mêmes variations, et dans l'intensité de la maladie, et dans sa mortalité.

En effet, *pour les enfants*, en 1901, notre mortalité absolue est de 23 %; elle se



réduit à 16,6 %, si on défalque les morts en moins de 24 heures.

En 1902, la mortalité absolue tombe à 15,18 % et la mortalité réduite à 10,90 %.

En 1903, l'épidémie n'existant plus, la mortalité absolue tombe à 5,55 %.

Il faut donc retenir que malgré la sérothérapie, en temps d'épidémie, la mortalité de la diphtérie augmente.

Comment peut-on éviter cette augmentation?

M. Marfan en a très bien indiqué la cause; elle provient de la gravité de certaines angines diphtériques et de la plus grande fréquence des accidents toxiques.

Dans son travail, M. Marfan n'insiste pas sur le début de la maladie, car, dit-il, à l'hôpital, il est difficile d'être renseigné sur ce point. Dans bien des cas, j'ai été plus heureux. Il est vrai que mon attention avait été très rapidement éveillée par l'analogie que je trouvais entre les formes graves de la diphtérie de Paris, en 1901-1902, et l'angine toxique que j'ai pu observer à Privas en 1897, angine qui était, elle aussi, épidémique, toxique et rapidement mortelle. Tous les médecins de Privas m'avaient alors signalé avec insistance, dans ces cas, le début brusque, fébrile, une rougeur de la gorge faisant penser à la scarlatine et égarant le diagnostic, la douleur du ventre, les vomissements précoces, enfin la marche rapide de l'angine. En 24 heures, me disaient-ils, la gorge est couverte de fausses membranes; en 36, 48 heures, trois jours au plus, l'enfant meurt. Quand on injecte le sérum, il est presque toujours trop tard.

Cette description était absolument exacte, tellement exacte que, quand je vis pour la première fois, à Privas, une de ces angines, je crus tout d'abord à une angine scarlatineuse. Habitué à la diphtérie de Paris, je ne pouvais manquer d'être surpris, mais l'indication était formelle, sans s'occuper de poser un diagnostic trop précis, qui retardait l'intervention, il fallait donner du sérum rapidement et à haute dose. Cette sérothérapie hâtive et énergique, 20 à 40 cc. d'emblée, donna les meilleurs résultats, et il faut toujours procéder ainsi dans les diphtéries de ce caractère.

Je n'ai pas eu l'occasion d'étudier d'au-

tres épidémies analogues en province, mais il doit y en avoir souvent ainsi. En tout cas,à Paris, en 1901-1902, j'ai retrouvé fréquemment ce début brusque, fébrile, *avec rougeur de la gorge*, frissons, vomissements.

Ce début peu connu a souvent égaré le diagnostic : je pourrais citer deux adultes qui, traités dans des hôpitaux pour une angine catarrhale aiguë, ont été envoyés à l'hôpital Pasteur pour une diphtérie qui avait évolué rapidement, et ils sont entrés moins de trente-six heures après le début, avec une gorge rouge, tapissée de fausses membranes.

Comment expliquer cette diffusion rapide de la fausse membrane ? C'est assez difficile, étant donné les notions acquises sur le bacille diphtérique. On sait, en effet, qu'expérimentalement il ne se développe que sur une muqueuse lésée. Doit-on admettre que, dans certaines épidémies, il existe un facteur inconnu, qui prépare la muqueuse, l'enflamme et la prédispose à cette généralisation diphtérique ? C'est une hypothèse que nous n'avons pas vérifiée, car souvent, dans nos observations nous n'avons pas trouvé d'associations microbiennes ; les angines évoluaient comme des angines toxiques et non comme des angines associées.

Étant donné que ces formes se rencontrent pendant les épidémies, j'admettrais plus volontiers que le bacille diphtérique s'adapte à la muqueuse humaine, s'y développe sans le secours d'une association, se prépare à lui-même son propre terrain, sécrétant sa toxine avec une intensité extrême ; cette toxine, très vaso-dilatatrice, permet l'envahissement rapide de la fausse membrane par la congestion qu'elle produit. La maladie peut alors prendre une marche rapide, que le sérum enraye en partie ; mais, dès le début, la toxine fait son œuvre et la mort subite, du huitième au quinzième jour, en est souvent la conséquence.

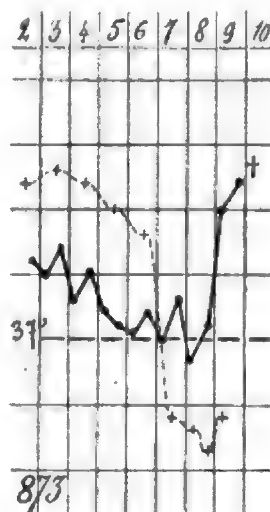
Un point qui m'a particulièrement frappé est celui-ci : presque toutes les angines qui sont mortes subitement du huitième au quinzième jour avaient des fausses membranes sur les amygdales, sur les piliers, sur la luette et sur le voile du palais. Cet envahissement du voile du palais comporte un pronostic très grave. Je n'ai trouvé dans nos observations que deux cas où les malades aient survécu, et encore, dans une observation, le malade est-il sorti sur sa demande dans un état encore très grave.

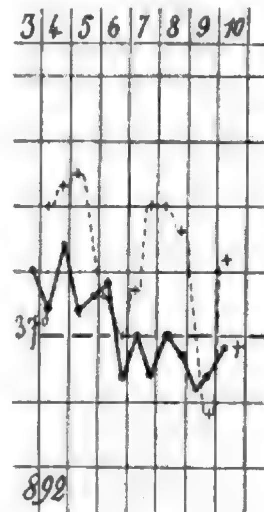
Je ne veux point expliquer par le détail les symptômes et la marche de la maladie. M. Marfan en a donné une excellente description. J'insisterai seulement sur la marche de la température et du pouls.

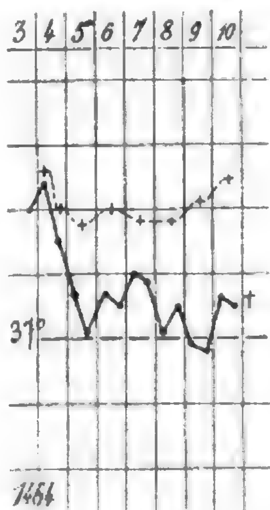
Chez tous les malades atteints d'angine toxique, cette marche a été à peu près uniforme.

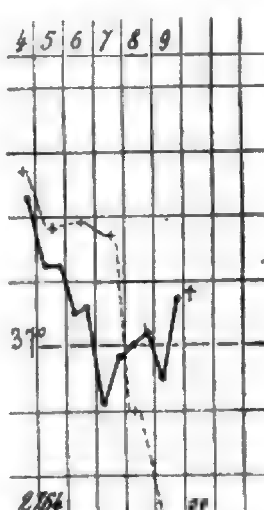
Du voisinage de 39, la température descend progressivement ou rapidement entre 35,5 et 37, puis s'abaisse encore vers le huitième jour de la maladie et tombe

VILLE DE PARIS. — STATISTIQUE DE LA DIPHTÉRIE









quelquefois en dessous de 36° ; elle reste basse quelquefois jusqu'à la mort, ou se relève le jour qui précède le décès.

Le pouls fait de même ; mais quand une angine doit se compliquer, il reste fréquent, dépressible, souvent irrégulier. Tandis que la température baisse, il se maintient au-dessus de 100, et, dans quelques cas, quand le malade doit mourir, il tombe brusquement aux environs de 50, souvent en-dessous, 36 à 48 heures avant la mort. Comme M. Barbier, j'attache à cette chute brusque du pouls un pronostic très grave, surtout quand cette lenteur du pouls s'accompagne d'hypotension et d'irrégularités. Les courbes suivantes synthétisent les variations du pouls et de la température.

Sur ces points seulement je m'écarte un peu de la description de M. Marfan.

En résumé, en temps d'épidémie, l'angine diphtérique peut avoir un début brusque avec rougeur généralisée de la gorge. Ces angines ont une marche très rapide qu'il est important de connaître, car on ne peut guérir les malades que par une sérothérapie très précoce.

PHLEGMON DE L'AMYGDALE ET DIPHTÉRIE

Quand on lit les auteurs les plus récents, on voit que cette question n'a pas été souvent traitée. Dans la dernière édition de son manuel, le prof. Dieulafoy (1) déclare que l'amygdalite phlegmoneuse peut présenter de réelles difficultés pour son diagnostic avec certaines formes de l'angine diphtérique. M. Marfan (2), sans nier la possibilité de la coexistence de la diphtérie et de l'abcès amygdalien, regarde cette coïncidence comme rare, et il donne comme symptôme pathognomonique l'unilatéralité de la lésion et le trismus.

Nous avons pu réunir plusieurs observations qui montrent que le diagnostic entre les deux maladies est des plus difficiles, il existe, en effet :

1° Des amygdalites phlegmoneuses suppurées qui se compliquent de diphtérie ;

2° Des diphtéries qui touchent les deux amygdales, mais frappent plus un côté

(1) 14e édition, t. IV, p. 119.

(2) *Gaz. des hôp.*, 14 mars 1903, p. 310.

et s'accompagnent parfois de suppurations de l'amygdale;

3° Des diphtéries unilatérales avec ou sans gonflement de l'amygdale;

4° Des angines *unilatérales* diphtériques, s'accompagnant de gonflement de l'amygdale, de dysphagie, de *trismus*. Elles guérissent, sous l'influence du sérum, sans suppuration, mais simulent à s'y méprendre l'angine phlegmonneuse, comme le montre l'observation ci-dessous.

OBSERVATION

Valentine T..., vingt-deux ans, fille de salle. Ne présente rien dans ses antécédents qui puisse intéresser l'affection actuelle.

Elle n'est point sujette aux amygdalites. Ne se rappelle pas avoir été en contact avec une personne atteinte de mal de gorge.

Dans le courant de la semaine, elle ressent un « mal de gorge », caractérisé par du picotement, s'accompagnant d'une douleur ganglionnaire au niveau du cou, à droite; en même temps apparaissent des symptômes généraux, d'abord peu prononcés.

Le dimanche, la malade a la sensation d'un gonflement à droite, qui provoque la gêne de la déglutition; en examinant sa gorge à ce moment, elle voit, dit-elle, des « peaux blanches ». Le même jour apparaît un trismus, d'abord léger, qui, le lendemain lundi, va en s'accentuant, la voix se voile, l'articulation des sons est difficile. Le mardi, le malaise général augmente, la douleur au niveau de la gorge, devient plus forte, obligent la malade à abandonner son travail. Elle entre à l'hôpital le mercredi, 25 février.

Mercredi 25 février. — Examen à son entrée. — Quand on veut examiner la gorge on constate tout d'abord un *trismus intense*. L'écartement des maxillaires est très limité, difficile et douloureux. Il est impossible à la malade d'articuler un son ni une parole. L'arrière-bouche est rendue, de ce fait, peu accessible. Néanmoins, on peut arriver à constater, *à droite*, une tuméfaction volumineuse, qui siège au niveau de la région amygdalienne. Cette tuméfaction s'étend en dedans, jusqu'à la ligne médiane, repoussant la luette œdématiée. En avant, elle est constituée par le voile du palais, qui bombe et fait saillie; sa partie inférieure est inaccessible à l'examen. De plus, cette tuméfaction, lisse, rouge, tendue, présente à sa face antérieure une *fausse membrane* qui, recouvrant l'amygdale et le pilier antérieur, empiète légèrement sur le voile. L'amygdale gauche, non tuméfiée, présente simplement de la rougeur.

L'haleine est fétide; la déglutition très douloureuse. L'affection est franchement unilatérale et, sauf la fausse membrane, revêt tous les caractères de l'angine phlegmoneuse. Cet état de la gorge s'accompagne d'une adénite droite monoganglionnaire, volumineuse et douloureuse, siégeant à l'angle du maxillaire.

Les symptômes généraux sont peu prononcés. Le pouls est petit, la température 37,5.

On fait immédiatement une injection de 40 cc SAD.

Le 26 février. — La malade, qui a pu dormir pendant la seconde partie de la nuit, accuse ce matin un mieux sensible.

Pendant la journée une fausse membrane se détache.

Le trismus semble vouloir s'atténuer. Température 37,3.

Le 27 février. — Au point où était la fausse membrane on ne voit plus que deux ou trois points blanchâtres. La tuméfaction a beaucoup diminuée. La malade qui, depuis trois jours, ne pouvait rien absorber, commence à déglutir. Le trismus est de moins en moins accusé. La voix est toujours voilée. L'adénite est moins douloureuse. Température normale.

Le 28 février. — Le voile du palais est libre et n'est plus tuméfié.

L'amygdale et le pilier antérieur forment encore une masse un peu hypertrophiée, mais moins lisse et moins tendue. On ne constate plus trace de fausse membrane.

Le trismus a, en grande partie, disparu; la malade ouvre franchement la bouche et commence à articuler des sons. L'adénite est de moins en moins douloureuse.

Le 1er mars. — La muqueuse n'est plus injectée, présente seulement une légère rougeur. L'amygdale seule reste un peu augmentée de volume, mais moins lisse et moins tendue; les cryptes se dessinent. Le pilier antérieur, bien que encore accolé à l'amygdale, s'en distingue néanmoins; à son niveau toute réaction inflammatoire a disparu. La luette n'est plus œdémateuse; la voix est normale. La déglutition se fait facilement. L'adénite a presque complètement disparu; et le ganglion, de la grosseur d'un pois, est indolore à la pression. L'état général ne présente rien de particulier.

La malade quitte l'hôpital dix jours plus tard.

Examen bactériologique

Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé.

Les deux tubes sont couverts de colonies de diphtérie: *bacille long*. Inoculation à un cobaye de 380 gr le vendredi à 4 heures après-midi. Mort dans la nuit du samedi au dimanche, c'est-à-dire 36 heures environ après l'inoculation.

A l'autopsie, lésion de diphtérie.

Tous les faits de ce genre que nous avons observés l'ont été chez des adultes, et non chez des enfants. Comme M. Marfan nous ne les avons jamais rencontrés chez ces derniers.

Nous pensons qu'il importe d'attirer l'attention des médecins sur ces faits; depuis que nous avons observé que la diphtérie peut compliquer ou simuler l'amygdalite phlegmonneuse, nous injectons du sérum antidiphtérique à toute angine phlegmonneuse qui présente un exsudat. Nous n'avons pas eu de décès nouveaux à déplorer, malgré la gravité de certains cas.

RELATIONS ENTRE LA VIRULENCE DES BACILLES ET LA GRAVITÉ DES CAS

Avec M. Loiseau, nous avons recherché la virulence du bacille diphtérique dans 169 observations.

115 diphtéries cliniques types ont donné 112 bacilles virulents et 3 bacilles non virulents. Il est donc tout à fait exceptionnel de trouver, dans ces cas, des bacilles non virulents.

Dans les croups purs, sur 9 observations, nous trouvons 4 bacilles virulents, 5 non virulents.

A ce propos, je répéterai que la clinique seule doit diriger le traitement de la diphtérie. Pour faire une injection de sérum, il ne faut pas attendre un examen direct des fausses membranes, qui ne donne un résultat positif que dans un tiers des cas et jamais on ne doit différer une injection de sérum sous prétexte d'avoir le résultat des cultures.

SÉROTHÉRAPIE PRÉVENTIVE

Nous avons largement usé de la sérothérapie préventive. Tous les enfants au dessous de cinq ans, qui entrent à l'hôpital Pasteur pour une maladie quelconque, reçoivent 10 cc de sérum antidiphtérique; nous n'avons jamais relevé d'accidents. A la consultation, nous avons injecté préventivement 335 enfants, frères ou sœurs de nos malades. Enfin, je signalerai que, dans le service de M. Potocki, à l'asile Michelet, pour arrêter une épidémie qui s'annonçait comme très grave, nous avons pu, sans inconvénient, injecter préventivement, avec MM. Thierry et Loiseau, 183 femmes enceintes et 90 nouveau-nés. Les femmes enceintes ont reçu 10 cc, les nouveau-nés 5 cc.

CONCLUSIONS

1° Une grande différence existe dans la mortalité de la diphtérie suivant l'âge considéré.

Dans la première enfance, la mortalité est de 29 %.

Dans la deuxième enfance, la mortalité est de 7,9 %.

Dans l'âge adulte, la mortalité est de 3,45 %.

Les statistiques futures devront tenir compte de ce point important, et un classement suivant l'âge est indispensable.

2° Dans la première enfance, nos malades sont morts surtout de croup, tandis que les malades de la deuxième enfance et les adultes succombent aux angines.

3° Presque tous les croups ont été injectés tardivement. Le diagnostic est souvent difficile; le médecin pense d'abord à la laryngite striduleuse, tandis que, toujours dans ce cas, il devrait craindre la diphtérie et injecter rapidement du sérum.

4° Les causes de décès des angines peuvent se résumer ainsi:

a) 7 malades ont succombé parce qu'il n'y a pas eu de traitement ou parce que le traitement a été tardif.

b) 7 ont succombé à des complications infectieuses.

c) 15 ont succombé à l'intoxication diphtérique.

5° L'angine diphtérique peut avoir un début brusque, avec rougeur de la gorge, fièvre, vomissements. Ces angines se rencontrent surtout en temps d'épidémie; elles ont une marche très rapide, qu'il est important de connaître, car on ne peut les guérir que par une sérothérapie très précoce.

6° Le diagnostic entre la diphtérie avec amygdalite et l'angine phlegmoneuse est souvent très difficile.

a) Des phlegmons de l'amygdale peuvent se compliquer de diphtérie.

b) Il existe des amygdalites diphtériques unilatérales, qui simulent l'angine phlegmoneuse, mais guérissent sans suppurer, sous l'influence du sérum antidiphtérique.

Si nous voulons tirer une conclusion générale de toutes ces observations, nous dirons que, dans les croups comme dans les angines, le diagnostic est souvent délicat; toutefois une règle doit s'imposer : dans les cas difficiles il faut toujours regarder le malade comme suspect de diphtérie et l'injecter aussitôt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai

De la pathogénie de l'hydronéphrose

M. Peyrot. — J'ai observé une jeune fille de dix-huit ans atteinte, depuis son enfance, de crises douloureuses dans l'hypochondre gauche. Il existait dans cette région une tumeur nette, assez volumineuse. Le diagnostic d'hydronéphrose fut confirmé par la séparation des urines, qui montra qu'il ne s'écoulait de l'urine par l'uretère gauche que lorsqu'on relevait le rein.

J'ai fait une incision lombaire; le rein n'était pas gros, mais le bassinet était très dilaté; de plus, il existait une artère supplémentaire et un étranglement de l'uretère au niveau de son abouchement au bassinet. Après avoir ponctionné le bassinet, j'en ai incisé la paroi et j'ai prolongé l'incision sur l'uretère, puis j'ai réuni les lèvres de la plaie. Les suites de l'opération ont été troublées par de la suppuration, mais la guérison n'en est pas moins survenue entière.

M. Bazy. — Dans ma première communication, j'ai insisté en particulier sur ce point que l'hydronéphrose n'était pas due au rein mobile. Plusieurs collègues, parmi lesquels M. Legueu, m'ont présenté des objections, auxquelles je répondrai en disant que l'hydronéphrose est surtout fréquente à gauche, alors que le rein mobile se voit surtout à droite, et qu'elle se montre d'ordinaire à une autre époque que le rein ectopié. Suivant moi, le rein mobile n'est pas le fait principal, mais un fait secondaire. Je ne crois pas non plus qu'il faille accorder aux artères anormales un rôle aussi important qu'on l'a dit. On pourrait, dans l'économie, citer plus d'un exemple d'un canal passant sur une artère et ne se coudant pas. Quant à la conduite thérapeutique, elle doit varier suivant les circonstances.

Des intoxications par le naphtol camphré

M. Nélaton. — Je n'ai jamais employé le naphtol camphré en injection dans une poche fermée, mais j'y ai souvent eu recours en pansement ouvert, et je n'ai observé aucun accident.

M. Perier. — Le naphtol camphré ayant été mis en pratique pour la première fois dans mon service il y a une quinzaine d'années, je ne dois pas me désintéresser de la question. La communication de M. Guinard (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 447) nous conduit à rechercher à quelle cause il faut attribuer la mort de son malade.

Est-ce par absorption ou par effraction que le poison a pénétré dans l'économie? Est-ce sur le bulbe qu'il a agi? Je ne m'occuperai pas de cette dernière question qui, au point de vue chirurgical, n'a qu'un intérêt secondaire. L'important est de résoudre la première question, car si le poison a pénétré par absorption, il faut en rejeter l'emploi; si c'est, au contraire, par effraction, il faut éviter de créer une porte d'entrée.

Je rappellerai tout d'abord que la solubilité du naphtol camphré est nulle et qu'il serait nécessaire d'établir le degré de perméabilité des parois des foyers en rapport avec le médicament. Le péritoine, qui offre une perméabilité très prononcée, supporte bien cependant ces injections. J'en ai eu la preuve dans un cas d'épanchement hydatique que j'ai traité de cette façon sans accidents. C'est à la suite de ce fait que j'ai institué couramment l'usage de ces injections dans mon service. Et je me rappelle encore un cas de gangrène pulmonaire dont le foyer communiquait largement avec les bronches, que j'ai guéri en injectant, à plusieurs reprises, quelques gouttes de ce mélange. Les vingt faits d'accidents, rapportés par M. Guinard, ne prouvent pas davantage que c'est par absorption que le poison a agi. On ne pourrait tout au plus l'admettre qu'exceptionnellement et avec une injection massive.

Je crois donc que les accidents doivent être rapportés à la pénétration du liquide par une effraction à travers une veine déchirée ou rompue, par suite de la tension sanguine qui succède à l'évacuation de la poche ponctionnée. Aussi, tout en considérant le naphtol camphré comme un excellent médicament, je crois qu'il ne doit jamais être injecté sous pression et qu'il faut se défier des zones dangereuses comme la région claviculaire par exemple.

M. Delbet. — Il y a une quinzaine d'années j'ai fait des expériences avec l'eau naphtolée et j'ai constaté chez le chien des résultats effroyables à la suite de minimes injections. Il se produisait une absorption très rapide et ces animaux succombaient en quelques minutes. Quant à la tolérance du péritoine pour le naphtol camphré, dont M. Périer nous a cité un exemple, on peut se demander si le liquide n'a pas été seulement en contact avec la poche kystique.

M. Perier. — Je crois qu'il n'y a aucune analogie à établir entre l'eau naphtolée et le naphtol camphré au point de vue de leur pouvoir d'absorption.

M. Championnière. — Il y a deux ans on traitait, dans mon service, par ces injections de naphtol camphré, un abcès fistuleux de la fosse iliaque. Plusieurs injections avaient déjà été faites sans incidents, lorsque, à la suite d'une nouvelle, il fut pris de syncope et d'un état de défaillance qui persista quatre ou cinq heures. Je fis alors quelques recherches dans les travaux publiés sur ce sujet, et, effrayé par les accidents qui avaient été rapportés, j'ai complètement abandonné, depuis, l'emploi de ce médicament.

M. Kirmisson. — La figure des accidents observés paraît être toujours la même : accidents épileptiformes et accidents de syncope ; ils ne sont pas un simple effet du hasard, mais dus certainement au mélange de naphtol et de camphre, dont la valeur, d'ailleurs, n'est pas supérieure à celle de l'iodoforme.

M. Moty. — Après avoir observé une mort et différents accidents, après des injections iodoformées, je n'ai plus fait usage, depuis quinze ans, que du naphtol camphré, contre lequel je n'ai rien eu à relever ; mais je l'emploie en très petite quantité.

M. Quénu. — Je m'en suis servi, autrefois, sans accidents, en attouchements dans des péritonites tuberculeuses. Pour les abcès par congestion, j'utilise l'éther iodoformé dont on peut éviter les inconvénients en ne se servant que de petites doses et en laissant l'éther s'évaporer par la canule.

M. Delbet. — Je me souviens d'un cas de mort survenu chez un enfant après une injection d'éther iodoformé faite par Trélat. Le décès apparut une heure après l'injection.

M. Peyrot. — J'ai le souvenir d'avoir noté, parmi les nombreux malades que j'ai traités par le naphtol, divers accidents. Chez un jeune homme, atteint d'abcès par congestion, 7 à 8 gr. de liquide furent injectés et, peu après, on constata un état syncopal et un affaiblissement des battements du cœur, qui persista toute la journée.

Dans une autre circonstance, sur une femme de quarante-cinq ans, une injection de 20 à 25 grammes, fut suivie le soir de vomissements, de gêne de la respiration et le lendemain d'accidents épileptiformes. L'abcès fut largement incisé et lavé et tout accident disparut.

M. Lejars fait un rapport sur un mémoire de **M. Zierkusky**, relatif à cinq cas d'amputation d'Eyritti, dont l'auteur a déjà communiqué plusieurs faits (voir *Bulletin médical*, 1900, p. 1287).

Ozenne.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Troubles urinaires des ataxiques

M. Desnos. — Fort intéressante est l'étude des effets produits par les excitations cutanées sur la contractilité de la vessie, effets constants aussi bien en physiologie que dans les cas pathologiques. L'action de l'eau tiède, soit localisée sur la région pelvienne, soit plutôt étendue à toute la surface du corps, est presque toujours efficace contre les difficultés mictionnelles, quelle qu'en soit la nature. Toutes les fois qu'il y a rétention ou miction pénible, l'appareil urinaire se congestionne au point où siège l'obstacle ou, plus généralement, dans toute son étendue. Or, la décongestion produite par la balnéation tiède est évidente ; la dilatation des capillaires détermine un afflux de sang vers la peau au détriment de la circulation pelvienne, et les effets sont ordinairement rapides.

Les bains carbo-gazeux semblent agir d'une manière plus particulière. A la décongestion se joint, dans leur emploi, une action réflexe qui est tout au moins très probable à en juger par la rapidité, la presque instantanéité des effets : certains malades urinent dès que l'immersion dans l'eau a lieu, avant qu'un travail de décongestion ait pu se produire. Cette action d'inhibition portant sur le sphincter vésical paraît démontrée aussi par ce fait que l'effet est plus rapide chez les jeunes sujets, tandis que la rétention des prostatiques est plus lente à disparaître parce que la congestion est presque seule en cause.

Les remarques que je viens de faire s'appliquent aux troubles urinaires des ataxiques. L'expérience m'a montré que ces malades sont susceptibles d'une grande amélioration sous l'influence d'un traitement local. Mais un diagnostic précis de la lésion urinaire est nécessaire, quoiqu'il soit entouré de grosses difficultés.

Dans le tabes, en effet, la vessie est frappée de deux manières différentes. Au moment où débute la lésion médullaire, on voit se produire une excitation du muscle vésical qui se traduit par des mictions fréquentes très impérieuses, obéissant mal à la volonté, et, plus tard, une difficulté de retenir l'urine, telle que quelques gouttes s'échappent involontairement. C'est là la forme la plus connue, souvent la seule décrite.

Mais le processus est tout différent dans des cas nombreux où la contractilité vésicale diminue peu à peu, lentement, laissant s'établir une rétention incomplète dont le malade n'a pas conscience et qui échappe aux médecins les plus vigilants. Sans qu'aucun symptôme appelle l'attention, si ce n'est un peu de lenteur de la miction et une faiblesse relative de la force du jet, la rétention parcourt toutes ses périodes et arrive à déterminer une distension vésicale, qui se traduit par le regorgement. Je ne compte plus les malades qui me sont arrivés dans cet état. Tantôt alors les symptômes classiques du tabes sont découverts, tantôt ceux-ci restent assez peu prononcés pour passer inaperçus, et ce n'est qu'après avoir constaté l'absence de toute lésion urinaire qu'on est amené à rechercher les symptômes médullaires. Il y a, en effet, dans beaucoup de cas, une sorte de dissociation des symptômes du tabes, qui peut frapper d'une manière prédominante l'appareil urinaire, et surtout la vessie, tout en n'atteignant que très peu les autres appareils ; marche très rapide des lésions vésicales contrastant avec la lenteur de l'évolution tabétique en général.

Je suis persuadé qu'on peut rendre de très grands services à ces malades en leur appliquant une thérapeutique rationnelle. Dépistée dès le début, la rétention doit être traitée comme celle des prostatiques, c'est-à-dire qu'on doit procéder à l'évacuation méthodique du réservoir vésical, dès que la retenue de l'urine est un peu considérable. Ainsi traitée, la vessie reprend en partie sa contractilité; tout au moins la distension du bas-fond ne se produit pas ou se produit beaucoup plus tard. Bien conduit et surtout pratiqué avec des soins d'antisepsie absolus, car les vessies des tabétiques s'infectent avec la plus grande facilité, le cathétérisme donne presque toujours des résultats tels qu'on croit assister à un recul du processus morbide.

Il va sans dire que le traitement général du tabes devra être appliqué avec rigueur. A ce point de vue, les excitations cutanées générales, et en particulier un traitement hydro-minéral tel que celui de Royat, sont précieuses, car elles sont de nature à stimuler la contractilité affaiblie de la vessie et en même temps elles diminuent la congestion qui accompagne constamment toute rétention.

Sur la durée du traitement de l'hypertension artérielle dans l'artério-sclérose par la d'Arsonvalisation

M. Moutier. — La rapidité de l'abaissement de la pression artérielle ne semble, en général, être en rapport ni avec la gravité, ni avec l'ancienneté de l'artério-sclérose, ni même avec le degré plus ou moins élevé de l'hypertension, mais elle semble être en rapport avec l'hygiène et surtout l'alimentation du malade.

Quand les malades se soumettent au régime approprié, on obtient, dans l'artério-sclérose, facilement et *rapidement*, la disparition de l'hypertension artérielle, on ramène la pression artérielle à la normale et cela dans tous les cas, même dans ceux où on aurait employé auparavant et *sans succès* tous les autres traitements.

Dr Derrigone.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 mai.

Un cas complexe de pelade dentaire

M. Jacquet. — Il s'agit d'un homme qui fut atteint de pelade de la moustache gauche, trois mois après une crise dentaire du même côté. Il existait aussi de l'hyperesthésie faciale gauche. L'extraction de deux dents malades arrêta d'abord la pelade, mais la dépilation recommença. Le dentiste du malade constate que la première pré-molaire supérieure gauche est douloureuse et atteinte de périostite: il arrache la dent. Les jours suivants, nouvelle extension de la pelade, mais, dix jours après, arrêt, puis début de la repousse. Cependant il persiste de l'hyperesthésie et de l'hyperthermie à gauche. Je soupçonne alors qu'il reste un débris de racine ou d'os non éliminé. Brusquement la dépilation recommence, et l'on trouve enfin un petit pertuis fistuleux au fond duquel le stylet rencontre un corps dur. Le curetage de l'alvéole ramène l'extrémité apicale de la racine de la première molaire gauche. Pendant les huit jours suivants, la dépilation est très active, puis la repousse se fait si rapidement qu'en cinq semaines toute l'aire peladique est recouverte. En somme, les alternatives d'alopécie et de repousse ont, dans ce cas, été liées d'une façon saisissante aux variations des lésions profondes.

M. Darier. — Depuis les travaux de M. Jacquet j'ai recherché avec soin les relations de la pelade et des lésions dentaires, et je peux dire que je les ai constatées très fréquemment. On trouve souvent des troubles sensitifs ou vaso-moteurs; mais il est aussi des cas où l'on ne trouve rien de tout cela. On peut alors mettre en cause une période de croissance ou d'autres troubles généraux.

M. Sabouraud. — J'admets aussi qu'il y a fréquemment un rapport étroit entre la pelade et l'altération de la santé générale. On voit, par exemple, souvent la dépilation marcher de pair avec l'amaigrissement. Les hérédo-syphilitiques sont en proportion considérable parmi les grands peladiques. Mais je crois plus à l'importance des troubles généraux qu'à celle des lésions locales.

M. Brocq. — De tout ce qui vient d'être dit, il ressort que la pelade ne semble plus être considérée par personne comme une maladie contagieuse.

A chaque instant nous sommes consultés par des ouvriers ou des employés d'administrations qui nous demandent de certifier que leur maladie n'est pas contagieuse. Pourtant, de temps en temps, on publie des relations d'épidémies de pelade observées, soit dans l'ar-

mée, soit dans d'autres agglomérations. Je crois qu'il serait utile de contrôler de près les faits de ce genre, et je propose que notre Société nomme une commission chargée de faire une enquête sur tous les cas de contagion de pelade qui lui seront signalés.

M. Leredde. — La pelade n'est pas contagieuse et, pour ma part, je donne toujours les certificats qui me sont demandés.

M. Sabouraud. — Je n'ai jamais vu d'épidémie, je n'ai observé qu'un petit nombre de cas de contagion apparente, 1 sur 200 environ. Dans ces conditions, je délivre aussi toujours les certificats qu'on me demande.

M. Jacquet. — Je constate avec satisfaction combien les idées sur la pelade se sont modifiées. Il y a quelques années, quand il était question de pelade, on ne parlait que de contagion et de microbes. Aujourd'hui, personne ne soutient plus la théorie parasitaire.

Une épidémie de pelade

M. Gaucher. — Voici, précisément, un fait de pelade dans lequel la contagion est très vraisemblable. Il s'agit de quatre sergents de ville qui appartiennent à la même escouade; ils ont les mêmes lits de repos où ils se couchent alternativement; ils ont été atteints tous les quatre à très brefs intervalles. Néanmoins, je crois que la pelade est peu contagieuse et qu'elle ne l'est que dans des conditions de réceptivité toutes spéciales. Aussi ai-je l'habitude de donner des certificats aux termes desquels le malade atteint de pelade n'apporte aucun risque de contagion, à la condition qu'il ait la tête couverte d'une façon permanente.

M. Jacquet. — Toutes les fois qu'une épidémie a été étudiée de près, on a reconnu qu'ils s'agissait de fausse pelade. Dans le cas présent il faut faire une enquête; c'est l'occasion de nommer la commission proposée par M. Brocq, et de lui demander un rapport sur le cas d'épidémie observé par M. Gaucher.

(La Société nomme une commission composée de MM. Sabouraud, Jacquet, Hallopeau et Gaucher).

Radiothérapie

MM. Brocq, Bissérié et Belot présentent plusieurs malades guéris d'épithéliomas cutanés par la radiothérapie. Comme M. Béclère l'a dit dans la précédente séance ils pensent que la question de dose a une importance capitale; mais il n'est pas facile de formuler une règle générale, car les doses doivent varier suivant les cas; il peut même être utile de provoquer la radiodermite de propos délibéré, par exemple dans les cas de lupus. Quant à la généralisation du cancer sous l'influence du traitement, les observations apportées par M. Oudin ne sont nullement concluantes. Il s'agit de malades qui étaient peut-être déjà en imminence de généralisation, et il n'est pas possible d'incriminer la radiothérapie.

M. Balzer. — Dans les épithéliomes apparemment guéris par la radiothérapie a-t-on fait des recherches pour constater la guérison histologique? Dans certains cas traités par le chlorate de potasse et surtout par la résorcine on a aussi quelquefois des guérisons apparentes; mais quand on a fait des biopsies, on a toujours trouvé des cordons épithéliaux dans les cicatrices.

M. Darier. — Il y a six ou huit ans, j'ai traité un malade, par la méthode de Czerny, pour un épithélioma de la paupière inférieure. Dix-huit mois après la guérison, en apparence complète, j'ai fait faire une autoplastie pour reconstituer la paupière. Au cours de l'opération on détacha un petit lambeau de tissu dont je fis l'examen microscopique. J'y trouvai des boyaux épithéliaux en pleine vitalité. Néanmoins, le malade survécut quatre ou cinq ans et ne présenta jamais trace de récidive. Il semble donc que, dans les cicatrices, il puisse persister des éléments épithéliaux qui ne prolifèrent pas.

M. Leredde. — La méthode radiothérapique appliquée au traitement du cancer est encore trop récente pour que nous soyons complètement édifiés sur la question des récidives. Cependant une considération semble indiquer la supériorité des rayons X sur les caustiques, par exemple : c'est l'électivité parfaite avec laquelle agissent les rayons X, détruisant complètement les tissus malades et respectant les tissus sains.

M. Brocq. — Nous vous avons soumis des malades pour que vous jugiez des effets produits par la radiothérapie. Vous voyez que les résultats sont, en apparence, excellents; mais nous ne prétendons nullement qu'il s'agisse de guérisons définitives : l'avenir seul pourra nous le dire.

La séborrhée fœtale et la composition du vernix caseosa

M. **Jacquet.** — On sait que, pour M. Sabouraud, la séborrhée est une affection parasitaire causée par un bacille spécial. J'ai a objecté à cette théorie que la séborrhée peut exister dès la vie fœtale et en dehors de tout parasitisme. Je viens de faire toute une série de recherches chimiques et histologiques sur le vernix caseosa. Les résultats, absolument décisifs, prouvent que le vernix est bien un corps gras, qu'il provient des glandes sébacées et que, sur le fœtus comme sur l'adulte, on peut faire sourdre, par pression des glandes sébacées, le filament gras caractéristique. La séborrhée fœtale existe donc en dehors de tout parasitisme.

Cette constatation n'est pas pour fortifier l'action du micro-bacille découvert par MM. Unna et Hodara, cultivé par M. Sabouraud et donné par lui comme l'agent triplement pathogène de la pelade, de la séborrhée et de la calvitie, bien qu'il soit impuissant à produire expérimentalement aucun de ces états morbides, et que nombre de raisons portent à le considérer comme un organisme colonisant avec prédilection le milieu sébacé.

MM. Hallopeau et Vieillard. — Iodisme tubéreux et végétant du visage.

MM. Hallopeau et Vieillard. — Forme gangréneuse de bromisme.

M. Hallopeau. — Dermatite bulleuse provoquée par l'huile de pétrole chez un galeux. — Deux nouveaux cas d'érythrodermie mycosique.

Dénu.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 17 mai

Thrombose cardiaque et embolie de l'aorte abdominale après une angine diphtérique maligne

M. Marfan. — L'enfant dont il s'agit avait eu une angine diphtérique maligne, exsudat très étendu et de mauvaise apparence, adénopathie considérable, jetage, albuminurie abondante, apyrexie presque complète. Nous fîmes le traitement sérothérapique intensif.

La convalescence s'annonçait rapide et franche, le foie, cependant, restait gros. Le onzième jour après l'entrée apparut une paralysie du voile du palais; le douzième jour faiblesse des bruits du cœur, rythme fœtal irrégulier; le treizième jour, brusquement, pendant la visite, l'enfant pousse des cris de douleur, il est cyanosé, la douleur siège au-dessus de l'ombilic, elle est des plus vives; le tableau était celui de perforation; cependant, pas de vomissements; en rapprochant cette douleur des phénomènes cardiaques constatés la veille, j'émis l'hypothèse d'une embolie d'une artère de l'abdomen. L'enfant continua à crier atrocement toute la journée suivante et mourut le lendemain matin.

A l'autopsie, thrombose cardiaque du ventricule gauche, caillot dans l'aorte abdominale depuis l'origine des artères rénales jusqu'au delà de la bifurcation des iliaques primitives.

M. Hutinel relate un cas semblable, mais survenu dans la convalescence d'une broncho-pneumonie; le point de départ n'était pas une thrombose cardiaque, mais une thrombose d'une veine pulmonaire.

Pathogénie et traitement de la paralysie diphtérique

M. Rist relate l'observation d'une paralysie diphtérique avec paralysie du voile et paraplégie survenue tardivement chez une enfant qui avait été traitée hâtivement et à haute dose (100 cc) par le sérum antidiphtérique. Cette paralysie s'est terminée par une syncope mortelle. Comment expliquer l'apparition de telles paralysies malgré le traitement? Si elles étaient dues à la toxine, l'administration de l'antitoxine suffirait à les empêcher;

les paralysies expérimentales de Roux et Yersin par injection de toxines ne se développent pas chez les animaux qui ont reçu du sérum antitoxique.

Il faut admettre que ces paralysies ne sont pas dues à la toxine soluble, la seule qui sert à obtenir le sérum antitoxique, et la seule, par conséquent, qui soit efficacement combattue par ce sérum ; elles sont dues à l'*endotoxine* existant dans les corps bactériens et ne diffusant pas dans les cultures liquides. J'ai démontré antérieurement l'existence de cette endotoxine; j'ai pu réaliser avec elle les paralysies tardives; celles-ci pourront être prévenues par l'emploi d'un sérum, non seulement antitoxique, mais également antibactérien.

M. Marfan. — Il me semble que les paralysies diphtériques sont devenues moins fréquentes depuis la sérothérapie ; le sérum diphtérique n'est donc pas dépourvu de pouvoir préventif vis-à-vis d'elles. Je crois même à son pouvoir curateur. Pendant longtemps, sous l'influence des idées d'Erhlich, qui attribuait la paralysie, non à la toxine, mais à son dérivé la toxone, j'ai cru avec tout le monde à l'inefficacité du sérum sur la paralysie déclarée. Cette inefficacité n'est pas vérifiée par les faits; depuis que je traite systématiquement les paralysies diphtériques par de petites doses répétées de sérum, je n'ai plus perdu un enfant de paralysie.

M. Comby. — J'ai, par le traitement sérique, guéri très rapidement deux paralysies diphtériques.

M. Netter. — La théorie de la toxone est aujourd'hui abandonnée par son auteur même. On avait préparé un sérum antitoxoneux qui s'est montré inefficace.

M. Broca. — L'appendicite se manifeste parfois chez l'enfant sous les aspects les plus déconcertants. J'ai vu dernièrement un enfant ayant toutes les apparences d'une méningite tuberculeuse : vomissements incoercibles, constipation absolue, céphalalgie frontale intense, ventre parfaitement plat, à peine de la sensibilité dans la fosse iliaque droite; une ponction lombaire révéla l'intégrité des méninges; c'est par exclusion que le diagnostic d'appendicite fut porté.

Chez un autre enfant que je vis avec M. Variot, la palpation du ventre révélait une induration épigastrique; la laparotomie fut faite; rien ne fut trouvé dans la région épigastrique, mais l'appendice réséqué montra des lésions de folliculite.

Chez un jeune homme, l'appendicite se révéla seulement par des signes d'occlusion intestinale, vomissements allant jusqu'aux vomissements fécaloïdes. L'application de glace guérit cette fausse occlusion en quarante-huit heures. J'avais conseillé l'ablation ultérieure de l'appendice en prévision des récidives. Le malade préféra se pendre, ce qui interrompit brusquement cette observation.

J'ai vu, avec M. Guinon, une enfant dont le premier symptôme d'appendicite fut un vomissement sanglant avec douleurs abdominales, état nauséeux, pouls très irrégulier et inégal, collapsus algide. La laparotomie montra un abdomen absolument sain; l'appendice lui-même paraissait sain extérieurement ; je le réséquai, néanmoins; or, il y avait, sur la muqueuse appendiculaire, trois à quatre points de folliculite hémorragique.

Chose curieuse, les anomalies du pouls disparurent dès que l'appendice fut réséquée ; avant même d'être réveillée de l'anesthésie, la malade avait le pouls redevenu absolument égal et régulier.

M. Marfan. — Dans plusieurs de ces cas on peut se demander si la simple laparotomie n'aurait pas eu les mêmes effets que l'ablation de l'appendice. C'est seulement dans le cas contraire qu'on serait autorisé à rapporter à l'appendicite la cause de ces phénomènes bizarres.

M. Guinon. — Si nous admettons que les lésions d'un appendice, si peu atteint soit-il, suffisent à provoquer des vomissements reflexes, je ne vois rien d'illogique à lui attribuer également des réactions réflexes plus variées, car tous les faits qui viennent d'être signalés sont évidemment des réactions nerveuses.

MM. Guinon et Londe relatent une observation d'angine diphtérique avec gros bubon guéri par les applications de pommade au collargol.

M. Variot présente trois enfants atrophiques. Le premier, rachitique et atrophique, pèse à dix-huit mois 5 kilos; le second, à trois ans, non rachitique, est grand et gros comme un enfant de dix-huit mois ; il lui manque 15 centimètres pour avoir la taille normale ; le troisième pesait 4 kilos à dix-huit mois, quand il a été amené dans le service de M. Variot, il y a un an et demi; il s'est développé peu à peu depuis lors, et malgré qu'il ait eu la rougeole, la coqueluche, deux broncho-pneumonies et des abcès sous-cutanés multiples, il a grandi et grossi, et il marche actuellement.

(La question de l'atrophie infantile est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.)

M. Caravasillès (d'Athènes) adresse un mémoire sur un cas de kystes congénitaux du cerveau.

E. Apert.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mai

Traumatisme de la moelle

M. Thoinot montre un malade qui, à la suite d'un coup de couteau enfoncé jusqu'à la garde dans la région de la colonne vertébrale, entre les 8e et 9e dorsales droites et, après avoir présenté, comme accidents immédiats, une paralysie complète du membre inférieur droit, des troubles de la sensibilité des deux membres, de l'œdème de la jambe droite, des troubles sphinctériens, de la rétention d'urine, etc., s'est beaucoup amélioré, graduellement et par poussées, avec périodes stationnaires. Actuellement, c'est-à-dire dix mois après le traumatisme, l'état du sujet peut se résumer ainsi : force normale de la jambe droite ; sensibilité normale des deux côtés, sauf un peu d'hyperesthésie droite ; réflexes tendineux très exagérés à droite, presque normaux à gauche. Miction normale.

La lame du couteau, extraite sous le chloroforme, mesurait 12 centimètres de long sur 15 millimètres de large.

Le rétrécissement unilatéral de la pupille dans l'angine phlegmonneuse

M. H. Vincent. — Chez les malades atteints d'angine phlegmonneuse, j'ai observé, cinq fois sur dix-huit, c'est-à-dire dans 27.7 % des cas, un rétrécissement pupillaire unilatéral siégeant du même côté que la périamygdalite. Ce myosis, plus ou moins marqué, commence dès le début de l'inflammation suppurée et dès que le voile du palais commence à bomber. Il peut persister plusieurs jours et même un mois après la guérison.

La pupille rétrécie n'est pas immobilisée entièrement ; elle obéit à l'action de la lumière et de l'accommodation, mais reste plus étroite que l'autre. Pas de diminution de la fente palpébrale, pas de voussure du cristallin. Les images de Purkinje-Sanson sont un peu modifiées. Aucune modification vasculaire du fond de l'œil.

Ce phénomène ne peut être assimilé au réflexe de Schiff, car les impressions douloureuses déterminent la dilatation et non la constriction de la pupille. Il ne dépend pas davantage d'une inhibition du grand sympathique et de ses fibres dilatatrices. Le myosis paraît être le résultat d'une excitation réflexe du nerf moteur oculaire commun, dont le point de départ se trouve au voile du palais et qui est transmise par les nerfs palatins. Les connexions signalées par Meynert entre le noyau d'origine du M.O.C. et le noyau sensitif de la cinquième paire pourraient l'expliquer, mais, dans cette hypothèse, le phénomène serait constant.

Il paraît préférable d'admettre une communication directe, chez certains individus, entre le ganglion de Meckel, où arrivent les nerfs palatins, et le ganglion ophtalmique, origine des filets constricteurs de l'iris. Effectivement, d'après Arnold, Valentin, Tiedemann, etc., il existe parfois un nerf surnuméraire qui relie ces deux ganglions et qui est même assez considérable *radix media inferior ganglii ophtalmici*.

Il devient, dès lors, facile d'expliquer comment une excitation douloureuse, transmise par les nerfs palatins, peut, chez quelques sujets, provoquer la contraction spasmodique de l'iris du même côté.

J. J.

MÉDECINE MILITAIRE

Isolement des tuberculeux dans les hôpitaux

Le mouvement hygiénique qui se dessine en faveur de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, a eu sa répercussion dans l'armée. Le Ministre de la Guerre a publié une circulaire aux directeurs du service de santé, prescrivant que les malades atteints de tuberculose ouverte ne doivent pas être soignés dans les mêmes salles que les malades non contagieux. Cette circulaire méritait d'être signalée. En voici les principales dispositions.

J'ai l'honneur de vous prier de rappeler à tous les médecins-chefs dans les hôpitaux militaires ou dans les hospices mixtes, que ces malades ne doivent jamais être soignés dans les même salles que les malades non tuberculeux. S'il existait dans votre région des hôpitaux militaires ou des hospices mixtes dans lesquels cette séparation ne fût pas déjà réalisée, vous m'en informeriez d'urgence, afin que je prenne les mesures nécessaires pour remédier à cette situation.

Autant que possible, chaque catégorie de malades contagieux (qu'il s'agisse de tuberculose pulmonaire ouverte ou de toute autre maladie contagieuse), doit être soignée par un personnel distinct qui s'abstiendra d'approcher les autres malades.

Si le même médecin soigne des malades contagieux et des malades non contagieux, il doit commencer sa visite par ces derniers.

Le personnel secondaire attaché à un service de contagieux est tenu d'observer toutes précautions utiles, telles que changer de blouse et de tablier, se laver les mains, d'abord au savon, puis avec une solution antiseptique, lorsqu'il sera obligé de prendre contact avec les malades ou avec le personnel des autres services.

Le ministre rappelle ensuite que l'on doit réformer les malades dès les premiers indices de tuberculose pulmonaire et préconise à cet effet les *enquêtes*.

Il y a là une évolution digne d'attirer l'attention.

Dr Noel.

LIVRES NOUVEAUX

La gastro-entérostomie, par le Dr A. Monprofit. (Institut de bibliographie scientifique. Paris, 1903.)

De ce volume de 340 pages, les deux tiers sont consacrés à la description des différentes méthodes opératoires de gastro-entérostomies. Après l'exposé des procédés de gastro-jéjunostomie, l'auteur donne la relation des procédés de gastro-duodénostomie, puis de la gastro-entérostomie par implantation, et en particulier du procédé par implantation en Y. Chemin faisant, Monprofit indique les modifications qu'il a apportées dans le Manuel opératoire et ses procédés personnels.

D'une façon générale, on peut observer comme accidents post-opératoires le mauvais fonctionnement de l'estomac, des douleurs, de la diarrhée et le circulus vitiosus, et, comme complications, des hémorragies, des infections diverses, des accidents pulmonaires, l'étranglement interne, l'éventration.

Les indications de la gastro-entérostomie comprennent deux groupes morbides : d'une part, les manifestations néoplasiques de la région stomacale et duodénale, et d'autre part, certaines affections bénignes de l'estomac et du duodénum.

Dans le premier cas, l'opération n'est que palliative, car le plus grand nombre des opérés meurent dans les six mois qui suivent l'intervention. Dans le second cas (ulcérations, sténose du pylore, gastrite chronique, dilatation), le pronostic n'est pas aussi sombre, la mortalité est presque nulle, les améliorations sont nombreuses, et chez un certain nombre de malades, la guérison est complète.

En un mot, ce livre, qui comprend l'histoire complète de la gastro-entérostomie, est de ceux que tout chirurgien doit lire, s'il tient à être au courant de cette importante question.

E. O.

Vient de paraître :

La médecine et les religions, par le Dr Bruzon. 1 vol. in 18, de 330 pages. 3 fr.50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Manuel technique d'histologie, par M. Ph. Stöhr, traduit par les Drs Toupet et Critzman, troisième édition française complètement remaniée d'après la dixième édition allemande, par le Dr P. Mulon, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine. Préface du prof. Cornil. 1 vol. grand jésus de 514 pages avec 339 figures en noir et en couleur 15 francs. (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, Paris).

Technique du traitement de la coxalgie, par le Dr Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'hôpital de l'Oise et des départements, du Dispensaire, de l'Institut orthopédique de Berck, etc. 1 vol. grand in-8, avec 178 fig. dans le texte. 7 francs. (Masson et Cie, éditeurs).

Annuaire des eaux minérales (stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'étranger. Edition 1904, publiée sous la direction du Dr G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des eaux*). 1 fr. 50. (Librairie Maloine, place de l'Ecole-de-Médecine ou aux bureaux de la *Gazette des eaux*, 60, rue Mazarine, Paris 7e).

Précis des maladies des enfants, par le Dr L. Baumel, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, médecin en chef à l'hôpital suburbain. 1 vol in-18 de 630 pages, avec 17 figures dans le texte, cartonné, 8 francs. (F. R de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 6e)

Formulaire de poche, pour les maladies des enfants, par le docteur J. Comby. 1 vol. 626 pages, 2e édition, 8 francs, cartonné. (J. Rueff, éditeur, Paris).

Médecine pratique, Médecine, Chirurgie, Obstétrique, etc., sous la direction du prof Hutinel.

IV. *Le mal perforant*, par M Chipault, 1 vol. in-16 de 235 pages.

V. *La leucocytose en clinique*, par MM. E. Weil et Antonin Clerc, 1 vol. in-16, de 182 pages, avec figures dans le texte et 1 planches en chromolithographie. Préface de M. H. Vacquez. (A. Joanin et Cie, 21, rue Condé, Paris.)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE

NOMINATIONS

Ont été promus dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de méd. princ. de 1re cl. de réserve.

Le méd. princ. de 1re cl. :

M. Forgemol de Bostquenard, retr.

Au grade de méd.-princ. de 2e cl. de l'armée territoriale

Les méd. princ. de 2e cl. :

MM. Gils, Pilet, Sorkeel, Dulery, retr.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. de l'armée territoriale

Les méd.-maj. de 1re cl. :

MM. Romain, Laval, Daymard, Favier, Chavier, Chopard, Larue, Kaufmann, Baur, Mackiewicz, Sauce, Guillemot, Amat, Noël, Milliès dit Lacroix, Robert, retr.; Lefour, réint.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de réserve

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Theaulon, démiss.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de l'armée territoriale

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Decouvelaere, réint.

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl. de l'armée territoriale

Le méd. aide-major de 1re cl.:

M. Zibelin, réint.

Au grade de méd. aide-maj. de 2e cl. de réserve.

Les docteurs en médecine :

MM. Sauvin, Rigal, Fresson, Reyne, Serre, Cauderay, Levesque, Audion, Vésigné, Gaschwend, Faraut, Ernautene, Queyrat, Guénard, Couion, Berthier, Bonet, Montais, Wibault, Uteza, Pila, Laigre, Thomas-Latour, Teillet, Désirat, Constantin, Millet, Babin, Lortat-Jacob, Duval, Diard, Durand, Anthoinez, Pouzol, Hervoit, Ueza, Meunier, Sudaka, Lardillon, Duboucher, Zarzycki, d'Antoine de Taillas, Rosenthal, Lambert, Duprat, Meuriot, Raoult, Morisson, Bordes, Aubaret, Calmels, Devaux, Prepin, Giroux, Grimaud, Guillemard, Penot, Roucacné, Lafitedupont, Denis, Gauthier, Duguey, Gueniot, Calvet, Fessard, Forestier, Pruneau, Renouard, Charmont, Landon, Peyrac, Mazuel, Grenier de Cardenal, Quemet-Bancel, Hau, Mevel, Ribierre, Moreau, Argand, Proust, Lerivrain, Manet, Georget, Forret, Lemaistre, Geas, Launay, Minelle, Leguilon, Pelicier, Feltgen, Bezas, Lemasson-Delalande, de Vesian, Delbecque, Boussion, Maréchal, Coidefy, Seshote, Gerst, Dufour, Morange, Erlanger, Mairac, Pince, Voix, Jacquin, Guille-Desmilles, Hellion, Farcy, Rousseau, Pion, Mahondeau, Rigaud, Pouy, Dubois, Guérault, Joly, Duchesne, Sergent, Auvizet, Bouchez, Lequyer, Pradel, Crepin, Gaubert, Masseguin, Beasse, Lasmey, Tournadour, Beis, Pons, Lecerf, Fortin, Richebois, Omiecinsky, Guillon, Comoy, Lièvre, Philippet, Barre, Barrière, Landry, Camus, Devars, Brenol, Decobert, Bouic, Bayle, Rigal, Buisson, Carrayron, Chaplain, Mariette, Tramblay, Frechon, Vion, Deslaux de Bernard de Teyssier, Mauvielle, Lefebvre, Aujean, Bossis, Gratier, Chiron du Brossay, Coustan, Lelu, Girardot, Girard, Madelaine, Bertrand, Giraudeau, Leclerc Montmoyen, Demain, Peyronneau, Her-

rouet, Salgols, Guyon, Courchet, Giscard Linard, Laurent, Desourteaux, Dormoy, Deshusses, Foucaud, Boivin, Beniaya, Granal, Ledoux, Vigouroux, Picard, Houzel, Gros-jean, Poirier, Audouin, Dibos, Maistre, Lemerle, Hitte, Vidal, Duband, Manget, Théron, Barbarin, Contensin, Blanchereau, Kieffer, Clary-Bousquet, Forget, Dubreuil, Morlet, Lesueur, Granier, Kambrun, Moisnard, Giauffer, Boudinski, Audonnet, Jourdain, Dieuzaide, Boudey, Caillibaud, Le Breton, Rascol, Gontier de la Roche, Briquel, Gailhac, Garçon, Manjot Frizac, Saussie, Bonaves, Boilevin, Pelissard Croizet, Durand, Saurin, Arnaud, Robert, Serra, Morisse, Menager, Muret, Garipuy, Gardavot, Rigaux, Giffard, Douvier, Couvreur, Haas, Canuet, Sergent, Mathieu, Sirantoine, Minet Morel, Labrousse, Lemerle, Masseret, Sauvy, François, Berbaux, Leleux, Thomas, Desrousseaux, Philip, Arnal, Benoit.

Au grade de méd. aide-major de 2e cl. de l'armée territoriale

Les docteurs en médecine :

MM. Chalançon, Legendre, Golaz, Maisonneuve, Lautard, Siems, Eichmuller, Lépine, Combes, Lachowski, Debande, Desfosses, Bertrand, Vigier.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

Les méd. de 1re cl. :

M. Gombaud est dés. pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé de Toulon, en rempl. de M. Mazet, pr. méd. princ.

M. Seguy est dés. pour servir à l'école de pyrotechnie en rempl. de M. Gombault.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS POUR LE CLINICAT GYNÉCOLOGIQUE

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 18 juillet 1904, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, avant le 19 juin 1904. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Le concours qui devait s'ouvrir le 7 novembre 1904 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon est reporté au 28 novembre 1904.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Ce concours sera ouvert le lundi 27 juin 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, 49.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, de 11 h. à 3 h., le jeudi 26 mai 1904 et sera clos définitivement le vendredi 10 juin.

NOUVELLES

UN SOUVENIR A HANOT

Nous recevons et nous insérons avec empressement l'avis ci-dessous :

« Désireux de consacrer à la mémoire du grand médecin que fut Victor Hanot un souvenir durable, un groupe de ses maîtres, collaborateurs, élèves et amis, fait appel à tous ceux qui, à des titres divers, l'ont connu et apprécié.

Ils sollicitent votre concours matériel pour la réalisation de ce projet qui consisterait, selon les circonstances, d'abord en un buste ou un médaillon à placer à l'hôpital Saint-Antoine, puis, si les fonds le permettent, en une médaille et une plaquette biographique qui seraient remises aux souscripteurs.

Les souscriptions seront reçues à partir de ce jour et jusqu'au 15 mai chez MM. Asselin et Houzeau, éditeurs, place de l'École de Médecine, trésoriers du Comité. »

N. B. — Prière de communiquer les noms des personnes que vous savez avoir été en relation avec le Dr Hanot (anciens élèves ou amis).

LE COMITÉ.

Les membres du Comité sont :

MM. les Drs Augerant, Blum, Boix, Brissaud, Paul Brouardel, Bucquoy, Cart, Cornil, Gehove, Duplay, Dujardin-Beaumetz, Alfred Dournier, Gastou, Gaucher, Gaume, Gilbert Fosset, Grancher, Hérard, Hutinel, Kahn, Legry, Le Roy des Barres (de Saint-Denis), A. Le Roy des Barres (d'Hanoï), Letienne, Letulle, Léopold Lévi, Luzet, Merlier (de Roubaix), H. Meunier (de Pau), Menthus, Parmentier, Schachmann (de Bucarest), Schaefer, Tesson.

CONCOURS

Pour une place de médecin des hospices civils de Saint-Etienne.

La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne prévient qu'il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 6 juin 1904, un concours public pour une place de médecin de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la commission assistée d'un jury médical, il se composera de cinq épreuves.

Le médecin à nommer entrera en fonctions le 1er août 1904; son traitement est fixé à 2000 fr. par an.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 6, à Saint-Etienne.

La Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon vient d'envoyer, dans son Guide 1904, une carte d'entrée gratuite en ses établissements, au Casino et au théâtre pour la saison 1904, à tous les médecins de France et des Colonies françaises, pour eux et leur famille. Elle prie ceux qui auraient été oubliés de vouloir bien lui réclamer cette carte.

Elle a le plaisir d'annoncer, en outre, à MM. les médecins qu'elle a obtenu des principaux hôtels et villas de Châtel-Guyon, des réductions importantes — de 10 à 30 % — sur les prix de pension et de logement en faveur des médecins et de leur famille. Elle enverra la liste de ces hôtels et villas avec les réductions consenties à tous les médecins qui voudront bien en faire la demande.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de « consultants »

Monsieur le Rédacteur en chef
et très honoré confrère,

En ma qualité d'abonné de dix ans, permettez-moi de vous demander, sous ma responsabilité personnelle, l'insertion de ces quelques lignes.

Dans le n° 4 de la *Revue de déontologie*, sous la plume d'un médecin des hôpitaux qui est entouré, et à juste titre, de l'estime générale, je relève cette phrase assez étrange :

« Monsieur Gide s'étonne qu'il y ait une grande inégalité dans le chiffre des honoraires des consultants et des praticiens; mais n'y a-t-il pas une grande inégalité entre une consultation *rapidement donnée* par un médecin qui, *sans effort cérébral*, se contente *d'opposer des prescriptions banales* à des *symptômes dont il ne cherche pas à découvrir la cause*, et une autre donnée par celui qui, grâce à un examen minutieux, un interrogatoire fatigant, au prix d'une grande tension d'esprit, parvient à démêler, au milieu de symptômes toujours trompeurs, la nature intime de la maladie? »

. . . .

J'ai eu, avec ce médecin, quelques relations professionnelles, et je déclare n'avoir eu qu'à me louer de ses avis et de l'excellence de ses procédés. Mais je ne m'explique pas qu'il ait pu écrire de pareilles choses.

A quels praticiens a-t-il donc affaire d'ordinaire pour avoir d'eux une si pauvre opinion ?

Les médecins, surtout à Paris, ne sont malheureusement, lui dirais je, pas surmenés au point de négliger de la sorte leurs devoirs professionnels. Croyez-bien, cher maître, que, sans compromettre leurs hémisphères, ils savent, au lit du malade, donner l'*effort cérébral* que vous leur contestez. Je ne me rappelle pas, pour mon compte, avoir fait, de parti pris, au galop et à la diable, de la médecine de symptômes, et si, dans un moment de poussée, pareille chose a pu m'arriver, je me suis empressé de consacrer, le lendemain, au malade négligé la veille, toute l'attention nécessaire, tant pour sauvegarder ses intérêts que pour me mettre d'accord avec ma conscience.

Lorsque, trop souvent hélas! mon humble bagage scientifique et ma trop faible expérience ne m'ont pas permis d'aller jusqu'au fond des choses, j'ai sollicité le concours de maîtres ou d'amis, et croyez bien que je me suis donné la peine de leur soumettre alors un malade étudié et scruté dans la mesure de mes facultés.

Oserai-je vous dire, mon cher maître, que bien souvent les consultants sont amenés, *sans condescendance voulue*, à partager l'opinion du médecin traitant; qu'il leur arrive de patauger avec lui dans les sentiers perdus de la diagnose; que, plus souvent encore, dans des cas trop évidents, le praticien n'appelle un maître qu'à titre suggestif et pour couvrir sa propre responsabilité?

La dépense d'énergie cérébrale du consultant est alors assez limitée!

Enfin, je n'ai pas plus d'intérêt que vous même à évoquer ici, pour les besoins de ma cause, quelques types de consultants parmi les « Bons Docteurs » de la comtesse de Martel; j'aime mieux en faire abstraction.

Non, croyez-le bien, la majeure partie des praticiens n'est composée ni de « cérébromalaciques », ni d'indifférents, ni de gens bousculés par de nombreux malades, et si les hasards de la clientèle ont pu vous montrer coup sur coup quelques tristes exemples de négligence ou d'incapacité, méfiez-vous de ce qu'on appelle en clinique la « *série* » et reportez-vous de préférence au *cas général*.

Ce cas est celui de praticiens consciencieux, très préoccupés de leurs succès et surtout de leurs échecs, désireux de toujours bien faire et dépensant sans compter l'activité de leurs neurones; tous évidemment ne sont pas des aigles, mais quel mérite aurait alors l'inventeur du *butyrotome*? Le très respectable corps des hôpitaux est-il, d'ailleurs, lui même rigoureusement exempt de ces affaiblis?

De l'inégalité des honoraires, je me moque d'une façon absolue, et mon plaidoyer ne tend pas à établir que je mériterais, pour mon compte, d'être mieux payé; mais si j'avais à convaincre M. Gide, j'emploierais des arguments moins susceptibles de froisser le légitime amour propre de la grande majorité des praticiens.

Des phrases du genre de la réponse à M. Gide — un extra-médical, ne l'oublions pas — transportées dans la grande presse, ne tendraient à rien moins qu'à persuader au public qu'il est, par le médecin du quartier, soigné « au petit bonheur », sans compétence sérieuse et que, seul, un consultant titré verra clair dans ses maladies.

C'est le côté excessif et dangereux que j'ai voulu souligner par cette protestation. Il n'est que trop triste déjà de voir le « besoin de manger » pousser d'anciens internes à s'isoler en une coterie distincte du reste des praticiens et qui, sous couleur d'association scientifique, cherchera à tirer de son côté le bon bout de la couverture.

Si cette fâcheuse tentative se réalise, elle aura pour effet de provoquer une contre-coterie de praticiens résolus à n'appeler, en toute circonstance, comme collaborateurs, comme consultants ou comme opérateurs, que des maîtres « à côté ».

A la sympathie respectueuse pour les Maîtres officiels, à l'amicale estime pour les anciens internes succéderont des sentiments hostiles et regrettables.

Voilà, à mon humble avis, ce qu'il faudrait éviter.

Veuillez agréer, etc...

Dr Rouillange.

DÉPARTEMENTS

De la radiographie dans le diagnostic de la coxalgie au début

M. E. **Delanglade**, après avoir rappelé toute l'importance d'un diagnostic précoce de la coxalgie, expose les avantages précieux qu'il a tirés de la radiographie chez les enfants.

Les radiographies faites ont porté sur des cas de coxalgie avant la période des attitudes vicieuses, cas contrôlés par l'évolution clinique.

La meilleure attitude à donner au sujet est le décubitus dorsal, l'ampoule se trouvant suffisamment élevée et ayant son centre en un point situé sur le plan médian du corps.

Les modifications peuvent porter sur l'articulation elle-même; moins de netteté dans les contours des extrémités osseuses, ce qui rend l'interligne articulaire moins accusé, aminci, représenté dans certains cas, non plus par un écart de 4 à 5 millimètres, mais seulement par une simple ligne.

Les modifications portant sur les os peuvent être 1° ou bien diffuses et se manifester par une teinte moins foncée du côté malade que du côté sain, une surface moins nette dans les détails, un amincissement de la couche compacte de la diaphyse fémorale, une transparence plus grande de la fosse iliaque du côté atteint; 2° ou bien circonscrites et, dans ce dernier cas, elles varient suivant la nature des lésions. Ainsi, un tubercule enkysté se manifeste à la radiographie par une tache très claire à contours nets; un foyer de tuberculose infiltrée se révèle par une tache sombre, bordée d'une zone claire. Dans certains cas, cependant, l'examen le plus minutieux ne révèle l'existence d'aucune tache dans les os.

Enfin, du côté du bassin on constate souvent des déviations qui, d'après l'auteur, seraient caractéristiques. La cavité pelvienne n'est pas symétrique par rapport à l'axe médian du corps. Le sacrum paraît être reporté du côté sain, au lieu de se trouver projeté au centre même de la cavité pelvienne. L'aire du pelvis, comprise entre le détroit supérieur et le sacrum, est plus étendue du côté malade que du côté sain. « De plus, l'angle arrondi que forme l'os iliaque pour se recourber en arrière, est plus ouvert du côté sain. Enfin, sur quelques épreuves, on aperçoit un peu de l'épine sciatique, alors que celle du côté opposé reste cachée. »

D'après l'auteur, ces déformations seraient constantes et n'auraient manqué qu'une seule fois sur tous les cas qu'il a examinés (9 enfants).

En somme, la radiographie rend de très grands services pour le diagnostic de la coxalgie au début, et c'est un procédé qu'on ne saurait négliger, étant donné l'importance qu'il y a à dépister cette affection (*Marseille médical*, janvier 1904).

G. Berruyer.

TRAVAUX ORIGINAUX

Malformation congénitale de l'œsophage (oblitération œsophagienne et communication œsophago-trachéale)

Par MM. Jules Renault
Médecin des hôpitaux
ET
Jules Sebilleau, Interne des hôpitaux.

L'imperforation de l'anus est connue de tous : l'absence de méconium y fait penser avant la fin de la première journée, et le diagnostic est aisément confirmé.

L'obstruction de l'œsophage, aussi fréquente peut-être, est presque ignorée : la régurgitation, seul symptôme qui attire l'attention, peut être interprétée de manières fort différentes, et l'on ne songe pas, tout d'abord, à une malformation œsophagienne. Il suffirait, cependant, d'y penser, pour faire le diagnostic : le cathétérisme de l'œsophage, exploration très facile chez l'enfant, renseigne, sans erreur possible, sur l'existence et le siège de l'obstruction.

Il existe diverses malformations de l'œsophage : la transposition, coïncidant avec la transposition complète ou partielle des organes splanchniques; la duplicité; l'absence complète; le cloisonnement transversal ou imperforation; la communication avec la trachée. Ces deux dernières sont les plus fréquentes et sont, d'ailleurs, souvent associées l'une à l'autre; c'est sur elles que nous voulons appeler l'attention, à propos d'un cas que nous avons observé l'an dernier à l'hôpital des Enfants-Malades.

Voici cette observation prise jour par jour :

Obs. I. — Le jeudi 23 juillet 1903, l'enfant G..., âgé de trois jours, nous est amené par son père à la consultation des Enfants-Malades. Il présente toutes les apparences extérieures d'un nouveau-né normal. Son poids à la naissance était de six livres.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Né d'un père et d'une mère en bonne santé, il a deux frères et une sœur bien portants.

Il est venu au monde à terme. La grossesse avait été assez pénible (vertiges, étourdissements fréquents; léger œdème des jambes dans les derniers mois). L'accouchement a été normal, le travail facile La délivrance s'est parfaitement effectuée; les suites de couche ont été bonnes.

Son père le conduit à la consultation parce que, depuis le 20 juillet, jour de sa naissance, l'enfant n'a pas pu s'alimenter. Il se jette avidement sur le sein maternel; mais aussitôt qu'il a pris une gorgée de lait, il la rejette sans effort. Ne pouvant l'examiner à loisir à la consultation, nous prions le père de le ramener, le lendemain matin, salle Gillette et lui conseillons de le nourrir à raison d'une cuillerée à café de lait toutes les demi-heures. Nous ordonnons, en outre, au cas où il continuerait à rejeter le lait, des lavements alimentaires.

Vendredi 24 juillet. Pendant toute la journée du jeudi l'enfant, bien que nourri à petites doses régulières, continue de rejeter tout ce qu'il prend.

Le vendredi matin, nous lui donnons, à plusieurs reprises, une cuillerée à café de lait. Au bout de quelques secondes, il la rend, telle quelle, sans aucun effort, par simple régurgitation, sans suffocation, ni cyanose.

L'hypothèse d'une malformation œsophagienne nous paraît vraisemblable; nous pratiquons le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde uretrale molle n° 15. Elle pénètre facilement dans l'œsophage jusqu'à 10 centim. 1/2 du bord gingival supérieur. Là nous sommes arrêtés par un obstacle infranchissable : la sonde, au lieu d'avancer normalement, se plie, se recourbe. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, aboutit toujours au même résultat. Le diagnostic d'imperforation de l'œsophage s'impose. Pour établir le point exact où siegeait l'obstruction, nous nous sommes reportés aux recherches de Morosow (in Thèse, Saint-Pétersbourg 1887), qui a montré que chez le nouveau-né la distance entre le bord alvéolaire supérieur et l'extrémité supérieure de l'œsophage était de 7 centim., en position moyenne. La sonde, dans notre cas, s'arrêtant à 10 cent. 1/2 de l'arcade alvéolaire supérieure, nous avons conclu que l'anomalie devait siéger à 3 centim. 1/2 de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

L'examen des autres organes ne nous a montré aucune particularité intéressante.

L'appareil broncho-pulmonaire ne présente aucun signe fonctionnel. Les régurgitations ne sont ni précédées, ni accompagnées, ni suivies de crises de dyspnee ou de suffocation. Pas de toux. L'examen physique des poumons ne nous donne pas de renseignements intéressants.

Le cœur bat normalement.

Depuis sa naissance, le petit malade a uriné plusieurs fois. Dans la journée, on peut recueillir à la sonde une petite quantité d'urine : elle est jaune-clair, limpide, ne contient pas d'albumine.

On ne constate aucune trace d'autres malformations congénitales : les membres, les os du crâne ne sont pas déformés. Le cœur, le foie sont normalement placés. Enfin, l'anus est perforé; l'enfant, quelques heures après sa naissance, a rendu son méconium. Les langes ont été plusieurs fois souillées de matières, qui pouvaient en imposer pour du lait mal digéré, et n'étaient en réalité que les résidus des lavements alimentaires.

Nous songeons, à faire pratiquer une gastrostomie afin de pouvoir nourrir le malade M. le Dr Robineau, appelé auprès du petit malade, fut d'avis d'intervenir et pratiqua le soir même une bouche stomacale. L'opération réussit fort bien. On se mit donc en devoir d'alimenter l'enfant par l'ouverture stomacale. Quelle ne fut pas notre surprise en constatant que les aliments ainsi introduits étaient rejetés, au bout de trois ou quatre minutes, par la bouche, sans efforts, sans accès de suffocation. Nous crûmes alors que l'obstruction œsophagienne n'était pas complète. Il ne devait exister qu'un simple rétrécissement.

Samedi 25 juillet. On pratique l'alimentation au moyen de lavements. Car un nouvel essai d'introduction des aliments par la bouche stomacale est suivi d'un vomissement. L'enfant s'étiole de plus en plus.

Dimanche 26 juillet. A midi, mort par inanition.

Le mardi 28 juillet, nous pratiquons l'autopsie. Le conduit trachéo-œsophagien enlevé et disséqué nous fait voir les anomalies suivantes :

L'extrémité supérieure de l'œsophage présente une dilatation ampullaire plus prononcée sur la paroi latérale gauche du conduit. Elle commence à l'origine de l'œsophage et se termine en cul-de-sac 3 centimètres plus bas. Sur tout le trajet de cette ampoule, les parois de l'œsophage sont très épaisses, très musculeuses. A 3 centimètres de son extrémité supérieure, là où la dilatation se termine, le conduit œsophagien est complètement obstrué par une membrane qui empêche toute communication avec l'estomac. Cette membrane est peu épaisse, ainsi que nous pouvons nous en assurer au moyen de deux sondes introduites l'une par le bout supérieur, l'autre par l'estomac. Les extrémités de ces deux sondes sont séparées par une épaisseur de 1 à 2 millimètres.

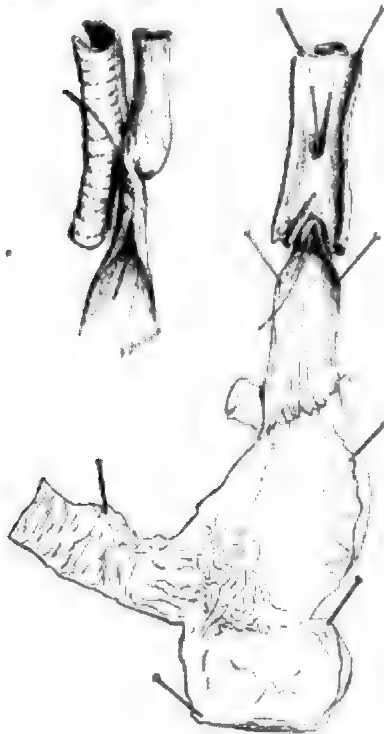
Juste au-dessous de la membrane obturante, on constate que la paroi antérieure de l'œsophage est intimement unie à la paroi postérieure de la trachée sur une longueur de 1 centimètre. Pour avoir l'explication de cette union aussi intime, nous ouvrons la trachée sur sa face antérieure, qui paraît d'ailleurs absolument normale. Sur la face postérieure de la trachée, à 1 cent. 1/2 au-dessus de la bifurcation, on voit un orifice large de 2 millim. qui regarde en haut et en avant. Une sonde, introduite par cette ouverture, pénètre dans l'estomac, après avoir parcouru les deux tiers inférieurs de l'œsophage, qui ne présentent d'ailleurs aucune lésion.

Il existe donc : 1° une obstruction complète de l'œsophage siégeant à 3 centim. de son extrémité supérieure; 2° une communication de la trachée et de l'œsophage qui siège à 1 cent. 1/2 au-dessus de la bifurcation des bronches, juste au-dessous de la membrane obturant le conduit œsophagien. Les liquides introduits par la bouche stomacale, au lieu d'aller vers le duodénum, remontaient dans l'œsophage, passaient de là dans la trachée sans provoquer de symptômes sensibles d'irritation trachéale et étaient rejetés par la bouche.

Les autres portions du tube digestif ne présentent rien à signaler : l'estomac est vide. Les intestins sont ratatinés et réduits à des cordons durs.

La base des deux poumons est congestionnée.

Il n'existe pas d'autres malformations organiques congénitales.



Nous avons trouvé plusieurs travaux relatifs au sujet qui nous occupe.

En 1866, les Bulletins de l'Académie de médecine mentionnent un travail de Tarnier, dans lequel il résumait, à propos d'un cas personnel, tous les cas publiés jusqu'alors d'oblitération œsophagienne avec fissure œsophago-trachéale. Nous avons cherché en vain ce travail dans les Mémoires de l'Académie de médecine.

Le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales contient un article très documenté de Michel. Enfin, M. le prof. Lannelongue, dans son Traité des affections congénitales, a fait une étude très approfondie de ces curieuses anomalies.

Nous croyons intéressant de reproduire en partie les observations citées par ces auteurs et d'en rapporter quelques autres plus récentes.

II. — *Observation de Padieu* (Bull. Soc. Anat., 1850).

Nouveau-né du sexe féminin. Vomissements fréquents de mucosités. Rejet des boissons immédiat. Mort le troisième jour.

Moitié supérieure de l'œsophage terminée en cul-de-sac, à un pouce au-dessous du larynx.

Bout inférieur de l'œsophage abouché dans la trachée, au niveau de la bifurcation des bronches.

III. — *Obs. de C. P. J. Wolff* (Specimen anat. pathol. de monstr. sireniformibus. Amsterdam, 1850).

Communication entre l'œsophage et la trachée. Le bout inférieur de l'œsophage s'abouche dans la partie inférieure de la trachée.

IV. — *Obs. de Tilanus* (Canstatts's Jahresbericht, 1845).

Atrésie de l'œsophage. Communication du bout inférieur avec la trachée. Mort le cinquième jour.

V. — *Obs. de W. Ogle* (Pathol. Soc. Trans., 1849-1850, tome III, page 52).

Enfant bien développé, ayant vécu quatre jours. Régurgitation du lait.

Partie supérieure de l'œsophage terminée en cul-de-sac et communiquant avec le larynx.

Bout inférieur de l'œsophage s'ouvre dans la trachée à un quart de pouce au-dessus de la bifurcation.

VI. — *Obs. de Ogier Ward* (Pathol. Soc. Trans., 1850-1851, T. VIII, page 173).

Enfant mâle, à terme, mort le douzième jour. Pharynx terminé en cul-de-sac.

Bout inférieur de l'œsophage communique avec la trachée.

VII. — *Obs. de Schœller* (citée par Follin, *in* thèse d'agrégation, 1852).

Enfant nouveau-né, bien conformé. Vomissements et suffocation. Mort au bout de quatre jours.

Bout supérieur de l'œsophage imperforé, descend jusqu'à la partie moyenne de la trachée. Bout inférieur s'ouvre dans la trachée.

VIII. — *Obs. de Lévy* (citée par Follin, *in* thèse d'agrégation, 1852).

Nouveau-né en apparence bien conformé. Rejet du lait. Mort au bout de six jours. L'extrémité supérieure de l'œsophage se termine en cul-de-sac.

Bout inférieur de l'œsophage s'abouche dans la trachée au-dessus de sa bifurcation.

IX. — *Obs. de Baltus Van de Water* (Angeboren onvolkomene Sluting van den Slokdarm. Inaug-Diss, Leyden, 1857).

Communication de la trachée et de l'œsophage au-dessous du larynx. Rétrécissement de l'œsophage au même niveau.

X. — *Obs. de Quain* (1858, Bull. Soc. Anat.).

Enfant bien conformé, pesant 2300 gr., rejette les liquides. Mort cinq jours après la naissance.

Œsophage imperforé à 4 cent. 1/2 de son origine. Bout inférieur ouvert dans la trachée à 1 centim. au-dessus de sa bifurcation.

XI. — *Obs. de Boucher* (in Bull. Soc. Anat., 1878, page 127).

Un enfant mâle naît à l'hôpital Saint-Louis le 8 février 1868, d'une mère primipare. Vigoureux, bien conformé, pèse 3 kil. 200.

Quand on essaye de le faire boire, à peine a-t-il avalé une ou deux gorgées de liquide qu'il se produit une régurgitation. Si on l'approche du sein, il fait deux ou trois mouvements de succion vigoureux, puis s'éloigne vivement et vomit le peu de lait qu'il a avalé. Respiration difficile, plus fréquente que normalement. Enfant meurt cinq jours après sa naissance par inanition.

Autopsie : œsophage imperforé à 4 centimètres 1/2 de son origine. A 1 centimètre de la bifurcation de la trachée, communication œsophago-trachéale.

XII. — *Obs. de Luschka* (*Virchow's Archiv.*, T. XLVII).

Atrésie congénitale de l'œsophage avec embouchure du bout inférieur dans la trachée. Les deux bouts de l'œsophage sont reliés par un cordon solide de 1 millim. de longueur, aplati, formé de fibres musculaires lisses. Bout supérieur de l'œsophage dilaté, très musculeux, très épais.

XIII. — *Obs. d'Annandale* (*Edimbourg med. Journ.*, janvier 1869, p. 598).

Nouveau-né rejetant par le nez et la bouche tous les aliments ingérés. Le diagnostic d'oblitération œsophagienne est fait pendant la vie, à l'aide du cathétérisme. Mort au bout de quarante-huit heures.

Autopsie : partie supérieure de l'œsophage oblitérée. Au niveau de la bifurcation de la trachée, communication de cet organe avec le bout inférieur de l'œsophage, qui n'était uni au bout supérieur oblitéré que par quelques fibres.

XIV. — *Obs. de Porro* (*Annali univ. di med.*, *Virchow's Jahresbericht*, 1871, vol. II, p. 141).

Nouveau-né, du sexe féminin, éprouve, dès la première tetée, de la toux avec dyspnée suivie de régurgitation du lait avalé. Le diagnostic d'imperforation de l'œsophage est fait au moyen de la sonde. Mort au bout de deux jours.

Autopsie: bout supérieur de l'œsophage se termine en cul-de-sac à 2 cm. 1/2 au-dessous de la glotte. De l'extrémité terminée en cul-de-sac partent quelques faisceaux musculaires qui vont s'insérer à la paroi postérieure de la trachée jusqu'à la bifurcation. La portion inférieure de l'œsophage communique par un orifice de 2 millim. de diamètre avec la trachée, au niveau de la bifurcation.

XV. — *Obs. de Périer* (Bull. Soc. Chirurgie, 1873, p. 587).

Un enfant mâle, pesant 3 kil. 500, bien constitué en apparence, naît le 18 novembre 1873, dans le service d'accouchement de Cochin.

Chez la mère, on remarque seulement une exagération notable dans la quantité du liquide amniotique.

Dès la première tetée, après quelques efforts de succion, accès de suffocation accompagné du rejet du lait. Mêmes phénomènes à chaque tentative d'allaitement. Parfois suffocation si accusée et cyanose si intense qu'on se demandait si l'enfant n'allait pas succomber.

Le *20 novembre*, M. Périer lui fait administrer du sirop d'ipéca. Régurgitations de matières glaireuses.

22 novembre, cathétérisme pratiqué avec une sonde urétrale qui pénètre jusqu'à 12 centim. du bord gingival inférieur. Le diagnostic d'oblitération ou tout au moins de rétrécissement de l'œsophage fut porté. Vus les accès de suffocation intenses, M. Périer pensa qu'il existait une anomalie plus complexe, probablement une communication entre l'œsophage et la trachée. On songea à

une gastrostomie que l'état du malade empêcha.

23 novembre, luette œdématiée, sa moitié inférieure recourbée en avant, reposait à plat sur la langue. Comme le frein était fort court, M. Périer donna un léger coup de ciseau, suivi de l'écoulement de deux ou trois gouttes de sang. Immédiatement après, on donne le sein à l'enfant pendant une minute. Le vomissement survint un quart d'heure après sans suffocation. Mais les accidents reprirent vite leur caractère habituel.

24 novembre, teinte subictérique, amaigrissement.

25 novembre, phlyctènes aux lèvres et aux doigts. Mort à 6 heures du soir après sept jours pleins d'existence.

Autopsie : œsophage se termine en cul-de-sac à 0 m. 04 cm. au-dessous de l'orifice inférieur du larynx et à 0 m. 02 cm. au-dessus de la bifurcation de la trachée. Le bout supérieur de l'œsophage est remarquable par le développement de la couche musculaire. Sa paroi a une épaisseur de 0 m. 002 mm. La cessation du conduit est brusque; il se perd dans un tissu cellulaire assez condensé et paraît rattaché à la paroi postérieure de la trachée par quelques faisceaux aplatis et renfermant vraisemblablement des fibres musculaires.

La trachée a une apparence normale sous le rapport du calibre. De son point de bifurcation, on voit partir un conduit à parois minces, complètement membraneux, suivant la ligne médiane au devant de l'aorte et traversant le diaphragme pour s'ouvrir dans l'estomac au niveau du cardia : c'est la partie inférieure de l'œsophage.

Les intestins sont distendus par les gaz et renferment très peu de méconium. Estomac revenu sur lui-même, pylore et cardia font relief et donnent au doigt sensation d'un noyau résistant. Poumons présentent çà et là quelques points ecchymotiques.

XVI. — *Obs. de Polaillon* (*in* Bull. Soc. Chirurgie, 1875, page 613).

Enfant mâle, bien développé, né à la Maternité le 30 mai 1875, vers 4 heures du soir. Présente deux vices de conformation apparents : absence de radius avec mains botes, imperforation de l'anus. Pendant la soirée, à trois reprises, on essaya de lui donner le sein : quelques minutes après chaque tétée, il vomit une petite quantité de lait. Urines claires, pas de méconium.

31 mai, rétablissement de l'anus imperforé. Dans la journée, on fit téter l'enfant et on lui fit avaler quelques cuillerées de liquide, il rendait aussitôt tout ce qu'il prenait. Quoique la respiration fut peu gênée, il rendait de temps en temps par la bouche et les fosses nasales, une grande quantité de mucosités remplies de bulles d'air. Pas de garde-robes.

1er juin, au matin, une cuillerée de sirop de chicorée avalée est aussitôt vomie. Mort dans l'après-midi.

Autopsie : œsophage terminé en cul-de-sac à 0 m. 02 cm. au-dessous de son origine. Trachée présentait, un peu au-dessus de sa bifurcation, un orifice qui conduisait dans un canal communiquant avec l'estomac et qui n'était autre que le bout inférieur de l'œsophage.

XVII. — *Obs. de Birch-Hirschfeld* (*Berl. klin. Woch.*, p. 377, 13 juin 1880).

Terminaison de l'œsophage en cul-de-sac immédiatement au-dessus de la bifurcation de la trachée. Abouchement dans cette dernière de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Réunion de ces deux organes par un cordon musculeux.

Mort de l'enfant quelques heures après sa naissance.

XVIII. — *Obs. de F. Boisvert* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 octobre 1886, p. 125).

La mère a une malformation de l'oreille. Lobule adhérent. Les deux petits doigts sont courts et crochus.

Deux enfants nés à terme antérieurement. A la dernière grossesse, hydramnios, dégénérescence fibro-graisseuse du placenta.

Insertion vélamentaire du cordon.

L'enfant, né avant terme, rejette le lait quelques instants après la succion. Mort le neuvième jour.

Œsophage terminé par une dilatation d'une longueur de 4 centimètres.

Orifice faisant communiquer la trachée au niveau de sa bifurcation avec le bout inférieur de l'œsophage.

XIX. — *Obs. de Vincent* (Soc. des sciences médicales de Lyon, in *Lyon médical*, mars 1887, p. 405).

Pendant la vie l'enfant a présenté, outre ses troubles continuels de régurgitation, quelques troubles bronchiques qui devaient venir de vomissements de mucosités stomacales. L'enfant meurt d'inanition au bout de sept jours.

Autopsie : pharynx se termine en cul-de-sac. A 5 millimètres au-dessous, communication œsophago-trachéale au niveau du deuxième ou troisième anneau de la trachée.

XX. — *Obs. de Grandon* (*in* Bull. Soc. Anat., 1891).

Mme B..., enceinte pour la troisième fois, se présente à la Pitié, le jeudi 15 janvier 1891, à la consultation d'accouchement.

L'accouchement a lieu le jour même. Il est facile. La délivrance est normale.

L'enfant, du sexe masculin, respire et crie immédiatement après son expulsion. Aucun vice de conformation apparent. Poids : 2850 gr. Mis au sein quelques heures après sa naissance, il a pris le mamelon et a tété; mais au fur et à mesure, il se congestionnait, devenait violacé, abandonnait le sein et rendait presque aussitôt le lait qu'il venait de prendre.

Dans la journée du 16, dans celle du 17, l'enfant est remis au sein sans plus de succès. La sage-femme, chez qui la mère avait accouché, essaye de nourrir l'enfant à la cuiller; il fait parfaitement les mouvements de déglutition, puis, quand il a pris une certaine quantité de lait, il s'agite, se congestionne et rejette le liquide ingéré par la bouche et par le nez.

18 janvier, on amène l'enfant à la Pitié et là on pratique le cathétérisme de l'œsophage. La sonde est bientôt arrêtée.

L'enfant meurt le sixième jour après sa naissance.

Autopsie : l'œsophage est normal dans sa partie supérieure, puis il se dilate et forme une ampoule qui descend à 0 m. 04 au-dessous de l'ouverture supérieure du larynx. Au-dessous de cette ampoule, l'œsophage est réduit à un cordon dur, très adhérent en avant à la trachée, d'une longueur de 18 millimètres, d'un diamètre de 7 millimètres à la partie supérieure et en bas.

Après ce cordon, l'œsophage reprend son calibre et arrive à l'estomac.

En ouvrant la trachée sur la ligne médiane antérieure, on voit, sur sa paroi postérieure, à 0 m. 03 cm. au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde, un orifice taillé en biseau, regardant en haut et en avant. Cet orifice s'ouvre dans l'œsophage.

XXI. — *Obs. de Faucon* (*in* Bull. Soc. Anat., 1897, p. 809).

Présentation de pièces d'anomalies multiples chez un enfant qui a vécu sept jours. Œsophage est partagé en deux tronçons distincts : le supérieur se termine en cul-de-sac; l'inférieur vient s'aboucher dans la trachée, un peu au-dessus de la naissance des bronches.

Anus imperforé. Rectum communiquant avec vagin par un trajet fistuleux. Double utérus.

Pendant la vie, l'enfant se cyanosait aussitôt qu'il tétait et qu'on tentait de lui faire avaler du lait que, d'ailleurs, il rejetait aussitôt.

Avec ces documents, il nous sera facile de tracer le tableau clinique de cette malformation si rare. L'enfant qui en est porteur naît généralement à terme. Il présente parfois, mais rarement, des lésions congénitales apparentes, soit une imperforation de l'anus, soit une absence du radius avec mains botes comme dans l'observation de Polaillon. Le plus fréquemment il est, en apparence, bien constitué. Il pèse même le poids normal du nouveau-né. Il urine et rend son méconium. C'est, en somme, un nourrisson qui ne demande qu'à vivre.

Quelques heures après sa naissance, on lui donne à boire. Il prend le sein ou la cuiller, avale une ou plusieurs gorgées de liquide, puis s'arrête. Quelques secondes après, une ou deux minutes au plus, il rejette le liquide ingéré. Cette régurgitation est parfois le seul signe observé; souvent, cependant, elle est accompagnée de suffocation et de cyanose. Toutes les tentatives pour alimenter le nouveau-né échouent. Les parents ne s'inquiètent pas, tout d'abord, sachant bien que les enfants normaux prennent ordinairement peu de lait pendant les quarante-huit premières heures. Mais le troisième jour, voyant leur enfant s'étioler, pousser continuellement des

cris plaintifs, se jeter avidement sur le sein et continuer à rejeter le lait ingéré, ils l'amènent au médecin à qui ils font part de leurs inquiétudes.

Si le médecin fait répéter plusieurs fois devant lui les essais d'alimentation, qui ont été jusque-là infructueux, il constate l'exactitude du récit des parents. Le nouveau né a faim, car il se jette avec avidité sur le sein ou sur la cuiller remplie de liquide qu'on lui présente. Il accomplit parfaitement les mouvements de succion et les mouvements de déglutition. Mais bientôt il abandonne le sein ou la cuiller. Au bout de quinze à vingt secondes, quelquefois au bout d'une minute, il rend par la bouche le peu de lait qu'il a ingéré. Tantôt il s'agit d'une simple *régurgitation*, sans efforts, naturelle; tantôt la régurgitation est accompagnée de phénomènes graves : l'enfant se cyanose, fait des efforts, souffre, et c'est dans un *accès de suffocation* qu'il rejette le liquide absorbé.

Une fois ces constatations faites, qu'il y ait ou non une malformation du palais, le médecin devra pratiquer le *cathétérisme de l'œsophage*, pour confirmer le diagnostic, plus que probable, d'imperforation de l'œsophage. L'enfant est couché sur le dos; une sonde urétrale en caoutchouc, n° 15 ou n° 16, préalablement enduite d'huile ou de vaseline, est introduite dans la bouche et poussée doucement, sans violence. Le nourrisson, affamé, fait immédiatement des mouvements de succion et de déglutition successifs, et c'est pour ainsi dire d'elle-même que la sonde glisse dans l'œsophage. Si par extraordinaire la sonde allait dans la trachée, on serait immédiatement prévenu par une quinte de toux, un accès de suffocation. Il suffirait de retirer la sonde de quelques centimètres et de recommencer l'opération. A un moment donné la sonde s'arrête. On la pousse légèrement, elle ne s'enfonce pas plus avant dans le canal œsophagien, elle se plie, se courbe : elle est butée contre un obstacle. La laissant en place on marque soigneusement sur elle avec le pouce et l'index, le point de son trajet qui répond au bord gingival supérieur. On la retire et on mesure la distance qui sépare son extrémité du point où elle touchait le bord gingival supérieur. Pour éviter toute erreur, il ne faut pas hésiter à répéter deux ou trois fois le cathétérisme.

Il est facile, par un calcul simple, de savoir le point exact de l'œsophage où la sonde s'arrête. En effet, d'après les recherches de Morosow, la distance comprise, chez le nouveau-né, entre le bord gingival supérieur et l'orifice supérieur de l'œsophage est de 7 centimètres; la longueur de l'œsophage est de 9 centim. 2. On n'aura doncqu'à retrancher 0 m. 07 de la distance qui sépare l'extrémité de la sonde, du point où elle correspondait à l'arcade gingivale supérieure, pour connaître exactement le siège de la lésion dans l'œsophage.

Le cathétérisme fera donc le *diagnostic* de l'obturation œsophagienne et de son siège. En outre, il permettra d'éliminer les autres lésions du tube digestif qui, chez le nouveau-né, sont capables de déterminer des régurgitations ou des vomissements plus ou moins rapides après la succion et la déglutition.

L'absence congénitale du voile du palais, les *divisions* et les *perforations congénitales de la voûte et du voile du palais* se distingueront facilement par une simple inspection. D'ailleurs, la succion est toujours gênée, même empêchée, quand ces lésions existent. Dans le cas d'imperforation œsophagienne, la succion est toujours facile.

Les *rétrécissements congénitaux de l'œsophage* entraînent parfois des phénomènes de régurgitation rapide. Mais, le plus généralement, une partie des aliments ingérés passe dans l'estomac. De plus, si on fait le cathétérisme avec des sondes de calibre de plus en plus petit, on arrivera à franchir l'obstacle et à s'assurer ainsi que l'œsophage, quoique rétréci, est libre.

Il arrive parfois que les nouveau-nés ne pouvant supporter le lait qu'on leur donne le vomissent. Cela peut être l'effet d'un *spasme du pylore*, d'un *rétrécissement congénital du pylore*. Dans ces cas, il ne se produit pas une régurgitation, mais un véritable vomissement. Le vomissement est plus lent dans son apparition que la simple régurgitation. Il se fait parfois avec de plus grands efforts. Enfin, les liquides rejetés ne sont pas uniquement constitués par les aliments ingérés, comme dans la régurgitation du nouveau-né; le lait rejeté par simple régurgitation n'est pas modifié; le lait rejeté par vomissement est coagulé s'il a séjourné dix à quinze minutes dans l'estomac.

Enfin, l'*obstruction congénitale* de l'intestin par une bride fibreuse, l'*invagination* intestinale ne seront guère soupçonnées, à cause des signes bien particuliers qu'elles déterminent (vomissements de méconium, de matières fécales).

Dans le cas que nous avons observé, dans les cas plus anciens que nous avons relevés, l'imperforation œsophagienne n'était pas la seule lésion, elle était *compliquée de communication œsophago-trachéale*. Cette dernière peut-elle être diagnostiquée pendant la vie? L'observation de Périer permet de répondre affirmativement. Pour établir le diagnostic, Périer s'est basé sur les signes respiratoires très graves qui accompagnaient les régurgitations. Le nouveau-né qui fait l'objet de cette observation présentait des accès de suffocation très intenses accompagnés de cyanose. La suffocation et la cyanose étaient même si prononcées qu'on se demandait si le petit malade n'allait pas succomber dans une crise.

A côté de ces phénomènes, il est un autre symptôme que nous avons retrouvé dans deux observations et qui, selon nous, pourrait être considéré comme pathognomonique d'une communication inter-trachéo-œsophagienne, c'est le rejet de mucosités stomacales malgré l'imperforation de l'œsophage. En effet, dans l'observation de Polaillon nous lisons ceci: « Quoique la respiration fut peu gênée, le nouveau-né rendait de temps en temps, par la bouche et les fosses nasales, une grande quantité de mucosités remplies de bulles d'air. » Dans l'observation de Vincent nous lisons: « Pendant la vie, l'enfant, outre ses troubles de régurgitations, a présenté quelques troubles bronchiques qui devaient venir de vomissements de mucosités stomacales. » Donc, dans ces deux cas, le nourrisson, dans l'intervalle de ses tétées, vomissait, quoiqu'ayant l'œsophage imperforé. Ces vomissements, accompagnés de troubles bronchiques, étaient faits de mucosités stomacales. N'est-ce pas là un signe sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention?

Enfin, dans notre cas, le petit malade à qui on avait pratiqué la gastrostomie rendait par la bouche le lait qu'on lui introduisait par l'orifice stomacal. Nous nous sommes demandé après l'opération si, chez lui, l'œsophage, au lieu d'être complètement obstrué, n'était pas le siège d'un rétrécissement très étroit. Cette supposition était fausse, ainsi que nous l'a montré l'autopsie.

Donc régurgitations rapides des substances ingérées, accompagnées de quintes de toux, d'accès de suffocation et parfois de cyanose, rejet par la bouche, au milieu de phénomènes bronchiques, de mucosités stomacales, tel sont les signes fonctionnels qui pourront faire supposer une double lésion:

imperforation œsophagienne et communication œsophago-trachéale.

Ces deux lésions existent le plus souvent chez le même sujet; c'est là même un point très remarquable.

La malformation, cependant, peut être simple. Nous avons trouvé les quatre observations suivantes, dans lesquelles l'*imperforation de l'œsophage est seule signalée.*

XXII. — Rossi : (*Arch. de méd.* T. XV, page 170).

Enfant présentant un diaphragme qui fermait l'œsophage au-dessus du cardia. Il vomissait tout ce qu'il prenait. Mort le 3e jour.

XXIII. — Tinon : (Fourcroy, la *Médecine éclairée par les sciences physiques.* T. I, page 301).

Enfant présentant un cloisonnement complet à la partie supérieure du canal.

XXIV. — Pagenstecher (*Arch. gén. méd.* 1re série. T. II, page 146-1828).

Enfant antérieurement bien constitué. Vomit au bout de quelques secondes le lait qu'il vient de prendre. Mort le 4e jour.

Œsophage terminé en cul-de-sac près de l'origine de la trachée. Une petite bandelette, partie de ce cul-de-sac, se terminait à l'extrémité de la portion d'œsophage attachée à l'estomac et longue de un pouce, neuf lignes. Grand cul-de-sac stomacal manquait.

XXV. — P.-B. Ayres (*Pathol. Soc. Trans.* 1850-51. Vol. III, page 91).

Enfant ayant vécu 11 jours. Régurgitation du lait et suffocation après chaque tétée.

Pharynx normal. Œsophage terminé en cul-de-sal par une bande imperposée adhérente à la face postérieure de la trachée. (Il n'est pas question de communication trachéale.)

Lorsque le cathétérisme aura fait le diagnostic d'obturation de l'œsophage, on pourra écarter l'idée d'ouverture œsophago-trachéale quand les régurgitations ne seront pas accompagnées de phénomènes respiratoires intenses. Encore faudra-t-il faire les réserves les plus grandes. Car si dans la plupart des observations, que nous avons relevées de forts accès de dyspnée, de vigoureuses quintes de toux accompagnaient les régurgitations, dans notre observation, les phénomènes respiratoires étaient nuls : notre nouveau-né régurgitait le lait qu'il prenait sans qu'il se produisit la moindre irritation du larynx ou de la trachée.

La *fissure œsophago-trachéale* peut exister seule, le diagnostic sera facile. Les signes de régurgitation, de suffocation, de toux quinteuse existeront, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture d'une des observations de Tarnier. Mais le cathétérisme viendra affirmer qu'il n'y a pas d'imperforation de l'œsophage.

XVI. — Tarnier (*Bull. Acad. Méd.*, 1866, T. XXXI, page 881).

Œsophage complètement développé, communiquant avec la trachée par une fissure verticale de 2 centimètres et demi de hauteur. Imperforation anale, fistule recto urétrale.

XXVII. — Tarnier (*Bull. Soc. chir.*, 1873, 2e série. T. II, page 475) et Pinard (*Bull. Soc. Acad.*, 1873).

Accouchement normal. Enfant bien développé pesant 4590 grammes, respirant avec difficulté. Dès qu'il prend le sein, accès de suffocation et vomissement, cyanose de la face. Méconium rendu par l'urètre.

Une sonde œsophagienne ne rencontre pas d'obstacle et va jusqu'à l'estomac. Opération de l'imperforation anale. Mort dix-neuf heures après.

Ouverture du rectum dans la portion membraneuse de l'urètre. Une fissure trachéo-œsophagienne de 3 centimètres de hauteur part de l'orifice sous-épiglottique; les bords de cette fissure sont presque au contact.

Trou de Botal ouvert ; canal artériel perméable ; orifice auriculo-ventriculaire droit presque fermé par un diaphragme très mince, percé de deux petits trous.

Le *pronostic* de ces affections congénitales est toujours fatal. Mais, chose très remarquable, la mort met longtemps à venir. Dans les observations d'Annendale, de Polaillon, de Porro, l'enfant est mort au bout de 48 heures; dans les observations de W. Ogle et de Schœller, après quatre jours; dans les cas de Tilanus, de Quain, de Boucher, la mort vint au bout de cinq jours; dans ceux de Levy, de Boisvert, elle tarda jusqu'à six jours, et dans les observations de Périer, de Vincent, de Faucon, elle attendit même sept jours pleins. Enfin un enfant, cité par Ogier Ward, mit douze jours à succomber.

Le nouveau-né atteint de cette lésion peut mourir de manières diverses. Le plus souvent il *meurt de faim.* Pendant les deux ou trois premiers jours il ne présente aucun signe alarmant. Mais à partir du quatrième jour, il s'étiole, pousse constamment des cris plaintifs, puis tombe dans le coma que suit de près la mort.

Il peut succomber plus vite, emporté par une *broncho-pneumonie,* dont le mécanisme est simple; soit que dans les régurgitations continuelles que fait l'enfant, à chaque tentative d'alimentation, quelques gouttes de liquide tombe dans la trachée; soit que les mucosités stomacales remontant le bout inférieur de l'œsophage arrivent dans la trachée par la communication œsophago-trachéale.

Enfin, si le nouveau-né est atteint d'autres malformations congénitales, d'un anus contre nature par exemple, sa mort pourra se trouver hâtée de ce fait.

L'*étiologie* de ces lésions congénitales est très obscure. On ignore absolument à l'heure actuelle la cause de ces malformations. Les observations que nous avons trouvées se taisent la plupart du temps sur ce point.

Périer note, dans un cas, une exagération notable de la quantité du liquide amniotique, Boisvert une grossesse avec hydramnios, dégénérescence du placenta et insertion vélamentaire du cordon. Dans notre cas, nous relevons une grossesse rendue pénible par des vertiges, des étourdissements, de l'œdème passager des membres inférieurs.

L'*anatomie pathologique* ne varie que relativement peu d'un cas à un autre. L'oblitération œsophagienne est toujours haut placée : 4 centimètres 1/2 de l'orifice supérieur de l'œsophage (Boucher, Quain), 2 cent. 1/2 au-dessous de la glotte (Porro), 4 cent. au-dessous de l'orifice supérieur du larynx (Périer), 2 cent. au-dessous de l'origine de l'œsophage (Polaillon), à l'origine même (Vincent), 4 cent. au-dessous de l'orifice supérieur du larynx (Grandon), 3 cent. au-dessous de l'origine de l'œsophage (Renault et Sébileau).

Dans la plupart des observations, notamment dans la nôtre, le bout supérieur de l'œsophage est élargi, forme une sorte d'ampoule. Ses parois sont épaisses, formées, suivant Luschka, de nombreuses fibres musculaires striées. Le bout inférieur, au contraire, possède des parois minces; il est de calibre normal.

L'union entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'œsophage se fait de diverses manières. Luschka a vu les deux portions de l'œsophage réunies par un cordon solide de 1 millim. de longueur, aplati, formé de fibres musculaires lisses. Cette disposition existe dans notre observation. Parfois ce cordon peut atteindre de grandes dimensions (jusqu'à 18 millim. dans le fait rapporté par Grandon).

Une seconde disposition se trouve notée dans le cas d'Annendale : le bout supérieur n'était réuni au bout inférieur que par quelques fibres éparses dans du tissu cellulaire.

Enfin, dans une troisième disposition constatée par Porro et par Périer, les deux bouts de l'œsophage étaient indépendants. De l'extrémité en cul-de-sac du bout supérieur partaient quel-

ques fibres qui s'inséraient directement à la paroi postérieure de la trachée.

Quant à l'ouverture de l'œsophage dans le conduit trachéal, elle se fait à différentes hauteurs. Tarnier l'a vue une fois au niveau de la bronche droite et la fixait en général à quelques millimètres au-dessus de la naissance des bronches; Quain et Boucher l'ont vue à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation trachéale (la trachée du nouveau-né a environ une longueur de 4 centimètres). Padieu, Boisvert Annendale, Porro, Périer, au niveau même de la bifurcation de la trachée; Polaillon et Faucon un peu au-dessus de la naissance des bronches; Vincent au niveau du deuxième ou du troisième anneau de la trachée (la trachée a de seize à vingt anneaux; Grandon à 3 centim. au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde; enfin, dans notre cas, elle siégeait à 1 centim. 1/2 au-dessus de la bifurcation trachéale.

L'orifice de communication a souvent le diamètre normal de l'œsophage; mais il peut être plus petit: c'est fréquemment une sorte de fissure allongée verticalement, qui regarde en haut et en avant.

Il est remarquable que ces lésions existent le plus souvent isolées, sans autres malformations congénitales. La grande majorité des observations ne signale aucun autre vice de conformation. Le nouveau-né de Polaillon présentait, outre une imperforation anale, une absence du radius avec mains botes. Celui de Faucon avait une imperforation anale, une communication du rectum avec le vagin par un trajet fistuleux, un utérus double.

Il nous reste maintenant à chercher quelle peut être la *pathogénie* de ces malformations.

Luschka expliquait la communication œsophago-trachéale par une théorie toute mécanique. Pour lui ce vice de conformation serait dû à une oblitération de l'œsophage, à laquelle, sous l'influence de la pression exercée de bas en haut par l'extrémité inférieure de l'œsophage pendant la croissance, se seraient jointes secondairement une usure et une perforation de la paroi postérieure de la trachée.

Mais il nous semble que les dernières recherches faites sur le développement du tube digestif expliquent nettement cette communication anormale. On sait, en effet, que le tube digestif, avant d'avoir la forme tubulaire, est une simple gouttière tournée du côté ventral ouverte dans la vésicule ombilicale, et qui, dans le cours du développement, se transformera en un tube. Cette transformation se fait de bonne heure aux extrémités antérieure et postérieure de l'embryon. Vers le milieu elle ne se fait que tardivement et lentement. Les régions intestinales antérieure et postérieure tubuleuses ont la forme de deux culs-de-sac, dont le fond est tourné respectivement en avant et en arrière: le cul-de-sac antérieur est dénommé intestin céphalique ou antérieur; le cul-de-sac postérieur est dénommé intestin terminal ou postérieur. La partie intermédiaire est l'intestin moyen. L'anus se formera aux dépens de l'extrémité postérieure de l'intestin terminal. L'intestin moyen communiquera longtemps avec la vésicule ombilicale par un pédicule creux, qui deviendra de plus en plus étroit et finira par se fermer. Quant à l'intestin céphalique, il formera la bouche, puis il donnera naissance à l'appareil respiratoire. L'appareil respiratoire n'est, en effet, qu'une ébauche, un diverticule de l'intestin céphalique. Il se forme, aux dépens de la paroi ventrale du tube intestinal antérieur, une gouttière plus profonde et plus large en arrière, atténuée au contraire en avant: c'est la gouttière pulmonaire. Cette gouttière pulmonaire se sépare de la gouttière intestinale par la production de bourgeons latéraux qui se rencontreront sur la ligne médiane. Ces deux gouttières seront donc transformées en deux tubes: un tube antérieur qui donnera naissance au larynx, à la trachée et aux poumons par bourgeonnement; un tube postérieur qui formera le pharynx et l'œsophage. Eh bien! que les bourgeons latéraux qui sont chargés de séparer les deux tubes ne se rencontrent pas en un point, une communication aura lieu entre l'œsophage et la trachée. M. Féré (Bull. Soc. Anat., 1878), en faisant des coupes microscopiques de l'œsophage d'un nouveau-né, perpendiculairement à l'axe longitudinal, a découvert, à 1 centimètre au-dessous de l'extrémité supérieure de l'œsophage, un point de la face antérieure, sur la ligne médiane, où la paroi musculaire paraissait manquer. Cette solution de continuité de la tunique musculaire offrait une largeur de un millimètre environ sur une hauteur de un millimètre.

Comment expliquer l'imperforation du bout supérieur de l'œsophage? Autrefois on croyait que l'œsophage dérivait de deux bourgeons qui se rencontraient, l'un émanant de l'extrémité inférieure du pharynx, l'autre poussé par l'estomac. Le défaut de réunion de ces deux bourgeons expliquait dès lors l'imperforation œsophagienne. Actuellement on ne peut accepter cette explication qui est en contradiction formelle avec ce que nous savons sur le développement de l'œsophage.

Une seconde interprétation est donnée par Morel. Pour lui l'œsophage à son origine représente un cylindre plein formé de deux couches distinctes, l'une centrale, l'autre périphérique. On voit, dans le cours du développement, les cellules de la couche centrale se fondre, disparaître, tandis que les plus externes se tassent pour donner lieu à la formation des cellules épidermiques. Supposons que les cellules centrales ne subissent pas cette fonte, persistent en un point, le conduit n'existera pas en ce point: un cordon dur et plein réunira les deux portions inférieure et supérieure de l'œsophage. Mais combien cette explication est loin des recherches récentes sur le développement du tube digestif que nous avons exposées plus haut! Le problème reste donc tout entier à résoudre.

Le *traitement* de ces lésions ne donne évidemment aucun résultat. Les lavements de lait ou mieux de bouillon pourront certes prolonger de quelques jours la vie du nourrisson; « mais ils ne sauraient viser à faire vivre l'individu » (Michel). L'œsophagotomie externe semblerait à première vue devoir apporter un remède au mal. En y réfléchissant, on voit qu'elle ne servira à rien. Car le bout inférieur de l'œsophage, qui seul communique avec l'estomac, est toujours situé profondément dans la cavité thoracique. Le chirurgien ne pourra aller le chercher pour l'aboucher à l'extérieur.

Reste une seule opération logique: la gastrostomie.

«Pourquoi, dit Michel, l'art n'essayerait-il pas, même dans les plus mauvaises conditions possibles, le seul moyen qui puisse sauver la vie d'un nouveau-né? » Tarnier, cependant, ne la conseille pas pour deux raisons: le volume du foie, considérable chez les nouveau-nés, qui la rendrait très difficile; la faiblesse de l'enfant, qui la rendrait immédiatement dangereuse. Elle n'a été faite dans aucune des observations que nous avons relevées et nous remercions M. Robineau d'avoir bien voulu la tenter; il a pu répondre aux deux objections théoriques de Tarnier, car l'opération n'a pas été rendue difficile par le volume du foie et l'enfant l'a très bien supportée.

Malheureusement, le dénouement fatal, s'il n'a pas été avancé, n'a pas

été retardé : la mort est arrivée dans les délais habituels. Peut-on, d'ailleurs, avoir l'espoir de nourrir longtemps un nouveau-né par une bouche stomacale, de l'élever, d'en faire un adulte! N'est-ce pas un rêve insensé! C'est probable; mais quelque faibles que puissent être les chances d'une intervention, elle est légitime si l'on n'a d'espoir qu'en elle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 mai

Etude des fonctions de la moelle épinière au moyen des rayons N

(Note de MM. **André Broca** et **A. Zimmern**)

On sait que les rayons N sont émis par les divers organes surtout pendant leur fonctionnement, et que ces rayons se manifestent par l'augmentation de l'éclat du sulfure de calcium phosphorescent.

L'étude de la moelle au moyen des rayons N qu'elle émet, nous a montré l'existence, dans celle-ci, de foyers d'activité bien limités, tout à fait constants.

Laissant de côté pour aujourd'hui la région cervicale, qui est assez compliquée, nous donnerons les résultats de l'étude de la moelle dorsale, lombaire et sacrée. Cette étude a été faite au moyen du tube de plomb à localisation, indiqué par Charpentier.

Nous avons commencé par marquer sur le dos de nos sujets les vertèbres dorsales et lombaires, en partant, comme il est classique de le faire, de la septième cervicale ou proéminente. Le sujet était couché sur le ventre pour amener, autant que possible, la résolution musculaire, et éviter ainsi l'émission des rayons N qui se produisent quand des ordres venus des centres supérieurs se propagent le long de la moelle.

Dans ces conditions, nous avons pu, chez les sujets normaux, localiser les points suivants d'émission maxima des rayons N :

Deuxième dorsale, cinquième dorsale, onzième dorsale, deuxième lombaire, milieu du sacrum.

Ces points ont été retrouvés en examinant des hommes, des femmes, des chiens et des cobayes.

Il est aisé de constater l'utilité qu'il y avait à étudier le sujet couché. Nous avons eu, en effet, dans ce cas, des résultats toujours concordants et relativement aisés à établir; nous avons pu aussi vérifier que les mouvements des membres inférieurs masquaient complètement les phénomènes. Quand le sujet couché fait des mouvements énergiques des membres inférieurs et du bassin, toute la région lombaire et sacrée de la moelle émet des rayons N en grande quantité, et l'on ne peut plus distinguer aucune différence. Environ trente secondes après la cessation des mouvements, tout revient à l'état normal et l'on peut recommencer à observer.

Le point maximum de la deuxième dorsale correspond, selon toute probabilité, au centre cilio-spinal des auteurs. Le maximum de la deuxième lombaire correspond à la région dans laquelle se trouvent les centres génital, vésical, et de la défécation, d'après les auteurs classiques. Nous avons pu vérifier le fait pour les centres génital et vésical.

Sur les sujets âgés, tous les foyers en général sont moins actifs, moins aisés à voir que sur les sujets jeunes; mais la différence est surtout grande pour le centre qui correspond à la deuxième lombaire. Celui-ci, au lieu d'être le plus brillant de tous, devient moins brillant que celui de la onzième dorsale. C'est là, bien probablement, le centre génito-spinal, et ce dernier fait vient à l'appui de cette croyance.

Nous l'avons vérifié sur des femmes qui avaient subi diverses opérations.

Dans un premier cas, le sujet avait été opéré vingt-cinq jours auparavant; on avait pratiqué l'hystérectomie abdominale totale. La malade avait donc ses ovaires, qui n'avaient pu entrer encore en régression; elle donnait une émission normale de rayons N.

Dans un second cas, le sujet avait été ovariotomisé depuis plusieurs années, et il a donné lieu à une observation extrêmement intéressante que nous donnons en détail.

A un premier examen, B. trouve le centre de la deuxième lombaire peu marqué. Puis, Z., reprenant l'examen, trouve le centre lombaire nettement marqué. B., recommençant, vérifie cette dernière observation. Un doute s'élevant, les deux observateurs sortent de la chambre noire pour conférer sur ce fait qu'ils ne comprennent pas. La malade en profite pour uriner, et elle urine abondamment. L'examen, repris immédiatement, montre aux deux observateurs la suppression complète de toute illumination par la moelle lombaire.

Cette femme, sans ovaires depuis plusieurs années, a donc sa moelle lombaire complètement inactive quand elle n'éprouve pas le besoin d'uriner et, au contraire, lorsque le besoin d'uriner se fait sentir, la moelle lombaire est le siège d'un fonctionnement d'autant plus intense que le besoin est plus impérieux. Des examens ultérieurs pourron peut-être permettre des localisations plus précises, et la distinction exacte des deux centres dont nous venons de parler. La localisation tout à fait précise n'avait pas été faite, en effet, dans la chambre noire, l'observation ayant été fortuite; nous ne pouvons donc affirmer la place exacte du centre observé chez cette femme. Nous pouvons seulement dire qu'il est très voisin du point où nous observons en général le centre génito-spinal, ce qui est admis par les auteurs.

Nous concluerons, des observations préliminaires précédentes, que l'examen de la moelle au moyen des rayons N permet de contrôler sur l'homme vivant l'existence des centres médullaires, et même d'avoir une notion précieuse sur leur degré d'activité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai

M. Tillaux, président, expose — et d'une façon tout à fait remarquable — l'œuvre de M le prof. Marey qui, on le sait, a exprimé dans ses dernières volontés le désir qu'aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe.

De l'allaitement au sein par les ouvrières d'usines, de fabriques et manufactures

M. Budin. — L'Académie connaît la lutte engagée en France contre la mortalité infantile, lutte à laquelle elle s'est associée en diverses circonstances.

L'allaitement artificiel, si meurtrier pour nos enfants, est cependant très répandu dans notre pays; il faut s'efforcer de lui substituer l'allaitement au sein.

De tous côtés la lutte est engagée; les médecins, les hygiénistes, les philantropes, s'efforcent par tous les moyens, et notamment par les consultations de nourrissons, de combattre l'allaitement artificiel pour lui substituer l'allaitement maternel.

D'excellents résultats ont déjà été obtenus, malheureusement un grand nombre de femmes ne peuvent nourrir, parce qu'elles sont obligées de travailler; il faut faire quelque chose pour ces femmes qui ne demandent pas mieux que d'élever leurs enfants. Un certain nombre d'industriels ont commencé et accordent des avantages pécuniaires et autres à celles de leurs ouvrières qui veulent nourrir; l'Etat, de son côté, est disposé à faire de même dans les manufactures qui dépendent des divers ministères. M. Budin a, en effet, obtenu la promesse formelle que les ouvrières de nos manufactures nationales seraient autorisées et encouragées à nourrir leurs enfants; des dispositions particulières vont être prises pour leur en assurer la liberté complète.

Les bains thermo-gazeux

M. Laussedat.— Les bains carbo-gazeux, considérés comme provocateurs de l'hypertension artérielle, quand ils sont pris à eau courante, peuvent provoquer l'hypotension s'ils sont administrés d'abord à la température de 34° et sans eau courante.

L'hypertension provoquée par les bains courts donne de bons résultats chez les cardiaques valvulaires à hypotensions, chez les anémiques et les convalescents, avec les températures abaissées ou élevées au-dessus de 34°.

L'hypotension provoquée par les bains longs, progressivement gazeux, toujours

à 34°, est utile aux cardio-artériels, aux cardio-rénaux, aux neurasthéniques intoxiqués et insomniques. Ils sont, dans les deux cas, auto-toxiques, et ont une action éliminatrice sur le rein.

De la sphygmotonométrie

M. Huchard fait un rapport sur un travail présenté à l'Académie par le Dr Boulounmié (de Vittel) sur la sphygmotonométrie.

Par sphygmotonométrie, l'auteur entend une méthode d'exploration de l'appareil circulatoire dans les artères et dans leurs ramifications terminales et dénomme les deux tensions ainsi constatées: tension artérielle et tension artério-capillaire. Pour les constater cliniquement et avec précision il les étudie à l'aide du sphygmotonomètre qu'il a fait construire par M. Galante.

Cet appareil, muni d'un seul et même manomètre et dont les éléments essentiels sont l'ampoule de Potain et l'anneau de Gærtner, est d'un emploi facile, peu encombrant et peu fragile.

De nombreuses recherches physiologiques et cliniques, faites avec cet appareil, ont permis à M. Bouloumié d'établir la formule circulatoire de l'enfant, de l'adulte, du vieillard, de la femme, et de faire un certain nombre de constatations d'un réel intérêt clinique au point de vue du diagnostic, du pronostic et de l'action circulatoire de certains agents médicamenteux. Elles ont, de plus, montré la nécessité de ne pas se contenter de l'exploration syphygmométrique ou tonométrique qui, isolées peuvent conduire à de nombreuses erreurs, mais de faire conjointement ces deux recherches et d'envisager les rapports de tensions autant, et plus parfois, que les tensions considérées isolément.

Radiographie des corps étrangers

M. Contremoulins a fait, depuis la publication de sa première méthode radiographique (mars 1897), 83 examens de malades suivis de 77 extractions de corps étrangers. Les 6 corps étrangers qui durent être laissés dans l'organisme ne le furent que pour des raisons complètement étrangères à la méthode elle-même.

Le nouveau dispositif qu'il présente a été spécialement créé pour les opérations d'urgence et surtout en vue des services de chirurgie militaire, pour des interventions rapides près des champs de bataille.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Expériences sur l'homme démontrant que le virus syphilitique est intercepté par les filtres

Malgré les prétendues découvertes du bacille de la syphilis qui attendent confirmation, nous ne savons rien de la nature du virus syphilitique. Nous ignorons même, à ce sujet, un détail qu'il importerait de connaître — et qu'on a pu pourtant constater pour certains autres processus infectieux dont le microbe a également échappé jusqu'ici à toutes les investigations bactériologiques — à savoir si le virus syphilitique se trouve arrêté par les filtres ou bien s'il les traverse et passe dans le filtrat, comme c'est, par exemple, le cas des germes pathogènes de la rage (Remlinger et Riffat, Celli), de la maladie aphteuse des vaches (Lœffler et Frosch), et de la péripneumonie des bovidés (Nocard et Roux). Le microbe de cette dernière affection est connu, celui des deux autres ne l'est pas, comme on sait.

C'est pour élucider au moins cette question de détail, en ce qui concerne le virus syphilitique, que **M. V. Klingmueller**, privat docent de dermatologie et chef de clinique du professeur Neisser à Breslau, et **G. Baermann**, assistant de cette clinique (*Deuts. med. Woch.*, 19 mai 1904) ont entrepris, sur leurs propres personnes, des expériences d'inoculation avec le filtrat de triturations de fragments de chancre et de plaques muqueuses.

A cet effet, on pratiquait des excisions au niveau de chancres syphilitiques encore récents, on excisait des plaques muqueuses et on triturait ces tissus, pendant une heure, dans un mortier, avec addition de quelques gouttes de solution physiologique de chlorure de sodium et d'une petite quantité de poudre silicatée. On obtenait de la sorte une masse homogène qu'on filtrait ensuite à travers une bougie de Berkefeld, sous une pression de 250 mm. de mercure, après s'être assuré, au préalable, que le filtre interceptait complètement les microbes d'une culture de choléra des poules en bouillon. La filtration durait une à deux heures; elle donnait un liquide clair qui servait aux auto-inoculations. Mais avant de s'injecter le filtrat, les auteurs soumettaient la bougie qui l'avait livré à un nouveau contrôle, et c'est seulement après avoir constaté qu'elle continuait à intercepter les bacilles du choléra des poules qu'ils procédaient aux expériences sur eux-mêmes.

MM. Klingmueller et Baermann se sont fait chacun quatre auto-inoculations, soit en tout huit expériences, qui ont consisté à s'injecter, sous la peau du pli de l'aine, du bras, de l'avant-bras ou du ventre, 4 à 6 cc de filtrat syphilitique. Dans une expérience, faite comme toujours, en double, le filtrat fut frotté énergiquement sur une surface scarifiée de la région interne du bras sur laquelle on tenait ensuite appliquée une compresse imbibée du même liquide. Ces scarifications avaient été très superficielles, de façon à éviter l'effusion de sang et à ne laisser suinter qu'une sérosité à peine sanguinolente.

Le résultat de toutes ces expériences, qui s'échelonnèrent chronologiquement du 25 octobre 1903 au 18 avril de l'année courante, fut absolument négatif. A l'heure qu'il est, la présente communication datant du 5 mai, aucune trace de sclérose primitive, de réaction ganglionnaire ou d'infection générale ne s'est encore fait remarquer. Le virus syphilitique ne paraît donc pas appartenir à la catégorie des agents pathogènes susceptibles de se laisser filtrer.

On pourrait se demander si, dans ces recherches expérimentales, le temps écoulé entre le moment de l'excision des produits syphilitiques et l'inoculation de leur filtrat n'aurait pas été assez prolongé pour anéantir la vitalité de l'agent pathogène. MM. Klingmueller et Baermann vont au devant de cette objection, en faisant remarquer que ce laps de temps n'a pas dépassé deux heures et que, d'ailleurs, les faits de transmission extra-génitale de la syphilis par les objets d'usage familier sont là pour démontrer que le virus syphilitique conserve presque indéfiniment son pouvoir infectieux.

La photothérapie électrique en otiatrie

Bien armés contre certains accidents et complications des otites, telles que l'accumulation de pus dans l'oreille moyenne (paracentèse du tympan) et la mastoïdite (trépanation de l'apophyse mastoïde), nous manquons encore, il faut en convenir, de moyens rapidement efficaces pour le traitement de ces affections en l'absence des indications opératoires qui viennent d'être mentionnées. Aussi la communication que **M. O. S. Meerovitch** (*Roussky Vratch*, 1904, n° 18) a faite au dernier Congrès des médecins russes en mémoire de Pirogoff, sur les bons effets de la lumière électrique refroidie des lampes à incandescence dans les lésions otiques, est-elle à retenir.

Ces essais thérapeutiques ont été poursuivis dans le service otiatrique du prof. Okounev, à l'Institut clinique de la grande duchesse Hélène Pavlovna, à Saint-Pétersbourg. Elles concernaient, en particulier, l'otite catarrhale aiguë et l'otite chronique à forme sèche ou scléreuse. L'appareil dont notre confrère s'est servi à cet effet, consiste en un cylindre métallique qui renferme une lampe électrique à incandescence de la force de dix bougies, et dans lequel on fait circuler un courant d'eau à 14 ou 15°, pour le maintenir à la température dite indifférente. L'un des bouts de ce tube se trouve hermétiquement fermé par une lentille plan convexe située immédiatement au-devant de la lampe, dont elle projette la lumière refroidie dans un speculum auri qu'on visse par dessus la lentille et qu'on introduit ensuite dans le conduit auditif externe du malade en expérience. La durée de chaque séance photothérapique est d'un quart d'heure environ.

Dans les otites catarrhales, ce procédé exercerait, d'après les observations de l'auteur, une action rapide et des plus manifestes sur l'élément douleur, action qui, parfois, se produirait au complet dès la première séance, même dans les cas où les douleurs avaient résisté à toute sorte d'instillations calmantes. D'au-

tres fois, trois à six séances sont nécessaires pour obtenir ce résultat. La lumière électrique paraît favoriser aussi la résorption de l'exsudat de la caisse du tympan, hâtant de la sorte la guérison de l'otite.

En ce qui concerne les otites moyennes sèches, les bons effets de la photothérapie électrique se sont manifestés en particulier par la disparition rapide des bruits d'oreille, résultat qu'il importe d'enregistrer, les bruits subjectifs sous forme de sifflements, de tintements, de bruissements, etc., étant, pour ces malades presque plus pénibles que l'affaiblissement de l'ouïe.

Les lavements d'eau chaude substitués aux lavements alimentaires dans le traitement de l'ulcère de l'estomac

Nombre de cliniciens traitent, comme on sait, l'ulcère de l'estomac par la diète absolue, qu'on prolonge le plus possible, tout en soutenant les forces du malade au moyen de lavements alimentaires. La valeur nutritive de ces lavements n'est pas contestable; elle est cependant des plus restreintes. D'autre part, il est bien établi que l'organisme humain est susceptible de supporter une très longue période de jeûne, pourvu qu'on lui fournisse de l'eau en abondance. Cela étant, **M. W. Pasteur** (*Lancet*, 21 mai 1904), médecin du Middlesex Hospital de Londres, s'est demandé, si, dans l'ulcère de l'estomac, l'alimentation rectale — dispendieuse, pénible pour le malade, fatigante pour les personnes qui le soignent — ne pourrait pas être remplacée avantageusement par de simples lavements aqueux, l'absorption de l'eau s'effectuant avec la plus grande facilité par le rectum.

Fort d'une expérience de dix-huit mois, période pendant laquelle tous les cas d'ulcère gastrique de son service hospitalier ont été soumis à la diète absolue avec emploi de lavements uniquement aqueux, l'auteur se croit en mesure de résoudre cette question dans le sens positif et cela d'une façon formelle. Il a pu, en effet, se convaincre que les malades traités de la sorte se rétablissaient vite, tout en se sentant relativement à leur aise et sans éprouver cette soif qui, chez les sujets alimentés par la voie rectale, ne cède qu'incomplètement même à la succion de fragments de glace ou à l'ingestion de petites gorgées d'eau.

Pour ce qui concerne le *modus faciendi*, M. Pasteur fait administrer, toutes les quatre ou six heures, un lavement de 150 à 180 grammes d'eau, à la température du corps humain. Par la suite, la quantité d'eau est portée progressivement à 300 grammes par lavement. Dans la plupart des cas, avant une semaine révolue de jeûne, on peut commencer à donner par la bouche un peu de lait peptonisé; mais certains malades ont jeûné pendant dix jours et même durant deux semaines, et cela sans le moindre inconvénient.

Dr Vladimir de Holstein.

REVUE DE THÈSES

I

Considérations hygiéniques sur la filature de laine, par le Dr Henry Vermesch. (Paris, Maloine, 1903).

Importante contribution à l'étude de l'industrie textile en France, comprenant la nature des opérations de la filature de laine, les conditions du travail et leur action physiologique et pathologique chez les ouvriers, les divers moyens d'assainir les ateliers. Les conditions du travail présentent, au point de vue hygiénique, le triple inconvénient suivant: 1° air confiné; 2° température excessive; 3° état hygrométrique élevé.

L'influence nocive de l'air confiné chaud et humide se traduit, chez les ouvriers, par une anémie marquée et un ralentissement général des fonctions de nutrition, qui s'accompagne de phénomènes d'auto intoxication par insuffisance des émonctoires. Il existe certaines pratiques d'hygiène dont l'usage serait capable d'atténuer les effets du travail dans les filatures; il est à souhaiter que l'initiative privée les mette à la portée des ouvriers, sans que l'intervention des pouvoirs publics paraisse nécessaire — ou même possible — en cette occurrence.

II

Des stigmates de la criminalité. L'œil et la vision chez les criminels, par le Dr Cochy de Moncan. (Paris, Jouve, 1904).

Recherches faites sur l'acuité visuelle, la réfraction, etc., des pensionnaires des maisons centrales, mais qui n'aboutissent, comme l'avoue d'ailleurs l'auteur lui-même, à aucune conclusion pratique. Il ne semble pas, dit-il, que l'organe de la vision des criminels présente des anomalies et des tares assez caractéristiques pour constituer de véritables stigmates de la criminalité.

III

Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire (broncho-pneumonie ou pneumonie), par le Dr Roger Voisin. (Paris, Steinheil, 1904.)

M. le Dr Voisin nous présente dans sa thèse une étude d'ensemble des accidents méningés dans les affections aiguës du poumon chez les enfants, accidents qui peuvent varier de la méningite suppurée à ces formes atténuées et curables qu'on a compris sous le terme vague de « méningisme ». Le but des recherches de l'auteur est de déterminer si, entre ces divers symptômes méningés, il existe une différence de nature. Seule une étude parallèle des symptômes cliniques, de l'état du liquide céphalo-rachidien (tant dans les broncho-pneumonies et pneumonies sans symptômes méningés que dans les affections aiguës avec symptômes méningés), de l'anatomie pathologique macroscopique, enfin, de la bactériologie, pouvait permettre d'élucider cette question. C'est cette étude qu'on trouvera dans les divers chapitres de cette thèse et d'où il ressort que les différences de degrés de l'irritation méningée dans la symptomatologie, correspondent à des modifications plus ou moins profondes dans l'aspect macroscopique du cerveau, ou microscopique des méninges et dans l'état du liquide céphalo-rachidien. Ce parallélisme indique bien l'unité de cause; l'agent infectieux agit par lui-même et par ses toxines, et les différences de degré tiennent probablement à la façon de réagir de la cellule nerveuse, disposition héréditaire ou acquise. En tout cas, il appert de cette longue et consciencieuse étude que rien n'autorise cliniquement à différencier le méningisme de la méningite. Au point de vue du traitement et du pronostic cette notion a la plus grande importance. En effet, ceci nous met dans l'obligation, en présence de phénomènes méningitiques, d'intervenir activement; et, d'autre part, l'apparition de phénomènes méningés, au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire, quoique de pronostic grave, n'est pas l'indice d'une mort fatale.

IV

De la nécessité d'une intervention immédiate dans les traumatismes craniens, par le Dr Devillers. (Paris, H. Jouve 1904.)

L'auteur pose d'abord en principe, qu'aucun traumatisme du crâne n'est insignifiant et que dans chaque cas particulier un examen minutieux et une thérapeutique active sont nécessaires.

Cette thérapeutique comprend trois temps préliminaires:

1° Antisepsie locale immédiate et complète:

2° Drainage;

3° Désinfection des voies d'accès de la plaie et par où peuvent pénétrer des germes microbiens.

L'intervention subséquente consiste à procéder à un examen approfondi et à rechercher, en particulier s'il n'existe point de plaies de la voûte cranienne (fissures, fêlures, fractures).

De deux choses l'une: ou bien l'examen donne un résultat négatif, et alors il faut s'en tenir à l'expectation armée, ou, au contraire, il existe une lésion du crâne, alors il importe de l'agrandir par la trépanation (après avoir naturellement enlevé les esquilles), de trépaner encore même s'il s'agit d'une simple fêlure.

V

La tuberculose au village, par le Dr Durozoy (Paris, Naud, 1904)

L'auteur a étudié la marche de la tuberculose pendant six ans, dans chacune des communes d'un canton de l'Oise. Ses conclusions ne sont pas consolantes: la tuberculose, dans certains villages, est aussi fréquente que dans les grandes villes, les causes en sont: l'alcoolisme, l'insalubrité des habitations, le surmenage, etc. Nous faisons observer que la plupart des villages sur lesquels ont porté les recherches de M. Durozoy, sont des villages industriels où le groupe ouvrier se trouve dans des conditions identiques à celles d'un groupe urbain. Il eût été préférable de prendre un canton essentiellement agricole. Les deux seuls villages du tableau fourni par M. Durozoy, qui sont purement agricoles, paraissent indemnes de tuberculose.

M. Durozoy compte beaucoup, pour enrayer le mal, sur la propagande anti-tuberculeuse et anti-alcoolique, et sur les sanatoriums de fortune.

VI

De la perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux, par le D^r Ch. Cornillot (Paris, H. Jouve, 1904).

Les notions d'arithmétique les plus élémentaires sont souvent atteintes de façon précoce chez les paralytiques généraux,

et même à une période où le diagnostic est fort hésitant, de sorte que l'épreuve du calcul est susceptible de constituer, dans les cas douteux, un « test » de la plus haute importance.

C'est l'étude de ces troubles dans les opérations arithmétiques que présente dans sa thèse M. Cornillot. En général, les additions et les soustractions, opérations *simples* où la mémoire entre presque seule en jeu, sont faites à peu près correctement. Au contraire, les malades éprouvent les plus grandes difficultés à mener à bien les multiplications et les divisions, opérations *composées* dans lesquelles le raisonnement entre pour une grande part et qui sont d'acquisition plus récente.

Les erreurs commises sont d'autant plus fréquentes que la maladie est plus avancée, que le malade est moins entraîné au calcul et que les opérations se font sur un plus grand nombre de chiffres.

La constatation de ces modalités de l'affaiblissement intellectuel pourra, dans nombre de cas, permettre d'affirmer un diagnostic hésitant lorsqu'elle sera corroborée par quelques autres symptômes. Elle pourra être d'un grand secours aux médecins d'assurances et aux médecins experts.

D[r] Doumer.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Rueff et C[ie], éditeur

L'état actuel de la chirurgie nerveuse, par M. A. Chipault. T. II et III. Paris, 1903.

Ces deux volumes continuent la publication entreprise par l'auteur sur l'état actuel de la chirurgie nerveuse. Nous signalerons tout particulièrement, dans le premier volume (t. II), les travaux d'Alexandrov, en Russie; d'Adler, de von Bergmann, de Bruns, de Krause, en Allemagne; d'Albert, de Gnesda, en Autriche, ainsi que les pubications émanant de la Grèce et de la Grande-Bretagne.

Le tome III comprend les œuvres italiennes de Durante, de Roncali, sur l'encéphale; d'Alessandri, sur la moelle et les nerfs; de Norma, sur l'analgésie cocaïnique intra-arachnoïdienne au Mexique. Dans les autres chapitres, nous trouvons des travaux de même intérêt portant la signature des chirurgiens des États-Unis, de Cuba, d'Haïti, de la Perse, etc.

En continuant de réunir tous ces documents avec une constance digne d'éloges, l'auteur constitue un dossier destiné à rendre de réels services.

Librairie J. B. Baillière et fils

Diagnostic de l'appendicite
par le D[r] M. Auvray

Le but de l'auteur a été, dans ce petit volume, de dresser la liste des nombreuses affections qui peuvent simuler l'appendicite. M. Auvray en cite une quarantaine et montre que, si quelques-uns de leurs symptômes sont également observables dans l'appendicite, il est cependant des moyens de porter le vrai diagnostic. Assurément, celui-ci est parfois difficile, mais dans la grande majorité des cas on peut éviter une erreur, quand on sait examiner un malade. Ce diagnostic est surtout du ressort du chirurgien plus familiarisé que le médecin avec les maladies qui peuvent donner le change.

Dans ce volume, les deux chapitres qui traitent des appendicites à siège anormal et des appendicites à rechutes sont particulièrement intéressants.

E. O.

Librairie Masson

Les fractures des os longs. Leur traitement pratique, par MM. Hennequin et Lœwy. (1 vol. in-12 de 378 p. avec 215 fig.)

Ce volume est éminemment pratique : il vise à « donner aux médecins les instructions les plus rationnelles pour qu'ils traitent, dans les meilleures conditions, leurs malades atteints de fractures » Aussi les auteurs, laissant systématiquement dans l'ombre les théories plus ou moins hypothétiques sur les actions mécaniques des fractures, ont-ils cherché — et ils sont arrivés à leur but — à établir des règles sûres pour reconnaître une fracture, pour la localiser, pour la caractériser. Ils ont ensuite décrit le procédé thérapeutique qu'une longue expérience leur permet de recommander. Cette dernière partie est peut-être la moins originale, car nous connaissions déjà, tant ils sont devenus classiques, les procédés et appareils de M. Hennequin pour le traitement des fractures des os longs. Néanmoins, il est heureux que le praticien puisse se procurer sous la forme d'un volume élégant, illustré de nombreuses et très explicites gravures et de radiographies des plus intéressantes, ce qui, auparavant, était disséminé dans divers traités ou articles de revue. Nous ne doutons pas du succès du livre.

Ed. Laval.

Vient de paraître

Précis de technique opératoire, par les prosecteurs de la Faculté de Paris.
Chirurgie du membre inférieur, par M. G. Labey. 274 figures dans le texte. Un vol. in-8 de 242 pages. (Masson et Cie, Paris.)

NOUVELLES

CONCOURS

Pour l'admission de cinq médecins dans les cadres du personnel provisoire de l'administration sanitaire ottomane.

Ce concours sera ouvert à Constantinople le 11 août 1904.

Peuvent y prendre part les médecins diplômés d'une faculté officiellement reconnue qui n'ont pas dépassé l'âge de trente-cinq ans. Les épreuves écrites et orales ont lieu en langue française.

Les candidats qui désireraient avoir connaissance du programme de ce concours peuvent se présenter au ministère de l'intérieur, bureau de l'hygiène, 7, rue Cambacérès, où il leur sera communiqué sur place.

Pour tous autres renseignements, ils devront s'adresser à l'administration sanitaire ottomane à Constantinople.

Un concours aura lieu, le jeudi 7 juillet 1904, à 3 h 1/2 à l'Hospice général de Rouen, pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la commission administrative des hospices civils de Rouen.

Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans révolus et pourvu, depuis deux années au moins, du diplôme de docteur en médecine conféré par le gouvernement français.

Le registre d'inscription sera clos le 12 juin 1904.

Les fonctions de médecin sont gratuites.

CONFÉRENCES DE CHIRURGIE DENTAIRE

M. le D[r] Siffre fera une série de conférences libres et gratuites de chirurgie dentaire à la clinique de l'École pratique d'odontologie, 2, rue Huyghens (206, boul. Raspail, coin du boul. Montparnasse).

Ces conférences sont surtout destinées aux docteurs en médecine qui voudraient ajouter à la médecine générale, la pratique de la chirurgie dentaire courante, dont l'application à la clientèle de province, éloignée du spécialiste, est appelée à rendre de grands services aux malades.

Ces conférences seront théoriques et pratiques. Elles auront lieu les 1[er], 2, 8, 9, 15, 16, 22, 23, 29 et 30 juin prochain.

NÉCROLOGIE

M. Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

TRAVAUX ORIGINAUX

Classifications des diverses formes de tuberculose pulmonaire chronique apyrétique

Par M. le Dr Küss

Médecin du sanatorium d'Angicourt.

« Je sais bien qu'on médit volontiers des classifications, que beaucoup traitent d'artificielles et de théoriques, mais les classifications se vengent à leur tour de toutes ces critiques *a priori* par l'impossibilité où l'on est de se passer d'elles. »

Ainsi s'exprime le prof. Bard (de Genève) dans le beau rapport qu'il a présenté au Congrès de Montpellier (1898); la vérité saisissante de cette réflexion est la meilleure excuse de ceux qui, en possession d'un nombre considérable d'observations de tuberculose, se voient contraints d'adopter un groupement spécial des malades pour présenter, d'une manière intelligible et pratiquement utile, les résultats obtenus. Les médecins de sanatoriums, de dispensaires, d'hospices de tuberculeux, etc..., les thérapeutes qui annoncent les effets d'une médication, ne peuvent se dispenser d'avoir recours à une classification dans la rédaction de leur statistique: de la méthode qu'ils emploient dépend, en partie, la valeur de leurs conclusions, car il arrive assez facilement qu'un cas particulier, bien étudié et bien suivi, comportant par lui-même un enseignement pratique, devienne le point de départ d'une erreur d'appréciation lorsque, perdu dans l'anonymat de la statistique, il n'a pas été classé à la place qui lui convient.

D'autre part, les médecins, s'occupant de tuberculose, auraient un intérêt évident à ce que le groupement des malades eût lieu partout et toujours de la même manière; cette unification des statistiques rendrait beaucoup plus facilement utilisables les publications des observateurs expérimentés et consciencieux; de plus, elle donnerait des points de repère très précieux aux médecins qui sont à la recherche d'une bonne méthode de classement. On doit donc se féliciter que le Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose ait mis ce problème à l'ordre du jour de ses conférences; en ce moment même, les membres du Bureau, réunis à Copenhague, discutent la question et l'on peut espérer que leur travail préparatoire sera le point de départ d'une entente internationale au Congrès de la tuberculose de 1905.

Une classification de tuberculeux doit avoir pour but de renseigner sur les *caractères essentiels qui impriment à la maladie sa marche spéciale*. Etant données l'infini variété des formes de tuberculose et l'incertitude où nous sommes des causes réelles qui déterminent leur évolution, on doit renoncer à faire entrer en ligne de compte tous les tuberculeux tels qu'ils se rencontrent au hasard de la clinique. Ainsi les formes aiguës seront mises tout à fait hors cadre, de même que les formes ordinaires en poussée fébrile; pendant ces périodes de pleine activité du processus bacillaire, le pronostic reste en suspens, il faut attendre que la poussée soit éteinte, que les nouvelles lésions soient devenues à peu près fixes pour apprécier avec quelque probabilité l'état du malade. En faisant porter la classification sur des tuberculoses chroniques apyrétiques, c'est-à-dire sur des tuberculoses dont l'évolution n'est plus que lentement progressive ou bien est momentanément arrêtée, on peut, avec quelque chance de succès, grouper les malades d'une manière rationnelle; en effet, bien qu'on soit condamné, par l'incertitude de la clinique, à rester, au point de vue absolu, dans l'ignorance de l'état anatomique exact des lésions et des qualités spéciales du terrain, on peut arriver, néanmoins, à une connaissance approximative de ces éléments fondamentaux en superposant aux signes d'auscultation une étude symptomatique détaillée du malade et l'histoire complète de l'évolution antérieure. Ces trois procédés d'investigation, qui sont inséparables l'un de l'autre, nous renseignent :

1° Sur l'étendue des lésions;
2° Sur leur tendance évolutive.

Or, la clinique a démontré, depuis longtemps, la signification prépondérante de ces notions :

L'étendue des lésions (pour une forme donnée de tuberculose) est l'élément essentiel du pronostic, non seulement parce que la quantité de parenchyme pulmonaire adultéré influence directement la symptomatologie actuelle et commande en partie l'évolution ultérieure, mais encore parce que l'importance plus ou moins grande des territoires tuberculisés est elle-même dans un rapport étroit avec la virulence du bacille et les propriétés défensives de l'organisme.

La tendance évolutive des lésions est la traduction de la manière dont le bacille se comporte sur le terrain ensemencé; est-ce la toxine caséifiante qui va jouer le rôle essentiel, ou bien les qualités humorales de l'organisme dirigeront-elles l'attaque bacillaire dans le sens d'une évolution fibreuse? Question capitale, puisque l'infection tuberculeuse est singulièrement moins redoutable pour le malade, quand elle évolue sous forme d'une sclérose progressive, que lorsqu'elle crée des néoformations fibro-caséeuses ou essentiellement caséeuses.

Les belles recherches d'Auclair ont fait connaître le mécanisme pathogénique de ces évolutions opposées; elles ont montré aussi que, suivant les modifications du terrain chez le même individu, le poison sécrété par les bacilles peut changer de nature; il n'en est pas moins vrai que, abstraction faite des étapes ultimes et des complications, les tuberculeux affirment, dans le mode réactionnel des lésions, une individualité qui leur est propre et qui se retrouve, fort semblable à elle-même, durant un temps prolongé. Comme le dit très bien M. Bard, « chaque malade présente, pendant tout le cours de sa maladie, des caractères particuliers assez stables et assez fixes; il réalise, en quelque sorte, une forme morbide qui lui est propre: le fait s'impose avec la dernière évidence à quiconque a suivi avec attention un assez grand nombre de tuberculeux... Sans doute, des circonstances accidentelles, plus ou moins fortuites et contingentes, peuvent modifier la marche de la maladie, mais elles ne la dominent nullement; cette marche est surtout commandée par les caractères évolutifs propres à la forme considérée. »

Ces constatations nous démontrent qu'une classification rationnelle doit tenir compte à la fois, et dans la mesure du possible, de l'étendue des lésions et de leur tendance évolutive, sans quoi elle conduirait à de graves erreurs d'appréciation en réunissant des faits absolument dissemblables.

***

Après ces remarques générales, nous pouvons passer en revue quelques-unes des classifications les plus employées ou les plus intéressantes.

Nous ne croyons pas utile de nous arrêter sur le groupement des malades d'après leur *état général*, cette manière de faire étant la plus mauvaise de toutes. Dans les sanatoriums populaires on n'a que trop souvent l'occasion de recevoir des tuberculeux que leur état général excellent a fait considérer comme très aptes à la cure, alors que l'étendue des lésions rendait tout traitement illusoire.

Nous ne ferons que signaler également les classifications fondées sur la *variété symptomatique* des manifestations morbides, notion tout à fait secondaire au point de vue du pronostic et qui conduirait à multiplier sans profit les formes de tuberculose.

La subdivision classique de la tuberculose chronique, commune, en trois ou quatre périodes, n'est pas une classification à vrai dire, mais simplement une délimitation du degré d'évolution auquel est parvenue la forme banale de la phtisie ; à ce titre elle doit être retenue et utilisée dans la rédaction des observations ; mais en fait, dans la pratique courante, elle est employée à titre de classification des malades, et, par un accord tacite des médecins, elle est considérée comme définissant d'une manière suffisante l'état d'un tuberculeux. On ne saurait accepter cette opinion, abstraction faite de la toute première période (période de germination du prof. Grancher), qui, elle, a une signification très précise.

Les malades en période de germination sont des tuberculeux tout à fait au début, ayant une lésion à la fois *très légère*, puisqu'elle n'est pas arrivée encore à la phase d'infiltration, et *peu étendue* « puisqu'elle ne dépasse pas, en général, le quart supérieur de l'un des deux poumons ». Si, de plus, la poussée initiale fébriculaire ou fébrile est terminée, si les sujets ne présentent pas de signes graves de déchéance tout en ayant des symptômes qui traduisent l'existence d'une évolution tuberculeuse, on est en présence d'une catégorie de malades parfaitement définie et d'autant plus intéressante que, suivant l'expression du prof. Grancher, cette période de germination est ce qu'on peut appeler la phase thérapeutique de la maladie. On devra, dans toute statistique, grouper ensemble ces malades; leur nombre, malheureusement, ne sera jamais bien considérable, car malgré tous les efforts de M. Grancher pour introduire dans la pratique médicale le diagnostic précoce et le traitement précoce, les tuberculeux ne sont en général considérés comme tels qu'à une période où la phase de germination est dépassée depuis longtemps.

Si les malades dont nous venons de parler forment un groupe bien délimité, il n'en est plus de même pour les tuberculeux qui, d'après les errements classiques, sont à la période d'induration, de ramollissement ou de caverne. Cette division des cas est une simple constatation anatomique, plus ou moins erronée et toujours incomplète, qui renseigne très insuffisamment sur le malade considéré ; sans doute, l'existence d'une caverne suppurante est un signe souvent très défavorable, mais cela tient en partie à ce que les cavernes sont situées, la plupart du temps, au milieu de lésions compactes désorganisant une grande étendue de parenchyme ; la notion de gravité n'est donc pas liée nécessairement au « 3e degré, » mais à d'autres conditions concomitantes sur lesquelles la division en degrés ne renseigne nullement. D'autre part, les nombreux certificats que j'ai reçus à Angicourt, m'ont fait voir à quelle infinie variété de formes dissemblables répond, dans le langage médical courant, le « premier degré de la tuberculose, » mélange hétéroclite de formes diverses et de lésions de toute nature, depuis la grosse masse caséeuse qui va fondre rapidement, jusqu'à la cicatrice de guérison qui ne mérite même plus le nom de tuberculose.

En présence de cette insuffisance notoire des divisions classiques, bien des médecins ont adopté d'autres modes de classification.

G. Arthaud, considérant que le facteur essentiel de gravité de la tuberculose réside dans l'étendue des lésions, classe les malades en quatre groupes, suivant qu'ils ont perdu un quart, une moitié, trois quarts de poumon ou un poumon entier : pour arriver à cette évaluation, il mesure non seulement les fractions du poumon où l'on trouve de la matité, des souffles et des râles caractéristiques, mais encore les régions de rudesse respiratoire sans râle et d'obscurité respiratoire. Comme il veut arriver à connaître l'étendue vraie de la partie du poumon perdue fonctionnellement, il est forcé de tenir compte de la confluence plus ou moins grande des lésions, de l'intégrité relative des zones malades, de la diminution de valeur individuelle des parties saines par l'emphysème, les pleurésies adhésives de la base, etc. Cet essai de synthèse est extrêmement intéressant, mais le problème, dans ces conditions, devient par trop complexe ; G. Arthaud reconnaît lui-même combien un tel travail de classification est chose délicate et ardue, et il croit pouvoir tourner la difficulté par l'étude de la tachycardie, qui (sauf pour quelques cas faciles à reconnaître), serait proportionnelle à l'étendue des lésions. Mais on ne peut adopter cette manière de voir, et (si grande que soit l'importance séméiologique de la rapidité du pouls chez les tuberculeux), admettre que le facteur essentiel de la tachycardie soit l'étendue réelle des zones frappées par la tuberculose; de trop nombreux exemples viennent à l'encontre de cette opinion.

G. Arthaud a posé le problème sous son véritable aspect, l'étendue *réelle* des lésions pulmonaires ; cette notion, si elle pouvait être connue, serait, de toutes, la plus précieuse; on est malheureusement obligé d'avouer qu'elle nous échappe en clinique : nous ne possédons aucun moyen direct ou indirect qui nous permette de mesurer exactement le volume de parenchyme pulmonaire intéressé par le processus bacillaire ; nos évaluations ne sauraient être qu'approximatives et facilement erronées; comme il arrive généralement en médecine, nous devons renoncer à atteindre la précision. Aussi faut-il avoir soin de ne pas multiplier les divisions, ce qui serait tout à fait illusoire, et se rappeler qu'on ne peut avoir en vue que l'*étendue apparente* des lésions.

Celle-ci a été l'objet de nombreux procédés d'évaluation, qu'il serait sans intérêt de passer en revue. Nous nous bornerons à signaler, en raison de la notoriété qu'elle a acquise, la méthode adoptée par la Compagnie hanséatique d'assurances, puis nous décrirons avec tous les détails qu'elle comporte, la très importante division en stades, que nous devons au Dr Turban, de Davos.

La *Compagnie hanséatique d'assurances contre l'invalidité* a adopté, en 1896, pour la classification de ses tuberculeux, les conventions suivantes : elles ont été acceptées par l'*Office impérial d'hygiène* qui centralise les statistiques d'une vingtaine de sanatoriums populaires allemands.

1. Catarrhe d'un sommet.
2. Catarrhe des deux sommets.
3. Manifestations catarrhales plus étendues.
4. Infiltration d'un sommet.
5. Infiltration des deux sommets.
6. Infiltrations plus étendues.
7. Infiltrations beaucoup plus étendues et destruction du parenchyme pulmonaire.

La division en trois stades du Dr Turban répond à des notions cliniques incomparablement plus utiles : elle a été exposée d'une manière très nette, que son auteur n'a pas modifiée depuis, dans un volume sur la Tuberculose pulmonaire publié en 1899; ce volume contient la statistique détaillée de 400 malades soignés au sanatorium de Davos ; nous avons donné dans ce journal (*Bulletin médical*, 1900, nos 31 et 32, pages 360 et 369) les résultats obtenus; rappelons pour mémoire que les malades de la classe riche ont donné 80 % de résultats *durables* pour

le stade I, 48 % pour le stade II, 17 % pour le stade III.

L'idée directrice de la division de Turban est de tenir compte uniquement, dans la classification des cas, de l'*étendue apparente* et de la *gravité apparente* des lésions constituées; l'existence d'une expectoration bacillaire, d'une forte fièvre, d'une fièvre légère ou des diverses complications, est inscrite à part pour un cas donné, mais l'indication primordiale, *celle qui décide de la place qu'un malade occupera dans la statistique*, est la notion du stade des lésions. En effet, selon Turban, le pronostic dépend à un tel point de l'étendue de la maladie, que toutes les autres considérations concernant la constitution, l'état général et les autres facteurs, n'ont qu'une importance beaucoup moindre.

Je crois utile de traduire littéralement la description de Turban, car elle est encore à peu près complètement ignorée des médecins de Paris : je ne me souviens pas avoir vu un seul malade adressé au sanatorium d'Angicourt pour lequel cette classification ait été employée.

« Je distingue, dit Turban, trois stades dans la tuberculose pulmonaire :

Stade I : lésions légères atteignant au plus, en étendue, le volume d'un lobe;

Stade II : lésions légères plus étendues que dans le stade I, mais ne dépassant pas le volume de deux lobes;

Ou : lésions graves intéressant au maximum le volume d'un lobe;

Stade III : toute lésion plus étendue que dans le stade II.

Dans l'appréciation de l'étendue des lésions, le volume d'un lobe est toujours synonyme du volume de deux demi-lobes, de trois tiers de lobe, etc. (Le volume d'un lobe, dans la pensée du Dr Turban, signifie le volume du lobe supérieur droit.)

Sous le nom de lésions légères, je comprends les foyers disséminés se révélant par une légère matité, par une respiration vésiculaire rude ou affaiblie, ou une respiration vésiculo-bronchique ou broncho-vésiculaire, et par des râles fins ou moyens.

Des modifications légères du bruit respiratoire (respiration rude, expiration prolongée) sans modification du son de percussion, et sans râles, ne sont pas prises en considération, pas plus que les matités pleurales de quelques centimètres de hauteur : les pleurésies plus étendues sont notées comme complications.

Le nom de lésions graves s'applique aux infiltrations compactes et aux cavernes (forte matité, tympanisme, respiration broncho-vésiculaire très affaiblie, respiration bronchique ou amphorique, râles moyens et gros à timbre spécial ou non).

L'emploi de cette division en stades suppose un examen physique entrepris avec une possession complète des méthodes d'exploration thoracique, et en y consacrant tout le temps nécessaire. Des matériaux utilisables ne pourront être fournis que par des observateurs bien expérimentés. »

En effet, un des avantages de cette méthode de classification est qu'elle ne s'accommode pas d'un examen superficiel et rapide, source de la plupart des erreurs de diagnostic; ou peut, dans une auscultation accélérée, décréter, en quelques instants, qu'une tuberculose est au premier, au deuxième ou au troisième degré classique, ce qui n'avance pas beaucoup l'établissement du pronostic; mais si l'on désire utiliser la division en stades de Turban, on est forcé de s'astreindre à un examen prolongé, ne durant pas moins d'une demi-heure, au cours duquel, le stéthoscope à l'oreille, on explore méthodiquement la presque totalité de la surface pulmonaire.

La classification de Turban répond si bien aux conditions d'une bonne nomenclature qu'elle a été rapidement adoptée en Allemagne par la majorité des médecins de sanatoriums; pour ma part, je l'utilise constamment pour classer les cas de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse commune, et j'en constate journellement les avantages indéniables.

Toutefois, il semble bien qu'on ne puisse l'adapter au groupement de tous les cas de tuberculose apyrétique et, notamment, pas à un bon nombre de formes semi-bénignes que l'on rencontre bien plutôt dans les sanatoriums populaires que dans les sanatoriums pour riches. C'est que, au nom de la clinique et de l'anatomie pathologique, on ne peut considérer l'étendue des lésions comme résumant à elle seule la condition essentielle qui régit l'évolution de la maladie. « L'ancienne division clinique de la tuberculose pulmonaire, dit Turban, en forme fibreuse et en forme colliquative (c'est-à-dire caséeuse) est absolument inutilisable comme division essentielle, car ces deux formes représentent seulement les contrastes extrêmes du processus tuberculeux, notamment dans les *périodes terminales* de la maladie ». Or, la forme fibreuse ne peut nullement être considérée comme un aboutissant des lésions; elle n'est pas un mode de terminaison, pas plus qu'elle n'est un mode de guérison de l'évolution tuberculeuse; elle est une des deux manifestations de l'intoxication due aux bacilles, une des qualités évolutives de l'infection tuberculeuse placée dans des conditions déterminées; chez bon nombre de sujets, ce sont les poisons sclérosants qui jouent le rôle prédominant, au point que toute l'évolution morbide revêt, de ce fait, des allures spéciales, parfaitement reconnaissables en clinique et, par suite, utilisables pour l'établissement du pronostic.

Nous sommes amenés ainsi à parler des nomenclatures qui établissent les formes morbides précisément en prenant pour point de départ, non plus l'étendue des lésions, mais leur évolution et leur disposition topographique. Telle est la très importante *classification du prof. Bard*. Si nous laissons de côté les formes aiguës, nous y trouvons :

1° *Des formes parenchymateuses*, dont trois sortes : la forme abortive, qui est, en somme, une forme très atténuée, ne se traduisant guère que par des hémoptysies très bénignes, sans poussée congestive, ou par des rhumes insignifiants, et se terminant spontanément par une sclérose cicatricielle.

Les formes fibro-caséeuses, qui comprennent les cas les plus communs de la tuberculose pulmonaire à lente évolution; les variétés de ces formes fibro-caséeuses ne sont pas à retenir ici.

Les formes fibreuses enfin, avec leurs variétés de sclérose dense ou de sclérose diffuse peu compacte : ces formes fibreuses, bien différentes de l'enkystement fibreux ou de la cicatrisation de lésions actives, sont caractérisées, au contraire, par l'allure sclérogène d'emblée du processus tuberculeux naissant. Ce sont des formes progressives, voire même envahissantes, dans lesquelles la tendance fibreuse du processus s'est seule manifestée : « Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait jamais aucune trace de caséification ni d'ulcération, mais ces dernières sont effacées et dominées de beaucoup par l'évolution fibreuse : quelques petits blocs caséeux enkystés, secs, graisseux ou calcaires, voire même quelques petites cavernes sèches, sont les seuls indices de la tendance caséuse. » Et le prof. Bard ajoute cette phrase essentielle et bien significative : « Il faut chercher la vraie caractéristique des formes fibreuses dans les caractères particuliers du processus

tuberculeux lui-même, beaucoup plus que dans la simple réaction de résistance des zones ambiantes saines à l'envahissement du processus. »

2° *Des formes bronchitiques* avec ou sans dilatations bronchiques.

3° *Une forme post-pleurétique* constituée par des lésions pulmonaires et pleurales étroitement associées, survenues simultanément et restées solidaires dans leur évolution ultérieure; cliniquement, on trouve des lésions superficielles, peu progressives, mais très étendues, s'étageant sur toute la hauteur d'un poumon en respectant plus ou moins complètement le côté opposé.

La classification de M. Bard a inspiré le Dr Dumarest, qui, dans l'excellente *statistique du sanatorium de Hauteville*, admet les formes suivantes :

Scléroses interstitielles unilatérales.
Scléroses interstitielles bilatérales.
Scléroses associées à des signes de ramollissement discrets.
Scléroses denses localisées, non évolutives.
Granulie discrète d'un sommet.
Formes bronchiques.
Formes pleurales scléreuses pures.
Formes pleurales fibro-caséeuses.
Formes post-pleurétiques avec infiltration caséeuse sous-pleurale.
Formes post-pleurétiques avec envahissement sous-pleural fibreux dense.
Sclérose d'un côté, lésions fibro-caséeuses légères du côté opposé.
Formes fibro-caséeuses unilatérales.
Formes fibro-caséeuses bilatérales.
Formes fibro-caséeuses avec cavernes.
Formes bronchiques avec lésions caséeuses plus ou moins marquées.
Formes ulcéreuses localisées.
Formes fibro-caséeuses avec pneumothorax.

Ces formes sont bien nombreuses! et cependant il est permis de les trouver encore insuffisantes, car les formes fibro-caséeuses unilatérales ou bilatérales, par exemple, ne laissent pas apparaître suffisamment leur gravité réelle dans l'ignorance où l'on est de leur étendue. Inversement, beaucoup de ces formes pourraient, avec avantage, être groupées ensemble, car un nombre trop considérable de divisions est un obstacle sérieux à des comparaisons de statistiques, et ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble de la question.

***

Après cet exposé des principales classifications actuellement en usage, il ne nous reste plus qu'à décrire sommairement celle que nous avons adoptée nous-même pour grouper d'une manière utilisable les 600 malades que nous avons soignés au sanatorium d'Angicourt.

En raison des motifs indiqués précédemment, motifs qui sont eux-même l'expression de constatations cliniques tout à fait certaines, nous avons cru nécessaire de fonder le classement des malades simultanément sur l'étendue des lésions et sur leur tendance évolutive. D'ailleurs, il nous paraît évident qu'on ne doit pas comprendre dans le même groupe des cas aussi dissemblables qu'une forme fibreuse bénigne et une infiltration fibro-caséeuse au stade I.

Au point de vue de l'étendue des lésions, la division de Turban en trois stades a été employée pour toutes les formes fibro-caséeuses et pour les formes scléreuses denses localisées. Pour les formes scléreuses diffuses, l'étendue des lésions a été appréciée indirectement par l'atteinte minime, moyenne ou intense de la fonction respiratoire.

Au point de vue de la tendance évolutive, nous avons distingué les formes fibreuses, les formes fibro-caséeuses banales, enfin les formes fibro-caséeuses tout à fait torpides, spontanément immobilisées dans leur évolution par une tendance sclérosante manifeste : pour les deux premiers groupes, nulle explication complémentaire n'est utile : les données classiques suffisent; pour le troisième groupe, nous avons eu en vue ces cas non absolument rares dans lesquels une lésion fibro-caséeuse se traduisant, par exemple, par des craquements disséminés dans un ou deux lobes pulmonaires, reste dans le *statu quo* pendant des années en provoquant une petite expectoration bacillifère, et cela non pas au sanatorium ou dans le repos d'une vie oisive, mais au travers de toutes les vicissitudes d'une existence laborieuse : il y a tels de ces tuberculeux que nous suivons depuis plus de cinq ans, sans que les signes d'auscultation se modifient d'une manière appréciable; sans doute, ces cas sont peu fréquents et ne peuvent être diagnostiqués que par la connaissance exacte de l'histoire du malade; mais ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à classer à part ces formes spéciales.

Parmi les catégories indiquées ci-dessous, il y a des groupements homogènes concernant des individualités cliniques bien distinctes ; mais il y a aussi, de par les nécessités de la pratique auxquelles on ne peut se soustraire, des groupements absolument hétérogènes et sans signification précise, réunissant des cas un peu exceptionnels et particuliers ; ces cas pourront avoir une fréquence et une importance bien différentes dans un autre milieu, et exiger alors un autre classement ; voilà pourquoi une classification n'a de signification que rapportée aux conditions spéciales dans lesquelles ont été observés les tuberculeux qui en font l'objet.

Les diverses catégories de malades ont été, d'une manière générale, réunies en trois groupes :

Malades A, cas à succès probable, pouvant être utilement soignés dans un sanatorium populaire, à la condition que les conditions habituelles d'existence du malade soient, jusqu'à un certain point, en rapport avec la forme de la tuberculose.

Malade B, cas à succès douteux, long et dificile à obtenir.

Malade C, cas à succès improbable.

Groupe des malades A (succès probable).

Formes A_1. — Tuberculoses avérées, en évolution certaine, ouvertes ou fermées, au stade I, sans complications, sans fièvre, suppurant peu.

Formes A_2. — Tuberculoses semblables aux précédentes, mais au stade II.

Malades A_3. — Malades ne présentant pas de signes certains de tuberculose en évolution, mais, avec des signes stéthoscopiques de suspicion plus ou moins nets, des symptômes fonctionnels et des signes généraux, ou des commémoratifs qui donnent une très grande probabilité à cet égard.

Dans cette catégorie rentrent les tuberculoses à la période de germinisation.

Formes A_4. — Tuberculoses torpides semi-bénignes, évoluant pendant des années en restant compatibles avec une vie assez active, mais créant un état *permanent* d'infériorité physique accentuée, et donnant lieu de temps en temps à des poussées subaiguës, plus ou moins graves.

Nous rencontrons dans ce groupe :

1° Les formes fibreuses lentement progressives, dont les lésions ne diminuent pas notablement le champ de l'hématose.

2° Les formes fibro caséeuses, très sclérosantes au stade I ou au stade II, à évolution immobilisée.

3° Les formes sclérobronchitiques, qui se caractérisent tantôt par une sclérose diffuse avec bronchite tuberculeuse sans péri-bronchite, tantôt par une sclérose accompagnée d'une zone de bronchectasie trberculeuse latente peu étendue et suppurant peu.

Formes A_5. — Tuberculoses bénignes ou semi-bénignes à évolution discontinue, à trêves prolongées, se manifestant par des *épisodes* aigus ou subaigus, n'ayant pas une allure immédiatement menaçante. Ces malades paraissent, jusqu'à un certain point, réfractaires à la tuberculose, les poussées ont une tendance marquée à la sclérose cicatricielle, ce qui n'empêche pas les porteurs de ces formes d'être exposés ultérieurement à de

redoutables incidents lorsque la poussée révélatrice ou les poussées intercurrentes sont mal soignées.

Comme exemples habituels de ces formes, nous citerons :

1° Les pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses,laissant comme reliquat,après résorption de l'épanchement, une large zone atélectasiée ou fibrosante, obscure et mate, sans qu'il y ait, d'ailleurs, d'infiltration tuberculeuse du parenchyme, de placard caséeux des plèvres, ou de lésions des sommets.

2° Certaines broncho-pneumonies aiguës, à bacilles de Koch et à microbes associés, laissant comme reliquat, après une période fébrile peu prolongée, une induration fibroïde lentement résorbable, ne dépassant pas le volume de deux lobes. Ces broncho-pneumonies sont facilement méconnues en tant que lésion bacillaire, et leur convalescence est alors mal soignée, au détriment du malade.

3° Formes torpides,caractérisées à l'auscultation par des signes plus ou moins étendus de sclérose (dans ces zones scléreuses peuvent apparaître, par moments, des râles fins et des craquements) et, cliniquement, se manifestant par des hémoptysies, des pleurites, des poussées congestives parfois violentes, des symptômes de déchéance progressive. Quand le malade est soigné convenablement et un temps suffisant, tout rentre dans l'ordre lentement, une fois que l'incident est terminé.

4° Formes latentes remontant à l'enfance, muettes au point de vue symptomatique, mais se décelant par des scléroses pulmonaires et par des adénopathies trachéo-bronchiques.Ces formes donnent, à intervalles plus ou moins éloignées,des manifestations cliniques d'allures bénignes, mais derrière lesquelles il faut savoir dépister l'infection chronique : en soignant ces tuberculoses latentes, on prévient le développement de phtisies ultérieures; c'est de la thérapeutique à la fois curatrice et préventive.

Malades A_6. — Malades sortant d'un hôpital où une poussée tuberculeuse a été soignée et enrayée. A ces malades, on ne trouve plus ni signes physiques permettant d'affirmer la tuberculose, ni symptômes faisant craindre un réveil de la maladie, mais seulement un état de convalescence qu'il s'agit de consolider.

Malades A_7.— Malades pour lesquels les symptômes qui attirent l'attention doivent vraisemblablement être rapportés à autre chose qu'à la tuberculose; mais, en raison de la très grande difficulté de ce diagnostic, on reste dans l'incertitude. Ces malades, qui, sans doute, ne sont pas des tuberculeux, peuvent très bien être des *tuberculifères* porteurs de lésions cicatricielles ou de scléroses indifférentes.

Groupes des malades B (succès douteux, difficile).

Malades B_1. — Catégorie hétérogène de malades porteurs d'une des formes A dont le pronostic est aggravé par des complications : localisation tuberculeuse extrapulmonaire, ganglionnaire, génitale, urinaire, laryngée, intestinale, surrénale, etc... Il s'agit de complications jouant un rôle prépondérant ou bien très important et aggravant le pronostic. Les autres complications, relativement bénignes, sont passées sous silence.

Formes B_2. — Malades porteurs d'une tuberculose fibro-caséeuse au stade III mais dont l'étendue apparente des lésions est contrebalancée par des éléments nettement favorables qui permettent d'espérer un bon résultat à la condition de soins prolongés et de grandes précautions à la sortie du sanatorium. Ces éléments favorables sont, en plus de l'excellent état général, la tendance régressive des lésions, la stabilité thermique et circulatoire, la respiration peu gênée, la suppuration minime, l'absence de tachycardie.

Malades B_3.—Malades porteurs d'une des formes A, ou A_1 dont le pronostic est rendu très incertain en raison de la nature du terrain ou de la tendance évolutive, par exemple : un état d'anémie chronique invétéré, des fonctions digestives mauvaises depuis longtemps et ne se rétablissant pas au bout de quelques semaines de cure, de la gêne respiratoire accentuée, un état fébriculaire persistant malgré plusieurs semaines de traitement au sanatorium.

Formes B_4. — Tuberculoses torpides semi-bénignes, très difficilement curables, mais compatibles comme les formes A_4 avec une très longue survie, avec cette différence que l'aptitude au travail demeure ici beaucoup plus limitée.

1° Formes fibreuses lentement progressives retentissant assez notablement sur la respiration.

2° Formes fibro caséeuses très torpides, à lésions indéfiniment stationnaires, sans symptômes d'intoxication, sans tendance au ramollissement, au commencement du stade III par petits foyers disséminés, non confluents. Ces formes diffèrent des formes B_2 parce qu'on ne peut espérer leur régression.

3° Bronchectasies tuberculeuses bien limitées ne dépassant le volume d'un lobe.

Groupe des malades C (succès improbable).

Ce sont les formes fibro-caséeuses au stade III ne pouvant être rangées ni dans la catégorie B_2 ni dans la categorie B_4, et les formes fibreuses très étendues, occasionnant une dyspnée d'efforts marquée et dilatant le cœur droit.

Voilà donc 12 catégories de tuberculeux chroniques apyrétiques; je ne crois pas que l'on puisse se dispenser de classer les malades dans ces nombreuses subdivisions si l'on veut apporter un travail d'ensemble subordonnant étroitement les résultats obtenus aux caractères cliniques essentiels des sujets; une telle classification nécessite, pour chaque malade, non seulement un examen physique très détaillé et la connaissance complète de l'histoire de sa maladie, mais encore une observation prolongée; dans bien des cas il est indispensable de revoir le malade après sa sortie du sanatorium ou tout au moins de recevoir de ses nouvelles.

Ce travail, considérable, ne peut être entrepris utilement qu'à des périodes assez éloignées, donnant un recul suffisant pour juger l'évolution de la maladie. Dans ces conditions, on réunira des renseignements d'une grande importance, non seulement au point de vue médical pur, mais encore au point de vue du bénéfice social que l'on peut espérer d'une méthode de traitement.

FAITS CLINIQUES

Occlusion intestinale par un énorme fibrome utérin. Guérison des accidents par le decubitus latéral droit

Par M. Paul Gallois

J'ai publié récemment dans le *Bulletin médical* (30 mars 1904), en collaboration avec le Dr Séguel, l'observation d'une enfant de neuf ans qui, depuis cinq ans, présentait des accidents intestinaux graves attribuables à une invagination chronique. Je faisais remarquer, à ce propos, que l'on méconnaissait parfois l'occlusion intestinale, surtout dans ses formes chroniques, parce que l'on exigeait, pour faire ce diagnostic, l'existence de vomissements fécaloïdes et la suppression absolue des évacuations alvines. Or, ces symptômes, considérés comme pathognomoniques, peuvent faire défaut, en particulier dans les cas assez nombreux où l'occlusion n'est pas absolue et où il existe simplement une sténose incomplète de l'intestin.

Si le diagnostic exact n'est pas fait en temps voulu, on peut se trouver entraîné à des interventions peut-être excessives, comme dans un fait rapporté l'année dernière à la séance de mars de la Société d'obstétrique (voir *Bulletin médical*, 1903, p. 297).

Une femme enceinte de huit mois et demi est prise d'accidents qui firent penser à une appendicite (constipation, vomissements verts, pouls fréquent, faciès péritonéal, douleurs abdominales avec maximum dans la fosse iliaque droite). Un accoucheur, appelé en consultation, conseille d'envoyer la malade à l'hôpital et de la faire opérer. Un chirurgien ouvre le ventre et ne trouve rien d'anormal au niveau de l'appendice. Les accidents persistant, l'accoucheur pense à une occlusion intestinale, donne une série de lavements purgatifs qui n'amènent aucun résultat. L'état s'aggravant, l'accoucheur, voulant au moins sauver l'enfant, pratique l'opération césarienne, puis, explorant l'intestin, ne trouve aucune cause d'occlusion. Il se demande si les accidents n'ont pas été provoqués simplement par une compression de l'utérus gravide. La mère et l'enfant sont sortis

guéris de l'hôpital. Il n'y a donc pas lieu de trop regretter ces interventions. Cependant, l'observation suivante me donne lieu d'espérer qu'il serait possible de réussir à moins de frais, à condition de penser à l'hypothèse d'une compression intestinale.

L'observation que je désirerais rapporter à l'appui de cette opinion, est déjà de date ancienne. C'était en 1885. Une dame d'une quarantaine d'années avait un corps fibreux énorme de l'utérus. La tumeur remontait plus haut que l'ombilic et la malade avait l'apparence d'une femme enceinte attendant une délivrance prochaine. Au point de vue de la théorie de la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille, théorie de Verneuil, exposée dans la thèse de Ricard, et qui a fait l'objet de discussions récentes, son histoire était intéressante. En effet, elle avait eu, en outre, un adénome du sein, un de ses frères était mort d'un cancer à la base du crâne, une de ses tantes avait des lipomes multiples. Brusquement, elle fut prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, enfin porracés. Son ventre se météorisa, la contipation s'établit, la fièvre s'alluma Je diagnostiquai une péritonite développée autour du fibrome; d'ailleurs, la malade me disait avoir eu déjà des poussées analogues que l'on avait qualifiées péritonitiques. Au bout de quelques jours, n'allant pas mieux, elle me demanda d'avoir une consultation avec le professeur Trélat, qui l'avait opérée de son adénome du sein. Malgré nos efforts son état allait en s'aggravant.

La fièvre pourtant était tombée, mais le ventre restait toujours aussi gros et aussi douloureux, les vomissements persistaient ainsi que la constipation. Comme la malade ne pouvait s'alimenter, elle se cachectisa assez rapidement et, un soir, son état fut si inquiétant qu'on fit appeler de nouveau M. Trélat. Celui-ci ne me cacha pas ses appréhensions; il promit de revenir voir la malade le lendemain matin, mais me demanda de le prévenir si elle mourait pour qu'il n'eût pas à faire une visite inutile.

Son pronostic tout à fait désespéré me causait une émotion extrême. Cette dame était une amie très intime de ma famille, et, au chagrin que j'en éprouvais, se joignaient peut être des appréhensions moins désintéressées. Je venais de passer ma thèse et je pouvais craindre que sa mort ne me fît juger défavorablement dans un milieu où j'espérais me créer une certaine clientèle. Je ne dormis pas de la nuit. Je passai mes heures d'insomnie à chercher un moyen de sauver ma malade. Tout d'abord je réfléchis qu'elle n'avait plus de fièvre et que, par conséquent, il ne s'agissait plus, à proprement parler, de péritonite. Les accidents devaient donc être attribués à un autre mécanisme, celui qui me parut le plus vraisemblable était l'occlusion Par des brides? Mais la maladie ne datait pas de quinze jours et il me paraissait invraisemblable qu'en si peu de temps des brides aient pu se constituer assez solides pour produire un arrêt aussi absolu des matières. Que se passait-il? En somme, l'intestin, extrêmement distendu, occupait toute la moitié droite de l'abdomen, refoulant la tumeur vers la gauche. Celle-ci, la malade étant couchée sur le dos, devait reposer de tout son poids sur l'S iliaque et le comprimer sur le détroit supérieur du bassin. Mais alors, si mes inductions étaient exactes, il me suffirait de faire mettre la malade à quatre pattes ou plus simplement de lui conseiller de se coucher sur le côté droit. Ce dernier décubitus aurait même un double résultat avantageux. D'une part, il dégagerait l'S iliaque, d'autre part, il ferait peser l'énorme tumeur sur les anses intestinales distendues et accroîtrait d'autant leur puissance évacuatrice. Le matin, dès la première heure, je courus chez ma malade qui, par bonheur, n'était pas morte dans la nuit. Je la fis coucher sur le flanc droit, bientôt après elle rendait des gaz, puis allait à la selle. A 11 heures, quand Trélat vint, elle était guérie. J'expliquai ce que j'avais fait et Trélat se contenta de répondre : « Parbleu ! c'était évident ».

C'était évident, sans doute, encore fallait-il y penser. Cette malade vit encore actuellement et n'a plus eu, depuis lors, d'accidents du fait de son corps fibreux.

MÉDECINE MILITAIRE

L'aptitude à contracter la fièvre typhoïde

Dans la séance du 24 mai, le ministre de la guerre a pris la parole, et, de son discours, diverses parties méritent d'attirer l'attention.

Et d'abord, c'est avec une vive satisfaction que nous avons vu le général André faire sienne une thèse que nous avons souvent défendue ici : la nécessité, pour tout homme incorporé, d'avoir la robusticité nécessaire pour vivre de la vie militaire, mais, en revanche, la possibilité de faire un bon service militaire sans avoir l'intégrité physiologique de tous les sens. Que de fois n'avons-nous pas dit qu'un bègue peut faire un conducteur du train; qu'un tailleur dur d'oreille n'est pas déplacé dans un atelier militaire; qu'un cuisinier aux pieds plats peut faire un très bon ordinaire, etc. C'est cette théorie que le général André a exposée dans les termes suivants :

Je ne perds pas de vue la question des « embusqués ». Je n'emploie pas ce mot dans un mauvais sens, car après tout les hommes que nous appelons embusqués remplissent des fonctions absolument indispensables.

M. Féron. — Pas les ordonnances, cependant.

M. le Ministre de la guerre. — Les ordonnances eux-mêmes. (*Interruptions à l'extrême gauche.*)

Nous faisons appel, pour remplir une partie des emplois d'embusqués, aux hommes des services auxiliaires qu'on a, pour la facilité du langage, appelés « demi-bons », d'où est résultée fréquemment une erreur singulière. Nous n'entendons pas du tout que les demi-bons, appelés sous les drapeaux, seraient des hommes dont la santé ne serait que demi-satisfaisante; nous entendons que les demi-bons sont des hommes présentant une tare physique qui les rend inaptes au métier des armes proprement dit : un borgne, un sourd, un pied-plat, que sais-je? Mais nous exigerons, dans les conseils de revision, que ces déshérités — je le reconnais — présentent des garanties de santé générale au moins égales à la santé des hommes du service armé. Nous pourrons, de cette façon, les utiliser dans tous nos régiments.

Ces propositions ont le grand mérite, d'une part, de ne faire payer l'impôt du sang qu'à ceux qui sont solvables, et, d'autre part, d'atteindre tous ceux qui sont en état de payer cette lourde dette. Si l'on n'envisage que la justice, et la défense du pays, l'adoption de ces mesures s'impose.

Mais peut-être faudra-t-il compter avec le mouvement d'impopularité — encore persistant — qu'a suscité leur application mal comprise sous le ministère Mercier. Car, en définitive, c'est le projet tant reproché au général Mercier que reprend le général André.

En tout cas l'adoption des idées exposées par le ministre aurait pour conséquence une transformation radicale du *modus agendi* des conseils de revision, où le médecin devrait, après constatation de la robusticité suffisante pour la vie militaire, indiquer pour chaque conscrit à quel service il peut être employé.

La seconde déclaration du ministre est un peu troublante et nous a laissé dans une véritable perplexité. Voici les propres paroles du général André.

Désirant comparer l'effectif de la loi de deux ans avec celui fourni par le service de trois ans, je prends ce service tel qu'il existe aujourd'hui, à la condition qu'il n'incorpore ni tuberculeux, ni malades, ni hommes aptes à contracter la fièvre typhoïde...

M. Meslier. — Vous avez raison, monsieur le Ministre.

L'approbation donnée par l'honorable M. Meslier aux paroles ministérielles part d'un cœur excellent et on ne peut que l'approuver, tout en regrettant qu'il n'ait pas demandé au général André les dispositions qu'il comptait prendre pour empêcher désormais l'incorporation de tout tuberculeux, de tout homme apte à contracter la fièvre typhoïde.

Nous savons bien que divers médecins — M. de Lavarenne entre autres — se sont imaginés qu'en accordant plus de temps pour l'examen des conscrits, on dépisterait au conseil de revision les individus porteurs du *germe* de la tuberculose! Or, si des médecins tombent dans une telle erreur, on ne saurait la reprocher au ministre de la guerre, et nous ne le chicanerons pas

sur ce point. Mais prétendre ne pas incorporer les hommes *aptes à contracter la fièvre typhoïde!!!*

Comment un des nombreux médecins qui siègent à la Chambre n'a-t-il pas dit au ministre que les hommes aptes à contracter la fièvre typhoïde, c'étaient tous ceux qui n'avaient pas eu cette maladie, et que, par suite, son ordre était irréalisable, car il équivalait à l'exemption de tous les individus n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde.

Le ministre de la guerre avait fait désigner, pour l'assister dans cette discussion, le général de division Pendezec, chef d'état-major général. Il eut mieux fait de prendre, en qualité de commissaire du gouvernement, son officier d'ordonnance, le médecin-principal Labit, qui eut été moins décoratif, mais n'aurait pas laissé passer cette phrase monumentale, qu'avec le service de deux ans on n'incorporera plus d'hommes aptes à contracter la fièvre typhoïde!

Dr Noel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 mai

Occlusions intestinales chroniques

M. Gallois communique le fait que nous avons publié un peu plus haut (p. 493).

M. **Mathieu.** — Le diagnostic des occlusions chroniques de l'intestin avec phénomènes de dépérissement est parfois difficile à établir. Il y a deux ans, j'ai été appelé en consultation auprès d'un homme, âgé d'une soixantaine d'années, présentant les signes d'une gastrectasie avec stase alimentaire paraissant dus à un cancer du pylore. Quelques mois plus tard, ce malade fut pris d'accidents aigus. Son ventre était gonflé, et on y voyait nettement les contractions du cœcum dont la palpation provoquait des phenomènes de clapotage. Ce fut un trait de lumière pour le diagnostic. Ce malade fut opéré par M. Ricard, qui trouva une bride enserrant l'angle du colon.

M. P. Gallois — Il y a quelques années, j'ai observé un fait que je crois pouvoir rattacher également à une sténose incomplète de l'intestin. Il s'agit d'un professeur de collège, ayant eu antérieurement une appendicite post-grippale qui avait donné lieu à la formation d'un abcès des parois abdominales. L'abcès fut incisé. Le malade guérit bien, mais, par la suite, une éventration se produisit. Une nouvelle opération fut alors pratiquée, pour la cure de cette éventration. A quelque temps de là, mon client me fit appeler. Il avait des crises de douleurs abdominales et de vomissements, se produisant avec une certaine périodicité; son ventre était extrêmement distendu. Je pensai à une sténose intestinale par des brides de péritonite datant, soit de son appendicite, soit, peut-être, de son opération d'éventration. Nous nous adressâmes à un des maîtres les plus réputés en matière de pathologie stomacale. Il pensa à un cancer du pylore. Ce diagnostic ne se vérifia pas. En effet, le malade s'améliora peu à peu et finit par guérir sans opération. Il vit encore.

En y réfléchissant un peu, la divergence de vues entre le consultant et moi n'était pas aussi grande qu'il semblerait au premier abord. Nous pensions en somme, l'un et l'autre, à une sténose, mais l'un la plaçait au pylore, l'autre aux environs du cœcum. Cette remarque a son intérêt, car elle montre bien que la symptomatologie de l'occlusion intestinale chronique se rapproche plus de celle de la sténose pylorique que de celle de l'occlusion intestinale aiguë, et c'est là ce qui me fait proposer la dénomination de sténose *incomplète* de l'intestin. Quant à l'idée de cancer, mon consultant l'avait admise sous l'influence d'un renseignement fourni par le malade qui disait avoir perdu l'appétit. Or, c'était là un état purement transitoire, ne datant que de quelques jours et qui ne dura pas. Il est bien certain que si le consultant avait pu suivre le malade, il aurait porté un autre diagnostic.

M. Mathieu. — Ceci me rappelle une autre observation concernant un homme, âgé de quarante-six ans, ayant eu, deux ans auparavant, pendant qu'il se trouvait aux colonies, des douleurs de ventre avec fièvre et vomissements, probablement une attaque d'appendicite. Cet homme, vigoureux, digérait mal et ballonnait du ventre depuis des mois. Un jour il fut pris brusquement de symptômes d'occlusion de l'intestin. On l'opéra et on trouva des brides intestinales, reliquat de l'ancienne affection appendiculaire.

Le peroxyde de magnésium contre les diarrhées acides de l'adulte

M. Bertherand. — J'ai présenté en mon nom et au nom de M. R Gaultier, interne des hôpitaux, les résultats de nos recherches sur l'emploi thérapeutique du *peroxyde de magnésium* dans le traitement des diarrhées acides de l'adulte.

Ce corps ne peut se décomposer qu'en milieu acide. Dans le milieu stomacal, l'acide chlorhydrique ou les acides de fermentation décomposent le peroxyde en chlorure de magnésie et eau oxygénée; ensuite les diastases, agissant par catalyse, dissocient l'eau oxygénée en eau et oxygène. Nous basant sur cette propriété, nous avons administré le médicament en pilules kératinisées, afin d'éviter qu'il soit dissocié lors de son passage dans l'estomac.

C'est dans les cas de diarrhée acide seulement que le peroxyde de magnésium nous a donné de bons résultats.

Sous l'influence de ce médicament, ingéré à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour en pilules kératinisées, les selles diminuent de nombre, sont moins liquides et en quelques jours reprennent un aspect normal, en même temps elles retrouvent leur réaction habituelle, c'est-à-dire redeviennent neutres. Nous devons ajouter cependant que nous avons cherché à saturer l'hyperacidité gastrique à l'aide des alcalino-terreux administrés en même temps que le peroxyde.

Nos observations, au nombre de six, viennent donc corroborer l'opinion émise par M. Albert Robin, attribuant au peroxyde de magnésium un pouvoir antiseptique et antidiarrhéique des plus importants, lorsque cette diarrhée a pour origine des fermentations.

M. Mathieu. — La communication de M. Bertherand présente un grand intérêt. Le fait de l'existence d'une diarrhee acide est connu, mais les suites et le degré de l'acidité intestinale n'ont pas encore été assez suivis. Il semble que l'acidification de l'intestin peut avoir un retentissement sérieux comme cause d'appendicite et de colite muco-membraneuse. La réaction de l'intestin étant neutre à l'état normal, un bol alimentaire hyperacide ne saurait manquer de causer des dommages.

Du meilleur mode de prescription de l'orthoforme

M. Bardet. — Je viens de constater, avec M. Leredde, un petit accident imputable à l'orthoforme et qui est intéressant. Il s'agit d'un malade, particulièrement sensible de la peau, qui, souvent, manifesta des éruptions dues à l'ingestion de substances irritantes ou indigestes (antipyrine, chloral, mets divers). A la suite de l'application d'une pommade orthoformée (vaseline 10, orthoforme 1) pour prurit aux jambes, ce sujet éprouva une éruption prurigineuse intense aux points d'application et, en outre, sur les mains, une éruption herpétique genre zona, particulièrement douloureuse, en même temps que se manifestait un embarras gastrique qui dura trois jours.

Quatre ans auparavant, le même sujet, à la suite de l'usage d'une pommade orthoformée appliquée à l'anus pour des ulcérations, avait éprouvé des accidents du même genre qui furent attribués à une autre cause.

Ces diverses observations doivent amener à changer le formulaire de l'orthoforme. Ce médicament jouit de propriétés anesthésiques précieuses qui ne permettent pas de l'abandonner, mais on doit le prescrire seulement en nature, les excipients pouvant le décomposer. Seule la solution alcoolique, comme l'a fait remarquer M. Blondel, est de bonne conservation. De plus, l'orthoforme doit être tenu à l'abri de la lumière et le produit ne doit pas vieillir.

Chez les malades que l'on sait sensibles au point de vue exanthème, il est préférable de substituer, à l'orthoforme, l'anesthésine, produit voisin, mais plus stable.

Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai

A propos de l'amputation ostéoplastique de Gritti

M. Tuffier. — Le rapport que M. Lejars nous a fait sur cette amputation, dans la dernière séance, me permet de rappeler que j'ai étudié ce procédé opératoire et que j'en avais tiré cette conclusion : la marche sur le bout amputé est rare. D'ailleurs, la question de marche se réduit à une question de peau, comme le prouve la marche sur la région plantaire. Dans l'amputation de Gritti les appareils ne permettent pas à l'extrémité du moignon de porter; c'est sur les parties latérales des condyles du tibia qu'ont lieu les pressions et c'est sur ces points que les malades marchent généralement. Il faut donc avoir soin que les moulages et les appareils soient confectionnés de telle façon que ces parties seules prennent part à la marche.

M. Quénu. — C'est, en effet, ce que l'on doit toujours rechercher, et je me souviens d'un malade qui pouvait faire dix heures de cheval, bien que son moignon fut le siège de névromes douloureux; mais ce moignon ne portait pas sur l'appareil. Cependant ce n'était pas une raison pour ne pas chercher à perfectionner les moignons et à ce point de vue je crois que le procédé d'amputation de Marcellin Duval a fait réaliser un progrès.

M. Félizet.— La question n'est pas seulement une question de peau, mais une question de parties molles, et j'ai remarqué que les résultats étaient meilleurs lorsqu'il y avait une couche épaisse musculaire et tendineuse. Il est donc indiqué de choisir les procédés d'amputation qui fournissent cette doublure. Toutefois, il est bon d'isoler le plus possible la cicatrice et de faire porter les pressions sur les parties latérales des condyles. J'en conclus donc que le choix du procédé est d'une grande importance.

Un cas d'infection hépatique traité par le drainage des voies biliaires

M. Mignon. — J'ai observé ce fait sur un jeune homme de vingt-deux ans qui, depuis quinze jours, présentait des symptômes d'ictère à forme grave. Lorsque je l'ai vu, les téguments étaient verdâtres, le foie dur et volumineux, l'amaigrissement considérable, le pouls à 120 et la température à 39°8. Les urines étaient restées abondantes, contenant 0,50 cent. d'albumine par litre et des pigments biliaires.

J'ai fait la laparotomie sur le bord externe du muscle droit. Au-dessous du foie volumineux se trouvait la vésicule petite et ne renfermant pas de bile. Après l'avoir ouverte j'ai introduit une sonde le plus loin possible sans provoquer aucun écoulement de bile bien que je l'aie fait pénétrer jusqu'au canal cholédoque. J'ai alors remplacé la sonde par un drain de 5 cent. de longueur. Dès le soir même la bile a commencé à couler par ce drain et le lendemain la température baissait en même temps que l'état général s'améliorait.

Dans les jours suivants le malade est sorti de sa torpeur, le foie a diminué de volume, tous les accidents ont peu à peu disparu et, malgré une double congestion pulmonaire légère, la convalescence s'est franchement établie et a été suivie de guérison complète cinquante-trois jours après l'opération.

La bile a été examinée et toujours trouvée aseptique. Quant à l'urine, qui renfermait des pigments biliaires, elle a été constamment émise en grande quantité. Ce cas me semble devoir être rangé dans le groupe des angiocholites infectieuses à marche aiguë, sans germes pathogènes, à moins que l'examen ait été impuissant à les déceler.

M. Lejars. — Le cathétérisme du canal cystique est difficile à faire. Aussi je demanderai, d'une part, à notre collègue, s'il est sûr que la sonde a bien pénétré jusqu'au cholédoque et, d'autre part, s'il a fait l'exploration des canaux biliaires.

M. Mignon. — J'ai introduit la sonde de 8 à 10 centimètres au moins, ce qui fait supposer qu'elle a dû arriver jusqu'au cholédoque, peut-être même jusqu'à l'intestin. Quant à l'exploration digitale des canaux biliaires, elle ne m'a rien donné.

M. Lejars. — Ce fait se rapproche des cas dans lesquels le drainage a donné d'excellents résultats. J'en ai rapporté ici un exemple concernant un malade chez lequel j'avais pratiqué une simple cystotomie. Ce malade est resté bien guéri. De tels faits tendent à détruire la vieille légende de l'ictère grave, d'après laquelle aucune guérison n'est possible. Dans ces circonstances, il faut intervenir et parfois on aura la chance d'obtenir un succès. Il ne faut même pas désespérer en présence d'une vésicule vide, bien que le pronostic soit plus défavorable.

M. Bazy. — Quelquefois le cathétérisme des voies biliaires peut être exécuté sans difficulté. Je me rappelle une femme atteinte d'ictère chronique pour lequel j'ai ouvert la vésicule; elle contenait un calcul sans bile. J'ai alors cathétérisé les voies biliaires et le liquide a ensuite paru, mais la désobstruction n'a été complète qu'au bout d'une année.

M. Routier. — Sur une de mes malades, ictérique chronique, j'ai ouvert le ventre; la vésicule était petite et vide. En explorant les canaux biliaires je n'ai senti aucun calcul; je me suis alors contenté de faire l'expression de ces voies, ce qui a dû déplacer quelques bouchons muqueux et la malade a guéri.

M. Delbet. — Je suis très partisan du drainage biliaire, mais il n'est pas toujours facile d'en poser l'indication. Je vous ai déjà entretenu d'un étudiant en médecine qui présentait les symptômes de l'obstruction biliaire. Le foie était énorme, la température à 40° et l'état général très inquiétant. J'ai fait la laparotomie et j'ai cru à l'existence d'une angiocholite. Une ponction faite dans le foie, dans l'hypothèse d'un kyste possible, n'ayant donné qu'un peu de sang, j'ai refermé le ventre. Or, dès le soir, la température est tombée et les accidents ont disparu.

M. Hartmann. — Le cathétérisme des voies biliaires normales est impossible à faire, ainsi que j'ai pu m'en assurer plus d'une fois. Quant au drainage au cours de l'angiocholite, je le crois très utile. Dans un cas où l'on avait pensé à de l'ictère grave, je n'ai rien trouvé à l'exploration du côté de la vésicule et des voies biliaires, mais, ayant incisé le cholédoque, j'ai retiré de ce canal un magma muqueux; par le cathétérisme du bout supérieur il n'est sorti que quelques grammes de bile. J'ai insinué un drain dans le cholédoque et le malade s'est bien rétabli.

M. Tuffier. — On peut avoir affaire à de l'angiocholite avec rétention et ictère ou à de l'angiocholite sans rétention et sans ictère. Dans le premier cas le drainage est indiqué, mais dans le second la conduite est plus embarrassante. J'ai eu l'occasion de le faire plusieurs fois sans succès en cette dernière circonstance. Au contraire, chez les malades de la première catégorie les résultats sont bons.

M. Championnière. — Très souvent le diagnostic exact est fort difficile à porter. Il y a une dizaine d'années, un malade présentait tous les symptômes d'une obstruction totale des voies biliaires, que l'on attribuait à un calcul et à de l'angiocholite. L'abdomen ouvert, je n'ai rien trouvé dans la vésicule, ni dans les canaux; cependant, après cette laparotomie exploratrice, les accidents ont cessé et la guérison est survenue.

M. Quénu. — Un certain nombre de faits de ce genre ont déjà été publiés, par Longuet en particulier. Il est probable que, dans ces cas, on déplace un bouchon muqueux en pressant sur les voies biliaires, et que l'on rétablit ainsi la perméabilité des canaux.

M. Reynier. — Comme nos collègues, je suis partisan du drainage des voies biliaires, mais il ne doit être fait que dans certains cas, et c'est là justement le point délicat, car le diagnostic de la nature des lésions est souvent difficile. J'en citerai quelques exemples. En 1885, je voyais une femme ictérique, atteinte de grands frissons et d'une température atteignant 40°. Ayant porté le diagnostic d'angiocholite calculeuse, j'ai fait la laparotomie, qui m'a montré un foie petit, une vésicule également petite, et ne m'a fait découvrir aucun calcul à l'exploration. A la suite de cette laparotomie simplement exploratrice, les accidents sont tombés et la malade a guéri.

Chez une autre malade, mêmes symp-

tômes et même exploration négative. Mais la plaie ayant été drainée, nous avons assisté, quelques jours plus tard, à la sortie de plusieurs petits calculs. Dans deux autres circonstances, ce ne sont plus des calculs que renfermaient les voies biliaires, mais du muco-pus, et, malgré le drainage, mes opérés ont succombé.

Prolapsus du colon transverse dans le cours de l'appendicectomie à froid

M. Kirmisson. — Je désire appeler votre attention sur une disposition du gros intestin qui vient compliquer l'appendicectomie à froid. Je l'ai rencontrée plusieurs fois, en particulier chez trois enfants, dont deux forts, gras et bien développés, et dont le troisième était maigre et chétif. Après avoir incisé l'abdomen sur le bord du muscle grand droit, j'ai rencontré deux anses du gros intestin, qui masquaient le cœcum et l'appendice. Ces anses intestinales, souvent dilatées, congestionnées et adhérentes, forment un prolapsus qui prolonge l'opération, crée des hésitations et des difficultés, et augmente les chances d'infection.

M. Delbet. — J'ai, autrefois, observé ce prolapsus de l'intestin, mais, depuis que j'emploie le plan incliné, je ne l'ai plus rencontré.

M. Schwartz. — J'ai fait les mêmes remarques que M. Delbet; aussi je n'opère plus qu'avec le plan incliné.

M. Quénu. — Comme mes collègues, j'ai constaté ce prolapsus avec ou sans plan incliné et même il m'est arrivé de tomber sur l'anse sigmoïde, mais il est facile de récliner ces intestins.

M. Jalaguier. — Je n'emploie que très rarement le plan incliné et cependant j'arrive toujours sur le cœcum. Si j'éprouve quelque difficulté, je vais à la recherche de la fin de l'intestin grêle, qui est le meilleur guide dans ce cas.

M. Walther. — J'ai rencontré une dizaine de fois cette disposition du gros intestin dans de vieilles appendicites; elles m'ont peu gêné car, sans perdre de temps, je vais immédiatement, avec deux doigts, à la recherche du cœcum; celui-ci peut être inversé, ce dont il faut être prévenu, mais l'important est de faire l'exploration le plus à droite possible. Pour le plan incliné je reconnais qu'il débarrasse le champ opératoire des intestins, mais il a l'inconvénient de faire remonter les intestins qui, quelquefois, attirent le cœcum en haut et en rendent l'accès plus difficile.

Présentations

M. Sébileau. — Homme: *Restauration de la face pour appareil prothétique.*

M. Tuffier. — Femme: *Difformité de la mâchoire.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai

Entérococcie intestinale terminée par une péritonite sans perforation

MM. **G.-H. Lemoine** et **Sieur** : observation d'un malade entré au Val-de-Grâce avec de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, du météorisme et des douleurs abdominales généralisées prédominantes au niveau de la fosse iliaque droite. Après une légère amélioration, le malade fut repris des mêmes symptômes, et une laparotomie fut pratiquée immédiatement.

Du pus s'écoula de l'abdomen, mais on ne trouva rien, soit du côté de l'appendice, soit du côté du tube digestif. Après un lavage du péritoine, la plaie abdominale fut refermée et drainée.

Un prélèvement du pus, fait au moment de l'ouverture de l'abdomen, donna une culture pure d'entérocoque, absolument semblable à l'organisme décrit et étudié par Thiercelin. Son action pathogène sur le cobaye fut trouvée nulle, tandis qu'il provoqua chez le lapin une mort rapide (48 heures) avec péritonite purulente.

Appendice absolument sain.

L'autopsie confirma, d'autre part, l'intégrité absolue des parois du tube digestif. Par contre, la surface péritonéale était fortement ecchymosée, les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume et présentaient quelques infarctus hémorragiques.

Le rétrécissement pupillaire dans les angines phlegmoneuses, banales ou diphtériques

M. Dopter rapporte trois faits analogues à ceux que M. Vincent a précédemment signalés.

Dans l'un, une angine phlegmoneuse banale gauche s'est accompagnée de rétrécissement pupillaire gauche; le côté droit du pharynx devint à son tour phlegmoneux, et la pupille droite qui, jusque là, était restée normale, se fixa pendant quelques jours en myosis, ce trouble, devenu bilatéral, persistant après une incision de chaque côté.

Un autre malade, atteint d'angine diphtérique à forme phlegmoneuse droite, présenta du myosis du même côté. Or, le symptôme pupillaire, habituel dans la diphtérie, est la mydriase; ce trouble reconnait comme origine l'imprégnation toxique des éléments nerveux par le poison émané du bacille de Löffler. Le myosis est vraisemblablement en relation directe avec l'élément phlegmoneux de cette angine diphtérique particulière, et engendré par le réflexe dont M. Vincent a décrit le mécanisme.

Fièvre syphilitique

M. Siredey et **H. Lemaire** communiquent une observation de fièvre syphilitique incontestable, et ayant duré 44 jours. Les recherches les plus minutieuses établirent que l'élévation de la température ne pouvait tenir qu'à la syphilis. Or, on sait que la fièvre syphilitique authentique est excessivement rare.

Ce cas a présenté aussi la particularité suivante : inefficacité absolue de la liqueur de Van Swieten et, au contraire, efficacité des frictions mercurielles et des injections bi-iodurées.

M. Balzer n'a observé que deux cas de fièvre syphilitique depuis qu'il est dans les hôpitaux, mais on voit souvent des poussées fébriles passagères à l'occasion d'accidents éruptifs syphilitiques. Elles cessent quand la poussée s'est faite.

M. Moutard-Martin a observé une syphilis maligne précoce d'apparence typhoïde qui avait été prise pour une fièvre typhoïde, précisément à cause de la température.

Anomalies du cœur et cyanose paroxystique

MM. Variot et **Duval** présentent le cœur d'une fillette de deux ans et demi remarquable par les anomalies suivantes : émergence simultanée du ventricule droit, de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Inocclusion du septum. Rétrécissement de l'artère pulmonaire et de l'infundibulum.

Cette singulière conformation était en rapport avec une cyanose paroxystique tout à fait intermittente. C'est le second cas de ce genre que M. Variot rencontre avec la même forme clinique de cyanose.

MM. Raymond et **Alquier** rapportent deux observations de *sclérodermie avec autopsie*. Dans ces deux cas, les particularités à retenir sont l'intensité et la généralisation des lésions vasculaires. D'autre part, les nerfs périphériques étaient absolument sains.

MM. **Siredey** et **Lemaire** communiquent un fait de *tétanie classique, au cours d'une pneumonie* également classique et sans troubles digestifs.

J. J.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Trépanation pour céphalalgie incoercible chez les syphilitiques

Dans la séance du 11 mai de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, M. **Van Engelen** a présenté un homme, âgé de cinquante ans, ancien syphilitique, auquel il a pratiqué une trépanation pariéto-occipitale droite, avec résection d'une portion dure-mérienne épaissie, pour douleurs de têtes atroces, localisées à droite. La douleur était telle que le malheureux était fermement décidé à se suicider.

L'auteur a eu plusieurs fois l'occasion d'intervenir pour des cas semblables.

Il a observé régulièrement la disparition immédiate des douleurs, même les

plus atroces, chez les syphilitiques, après une trépanation assez largement pratiquée.

Sarcomatose d'origine traumatique

M. van Engellen (*Journ. méd. de Bruxelles*, 19 mai 1904) a observé un cas de sarcomatose du membre supérieur droit, à point de départ au niveau d'une extrémité digitale, antérieurement traumatisée.

Sur le point contus, s'est développé un tissu granulaire, mollasse, quelque peu fongueux. Et puis, tout le long de la face interne du bras, est apparu un semis de petites granulations. Bientôt, le creux axillaire s'est rempli de gros ganglions mollasses, en même temps que les muscles pectoraux devenaient lardacés et friables. Peu à peu, infiltration du creux sus-claviculaire, en même temps que l'état général devenait précaire et que le sujet prenait un teint profondément anémique.

Actuellement, le cerveau se prend et tout fait présager une issue rapidement funeste.

Ainsi donc le choc traumatique peut modifier la vitalité, l'orientation cellulaire, de manière à produire le sarcome.

Guérison symptomatique par les rayons X d'un mycosis fongoïde

Dans une récente séance de la Société médico-chirurgicale du Brabant, **M. Dubois-Havenith** (*Presse méd. belge*, 15 mai 1904) a présenté une femme chez laquelle il a obtenu, au moyen de la radiothérapie rœntgénienne, la guérison, au moins apparente, d'un vaste mycosis fongoïde.

Au moment où ce traitement fut commencé, le malade présentait les lésions suivantes :

Au bras gauche, plusieurs placards eczématiformes diffus et infiltrés, dont quelques-uns à bords festonnés. Au niveau d'un de ces placards, tumeur légèrement en relief, de la grandeur d'une pièce de deux francs. D'autres tumeurs en préparation.

A la cuisse droite, même placard infiltré, au voisinage duquel on voit une éruption à configuration géométrique et circinée, qui fait penser à une trichophytie géante ou à une syphilide serpigineuse. Au centre de la plaque eczématiforme, grosse tumeur du volume d'un œuf de poule.

A la cuisse gauche, mêmes lésions, moins étendues, mais toujours à bords polycycliques d'aspect syphiloïde.

A la face interne du genou gauche, tumeur naissante, diffuse, légèrement surélevée au niveau d'une plaque eczématiforme.

Prurit excessif, surtout vers le soir. C'est ce prurit, bien plus que les lésions cutanées, dont la malade ne soupçonne pas la gravité, qui la fait recourir au médecin.

En présence d'un pareil ensemble de symptômes qui ne laissaient aucun doute sur la nature mycosique de la maladie, on ne pouvait se faire d'illusion sur son issue et c'est sans grand espoir de succès que l'auteur institua le traitement par les rayons X.

Le résultat fut extraordinaire. Dès les premières séances, on constata l'affaissement de la tumeur de la cuisse et, bientôt après, sa disparition complète. Il n'en reste plus trace aujourd'hui.

Les autres tumeurs, soumises à leur tour aux rayons X, ont disparu de même.

La guérison est-elle définitive ou n'est-elle que symptomatique ?

On ne saurait le dire actuellement.

Quoi qu'il advienne, les rayons X ont eu raison, dans ce cas, de lésions contre lesquelles la thérapeutique se montre presque toujours impuissante, et pareil résultat valait d'être signalé.

Traitement du lupus nasal par le curettage et les applications de formaline

Dans une des dernières séances de la Société médicale d'Anvers, **M. Trétrop** (*Le scalpel*, 15 mai 1904) a présenté deux femmes atteintes de lupus fongueux et végétant du nez, chez lesquelles il a obtenu d'excellents résultats par un traitement visant, d'une part, l'ablation à la curette des nodules tuberculeux et, d'autre part, la stérilisation du terrain par des badigeonnages avec une solution de formol à 10 %. Ces applications médicamenteuses avaient lieu fréquemment. Au besoin, on répétait aussi le curettage.

En moins d'un mois, les lésions ont complètement disparues chez l'une des malades. Chez l'autre, on remarque encore quelques petits nodules de la narine qu'il convient de poursuivre pour éviter la récidive.

V. de H.

REVUE DE THÈSES

Librairie Naud

Les tuberculoses cutanées atypiques, par M. L. Pautrier. In-8° de 380 pages.

Peu de questions offrent un intérêt pratique aussi grand, en dermatologie, que la question des manifestations de la tuberculose cutanée. On sait que le domaine de celle-ci s'est accru considérablement dans ces dernières années par l'adjonction d'un certain nombre de dermatoses telles que l'érythème induré, l'acnitis, la folliclis, etc..., dont la véritable étiologie avait été méconnue jusqu'ici. Darier avait réunies ces affections sous le terme général de « tuberculides », pour indiquer leurs rapports avec la tuberculose et, dans ces sept ou huit dernières années, un nombre considérable de travaux et de mémoires a été consacré à l'étude des tuberculides, tant en France qu'à l'étranger.

L'ouvrage de M. Pautrier représente l'exposé actuel, la mise au point de la question à laquelle l'auteur a apporté une contribution personnelle importante. Il classe, sous le nom nouveau de « tuberculoses cutanées atypiques », le groupe des dermatoses relevant nettement du processus tuberculeux, bien que de virulence atténuée, rentrant complètement, en un mot, dans le cadre de la tuberculose telle qu'on doit la comprendre aujourd'hui d'après l'auteur. Il pense que l'on ne doit pas arguer, en effet, de leur bénignité, pour séparer les tuberculoses cutanées atypiques de la tuberculose franche. Ce serait en rester à l'ancienne compréhension de la tuberculose et méconnaître qu'à côté des formes qui tuent, il en est de bien plus nombreuses qui guérissent. Pour l'auteur, la tuberculose, de même que les maladies infectieuses auxquelles on doit l'assimiler de plus en plus, peut, en effet, produire des accidents localisés, infectieux, spontanément curables.

Après ces considérations de pathologie générale, l'auteur propose une classification nouvelle des manifestations de la tuberculose cutanée, en montrant que les trente ou quarante affections décrites sous des noms différents et ressortissant à la tuberculose de la peau, peuvent, en somme, se ramener à quatre types seulement : un type nodulaire, un type lichénoïde, un type en nappe et un type angiomateux. Une pareille simplification n'est pas pour déplaire à ceux que la dermatologie a souvent rebutés par une trop grande complexité.

Chacun des types de tuberculose cutanée atypique est ensuite étudié individuellement, en une série de monographies complètes; nous signalerons, en particulier, le chapitre qui a trait au lupus érythémateux et celui qui se rapporte à l'angiokératome, qui était considéré jusqu'ici comme une dystrophie par la majorité des dermatologistes et que l'auteur propose de ranger parmi les manifestations cutanées de la tuberculose.

J.

Essai sur la valeur alimentaire de l'alcool, par M. le Dr Ch. Pfeiffer. Paris 1904 (H. Jouve, édit.).

Question tout à fait à l'ordre du jour que traite, dans sa thèse, M. Pfeiffer, mais que, malheureusement, il n'a pu encore dégager de toute controverse. D'ailleurs, dans tout cela, il semble qu'il ne s'agisse que d'une question de doses et que, sur ce terrain, on pourrait mettre d'accord les ennemis et les partisans de l'alcool. De plus, dans la pratique, la question de terrain semble des plus importantes ; s'il y a des sujets à qui l'alcool réussit bien et qui supportent bien des doses assez importantes, il en est d'autres, au contraire, qui s'intoxiquent rapidement. Aussi nous pensons qu'il ne saurait y avoir rien de fixe dans les doses que propose comme alimentaires M. le Dr Pfeiffer, soit:

1500 cc d'alcool à 10 %. (1)
100 cc — à 50 %.
50 cc — au-dessus de 70 %.

par jour et par fractions aux repas.

Cependant, comme thèse générale, la conclusion de M. Pfeiffer peut être, jusqu'à nouvel ordre, acceptée :

L'alcool dilué à 10 % a une véritable valeur alimentaire à condition que la dose quotidienne de 1500 cc ne soit pas dépassée. Au-dessous de cette dose, on est certain que l'élimination et la combustion de la totalité de l'alcool ingéré sont effectuées quotidiennement, même chez les individus sédentaires.

(1) Nous supposons que l'auteur a voulu écrire 1500 cent. cubes d'une *solution* d'alcool à 10 %.

N. D. L. R.

LIVRES NOUVEAUX

Histoire de l'hygiène publique en Belgique depuis 1830, par les docteurs Devaux et Hyacynte Kuborn, sous les auspices de la Société royale de médecine publique de Belgique.

On pourrait dire, sans crainte, que l'hygiène sociale est devenue la première des sciences médicales, et la tâche serait belle de montrer comment elle prit naissance, et comment, avec les années et sous l'influence des transformations qui gagnent insensiblement les mœurs et l'économie des nations, elle vit ses principes acceptés difficilement à l'origine et avec beaucoup de réserves, n'être plus ni discutés, ni discutables, arriver à une certitude scientifique pour le plus grand bien des individus, des sociétés et des nations.

En ce qui concerne l'alcoolisme, les diverses mesures prises n'ont eu aucune répercussion sensible puisqu'on rencontre un cabaret pour 35 habitants, et que la consommation annuelle des liqueurs alcooliques dépasse 23 fr. par tête.

Par contre, les progrès réalisés en matière d'hygiène industrielle sont frappants « En 1850, dans les manufactures de coton, l'atmosphère était insupportable à cause de la poussière produite par le battage, les opérations du débourrage des cardes et l'humidité. Les appareils de ventilation étaient rares ou insuffisants. Sauf dans les manufactures, il n'existait, pour ainsi dire, aucune précaution contre les accidents dus aux machines, tambours, engrenages et roues de commande, aussi les enfants des malheureux ouvriers subissaient-ils l'influence de leur position sociale : leur poids diminuait progressivement, et la différence en moins atteingnait 7 ou 8 kilogr., parfois même 9 kilogrammes. Comparé à celui des petits campagnards, et la moitié de ces enfants étaient admis aux milices. D'où provenait cette infériorité, sinon de l'admission, dans les fabriques, d'enfants de moins de quatorze ans? On les recevait aux filatures à partir de neuf ans, et, en 1870, dans les fabriques de cigares, on comptait plus de 400 gamins de moins de huit ans, astreints à un travail de 5 heures du matin à 8 heures du soir, avec trois suspensions d'une demi-heure à une heure pour les repas. Ajoutez à cela que les écoles restaient vides faute d'élèves. Les améliorations furent lentes ; les hygiénistes avaient échoué en 1848, en 1863 et en 1867, quand une loi meilleure exigea que les patrons refusassent tout enfant de moins de douze ans et leur fissent faire un travail de plus de douze heures. En outre, ils devaient savoir lire et écrire, et on leur permettait, à Verviers notamment, de ne travailler qu'une demi-journée, s'ils fréquentaient l'école pendant le reste de leur temps.

Ces écoles furent réglementées d'une manière intelligente et sévère : on y organisa l'enseignement de la gymnastique et de l'économie ménagère pour les fillettes; on créa des écoles gardiennes pour se charger des enfants, et l'on obtint du service anthropométrique scolaire et de l'inspection somatologique les meilleurs résultats. En quatre ans, de 1886 à 1890, vingt quatre colonies scolaires furent fondées, et voici les gains obtenu. (L'observation porta sur 60 écoliers de dix à quatorze ans.)

	Poids	Taille	Circonférence thoracique	Capacité vitale
Avant le départ.	32 k.5	1.400	0 m. 650	1916
Retour..	34 k.	1.407	0 m. 665	2250
Un mois après..	34 k.5	1.410	0 m. 670	2300

Ces chiffres méritent d'être retenus et de fixer l'attention. Si l'on songe que la proportion des maladies mentales et de la criminalité décroît avec les progrès de l'enseignement et de l'éducation; si l'on songe aux seuls résultats humanitaires et sociaux que l'on obtient en développant les capacités physiques de l'enfant, il faut convenir, avec le professeur Kuborn, « l'éloge le plus grand qu'on puisse faire du peuple belge, c'est de montrer ce qu'il a pu accomplir de bien en si peu de temps ! » Nous ajouterons, dût la modestie en souffrir, que le profit sera grand de lire ce livre, dont la forme est si claire, si simple et si nette, qu'on peut lui appliquer sans crainte la règle de La Bruyère : « Quand une lecture vous élève l'esprit, ne cherchez pas une autre règle pour juger de l'ouvrage ; il est bon et fait de main d'ouvrier. »

Dr Camille Savoire.

Félix Alcan, éditeur

Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux, par le Dr Maurice de Fleury. 1 vol. in-8 avec 133 gravures en noir et en couleurs

M. Maurice de Fleury possède l'art de traiter avec élégance, méthode et clarté, les divers sujets qu'il aborde, tantôt dans ses articles si bien documentés, tantôt dans des ouvrages d'ensemble qui ont eu un grand succès et qui sont intitulés : l'*Introduction à la médecine de l'esprit* et les *Grands symptômes neurasthéniques*.

On retrouve les mêmes qualités dans le *Manuel* qu'il vient de publier chez Alcan. L'ouvrage, mis au courant des données les plus modernes de la neuropathologie, est divisé en huit parties qui traitent successivement les problèmes fondamentaux de la neuropathologie clinique et anatomo-pathologique : 1° comment on examine un malade du système nerveux; 2° l'état actuel de l'anatomie et de l'histologie du système nerveux; 3° les maladies de la moelle épinière ; 4° les maladies du bulbe, de la protubérance et du pédoncule ; 5° les maladies du cerveau et des méninges cérébrales; 6° les maladies des nerfs; 7° les troubles trophiques et vaso moteurs ; 8° les névroses.

De nombreuses figures rendent encore plus attrayante la lecture de cet ouvrage, écrit simplement et clairement, et appelé, sans aucun doute, au même succès que les travaux antérieurs de M. Maurice de Fleury et qui se recommande tout naturellement aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec l'étude des maladies du système nerveux.

Dr J. Roubinovitch.

Vient de paraître

Sac lombaire et allégé du chargement du fantassin ; ses rapports avec le développement de la tuberculose dans l'infanterie. Nécessité d'adopter le chargement lombaire et d'alléger le poids du sac et de l'équipement militaire ; moyens d'y parvenir, par MM. le médecin-major Barthélemy et le capitaine Eychêne. Un vol. in-8 avec 17 fig. 2 francs. (A. Maloine, libraire-éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine.)

Le biomécanisme ou néovitalisme, par le prof M. Benedikt. Deuxième partie comprenant la formation des cristaux et le biomécanisme du développement des tissus. Edition française publiée et annotée par le Dr E.-R Tissot. 1 vol. in-18 avec 23 fig. 2 fr. 50. (A. Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel d'orthopédie vertébrale, par le Dr A. Chipault. 1 vol. in-8, 4 fr. (A. Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Guide du grade (chargé des détails d'une infirmerie régimentaire), par le Dr Clerc, ancien aide-major de 1re classe. 1 vol in 18, 1 fr. (A. Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Médication arsenicale et cure d'altitude associées dans le traitement de certaines dystrophies, par le Dr G. Sersiron. 1 brochure gr. in-8°. 2 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

Carte de la Savoie et du Dauphiné (Géologie. Eaux minérales), par le Dr Dardel. (Masson et Cie, Paris).

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Les méd.-majors de 2e cl. :

Au 4e d'art à Hanoï, M. Toché.

En Cochinchine, MM. Talbot et Marotte.

Au vice-consulat de France à Battambang (hors cadres), M. Pannetier.

Les méd. aides-maj. de 1re cl.:

A l'hôp. mil. de Saïgon, MM. Bernard et Lenoir.

Au service de la vaccine du Cambodge à Pnom-Penh, M. Tardif.

Au service de la vaccine en Annam, M. Marque.

En Cochinchine, M. Cadet.

Au poste médical de Kampot, M. Imbert.

A l'ambulance de Vien-Tiane, M. Roufflandis.

Au 3e tiraill. tonkinois à Thaï-Nguyen, M. Léger.

A l'ambulance de Moncay, M. Gaimard.

A l'hôp. mil. d'Hanoï, M. Laurenti.

A l'hôp. d'Haïphong, M. Duran.

A Madagascar.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

Au 2e tiraill. malgaches à Tamatave, M. Guerchel.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Au chemin de fer de Aniverano, M Bireaud.

Au service local (poste de Vatomandry), M. Castueil.

Au service général (hôp. de Tamatave, méd. résident), M. Tédeschi.

Au service local (poste de Farafangana), M. Hotchkiss.

Au 3e tiraill. malgaches, M. Duboie.

Au service général (hôp. de Diégo-Suarez), M. Lamort.

Au service général (ambul. de l'Ilôt-Judieu), M. Bourdon.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Au service local (méd. insp. de la province de l'Imérina centrale), M. Pin.

Au 3e tiraill. malgaches à Diégo-Suarez, M. Poux.

Au service local (méd. insp. de l'ass. méd. de la prov. de l'Imérina-Nord), M. Le Corre.

Au service local (méd. insp. de l'ass. méd. de la prov. de l'Itasy), M. Monfort.

Au service général (hôp. mil. de Tananarive), M. Crenn.

Au service général (dir du parc vaccinogène de Diégo Suarez), M. Boucher.

En Afrique occidentale française.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

Au bat. de l'Afrique occident. française, à Dakar, M. Chagnolleau.

Les méd. aides-majors de 1re cl. :

A l'infirmerie-ambulance de Bobo-Dioulasso, M. Boullet.

Au poste de Sedhiou, M. Thézé.

Au poste de Boussourah, M. Pistre.

A l'infirmerie-ambulance de Tombouctou, M. Peyrot.

Au poste de Koulikoro, M. Cozannet.

A l'hôpital de Dakar (médecin traitant), M. Augé.

Au poste de Ségou, M. Ginoux.

Au poste de Thiassalé, M. Jarland.

ASSISTANCE PUBLIQUE

PRIX FILLOUX

En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1904, le concours sera ouvert le lundi 5 décembre en vue de l'attribution de deux prix de 750 fr. chacun.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, service du personnel, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

NOUVELLES

CONCOURS DES HOPITAUX

Médecine

Séance du 25 mai

Epreuve clinique

MM. Gasne, 20; Bensaude, 18; Boix et Castaigne, 16.

27 mai

MM. Michel, 19; Griffon, de Grandmaison et Guillain, 18.

Les représentants d'un certain nombre d'Associations de défense professionnelle et de syndicats médicaux, pharmaceutiques, dentistes et sages femmes, réunis à l'Hôtel des Sociétés savantes, le 11 mai, ont délibéré sur la question mutualiste et spécialement sur les rapports avec les Sociétés de secours mutuels (1).

L'assemblée a nommé une commission chargée d'unir tous les efforts, d'étudier les points communs aux différentes corporations et de rechercher la solution de ces importantantes questions. Adresser communications et renseignements au secrétaire général, M. Lafont, 177, boulevard Saint Germain, Paris.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

On nous prie d'insérer la note suivante :

Lundi 30 mai, chez Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, sous la présidence du Dr Vallon, médecin de l'asile Sainte-Anne, à 6 h 1/2, réunion du Comité; à 6 h. 3/4, assemblée générale; à 7 h. 1/2, banquet.

CONFÉRENCES CLINIQUES

d'hygiène alimentaire et de pathologie du nourrisson et des enfants du 1er âge

M. H. de Rothschild commencera son cours annuel à sa policlinique le jeudi 2 juin, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure, jusqu'au lundi 4 juillet inclus.

Les conférences auront lieu après la consultation des nourrissons et seront accompagnées de démonstrations pratiques et de présentations de malades.

Le cours est absolument gratuit Un certificat d'assiduité délivré par la « Ligue contre la mortalité infantile » sera décerné aux auditeurs qui auront assisté régulièrement aux cours.

Le cours sera complet en dix leçons.

La Commission administrative des hospices de Boulogne sur-Mer donne avis que le 27 juin 1904, à 9 heures du matin, il sera ouvert à Amiens, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour la place de chirurgien-adjoint dans les hôpitaux de Boulogne-sur-Mer.

Le registre d'inscription sera clos le 11 juin 1904.

Le titulaire entrera en fonctions un mois après avis de sa nomination.

Traitement : 500 fr. par an.

La succession du chirurgien titulaire lui est assurée.

Pour toutes les autres conditions prière de s'informer au secrétariat des hospices.

(1) Voir l'article de notre collaborateur le Dr Desesquelle, sur les « pharmacies mutualistes », dans notre numéro du 23 avril dernier.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Villes d'Eaux desservies par le réseau P.L.M.

1° Billets d'aller et retour collectifs (de famille).

Il est délivré, du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.L.M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de toutes classes, valables 33 jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières-les-Bains, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes-St-Nectaire, Digne, Die (Le Martouret, Sallières-les-Bains), Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, la Bastide St-Laurent-les-Bains, Le Fayet-St-Gervais, Le Luc et le Cannet (Pioule), Lépin-Lac-d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (Lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (St-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel Guyon, Châteauneuf), Roanne (St-Alban), Sail-sous-Couzan, St-Georges-de Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien de Cassagnas (Les Fumades), St-Martin-Sail-les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-la-Bégude, Vandenesse, Saint Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant aux prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes), le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Faculté de prolongation.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

2° Billets d'aller et retour individuels.

La Compagnie délivre, du 15 mai au 30 septembre, dans toutes les gares de son réseau, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e cl. comportant une réduction de 25 % en 1re cl., et de 20 % en 2e et 3e cl., pour les stations thermales dénommées ci-dessus.

Validité : 10 jours (non compris les jours de départ et d'arrivée). Faculté de prolongation. Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets 4 jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre la gare de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La clinique chirurgicale et la loi sur les accidents du travail

Par M. le prof. Paul Berger

(Leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker).

Des différentes faces sous lesquelles se présente à nous, en clinique chirurgicale, le problème incessamment renouvelé du malade, il en est deux surtout qui ont le don d'attirer l'attention : ce sont le diagnostic d'abord, puis le choix des indications chirurgicales sur lesquelles est fondé le traitement. Il est, cependant, une considération qui ne le cède en rien à celles-ci par son importance, et qui s'interpose en quelque sorte entre elles, c'est celle du pronostic; celui-ci, traité souvent en quelques mots seulement dans les descriptions des maladies et des affections chirurgicales, parce que l'on suppose qu'il se déduit naturellement de la connaissance de leur évolution et de leur marche, est plus négligé souvent encore dans l'étude clinique de chaque cas particulier. Et, cependant, quelles sont les questions que le malade pose tout d'abord au chirurgien qui vient de l'examiner? Qu'ai-je? Est-ce grave? Combien de temps cela va-t-il durer? Telles sont les préoccupations que traduisent ses premières paroles et vous voyez que le pronostic y tient la plus grande part. C'est qu'en effet, pour le malade ou le blessé qui ignore ce qui se cache sous l'étiquette d'une maladie ou d'une lésion, l'essentiel est de savoir ce qu'il deviendra; quels sont les risques qu'il court, et surtout quand il pourra reprendre son indépendance et son activité, qu'il ne retrouvera qu'avec la santé si elles lui reviennent jamais : aussi vous pardonnera-t-il bien plutôt une erreur portant sur la nature exacte de son mal ou sur le choix même des moyens de traitement dont il n'est, du reste, pas juge, que de vous être trompé sur la durée, sur la gravité de l'affection qu'il porte et sur les suites que celle-ci doit avoir pour son avenir.

Cette considération du pronostic cette nécessité qui s'impose pour le médecin de l'établir dès le début avec toute la précision possible viennent d'acquérir, en matière chirurgicale, une importance qui ne fera que s'accroître, depuis que la législation actuelle sur les accidents du travail met ou peut mettre chaque médecin en demeure d'avoir à se prononcer sur ces questions dans ce qu'elles ont de plus complexe et de plus difficile à juger; c'est ce qu'a si bien mis en lumière mon maître et ami Charles Perier dans le discours qu'il a prononcé à l'inauguration du dernier Congrès de l'Association française de chirurgie dont il était le président.

« Une loi d'un automatisme précis dit-il, et que nous n'avons pas à discuter, veut que les compensations du moindre accident arrêtant le travail, fût-ce que pour quelques jours, soient fixées par le magistrat ; le point d'appui nécessaire de la décision des magistrats est donc le dire du chirurgien,» et les affirmations du chirurgien consulté par le malade ou par le magistrat, chargé de guider le premier dans ses revendications, le second dans son évaluation du dommage subi et dans son jugement, porteront, il est vrai, sur la nature de la lésion qui est résultée de l'accident, mais surtout sur les suites que cette lésion entrainera pour le blessé.

Il me semble donc utile, au commencement de ces leçons où nous aurons constamment à étudier les lésions traumatiques sous tous leurs aspects et sous toutes leurs formes, de vous montrer les difficultés qui vous attendent dans leur appréciation par le fait de la loi sur les accidents du travail, principalement quand il s'agira d'en prévoir et d'en déterminer les suites, c'est-à-dire le pronostic.

Laissez-moi d'abord vous donner lecture des parties de cette loi qu'il est le plus essentiel pour le médecin de connaître; je les extrais de l'intéressant et remarquable ouvrage de mon collègue et ami le Dr Thoinot, professeur agrégé de la Faculté, sur les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, ouvrage auquel je vais faire de très nombreux emprunts.

Loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 22 mars 1902

TITRE Ier

Indemnités en cas d'accidents.

Article premier. — Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef de l'entreprise, *à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours...*

Art. 3. — Dans les cas prévus à l'article premier, l'ouvrier ou employé a droit :

Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel;

Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire;

Pour l'incapacité temporaire, à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours et à partir du cinquième jour.

TITRE II

Déclaration des accidents et enquêtes.

Art. 11. — Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les quarante-huit heures...

Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident, et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif..............

....

Art. 12. — Dans les vingt-quatre heures qui suivent le dépôt du certificat et, au plus tard, dans les cinq jours qui suivent la déclaration de l'accident, le maire transmet au juge de paix du canton où l'accident s'est produit, la déclaration et soit le certificat médical, soit l'attestation qu'il n'a pas été produit de certificat.

Lorsque, d'après le certificat médical produit en exécution du paragraphe précédent, ou transmis ultérieurement par la victime à la justice de paix, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente, absolue ou partielle de travail, ou lorsque la victime est décédée, le juge de paix, dans les vingt-quatre heures, procède à une enquête à l'effet de rechercher :

1° La cause, la nature et les circonstances de l'accident;

2° Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent...;

3° La nature des lésions;

Etc...

Art. 13. — L'enquête a lieu contradictoirement..............................

....

Le juge de paix doit se transporter auprès de la victime..................

....

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Il peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête... »

Ainsi, dès le début, un certificat médical de premier constat engage l'affaire : au cours de l'enquête, conduite par le juge de paix, d'autres médecins peuvent être désignés et même commis

comme experts pour examiner le blessé. Si j'en avais le temps, je vous montrerais la contestation entre la victime de l'accident et les chefs de l'entreprise ou ceux qui les représentent, faisant renvoyer l'affaire devant le Tribunal de première instance, où un médecin est souvent commis à l'effet de présenter un rapport sur l'état du blessé avant même qu'ait lieu la tentative de conciliation ordonnée par la loi, où un expert et même plusieurs experts sont nommés pour examiner le blessé, et, de leurs constatations, conclure dans un rapport qui sera déposé au greffe du Tribunal pour être le point d'appui, en quelque sorte le pivot du jugement. Partout, et à chaque instant, le médecin intervient dans le règlement de toute affaire provoquée par un accident du travail. Voyons donc quel est le rôle qui est dévolu au médecin par la loi sur les accidents du travail : Celui-ci doit être envisagé à part, suivant que le médecin intervient *comme expert*, ou *pour le compte du patron*, ou bien qu'il est *appelé par la victime de l'accident*.

I

Les questions auxquelles les médecins chargés du premier constat, ceux qui peuvent être désignés par le juge de paix pour examiner le blessé, les experts nommés par lui ou par le Tribunal civil ont à répondre, les points qu'il s'agit d'établir aussi clairement que possible, sont à peu près toujours les mêmes; mais, tout particulièrement, quand vous serez commis par le Tribunal civil pour examiner la victime d'un accident du travail, le jugement qui vous désignera comme expert vous chargera de déterminer aussi exactement que possible :

1° *La nature des lésions dont est atteint l'accidenté* ;

2° *Si ces lésions sont bien le résultat de l'accident dont on vous indique la date et la nature*;

3° *Quelles sont les conséquences probables de ces lésions au point de vue de la capacité du blessé pour le travail*;

4° *La date de la consolidation de la blessure.*

1° *La détermination des lésions dont est atteint la victime* d'un accident du travail, que cet accident soit tout récent ou plus ou moins ancien, constitue un acte de diagnostic comme ceux auxquels nous nous livrons tous les jours, en ville ou à l'hôpital, en examinant des blessés ; facile ou difficile, l'établissement de ce diagnostic n'a rien de particulier au cas qui nous occupe ; mais la nécessité où l'on peut être à chaque instant, d'émettre sur un cas déterminé une opinion appuyée par un certificat, opinion qui sera soumise à de nombreux contrôles, vous rend plus tangible encore l'importance qu'il y a pour tout médecin à s'exercer au diagnostic précis des affections chirurgicales, par de fortes études cliniques.

2° *La lésion que vous constatez est-elle bien le résultat de l'accident dont le blessé a été victime ?*

Les déclarations du blessé, de ses compagnons de travail, le certificat de premier constat, l'enquête qui est ouverte sur ce point par le juge de paix, ne laissent, le plus souvent, aucun doute sur cette question. Il est cependant des cas, et des cas assez nombreux, où la relation qui unit l'accident et la lésion que le blessé lui attribue ne peut être établie que par un examen médical, peut être infirmée par cet examen, ou peut encore donner lieu à des erreurs d'ordre médical, contre lesquelles il faut que vous soyez en garde.

Voici, par exemple, une hernie qui s'est produite, affirme le plaignant, au moment où, pendant son travail, il soulevait avec effort un corps lourd; il dit qu'il ne se connaissait pas, auparavant, de hernie, et l'enquête établit qu'après l'accident il s'est plaint d'une douleur dans l'aîne, mais qu'il a continué son travail; ce n'est que le lendemain, le surlendemain peut-être, qu'il a été consulter le médecin de la Compagnie, qui a reconnu l'existence d'une hernie. Or, vous constatez que celle-ci sort par un anneau large et dilaté, que tout le trajet inguinal est affaibli, que la paroi abdominale est lâche et présente cette disposition de ventre à double saillie, décrite autrefois par Malgaigne comme prédisposant particulièrement aux hernies; enfin, à côté de la hernie que le malade attribue à l'effort produit dans son travail, il existe, du côté opposé, une autre hernie moins prononcée, et dont il ne se doute pas. Il est certain que dans ce cas il ne s'agit pas d'une hernie de force, mais d'une hernie de faiblesse, à laquelle le malade était condamné par la constitution anatomique défectueuse de sa paroi abdominale, et qui s'est peu à peu développée sous l'influence d'efforts répétés et non par le fait d'une poussée brutale, subite, constituant un véritable accident du travail.

A ce propos, faut-il vous définir ce qu'on doit entendre par un accident du travail? La loi est prudemment restée muette sur cette définition, laissant au magistrat le soin de l'établir ; l'interprétation officielle, donnée par la circulaire du Garde des sceaux du 10 juin 1899, caractérise l'accident du travail, *une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.* M. le Dr Thoinot, dans son intéressant ouvrage, fait remarquer qu'il existe des accidents du travail sans lésion corporelle, et d'autres qui ne reconnaissent pas l'intervention de cette cause extérieure; les hernies de force, produites par un effort excessif et soudain, en sont un exemple, car tous les tribunaux les considèrent, à juste titre, comme un accident du travail; mais la législation française et la jurisprudence sont d'accord pour exclure du domaine des accidents de travail « les lésions résultant de l'action d'une cause lente et durable » et pour les ranger parmi les maladies professionnelles; aussi la hernie qui se développe par le fait du port répété de charges trop lourdes pour la résistance des parois abdominales, constitue non pas un accident du travail, mais une maladie professionnelle, qui ne rentre pas dans le cadre des affections auxquelles s'applique la loi qui nous occupe.

La relation de cause à effet entre l'accident et la lésion n'existe donc pas ici, tout au plus y a-t-il eu, au moment de l'effort produit, issue de la hernie avec un volume un peu supérieur à celui qu'elle possédait un instant auparavant.

Vous vous trouverez aux prises avec les mêmes difficultés quand il s'agira de déterminer les rapports qui existent entre une arthrite chronique dont se plaint un ouvrier, et un accident constaté quelques mois auparavant par une déclaration régulièrement faite, accident auquel il attribue cette arthrite et l'impotence qui l'accompagne; je ne fais que vous signaler ce cas sur lequel nous allons revenir tout à l'heure: s'agit-il d'une arthrite chronique développée par un traumatisme articulaire, ou le traumatisme n'a-t-il été qu'une cause d'aggravation pour une arthrite préexistante; enfin, l'accident n'a-t-il pris aucune part à l'évolution de la maladie articulaire dont se plaint le blessé ?

Je vous citerai, comme exemple du premier de ces cas, l'ouvrier qui conserve une arthrite du genou avec épanchement chronique, à la suite d'une entorse compliquée de traumatisme; pour le second, le sujet atteint d'une tumeur blanche, au début, et qui voit celle-ci se développer rapidement à la suite d'un traumatisme articulaire; le troi-

sième cas correspond à l'ouvrier qui se fracture les malléoles et qui ne s'aperçoit qu'alors des troubles que détermine une arthrite sèche de la hanche, dont il était atteint depuis longtemps sans le savoir, mais dont il attribue à tort le développement à sa chute.

Il faut, dans ce jugement que vous aurez à porter sur la relation qui unit une lésion que vous constatez à l'accident déterminé auquel on l'attribue vous rappeler les coïncidences possibles; penser aux fractures anciennes dont on peut attribuer le cal à un accident plus récent, aux tumeurs, aux cicatrices dont le blessé n'a constaté l'existence qu'à l'occasion de son accident, mais qui en sont manifestement indépendantes. Méfiez-vous, à cet égard, des radiographies, qui prêtent trop à l'interprétation pour ne pas être la cause de beaucoup d'erreurs, et ne les acceptez que comme un élément d'appréciation destiné à confirmer un jugement déjà fondé par un examen personnel des plus approfondis.

3° Votre intervention a pour but d'établir *quelles ont été ou quelles devront être les conséquences de l'accident au point de vue de la capacité, tant de la profession du demandeur que de toute autre profession*, de dire *si elles entraîneront une incapacité temporaire ou permanente, partielle ou absolue, pour cette profession ou pour toute autre. En cas d'incapacité partielle*, on vous demandera même de fixer, ou vous aurez à prévoir *la quotité de la réduction de la capacité professionnelle.*

Vous voici dans le cœur du sujet: c'est ici que la juste estimation du pronostic est indispensable; une première distinction s'impose: l'accidenté, au moment où vous l'examinez, est-il curable ou améliorable, spontanément ou sous l'influence du traitement? L'incapacité dont il est atteint actuellement n'est que temporaire. — Est-il, au contraire, arrivé à un état définitif tel, qu'on ne doive plus le voir se modifier de lui-même ou sous l'influence des traitements divers qu'on pourrait mettre en œuvre? L'incapacité dont vous aurez à évaluer l'importance est considérée comme permanente, totale ou partielle, suivant les cas; c'est à vous d'affirmer, si vous possédez les éléments suffisants pour ce jugement, que le blessé est arrivé à cet état définitif, et d'estimer, *si on vous le demande*, la proportion dont il est diminué dans sa capacité. C'est ici qu'il faut prendre un parti. C'est à vous, guidé par vos seules lumières, qu'il appartient de déclarer que cette roideur, cette rétraction, cette impotence, ces troubles physiques et fonctionnels ne disparaîtront plus, ne s'amélioreront plus, qu'ils sont définitifs, permanents, acquis pour toujours. C'est donc de votre décision que va dépendre l'indemnité, s'il s'agit d'une incapacité temporaire, la rente si c'est une incapacité permanente, qui seront attribués à la victime de l'accident; sentez-vous la force que seule peut donner ici la connaissance certaine du pronostic?

On vous demandera, le plus souvent, d'évaluer la proportion dans laquelle est diminuée la capacité de l'accidenté pour sa profession ou pour toute autre profession. Vous aurez pour vous guider dans cette estimation, toujours difficile, les tables où sont réunies les évaluations usitées en Allemagne, en Suisse, en Italie, en Autriche, comme correspondant aux lésions traumatiques de toute espèce. M. Georges Brouardel a repris les chiffres représentant la proportion dans laquelle est diminuée la capacité du blessé pour chaque lésion déterminée; il les a soumis à une revision, à un classement nouveau, suivant qu'ils doivent s'appliquer à des journaliers, à des individus dont la profession exige surtout l'emploi des membres inférieurs ou des supérieurs, ou à des ouvriers d'art. Vous trouverez dans les tableaux où il les a réunis une indication fort utile; mais ce ne doit être pour vous qu'une indication, et c'est à l'expert qu'il appartient d'estimer, dans chaque cas particulier, dans quelle proportion la victime de l'accident reste atteinte dans sa validité et dans sa capacité professionnelle, en faisant entrer en compte dans cette estimation toutes les conditions relatives au blessé et à la blessure.

4° Le jugement qui vous désigne comme expert porte souvent que vous devez dire à *quelle date se place la consolidation de la blessure*. Vous seriez, tout d'abord, disposés à trouver cette expression impropre, dépourvue de sens et presque ridicule; une fracture se consolide, une blessure ne se consolide pas; que peut on bien entendre par la date de la consolidation de la blessure? Le terme n'est pas des mieux choisis peut-être, mais il répond à une détermination précise et qu'il s'agit d'établir; c'est justement celle du moment où l'accidenté est arrivé à cet état définitif où il n'a plus à attendre d'amélioration dans son état, *l'époque*, ajoutent certains jugements, *où l'accidenté a su ou dû savoir quelles seraient la nature et l'importance de son incapacité définitive*. Voilà qui est parfaitement clair; jusqu'au moment où l'incapacité est devenue permanente, totale ou partielle, et tant qu'elle n'est que temporaire, cette incapacité, nous l'avons vu, donne droit à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident; à partir du moment où l'incapacité est devenue permanente, l'indemnité est remplacée par une rente égale aux deux tiers du salaire annuel; en cas d'incapacité absolue, égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire, si l'incapacité n'est que partielle. Le tribunal vous charge de décider le moment précis où le régime de la rente a dû succéder ou succèdera au régime de l'indemnité: c'est ce qu'il vous indique en vous demandant de fixer la date de la consolidation de la blessure. Nous sommes, sur ce point encore, ramenés à la considération du pronostic que nous avons indiqué tout à l'heure.

Mais, direz-vous, tous les médecins ne sont pas experts, tous ne sont pas commis par les tribunaux civils pour les accidents du travail: pas tous, peut être, mais le nombre de ces accidents déférés à la justice est tel, qu'il y aura bientôt peu de médecins qui ne soient appelés un jour ou l'autre à se prononcer dans des cas de ce genre. Songez donc, et j'emprunte ces chiffres au livre de M. le Dr Thoinot, qu'en 1899, le ministère du commerce a relevé 83742 accidents déclarés, et 232947 en 1900, et que le nombre des jugements et ordonnances rendus par les tribunaux de première instance, du 1er octobre 1901 au 30 juin 1902, a été de 7740 pour les cas d'incapacité permanente partielle seulement.

D'ailleurs, ce n'est pas comme experts seulement et lorsqu'ils sont désignés par le juge de paix ou commis par le tribunal à l'effet d'examiner un blessé et de faire un rapport sur lui, que la plupart des médecins sont appelés à intervenir dans les accidents du travail. C'est tantôt *pour le compte du patron*, plus souvent encore *appelés par la victime de l'accident* pour l'assister et lui donner des soins, que la plupart d'entre eux ont un rôle à remplir dans cette sorte d'affaires.

Les médecins des Compagnies de chemins de fer, de transports, d'omnibus, de tramways ou de voitures, ceux qui sont attachés aux Compagnies minières, aux Sociétés et aux entreprises industrielles les plus diverses, aux usines, aux chantiers de construction, ceux surtout des Compagnies d'assurances, qui se substituent

aux patrons pour supporter les charges qui leur incombent par le fait de la loi dont nous étudions les conséquences médicales, tous ont pour attribution essentielle la surveillance des accidents du travail qui surviennent dans les établissements auxquels ils sont attachés. Sans parler des soins personnels qu'ils peuvent donner au blessé, si celui-ci les accepte ou les réclame, ils doivent renseigner le patron ou la Société sur la nature et la gravité de l'accident, sur ses suites probables, sur l'incapacité qui peut en être la conséquence; en un mot, ils doivent prévoir, examiner d'avance et indiquer la solution probable de toutes les questions qui se poseront à l'occasion de cet accident, qui pourront se produire entre l'ouvrier blessé et le patron, et que nous avons examinés à propos des expertises. Le médecin qui intervient pour le compte des patrons ou des Sociétés d'assurances qui les représentent, a d'ailleurs le droit d'assister aux expertises concernant l'affaire où ceux-ci sont intéressés.

Ne croyez pas qu'il ait pour rôle et pour devoir de chercher de parti pris, dans les réponses de l'accidenté ou dans les examens qu'on lui fait subir, des arguments à opposer à ceux que celui-ci a invoqués pour réclamer une indemnité ou une rente. Quoi qu'il ait à défendre les intérêts du patron, il n'est nullement chargé de démontrer que celui-ci n'est pas responsable de l'accident, que l'accident n'entraîne ni n'entraînera pas pour l'accidenté les conséquences que celui-ci dit éprouver ou qu'il redoute? Son rôle est de se renseigner le plus exactement qu'il peut le faire sur la réalité des troubles qu'accuse le blessé, sur le bien fondé de ses allégations, afin de pouvoir faire connaître au patron ou à la Société d'assurances quelle est la responsabilité, quels sont les risques pécuniaires qu'ils courent par le fait de l'accident et de ses suites. Le médecin qui remplit cette charge *n'agit donc pas contre le blessé*. S'il a le droit et le devoir de relever les inexactitudes, les exagérations et les fraudes qu'il peut découvrir, il ne doit jamais se laisser guider par l'idée préconçue qu'il a affaire à un simulateur. Il ne doit avoir d'autre souci que celui de la vérité, et c'est en évaluant le plus rigoureusement et le plus équitablement les dommages qu'a subis l'accidenté et ceux dont il est encore menacé par le fait de l'accident, qu'il agira pour le mieux des intérêts qui lui sont confiés. Comme c'est à lui qu'incombe le plus souvent le soin de rédiger le certificat de premier constat qui doit être déposé à la mairie dans les quatre jours qui suivent l'accident, vous concevrez de quelle importance sera pour lui la connaissance et l'appréciation exacte du pronostic de la blessure, puisque, dès ce premier examen, il lui faut indiquer sur son certificat l'époque où il sera possible de connaître le résultat définitif de l'accident.

Ce certificat de premier constat peut avoir, pour le médecin qui le signe, des conséquences sérieuses ou tout au moins désagréables; supposons que celui-ci, sur ce certificat, n'ait attesté l'existence que de lésions moins graves que celles qui existent réellement, qu'il ait indiqué un pronostic trop bénin, fait entrevoir une incapacité purement temporaire et de courte durée, de telle sorte que le magistrat, induit en erreur par ce certificat, n'ait pas cru devoir faire le nécessaire pour mettre en action la loi sur les accidents du travail, le blessé, reconnaissant son état d'incapacité permanente seulement après que se sont écoulés les délais légaux, pourrait se trouver privé du bénéfice de cette loi, et par conséquent de la rente à laquelle lui donne droit sa blessure, et il pourrait rendre le médecin responsable du dommage qui serait résulté pour lui de la prescription dont il aurait été la victime. Ceci n'est point un risque imaginaire, et nous connaissons des cas où de semblables ennuis sont arrivés à un de nos très distingués confrères auquel on ne pouvait cependant reprocher que d'avoir dû s'en remettre, en signant son rapport sur l'état du blessé, au diagnostic inscrit peut-être un peu trop à la légère, sur la pancarte du lit d'hôpital où avait été transporté un blessé.

C'est *appelés par la victime de l'accident*, que tous ou presque tous les médecins ont un jour ou l'autre à intervenir dans les accidents du travail. Tout médecin qui accepte de soigner des blessés est tenu de leur délivrer les certificats et les attestations par lesquels ceux-ci demandent faire preuve de leur état, soit aussitôt, soit un temps plus ou moins long après l'accident. Rien n'est plus important, rien ne peut être plus préjudiciable à l'accidenté que la manière dont le médecin traitant comprend ce rôle. Celui qui accepte trop facilement et qui contresigne, en quelque sorte, toutes les affirmations de son client sans en avoir vérifié lui-même l'exactitude, l'engage dans une voie désastreuse. Appuyé sur le certificat de son médecin traitant, le blessé, toujours disposé à se trouver plus incapable de travail qu'il ne l'est, et d'attribuer aux troubles dont il est atteint une portée et une durée plus grandes qu'ils ne le comportent, se lance dans la voie des procès où l'entraînent trop souvent des intermédiaires intéressés et peu scrupuleux. Malgré le bénéfice de l'assistance judiciaire, la victime de l'accident, s'il a été mal conseillé et mal dirigé par son médecin, n'en sortira souvent que matériellement et moralement ruiné ou tout au moins diminué. Le certificat de complaisance constatant des lésions et laissant entrevoir une incapacité plus considérables qu'elles ne sont et ne seront en réalité, est aussi contraire aux intérêts de la victime de l'accident qu'à la dignité du médecin dont il peut même engager la responsabilité, ainsi que le rappelle cette citation que j'extrais de l'ouvrage de M. le Dr Thoinot.

« Commet un quasi-délit le médecin qui, dans un certificat de complaisance, constate l'existence de lésions graves devant entraîner une longue incapacité de travail, alors qu'en réalité il n'y a eu, par exemple, qu'une légère contusion. Par suite, si ce certificat a contribué à déterminer une Compagnie d'assurances à remettre une indemnité à un tiers, le médecin est passible de dommages-intérêts envers cette Compagnie. »

Le rôle véritable du médecin appelé par l'accidenté est de lui dire toute la vérité sur l'état actuel et sur l'avenir de sa blessure; de lui en exposer et d'en attester très exactement dans ses certificats les conséquences probables, en faisant toutes les réserves qu'il y a lieu de faire, sur ce que celles-ci peuvent encore présenter d'incertain pour l'avenir. Plus exactement et plus tôt il arrivera à en faire l'évaluation, et mieux il servira les intérêts de son client.

II

Nous venons de voir ce que la loi sur les accidents du travail demande au médecin, que celui-ci intervienne dans les questions de cet ordre comme expert, qu'il agisse pour le patron, ou qu'il ait à soutenir les droits de la victime de l'accident. Je vous ai fait ressortir l'importance que dans l'un quelconque de ces rôles acquièrent la considération et l'exacte appréciation du pronostic. Je vais à présent essayer de vous montrer quelques-unes des difficultés de ce rôle en poursuivant l'étude des rapports du médecin avec le blessé, avec le sujet qui a été victime d'un accident du travail. C'est principalement l'expert qui va se trouver aux prises avec ces difficultés,

mais le médecin qui agit pour le patron et celui du blessé ne sont pas moins intéressés que lui à être exactement fixés sur son état réel et ils rencontrent dans leurs investigations les mêmes obstacles pour parvenir à la connaissance de la vérité.

Le médecin et surtout l'expert qui, un temps plus ou moins long après un accident, veut se rendre compte de l'état du blessé et qui cherche à évaluer les chances de rétablissement complet que celui-ci possède, ou la probabilité d'une incapacité permanente pour le travail, résultant de sa blessure, le trouvent dans des conditions toutes particulières qui résultent de la tendance naturelle que la victime de l'accident en question a à s'exagérer à lui-même l'importance de la lésion dont il a été atteint, et des conséquences qu'elle peut avoir pour son avenir. Cette tendance est liée à l'intérêt que celui-ci croit avoir à exagérer son état devant la justice. Il en résulte que les affirmations du blessé, acceptées en principe par le médecin et par l'expert, doivent être toujours contrôlées par ceux-ci, et qu'il faut chercher les preuves de leur réalité dans les constatations matérielles qui résultent de l'examen physique du blessé lui-même. A chaque instant, en effet, on se trouve en présence de blessés qui simulent, qui exagèrent ou qui prolongent au delà de leur réelle durée, les troubles dont ils se disent atteints.

La *simulation* d'un état pathologique qui n'existe absolument pas et qui n'a jamais existé est très rare; je suis, à cet égard, de l'avis du Dr Thoinot; la simulation pure et simple est le plus souvent facile à déceler, car il est rare que le simulateur possède la connaissance exacte des symptômes qui caractérisent l'affection dont il se dit atteint et il est le plus souvent facile de le mettre en contradiction avec lui-même.

Il n'en est pas de même de l'*exagération* des troubles que le blessé ressent, ou qu'il dit encore ressentir, alors que ceux-ci se sont dissipés en totalité ou en partie. Cette exagération, cette prolongation voulue ou inconsciente des accidents est aussi fréquente que la simulation totale est rare; elles sont fort difficiles à dépister et plus encore à démontrer. Le blessé, en s'observant lui-même, a fait sa propre éducation; souvent il se figure de bonne foi, plus souvent encore il cherche à faire croire dans un but intéressé, que son état ne s'est pas modifié et qu'il est toujours atteint des mêmes désordres et des mêmes incapacités, alors qu'en réalité il marche vers la guérison ou même que celle-ci s'est produite.

Il existe à cet égard une différence importante à établir entre les troubles moteurs et les troubles purement sensitifs qu'accuse le sujet qui exagère Les *troubles moteurs* accusés par le blessé appartiennent à la catégorie des roideurs ou à celles des paralysies les *roideurs*, lorsqu'elles sont dues à un *obstacle matériel* au mouvement, *ankyloses vraies ou fausses*, adhérences tendineuses, rétractions musculaires, s'accompagnent toujours de lésions des organes et des tissus, de modification de la forme des parties, de leur volume, des rapports des os et des extrémités articulaires, d'altérations dans la consistance des parties molles qui ont perdu leur souplesse, leurs qualités physiques d'élasticité, d'extensibilité, leur aspect normal. Il est facile de reconnaître une ankylose du coude, une roideur des doigts due aux adhérences tendineuses qu'a laissées un phlegmon diffus; je pourrais multiplier les exemples de cet ordre. Plus difficiles sont à reconnaître les *contractures* simulées que certains blessés affirment être la conséquence d'une lésion accidentelle, car l'on sait que les victimes d'accidents du travail présentent souvent des contractures de très longue durée et très persistantes à la suite de lésions articulaires ou musculaires ou nerveuses, relativement faibles.

Quand ces contractures sont réelles, il existe souvent en même temps une sensibilité articulaire qui peut être décelée par des explorations sans qu'il soit nécessaire d'exercer les mouvements rendus impossibles par ces contractures; celles-ci s'accompagnent généralement, au bout d'un certain temps, d'une atrophie musculaire appréciable, elles affectent de préférence certains groupes musculaires, certains muscles même dans ces groupes; elles finissent toujours par dégénérer en rétractions plus ou moins prononcées; l'*anesthésie chloroformique* permettrait de reconnaître ces contractures avec rétraction des contractures simulées ou voulues : mais dans une expertise tout mode d'exploration qui, pour le sujet qu'on examine, peut être la cause d'un risque ou d'un trouble quelconque de santé, doit être absolument exclu; l'observation soutenue et prolongée des phénomènes permet seule de découvrir, dans la manière dont ils se présentent, des irrégularités, des inconséquences qui, s'ajoutant au manque de signes physiques et d'altérations matérielles, permettent de déceler la simulation.

Les *troubles paralytiques* consécutifs aux traumatismes sont de deux ordres : les uns, dus à des *lésions périphériques ou centrales du système nerveux*, ne peuvent guère être simulés avec succès par les blessés : la très exacte répartition de la perte de motilité ou de la sensibilité toujours en rapport avec le siège de la blessure, les lésions secondaires, les atrophies musculaires, les rétractions, les contractures, les troubles trophiques ne laissent pas la place à l'erreur; et, cependant, dans certains de ces cas où il s'agit de lésions nerveuses périphériques, de compressions, de contusions et même de blessures des nerfs, cas où l'on peut espérer la guérison, combien il est malaisé de déterminer l'avenir de semblables lésions et de reconnaître, lorsque ces fonctions commencent à se rétablir, ce qui est revenu de mouvement, ce qu'il reste à espérer encore et ce qui persistera définitivement d'incapacité.

L'autre classe de paralysie, que nous constatons souvent comme la conséquence des accidents du travail, dépend de l'*hystéro-traumatisme*, de l'hystérie provoquée, développée, chez un sujet prédisposé, par le choc accidentel et par l'ébralement nerveux qui en est le résultat. Ces paralysies ont un type spécial : leur distribution souvent segmentaire et ne correspondant pas à la distribution des nerfs, la flaccidité du membre, l'anesthésie en manchon ou en manche de veste qui fait partie de leur cortège symptomatique ordinaire, l'absence d'atrophie musculaire notable, la conservation des réactions électriques et des réflexes en éclairent et en permettent le diagnostic. Mais faciles à reconnaître, elles sont aussi faciles à simuler, et si l'on n'avait pour se guider la constatation des stigmates qui révèlent cette forme d'hystérie acquise, principalement la recherche des troubles visuels, de la perception des couleurs, du rétrécissement du champ visuel, on se trouverait parfois dans un grand embarras.

Bien plus difficile encore est la constatation des impotences qui reposent sur des troubles purement *sensitifs*. Je ne m'arrête pas sur les phénomènes d'anesthésie accusés par le blessé et qu'il est toujours plus ou moins possible de contrôler avec un peu d'habitude des artifices que l'exploration doit mettre à contribution et qui permettent de déceler la fraude; mais que dire de la *douleur* accusée par le blessé, lorsque celle-ci est la seule cause de

l'incapacité de travail? Comment reconnaître les cas où elle existe de ceux où elle est depuis longtemps disparue peut-être, mais où l'accidenté prétend toujours la sentir? La douleur intercostale consécutive à une fracture des côtes, celle qui est le résultat d'une rupture musculaire peuvent, pendant des mois, des années, et peut-être toujours, être, pour celui qui a été l'objet d'une de ces lésions en apparence légères, la cause d'une gêne, d'une incapacité tout au moins relatives : un examen rigoureux, plusieurs fois répété, suffira souvent pour faire reconnaître la douleur réelle, toujours la même, siégeant au point fixe, anatomique, des manifestations souvent variables dans leur siège, toujours exagérées dans leur expression qu'accuse un simulateur. Mais dans combien de cas l'expert, faute de preuves, sera-t-il forcé de s'en remettre aux allégations du patient et, tout en faisant des réserves sur une cause d'impotence qu'il ne peut constater, devra-t-il l'admettre ou tout au moins en admettre la possibilité?

L'accidenté, dans bien des cas malheureusement, a eu son éducation faite par l'accident lui-même; il a senti, il a suivi, il a étudié sur lui-même les symptômes, les troubles provoqués par la lésion, et quand celle-ci est réparée et que les troubles ont disparu, il dit et souvent il croit les ressentir encore; aussi voit-on des sujets, victimes d'un accident, qui se refusent à reprendre l'usage d'un membre qui deviendrait bon et valide s'ils le voulaient, moins peut-être par mauvaise volonté et par désir de présenter aux experts et au tribunal une preuve convaincante du bien-fondé de leurs revendications, que par persuasion qu'ils ne sont pas capables de s'en servir. Ces malheureux, par le refus des traitements complémentaires que l'on met à leur disposition, des massages, de l'électrisation, des exercices de mobilisation auxquels on veut les soumettre, par l'immobilité surtout à laquelle ils condamnent leur membre, alors qu'il n'aurait besoin que de mouvement, arrivent à être de véritables infirmes, victimes de cette sorte d'auto-suggestion, de leur apathie et de l'alcoolisme qui guette leur désœuvrement et qui aggrave leur déchéance physique et mentale, bien plus que de l'accident dont ils ont été atteints.

Aussi sont-ils bien coupables les conseillers qui, pour profiter plus longtemps de leurs différends avec le patron auquel ils réclament une indemnité ou une rente, les engagent dans cette voie en leur enseignant même les moyens de tromper les médecins et en les poussant à se refuser à tout traitement qui pourrait faire disparaître les traces de l'accident dont ils ont été victimes!

Ce ne sont pas seulement les simulations, l'exagération des désordres provoqués par le traumatisme qui obscurcissent le diagnostic et le pronostic des accidents du travail. Les conditions mêmes où l'acte extérieur, brutal, qui constitue cet accident, a trouvé le sujet qui en est victime, exercent sur les suites de l'accident, sur l'évolution et la marche de la lésion traumatique, une influence qui les modifie d'une manière profonde et parfois durable.

Le traumatisme survenant sur un terrain prédisposé et comme préparé d'avance par un état pathologique, par une affection constitutionnelle, une diathèse réveille souvent cette disposition morbide, provoque l'éclosion de manifestations qui lui sont propres et qui révèlent son existence jusqu'alors latente; d'autre part, cet état constitutionnel ou pathologique préexistant, imprime parfois son cachet à l'évolution d'une lésion traumatique, en retarde le processus curateur, lui donne une gravité inattendue et peut même la transformer en une véritable manifestation diathésique.

Tels sont ces faits, jusqu'alors ignorés ou peu connus, qui signalent l'*influence réciproque des maladies constitutionnelles et du traumatisme*, faits que Verneuil a eu le mérite, s'il en a exagéré peut-être la fréquence et l'importance, de mettre en lumière et de fixer dans l'esprit de ses contemporains par ses travaux et par ceux de ses élèves.

Or, dans l'appréciation des conséquences de l'accident du travail, nous nous trouvons fréquemment en présence de cas où cette influence de l'état pathologique ou constitutionnel antérieur, de la *propathie* comme l'appelait Verneuil, sur la blessure, et de l'accident sur la propathie entre en ligne de compte, assombrit le pronostic de la lésion et obscurcit le jugement du médecin appelé à s'expliquer sur la cause des troubles et des désordres dont est atteint le blessé. Un sujet, présentant quelques antécédents douteux, se fait une entorse du genou; l'arthrite, d'abord légère, qui se développe quoique traitée avec les soins voulus, ne guérit pas, et l'on voit peu à peu, dans l'articulation atteinte par l'accident, se développer les caractères de la tumeur blanche du genou; ce n'est pas tout, l'état général s'altère, des lésions tuberculeuses apparaissent aux sommets des poumons; le blessé succombe enfin à l'invasion de la tuberculisation généralisée; le traumatisme, évoluant sur un terrain marqué déjà pour la tuberculose, a subi l'influence directrice de cette dernière; la lésion traumatique s'est transformée en une manifestation diathésique; d'autre part, le traumatisme a réveillé la maladie constitutionnelle encore latente, et a préparé la voie à l'infection générale de l'économie. Que d'exemples analogues l'on pourrait citer parmi les cas où nous sommes appelés à nous prononcer comme experts; comment, dans ces conditions, apprécier la part qui revient à l'accident, celle qui appartient à la prédisposition morbide dans le dommage souffert par l'accidenté?

Je ne puis que vous signaler ce problème qui, jusqu'à présent, n'a pas reçu de solution satisfaisante à mon avis; la jurisprudence adoptée en France diffère essentiellement de la jurisprudence allemande qui rend tout accident *seul* responsable de l'aggravation de l'état morbide antérieur et de la marche que celui-ci imprime à la lésion traumatique. Aussi concevez-vous dès à présent toutes les réserves dont cette considération doit entourer votre pronostic, lorsque vous êtes appelés à vous prononcer sur l'avenir d'une blessure et l'attention avec laquelle vous devrez chercher, dans la constitution du blessé et dans son passé pathologique, les indices de toute espèce de tare diathésique ou constitutionnelle.

Parmi celles qui imposent aux suites des accidents du travail, la déviation la plus fréquente et la plus fâcheuse, nous ne pouvons que mentionner les prédispositions nerveuses qui conduisent les blessés aux névroses traumatiques, à *l'hystérie*, à *la neurasthénie traumatique* et à leur association *l'hystéro-neurasthénie*.

Ce sujet, dont vous trouverez une magistrale exposition dans le livre de M. le D[r] Thoinot, est trop important pour que je l'aborde en passant; j'aurai certainement plus d'une fois l'occasion de vous parler de ces états nerveux, produits par le choc traumatique chez des individus prédisposés par la dégénérescence ou par faiblesse originelle de leur système nerveux. Je ne puis que vous signaler actuellement l'incertitude extrême que ces états jettent sur le pronostic des accidents de travail : l'incapacité souvent absolue, mais le plus souvent passagère qu'ils déterminent; leur curabilité, mais l'impossibilité où l'on est de prévoir le moment de leur guérison. Je ne puis qu'indiquer la relation qui les

unit aux préoccupations qui résultent pour le blessé des suites, et surtout des suites pécuniaires de l'accident qu'il a subi, relation qui en fait parfois une véritable maladie de procédure, de telle sorte que l'on peut voir l'aggravation de la neurasthénie traumatique suivre en quelque sorte les phases du procès, pour guérir tout à coup, lorsque celui-ci a trouvé sa solution favorable ou même défavorable au blessé. Je ne puis que vous dire combien, dans les cas de ce genre, l'exagération et la simulation sont généralement mélangés à la part de vérité qui existe dans les désordres réellement éprouvés par le malade; combien il faut d'attention et de soin, de connaissance des stigmates et des signes propres de ces affections, de rigueur dans leur détermination pour ne pas s'exposer à tomber dans les panneaux que vous tend un simulateur ou, ce qui est plus grave encore, pour ne pas prendre un malade pour un simulateur.

Vous voyez, Messieurs, combien complexe est le problème clinique que les accidents du travail soumettent à votre jugement; combien variées sont les faces sous lesquelles il se présente, au milieu de quelles difficultés, de quelles obscurités, vous aurez à en chercher la solution. Il ne faudra pas moins de tout votre jugement, de tout votre savoir pour vous y reconnaître, et ce n'est que grâce à une expérience formée par l'étude des faits tels que nous les offre la clinique chirurgicale, que vous pourrez éviter bien des erreurs. Mais la plus essentielle des qualités dont vous aurez à faire preuve, que vous interveniez comme expert, que vous soyez chargé d'agir au nom du patron, ou de défendre les intérêts du blessé, c'est une conscience à l'abri de toute considération étrangère au devoir; je ne puis trop insister sur l'esprit que le médecin doit apporter dans cette sorte d'affaires, et surtout dans ses rapports avec la victime de l'accident. Son unique souci doit être de rechercher la vérité, sans se préoccuper de savoir à qui celle-ci pourra profiter. Plus que le patron responsable de l'accident, plus que le magistrat même qui juge et qui évalue cette responsabilité, la victime de l'accident est intéressée à la connaître, même si elle est contraire à ses revendications. Le plus grand service que l'on puisse rendre au blessé, c'est de le renseigner le plus rigoureusement, le plus promptement possible, sur la nature exacte et sur les suites probables des lésions dont il est atteint. D'autre part, en cherchant à discerner au milieu des allégations de l'accidenté, l'importance, la nature et la durée probable de l'incapacité dont est atteint le plaignant, le médecin ne doit jamais oublier qu'il a affaire à un blessé, et qu'il lui doit la bienveillance, la pitié et l'assistance auxquelles a droit de sa part tout malade. Je ne puis que vous rappeler ici les paroles d'Ulysse Trélat, que ses élèves ont fait graver sur la médaille qu'ils lui ont consacrée : « Dans les instants difficiles, nous n'avons pour guide, pour lumière, que la *science* et la *conscience* : bien savoir, juger juste et sentir fortement, voilà la règle de la bonne conduite. »

HYGIÈNE PUBLIQUE

La puériculture au P.-L.-M.

Le mot de puériculture est fort à la mode; on en parle beaucoup, mais malgré les efforts des medecins passionnés pour cette œuvre de conservation sociale on a encore peu fait dans cette voie. Les tentatives réalisées jusqu'à ce jour sont nées de l'initiative privée et semblent ignorées de l'Etat qui continue, non seulement à ne point venir en aide aux familles nombreuses, mais à augmenter leurs impôts au fur et à mesure que leurs charges s'accroissent et à édicter des mesures de soi-disant protection qui vont à l'encontre de leur but. Et cependant, le directeur du P.-L.-M. vient de montrer comment un patron qui s'intéresse au sort de ses ouvriers peut trouver le moyen de leur venir en aide proportionnellement aux charges qu'ils ont à supporter. Voici le texte de la décision prise par M. Noblemaire et qui fait le plus grand honneur à la Compagnie du P.-L.-M. et à son directeur.

a Des secours pour famille nombreuse sont alloués gracieusement aux agents de toute catégorie, autres que les auxiliaires et les journaliers, qui ont un grand nombre d'enfants.

Sont assimilés aux enfants pour l'établissement du droit au secours de famille:

1° Les petits-enfants, frères, sœurs, neveux et nièces de l'agent, s'ils sont orphelins de père et de mère et entièrement à sa charge :

2° Les père, mère, beau-père, belle-mère, grand père, grand'mère de l'agent, ainsi que les grand-père et grand'mère de sa femme, s'ils sont entièrement à sa charge et demeurent avec lui d'une façon permanente.

b Ces secours seront fixés aux chiffres annuels suivants, d'après le traitement des agents et le nombre d'enfants (ou assimilés) à leur charge.

Il est alloué :

1° A tous les agents dont le traitement ne dépasse pas 2100 francs ;

30 fr. pour 3 enfants (ou assimilés).
80 fr. — 4 — —
150 fr. — 5 — —
240 fr. — 6 — —
350 fr. — 7 — —
480 fr. — 8 — —
630 fr. — 9 — —

2° Aux agents ayant 2400 fr. de traitement :

80 fr. pour 6 enfants (ou assimilés).
150 fr. — 7 — —
280 fr. — 8 — —
440 fr. — 9 — —

3° Aux agents ayant 2700 fr. de traitement :

100 fr. pour 8 enfants (ou assimilés).
150 fr. — 9 — —

c Les enfants ou orphelins assimilés ne sont décomptés, pour donner droit aux secours de famille, qu'autant qu'ils n'ont pas atteint l'âge de seize ans révolus.

Il est à souhaiter que cet exemple ne soit pas perdu pour l'Etat et que celui-ci se hâte de faire pour ses employés ce que le P.-L.-M. a fait pour les siens.

GRANJUX.

REVUE DE TRAVAUX

ÉTUDES SUR LA RAGE

I. — Rôle du rat dans la transmission de la rage

M. **Remlinger** ayant eu l'occasion d'appliquer le traitement pastorien à trois Arabes, mordus par un rat suspect de rage, s'est demandé quel pouvait être le degré de réceptivité de ces animaux au virus rabique. La souris et le rat, inoculés sous la peau ou dans les muscles de la cuisse avec quelques gouttes d'une émulsion de virus fixe, ont environ une chance sur deux de contracter la rage. La réceptivité augmente légèrement si on fait usage d'un virus ayant passé quelquefois de rat à rat ou de souris à souris. Ces animaux sont donc très sensibles. Ils pourront contracter la maladie si, mordus par un chien ou un chat enragés, ils survivent à ces morsures, ce qui n'est pas impossible. Il sera donc indiqué parfois de faire suivre le traitement pastorien à des personnes mordues par des souris ou des rats. On est en droit de se demander également si une souris ou un rat enragé ne peuvent pas mordre un chien ou un chat et s'il n'y a pas là l'explication de certains cas de rage dits « spontanés ».

II. — Filtration du virus rabique

M. **Remlinger** (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1904) revient sur la propriété que possède le virus rabique de traverser les filtres (voir *Bulletin Médical*, 1904, page 91). Il est possible de faire traverser au virus rabique une série de bougies Berkefeld V (marque très perméable). Il est possible de lui faire traverser également des bougies N ou W (marques peu ou très peu perméables), mais la bougie Chamberland demeure infranchissable. La rage conférée au lapin par le virus filtré présente parfois certaines particularités, comme un allongement notable de la période d'incubation, une paralysie incomplète, la mort subite, etc. A côté de ces cas où les passages démontrent bien l'existence de la rage, il en est d'autres où les mêmes passages demeurent néga-

tifs. La mort des animaux paraît devoir être attribuée alors à l'action de la toxine rabique qui pourrait traverser les bougies, indépendamment du virus. La propriété que possède le virus rabique de traverser les filtres est plus intéressante au point de vue scientifique pur, qu'au point de vue pratique. Néanmoins, cette propriété peut être appliquée avec fruit à l'isolement du virus rabique et à l'étude d'un certain nombre de questions comme celles de l'obtention d'un sérum antirabique et de la diffusion *post mortem* du virus de la rage. Le passage du virus rabique à travers les filtres a été confirmé par di Vestea, Schüder, Bertarelli et Volpino, Celli et de Blasi, etc. Mais c'est une question controversée de savoir si ce passage est ou non compatible avec le parasite décrit dans la rage par Négri. L'auteur penche pour la négative et persiste à ranger la rage à côté de la péripneumonie, de la fièvre aphteuse et de la clavelée, c'est-à-dire dans la classe des maladies déterminées par les organismes ultra-microscopiques, les microbes dits « invisibles ».

III.— Curabilité de la rage chez le chien

Chez le chien comme chez l'homme, le pronostic de la rage passait jusqu'ici pour être fatal ou du moins la curabilité de cette maladie n'avait jamais pu être prouvée de façon irréfutable. Sur un certain nombre de chiens, auxquels du virus rabique avait été inoculé dans la jugulaire. **MM. Remlinger et Mustapha Effendi** ont observé deux fois une rage tout à fait caractéristique, qui s'est terminée par une guérison. Les animaux furent vaccinés par cette première atteinte et leur sérum acquit des propriétés antirabiques énergiques. Ces faits sont intéressants au point de vue pratique, car si la rage expérimentale est susceptible de guérison, il en est sans doute de même de la rage clinique. Dans cette hypothèse, une personne mordue par animal malade n'est pas sûrement à l'abri du danger, si l'animal est encore vivant huit à dix jours après l'accident, ainsi qu'il est classique de l'enseigner. Un chien peut inoculer une rage mortelle alors que lui-même aura échappé à la maladie. Un examen vétérinaire très minutieux s'impose, par conséquent, et le traitement pastorien devra être suivi dans tous les cas douteux. (*Ann. de l'inst. Pasteur*, avril 1904).

G.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 mai

Modifications de la radiation des centres nerveux sous l'action des anesthésiques

(Note de MM. Jean Becquerel et André Broca, présentée par M. Becquerel).

Il était intéressant de voir ce que devient, sous l'action des anesthésiques, le rayonnement des centres nerveux. Dans ce but, nous avons soumis des chiens à l'action des vapeurs d'éther ou de chloroforme, et de la solution de chloral-morphine habituelle en injection intrapéritonéale par la méthode de Richet. Nous avons alors observé des phénomènes variables suivant la période de la narcose et qui ont été en gros les mêmes avec tous les anesthésiques; nous avons, cependant, constaté quelques différences sur lesquelles nous insisterons.

Comme on doit s'y attendre, c'est la substance cérébrale qui est essentiellement touchée par les anesthésiques.

Dans la période d'excitation du début de l'anesthésie, le cerveau émet des rayons N en quantité énorme.

Quand l'anesthésie devient plus profonde, les phénomènes changent. D'abord le cerveau n'émet plus de rayons N d'une manière sensible; on ne distingue plus les scissures quand on promène le tube sur le crâne. Ensuite, on voit apparaître des rayons N_1. Dans ce cas, on voit la luminosité augmenter quand on passe sur une scissure, et aussi quand on éloigne le tube du cerveau.

Nous allons indiquer maintenant les différences que présentent, à ce point de vue, les divers anesthésiques.

Avec l'*éther*, l'émission des rayons N_1 ne se produit qu'au moment où la vie de l'animal est en danger. La première fois que nous les avons vus, nous avons été obligés de faire une énergique respiration artificielle pour ramener l'animal à la vie. La seconde fois, huit jours plus tard, l'animal est mort malgré tous nos efforts.

Avec le *chloroforme*, l'émission des rayons N_1 se prolonge pendant tout le temps de la narcose profonde, même dans les cas où l'animal se réveille de lui-même. Mais cette émission ne se fait pas d'une manière continue, elle présente d'abord des oscillations irrégulières.

Avec le *chloral*, nous avons observé les mêmes faits, avec de petites variantes.

Nous avons perdu deux animaux par l'anesthésie pendant ces expériences, l'un par l'éther et l'autre par le chloroforme. Dans les deux cas, nous avons observé une émission de rayons N par le cerveau après l'arrêt du cœur et de la respiration. Cette émission, dans le cas de l'éther, a duré dix minutes. L'excitation électrique a fait réapparaître des rayons N, puis des rayons N_1. Enfin, l'excitabilité électrique disparaissant, le rayonnement a définitivement cessé.

La moelle épinière subit des variations beaucoup moins grandes que le cerveau.

On ne trouve aucune modification appréciable pour les rayons émis par la moelle dans la première période d'excitation. Les centres continuent à se distinguer des parties voisines comme précédemment et ne semblent pas rayonner davantage.

Avec l'*éther*, au moment de l'émission des rayons N_1 par le cerveau, la moelle a une émission très diminuée, peut-être même par instants supprimée, de rayons N; nous n'avons pas, dans ce cas, observé de rayons N_1.

Avec le *chloroforme* et le *chloral*, nous avons observé, par instants très fugaces, la production de rayons N_1 par la moelle. Il n'y a aucun synchronisme entre l'émission des rayons N_1 par le cerveau et par la moelle. Ceux-ci n'apparaissent jamais que longtemps après ceux du cerveau et disparaissent longtemps avant eux; ils semblent caractériser une période de narcose très profonde.

Après cessation de la respiration et arrêt du cœur, on observe encore des rayons N normaux sur la moelle pendant un temps de l'ordre d'une demi-heure.

Nous tirerons de ces expériences des conclusions pratiques:

1° Quand, dans l'anesthésie, on voit apparaître des rayons N sur la moelle, ou seulement qu'on ne peut plus distinguer sur celle-ci ses centres d'activité, l'animal est en danger;

2° La cessation de tout rayonnement des centres nerveux prolongée pendant quelques minutes est un signe de mort certaine.

Sur des cas d'expulsion rapide de calculs par la d'arsonvalisation

(Note de **M. A. Moutier**, présentée par M. d'Arsonval).

Nous avons montré, le premier, combien les courants de haute fréquence pouvaient avoir une heureuse influence dans le traitement des lithiases; depuis, les électro-thérapeutes sont venus confirmer que ce mode d'électrisation semblait devoir constituer un excellent traitement de ces affections et qu'il pouvait même arriver à les guérir, mais ils firent des réserves sur les cas d'expulsion immédiate de calculs, après quelques séances de haute fréquence, et ils n'auraient jamais observé cette action expulsive, dont nous avions rapporté des exemples dans notre premier travail.

Or, depuis, nous avons observé quelques faits qui sembleraient établir qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, mais que les courants de haute fréquence auraient une action expulsive, au moins dans certains cas.

En effet, d'une part, nous avons assez souvent constaté, chez des artério-scléreux, que nous soumettions exclusivement à l'auto-conduction pour abaisser leur pression artérielle, une émission de graviers et quelquefois de petits calculs urinaires, à la suite des premières séances de d'arsonvalisation.

D'autre part, nous avons soigné deux malades, chez lesquels l'expulsion des calculs suivit presque immédiatement la première application électrique, ainsi que vont le montrer les deux observations.

I. En 1901, M. W., âgé de cinquante-deux ans, s'est présenté à nous avec tous les caractères des douleurs de la colique néphrétique; mais le malade se plaignait en même temps de douleurs telles dans la région vésicale que l'on devait crain-

dre la présence d'un calcul dans la vessie. Dans ces conditions, nous avons envoyé notre malade chez un de nos confrères, spécialiste, pour que celui ci fasse un examen de la vessie. Le malade revint le lendemain, notre confrère ayant constaté que la vessie ne contenait aucun calcul; nous fîmes immédiatement une séance d'électricité, qui se composa d'une séance de d'arsonvalisation et d'une application de courant de haute fréquence et de haute tension dans la région de la colonne vertébrale, en insistant particulièrement sur la partie lombaire, ceci pour calmer les douleurs et relever la pression artérielle qui était abaissée. Le malade nous quitta ne souffrant plus et rentra chez lui. Mais, dans le trajet de chez nous à chez lui, il ressentit une vive envie d'uriner qui le força à s'arrêter pour satisfaire ce besoin, la première partie de la miction se passa sans incident, mais bientôt il ressentit une douleur très vive dans l'urètre et la miction s'arrêta; rentré chez lui il constata, à l'extrémité de l'urètre, la présence d'un calcul qu'il ne rendit que le lendemain, calcul d'acide urique de la grosseur d'un petit haricot. Ayant fait encore quelques séances d'électrisation, le malade ne rendit plus de calculs; il n'a suivi, depuis, aucun traitement, et n'a jamais eu de nouvelle colique néphrétique.

II. Au mois de janvier 1904, M. Z..., âgé de cinquante-cinq ans, se présentait à nous dans des conditions absolument semblables à celles du malade précédent; nous lui avons de suite appliqué le même traitement et, le soir, le malade rendit deux calculs également d'acide urique et de la grosseur d'un petit pois; il rendit encore du gravier le lendemain matin.

Il semble, vraisemblablement, qu'il ne s'agit pas là de simples coïncidences mais que, *dans certains cas, tout au moins*, les courants de haute fréquence auraient une action expulsive.

De la stérilisation du liège

(Note de M. F. Bordas présentée par M. d'Arsonval)

Le développement de certaines mucédinées, telles que l'*Aspergillus niger*, le *Penicillium glaucum*, dans les infractuosités du liège femelle, et l'envahissement plus ou moins profond du tissu cellulaire par les filaments mycéliens de ces moisissures provoquent dans les bouchons issus de planches ainsi contaminées, la formation de principes volatils qui se communiquent aux liquides en contact avec ces bouchons.

Lorsque les bouchons sont traversés par de nombreux canaux médullaires dans lesquels se sont développés les filaments mycéliens de l'*Aspergillus niger*, on peut, avec un peu d'habitude, reconnaître à l'odorat les bouchons qui donneront ultérieurement le goût de bouchon aux liquides. Mais il n'en est plus de même lorsque le liège est sain d'aspect et que les filaments mycéliens ont pénétré dans l'intimité du tissu cellulaire. On conçoit qu'il suffise de quelques spores pour que, lorsque les conditions favorables au développement des moisissures se trouveront réalisées, ces champignons envahissent tout le liège et communiquent aux liquides le goût désagréable bien connu.

Tous les procédés actuels pour assainir et blanchir le liège, tels que ébullition en présence d'hypochlorites, de chlore gazeux, d'acide sulfureux, etc., sont sans action sur les moisissures contenues dans les canaux médullaires du liège, et *a fortiori* sur les filaments mycéliens intra-cellulaires. Il faut détruire tous les germes des moisissures, et cela dans toute la masse du liège, et faire disparaître, en outre, les principes odorants déjà formés qui préexistent dans les lièges malades.

On y arrive en stérilisant le liège dans le vide. On place les bouchons dans une enceinte chauffée à 120° pendant dix minutes environ; on fait ensuite le vide, puis on rétablit la pression en laissant pénétrer de la vapeur d'eau, que l'on porte ensuite à la température de 130° pendant dix minutes.

Les bouchons ainsi traités sont toujours stériles et ne donnent plus de mauvais goût.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Berthelot. — Sur les limites de sensibilité des odeurs et des émanations.

M. E. Bichat — Sur quelques faits nouveaux observés au moyen d'un écran phosphorescent.

M. Jacob. — Détonation sous l'eau des substances explosives.

M. H. Henriet. — Dosage de la formaldéhyde atmosphérique.

MM. M. Lambert et Ed. Meyer. — Action des rayons N sur des phénomènes biologiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai

Etude statistique sur la mortalité cancéreuse

M. **Périer.** — Au nom de M. **Brouardel** et au mien j'ai l'honneur de vous rendre compte d'un travail que nous a présenté M. le Dr **Foucault**, de Fontainebleau. Il a pour titre « Etude statistique sur la mortalité cancéreuse ».

Notre honorable confrère, ému du rôle attribué par quelques observateurs au voisinage des forêts et à l'humidité du sol dans la genèse et la répartition du cancer, s'est livré à des recherches fort laborieuses pour vérifier le bien fondé de ces allégations, en ce qui concerne Fontainebleau.

A cet effet il a établi des tableaux où sont classifiés 11048 décès représentant la mortalité de quarante années, comprises entre 1861 et 1901; les cancers y sont au nombre de 759, ce qui représente, à quelques millièmes près, 7 % de la mortalité générale. Ce taux serait moins élevé si l'auteur n'avait pas défalqué, du nombre des décès, un chiffre de 145 fœtus nés au-dessous de sept mois et morts promptement; le rapport serait 6,87 %.

Nous pouvons donc admettre qu'à Fontainebleau le cancer est cause de mort sept fois sur cent décès.

Les cancéreux sont-ils indifféremment répartis? Certaines zones sont-elles plus atteintes que d'autres? Celles qui confinent à la forêt ont-elles été incriminées à tort ou à raison?

En fait dans chacune des zones envisagées la proportion des décès par cancer s'écarte bien peu en plus ou en moins de la moyenne 7 %.

Notre confrère a poussé plus loin son enquête. Sur une carte de la ville dressée par la Direction des travaux, il a marqué chaque maison mortuaire d'autants de points noirs qu'il y a eu de décès par cancer dans cette maison; puis il a dressé des tableaux concordants où le nom de l'organe atteint est chaque fois consigné.

Grâce à cette carte et aux nombreux tableaux qu'elle éclaire, on a sans peine l'aperçu le plus lumineux d'un ensemble si complexe qu'il paraît, au premier abord, inextricable.

Voici l'enseignement qu'on en peut tirer.

« Certaines maisons, nous dit M. Foucault, paraissent plus pernicieuses que d'autres. Est-ce hasard, hérédité, transmission directe?

« L'hérédité m'a paru avoir peu d'influence; en recherchant l'origine et les alliances des décédés cancéreux je n'en ai que bien rarement constaté des traces.

« Sur la transmission directe, je n'ai que de bien faibles données. Les maisons que j'ai appelées multicancéreuses sont le plus souvent des maisons à appartements multiples.

« La multiplicité des habitants peut suffire à expliquer le nombre plus grand des cas de cancers. Il eût fallu pouvoir établir que tel logement était cancrigène à l'exclusion des autres appartements de la même maison.

« Mais un fait m'a frappé, c'est que la mortalité par cancer augmente à mesure que le quartier est plus bas et plus humide.

« Je constate aussi que presque toutes les maisons multicancéreuses sont des maisons mal aérées, généralement mal exposées au soleil, dont l'humidité est entretenue, non seulement par les matériaux de construction, mais encore par le mauvais écoulement des eaux ménagères, pluviales. »

Et M. Foucault dit en terminant que chercher davantage serait s'exposer à tirer, de faits contestables, des déductions qui n'auraient, et encore! que des apparences de vérité.

Hygiène de l'enfance

M. Porak, rapporteur, a communiqué le rapport annuel présenté par la commission permanente de l'hygiène de l'enfance au ministre de l'intérieur pour l'année 1903.

Ce mémoire, bourré de faits et de documents, ne comprend pas moins de 116 pages in-octavo, son importance est telle telle que nous renonçons à en donner, aujourd'hui, un aperçu sommaire et que nous résumerons successivement les trois principaux chapitres de ce mémoire : 1° fonctionnement de la loi du 23 décembre 1874 ; 2° de la puériculture ; 3° de la lutte contre la propagation de la tuberculose chez les enfants.

M. Porak a lu des « conseils élémentaires aux mères et nourrices » qui seront discutés dans la prochaine séance et que nous reproduirons à ce moment.

Statistique médicale des colonies

M. Kermorgant présente à l'Académie, au nom de **M. A.-D. Morel**, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, un travail sur la morbidité et la mortalité dans les colonies françaises en 1902.

Une statistique générale embrassant l'ensemble de nos possessions coloniales permet de se rendre compte du tribut payé aux différentes maladies par chaque groupe de personnel. Il en ressort qu'en 1902, 34121 Européens et 18856 indigènes ont été traités dans les hôpitaux coloniaux et qu'il s'est produit 1145 décès parmi les premiers et 1029 parmi les seconds.

Ce sont les maladies endémiques qui ont occasionné la plus grande morbidité et la plus grande mortalité, tant chez les Européens que chez les indigènes. A elles seules, elles ont entraîné 595 décès chez les Européens, soit 51,85 % de la mortalité totale, et 439 décès chez les indigènes, soit 42,66 % de la mortalité totale.

En 1902, la morbidité et la mortalité ont été inférieures à celles des trois années précédentes, malgré les épidémies de fièvre jaune qui ont sévi en Guyane et à la Côte d'ivoire.

M. **Sevestre** a lu un rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales

---

Un confrère du sexe féminin, dont nous regrettons que le nom ne soit pas parvenu jusqu'à nous, a fait une lecture sur l'hygiène, dont nous n'avons pas entendu un mot.

C'était la première fois, croyons-nous, qu'une dame montait à la tribune de l'Académie. M. le secrétaire perpétuel est allé chercher lui-même ce confrère, qu'il a introduit dans la salle des séances. Nous tenons d'autant plus à enregistrer cette attention de M. le Secrétaire perpétuel qu'il n'a pas, jusqu'à ce jour, gâté la Presse sous ce rapport.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Sur un extrait de rate agissant comme hémostatique

MM. Th. Landau et Hirsch (*Berlin. klin. Woch.*, 30 mai 1904), au cours de travaux visant la recherche d'un traitement opothérapique du cancer et de l'anémie, ont préparé un extrait splénique qui s'est trouvé être doué de propriétés hémostatiques. Bien que ce produit ait été baptisé du nom de « stagnine », il n'appartient nullement à la catégorie des « spécialités », si nombreuses de nos jours, dont le mode de préparation demeure inconnu. En effet, la stagnine est obtenue d'après la méthode générale de l'*autolyse*, telle qu'elle a été élaborée par le professeur Salkowski.

Voici comment on procède à sa préparation :

Une rate toute fraîche de cheval est râpée avec un coutelas stérilisé sur une nappe aseptique, de façon à en extraire la pulpe, rejetant toutes les parties fibreuses. On mélange ensuite 100 gr. de cette pulpe avec 100 cc. d'une solution de chlorure de sodium à 0,91 %, 1 gr. de solution de soude et quelques gouttes de chloroforme (pour empêcher toute décomposition). On agite ce mélange dans un flacon bouché, puis on le laisse reposer à une température de 30 à 37°. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, on décante et on filtre. On a alors un liquide d'un rouge plus ou moins foncé, qui, comme l'ont montré les expériences sur les animaux, est dépourvu de toute toxicité et qui est déjà susceptible d'exercer une action hémostatique. Mais on obtient un produit beaucoup plus actif encore en précipitant ledit liquide par l'alcool. Le précipité, recueilli sur un filtre, lavé à l'alcool, puis séché, est une poudre jaune rougeâtre qui donne avec l'eau une solution limpide de même couleur. C'est la stagnine proprement dite.

L'action hémostatique de ce produit n'a été vérifiée jusqu'ici que dans les métrorragies de causes diverses (fibromyomes utérins, endométrite, annexite, hémorragies de l'âge critique) et dans un cas d'hémophilie. Elle aurait été des plus manifestes dans la plupart de ces observations. Le *modus faciendi* a consisté à injecter chaque jour, dans l'épaisseur des muscles fessiers, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, une pleine seringue de Pravas de solution de stagnine. Les auteurs du présent mémoire n'indiquent pas le titre de la solution dont ils se sont servi. Il est toutefois à supposer qu'elle devait être concentrée.

Ces injections, toujours bien supportées, ne provoquaient jamais d'augmentation de la pression sanguine qui, au contraire, se trouvait plutôt abaissée. MM. Landau et Hirsch en concluent que l'action hémostatique de la stagnine provient non pas d'un effet vasoconstrictif, mais de ce que ce médicament augmente la coagulabilité sanguine.

L'infusion de valériane en lavements contre les vomissements incoercibles de la grossesse

M. E. Scaramucci (*Gaz. degli ospedali*, 29 mai 1904) relate deux faits de vomissements incoercibles de la grossesse ayant rapidement cédé à l'emploi de lavements d'infusion de valériane, après échec des moyens habituels de traitement de cette complication. On administrait trois lavements par jour. Dans la première de ces observations, les vomissements s'arrêtèrent dès le troisième jour ; la seconde malade cessa de vomir après le cinquième lavement. L'auteur estime que, dans ces deux cas, la valériane a exercé une action calmante sur les réflexes, à point de départ utérin, qui déterminaient les vomissements. Or, tenant compte des faits publiés récemment par M. Condamin (de Lyon), dans lesquels la guérison de vomissements incoercibles de la grossesse a été obtenue sous l'influence de lavements d'eau salée, joints à la diète absolue, il y aurait lieu de se demander si ce n'est pas par la simple absorption d'eau que les lavements d'infusion de valériane ont agi dans les deux observations de notre confrère italien. Dans son mémoire, cet auteur n'indique pas la quantité de liquide qu'il faisait introduire avec chaque lavement, mais il est à supposer qu'elle était abondante.

Le décubitus latéral gauche comme moyen de couper une attaque d'épilepsie

Au dire de M. **Mac Conaghey** (*British. Med. Journ.*, 28 mai 1904), il suffirait de coucher et de maintenir sur le flanc gauche un sujet en proie à un accès de mal comitial pour faire avorter l'attaque épileptique. Appliqué dès la phase tonique de l'accès, ce moyen préviendrait l'apparition des convulsions cloniques ; le malade reprendrait connaissance après une courte période d'état comateux. Le décubitus latéral droit n'exercerait pas d'influence suspensive sur les crises d'épilepsie. L'auteur ne donne pas d'explication de ces faits dont il doit la connaissance, purement empirique, à une infirmière de son service d'aliénés à Macclesfield.

La résorcine contre l'eczéma aigu

Contre l'eczéma, la résorcine n'est guère employée que dans les formes séborrhéiques de cette dermatose. Or, s'il en faut croire M. **Clark** (*Boston Med. and. Surg. Journ.* et *Med. Record*, 14 mai 1904), elle serait un moyen souverain pour la période inflammatoire des éruptions eczémateuses avec prurit intense. La résorcine agirait ici comme calmant et comme antiphlogistique. On l'emploie soit en solution aqueuse à 4 %, dont on imbibe de petites compresses de toile ou de gaze tenues, appliquées sur la partie malade, soit sous la forme d'une pommade ainsi formulée :

Résorcine médicinale.... 1 gr. 20
Faire dissoudre dans :
Alcool.................. Q. S.
Verser cette solution dans :
Pommade à l'oxyde de zinc préalablement liquéfiée par la chaleur. 30 gr.

Dans certains cas, alors qu'on se propose de décaper la surface atteinte de la peau, on ajoute 0 gr. 30 à 0 gr. 60 d'acide salicylique à la pommade résorcinée.

L'auteur estime que la résorcine peut être employée avec avantage pour le traitement local de toutes les dermatoses aiguës de la surface cutanée, notamment de l'érysipèle, des érythèmes et du zona.

Thyroïdite chronique

Les observations de thyroïdite provoquée par la médication iodurée sont fort peu nombreuses dans la littérature médicale. Au dernier Congrès des médecins russes en mémoire de Pirogoff, M. Goundorov (*Roussky Vratch.*, 1901, n° 19) a communiqué un fait de ce genre. Le malade dont il s'agit, après avoir subi, pour des accidents syphilitiques secondaires, un traitement mercuriel pendant deux mois, prit ensuite de l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 65 environ par jour. Dès le quatrième jour, il sentit son cou se tuméfier; deux jours après, le corps thyroïde augmenta de volume au point de produire l'impression d'un véritable goître à la période initiale de son développement. L'état général ne présentait cependant rien d'anormal. Après suspension de l'usage du sel potassique, le corps thyroïde reprit, en une semaine, ses dimensions habituelles. Mais le goître se montra de nouveau quand, quatre mois plus tard, on fit un second essai de traitement ioduré. On se décida alors à renoncer définitivement à l'usage de l'iodure de potassium.

Ainsi donc, dans cette observation, la thyroïdite aiguë fut l'unique manifestation de l'iodisme.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

DÉPARTEMENTS

De la prophylaxie antisyphilitique des nourrices

Le médecin, qu'il exerce à la ville ou à la campagne, est journellement appelé par les bureaux de nourrices, par les services de l'Assistance publique, par les nourrices, par les parents:

1° A délivrer un certificat attestant l'état de santé d'un nouveau-né et déclarant qu'il peut sans danger être confié à une nourrice;

2° A dire: si le nourrisson qui lui est présenté et sur lequel on constate des signes de dénutrition ou de cachexie, des affections de la peau ou des muqueuses, etc., est oui ou non syphilitique, et si l'allaitement doit être continué par la nourrice ou remplacé par l'allaitement artificiel?

La réponse à ces questions est grosse de conséquences pour l'enfant et pour la nourrice, car délivrer patente nette à un enfant syphilitique, c'est exposer sûrement la nourrice aux dangers de la contamination; suspendre l'allaitement si le nourrisson n'est qu'un débilité ou un simple cachectique, c'est multiplier pour lui les chances de mort dans d'effroyables proportions.

Or, comme on le sait, les symptômes de l'hérédo-syphilis se manifestent à des époques variables, depuis le jour même de la naissance jusqu'au troisième et même au quatrième mois.

Il faut remarquer aussi que, dans les trois premiers jours de la naissance, les manifestations spécifiques extérieures (le pemphigus à part) sont rares; elles deviennent plus fréquentes à partir de la première semaine pour atteindre leur maximum de la troisième à la cinquième semaine; elles décroissent ensuite progressivement et redeviennent rares après la huitième semaine.

Il existe donc une période en apparence silencieuse pendant laquelle les signes spécifiques de la syphilis extérieure font défaut, et ceux de la syphilis organique ne sont pas toujours appréciables; à ce moment, il est impossible au médecin, s'il est appelé à se prononcer sur l'existence de la syphilis, de répondre d'une façon affirmative.

En somme, le problème est particulièrement ardu, à tel point que M. le prof. Gailleton — dont la compétence en l'espèce est si considérable — vient de tenter de le solutionner devant la Société de médecine de Lyon.

Pour cela il distingue trois groupes de nouveau-nés : les porteurs de lésions spécifiques, les suspects, les bien portants en apparence, et propose de prendre vis-à-vis de chacun de ces groupes les mesures suivantes :

a) *Tout enfant porteur de lésions spécifiques* doit être allaité par la mère. En cas d'impossibilité absolue il sera élevé au biberon; il ne sera jamais donné à une nourrice.

La même règle de conduite sera adoptée à l'égard *d'enfants nés de parents syphilitiques*, que la maladie des parents soit récente ou ancienne, qu'elle ait frappé les deux géniteurs ou l'un d'eux seulement, et quel que soit le bon état de santé apparente du nouveau-né.

b) Seront considérés comme *suspects* et ne seront confiés à une nourrice qu'après une période d'épreuve de quatre à six semaines pendant laquelle ils seront nourris par la mère ou artificiellement.

L'enfant né de parents inconnus (enfants exposés).

L'enfant né de parents sur lesquels les renseignements fournis par l'examen direct et par l'interrogatoire sont incomplets (père absent ou inconnu).

L'enfant présentant les petits signes de la syphilis héréditaire, et, en première ligne, la *lourdeur du placenta*, la *déviation de la courbe d'accroissement*, l'*aspect vieillot, cachectique*, etc.

c) Les nouveau-nés envoyés en nourrice soit par les familles, soit par les administrations hospitalières, sont expédiés à la campagne dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Ce *modus agendi* enlève toute garantie au point de vue de la prophylaxie des nourrices, puisque les symptômes spécifiques font souvent défaut chez le nouveau-né dans les premiers jours de la naissance. Il est donc de toute nécessité de reculer le moment où l'enfant est envoyé en nourrice. Il faudrait le garder de quatre à six semaines pendant lesquelles la mère le nourrirait. Pratiquement, la chose serait difficile à réaliser pour le moment et M. Gailleton s'arrête provisoirement aux mesures suivantes :

« Dans les Maternités, les accouchées seront gardées pendant quinze jours. Les femmes mariées et filles-mères qui veulent nourrir leur enfant et qui, pour des motifs particuliers, seraient obligées de partir plus tôt, seront invitées à venir à la consultation de nourrissons annexée à chaque Maternité. Des primes spéciales et suffisantes seront affectées à encourager cet allaitement maternel.

« Les filles-mères qui ne veulent pas garder leur enfant seront hospitalisées pendant une période supplémentaire, de deux à quatres semaines, et pendant ce temps donneront le sein à leur enfant.

« En cas de refus absolu par l'accouchée de prolonger son séjour pendant cette période, le nouveau-né sera nourri artificiellement.

« Il sera créé une annexe, nourricerie et pouponnière, dans laquelle seront transférés les mères et les nouveau-nés pendant la période d'observation qui suivra leur sortie de l'hôpital.

« Comme mesures transitoires et applicables immédiatement : fixer à quinze jours la durée d'hospitalisation des accouchées; faire visiter le nourrisson tous les dix jours pendant le premier mois de son arrivée chez la nourrice. »

G.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Masson

Technique du traitement de la coxalgie, par M. Calot (Paris, 1901).

La haute compétence et la longue expérience du Dr Calot en matière d'orthopédie, font de son ouvrage un livre utile dont la nécessité s'imposait, étant donné la pénurie des traités pratiques d'orthopédie.

Ce travail est le premier d'une série de fascicules qui seront consacrés à la technique du traitement des tumeurs blanches, de la luxation congénitale de la hanche, du mal de Pott, du pied bot, etc.

L'auteur expose tous les cas de coxalgie qui peuvent se rencontrer dans la pratique, et indique, pour chacun, un traitement net et précis; il signale ce qui peut advenir en cours de route avec le traitement indiqué, et précise la manière de se conduire.

L'ouvrage de M. Calot comprend deux

parties. La première est consacrée à l'étude technique des moyens thérapeutiques; la seconde à l'étude clinique de la coxalgie.

Dans la première partie, deux chapitres préliminaires sont consacrés au diagnostic précoce de la coxalgie et au pronostic. Nous avons lu avec intérêt ces deux chapitres, dont l'un est une étude clinique très claire et très complète, et l'autre la réponse que le médecin est souvent fort embarrassé de donner à ces trois questions : l'enfant guérira-t-il? comment et quand sera-t il guéri?

Après l'exposé des principes généraux du traitement de la coxalgie, l'auteur décrit la technique de l'appareil plâtré en insistant avec raison sur les détails qui font qu'un appareil est inutile ou parfait. Il étudie ensuite successivement la correction, sous chloroforme, des attitudes vicieuses, la ténotomie, la rupture des tendons, l'ostéotomie, dont le manuel opératoire est décrit avec une précision remarquable, l'ostéoclasie, le traitement de l'abcès fermé, le traitement des fistules, la résection de la hanche, le traitement du déboitement de la hanche causé par la coxalgie; le dernier chapitre renferme la technique du moulage et de la fabrication d'un appareil amovible en celluloïd.

La seconde partie, réservée à la clinique, est l'exposé des divers cas, des différents aspects sous lesquels la coxalgie se présente : l'auteur indique comment on peut associer et combiner pour chaque cas les moyens thérapeutiques décrits dans la première partie, qu'il s'agisse de coxalgie avec allongement du membre, avec raccourcissement, avec abcès, avec fistule, etc. Le dernier chapitre spécifie la conduite à tenir pendant la convalescence, et cette partie de l'ouvrage ne sera pas la moins appréciée des jeunes praticiens.

En somme, comme le montre l'auteur, le traitement de la coxalgie se réduit à savoir : 1° assurer le repos de la hanche; 2° corriger une attitude vicieuse; 3° maintenir très exactement cette correction par un appareil plâtré *bien fait*; 4° ponctionner un abcès et, au besoin, drainer l'articulation de la hanche.

En résumé, voilà un livre que tous les médecins apprécieront et consulteront avec profit.

Dr G. Berruyer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 8 juin. — *M. Bardet* : De la prépondérance des lésions du système cérébro-spinal dans l'étiologie et le pronostic de la mort apparente. — *M. Noreau* : Des résultats fonctionnels défectueux de certaines gastro-entérostomies et des moyens d'y remédier. — *Mme Astaouroff* : Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. — *M. Saintignon* : Laënnec. Sa vie et son œuvre. — *M. Dupuy* : Le cœur dans le syndrome rhumatisme chronique primitif. — *M. Ferreyrolles* : Les eaux de La Bourboule et leur action dans les dermatoses.

Jeudi 9 juin. — *M. Levadoux* : De l'emploi de la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre et la vessie chez l'homme et la femme. — *M. Sanson* : De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes (kystes de l'ovaire et hydrosalpinx). — *M. Létinois* : Essai sur les pleurésies métadiphtériques. — *M. Acher-Dubois* : Rapports du pouls et de l'élimination urinaire dans la fièvre typhoïde.

NOUVELLES

UN EXEMPLE A SUIVRE

M. le prof. Lannelongue vient de fonder une bourse de 1200 francs en faveur d'un étudiant en médecine de l'Université de Paris, issu d'une famille domiciliée depuis dix ans au moins dans le département du Gers, et de préférence dans l'arrondissement de Condom.

CHAIRES NOUVELLES

Le Conseil de l'Université de Paris, réuni ce matin sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie, a autorisé l'ouverture de trois cours libres à la Faculté des sciences.

Les titulaires de ces trois cours sont : MM. Dienert, hydrologie appliquée à l'hygiène; V. Henri, chimie physique appliquée à la biologie; Marage, physique biologique (la phonation et l'audition).

HONORAIRES DUS AUX MÉDECINS POUR ACCIDENTÉS DU TRAVAIL SOIGNÉS AUX QUINZE VINGT

Le ministre de l'Intérieur — à la suite d'un mémoire signé par les chefs de service des Quinze-Vingt — a décidé que les accidentés du travail soignés dans cet établissement paieraient, non seulement un prix de journée, mais encore des honoraires médicaux calculés d'après le tarif établi par la Société d'ophtalmologie.

Cette décision ministérielle méritait d'être signalée. Ce sera sans doute un encouragement à M. Mesureur pour appliquer, dans les hôpitaux de l'Assistance publique, une mesure prise dans un hôpital de l'Etat.

« L'UNION MÉDICALE » ET LE CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT

Il s'est formé dernièrement, à Paris, une Société dite « Union médicale », ayant pour but d'assurer à l'abonnement les soins médicaux à la population qui forme la clientèle moyenne des praticiens. La chose ne pouvait laisser les médecins indifférents, et le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement vient de voter le texte ci-dessous :

« Considérant que les règles de la déontologie condamnent tout traitement médical à forfait, parce que, dans de telles conditions, l'intervention du médecin ne peut avoir pour le malade toute l'efficacité désirable, qu'elles condamnent également toutes les manœuvres ayant pour but d'attirer par des moyens commerciaux la clientèle;

« Proteste énergiquement contre l'organisation de la Société dite « l'Union médicale », attire l'attention des confrères sur l'incorrection qu'il y a à participer à cette institution... »

Du reste, nombre de confrères qui avaient adhéré à l'Union, croyant qu'il s'agissait d'une sorte de société de secours mutuels pour les petits employés, ont depuis démissionné.

COMMISSION SUPÉRIEURE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRE

Le ministre de la guerre a soumis à la signature du président de la République un décret instituant une commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaire.

Cette commission, présidée par M. Brouardel, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, comprend :

MM Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Cornil, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France; Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Chantemesse, membre de l'Académie de médecine; Chauffard, membre de l'Académie de médecine; Kelsch, médecin inspecteur de réserve, membre de l'Académie de médecine; Claudot, médecin inspecteur; Delorme, médecin inspecteur, membre de l'Académie de médecine; Catteau, médecin inspecteur; Veillard, médecin inspecteur, membre de l'Académie de médecine; Kermorgant, médecin inspecteur de l'armée coloniale, membre de l'Académie de médecine.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

MÉDECINE MILITAIRE

La commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires

Dans notre précédent numéro nous avons annoncé la création, près le ministre de la guerre, d'une commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires, et nous en avons donné la composition (page 512). Depuis, a paru au *Journal Officiel* le rapport adressé au Président de la République par le Ministre de la guerre à l'appui de sa proposition, rapport qui mérite d'être reproduit, car c'est là que l'on peut trouver l'idée directrice qui a été le point de départ de ce nouvel organisme. Voici donc ce document :

Paris, le 31 mai 1904.

Monsieur le président,

Les questions d'hygiène et d'épidémiologie militaires prennent chaque jour plus d'importance et elles passionnent souvent à juste titre l'opinion publique.

Il m'a paru, dans ces conditions, qu'il y aurait avantage à instituer auprès du ministre de la guerre, pour l'éclairer au besoin, de ses avis, une commission médicale supérieure où se trouveraient réunis de hauts représentants civils de la médecine et des médecins inspecteurs de l'armée.

Le nombre de ses membres serait de treize, dont sept civils, choisis parmi les médecins qui font partie de l'Académie de médecine et sont spécialement connus par leurs travaux sur l'hygiène et les maladies épidemiques, et six militaires qui seraient désignés parmi les médecins inspecteurs généraux ou les médecins inspecteurs de l'armée, des cadres actifs ou des cadres de réserve.

Une commission ainsi composée me semblerait offrir toutes les garanties possibles de compétence et d'impartialité.

Elle se réunirait au ministère de la guerre, sur ma convocation, pour délibérer sur les questions d'hygiène et d'épidémiologie que je jugerais à propos de lui soumettre.

Si vous approuvez ces propositions, je vous prie de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint, qui règle la composition et le fonctionnement de la nouvelle commission qu'il s'agit d'instituer.

Veuillez agréer, etc.

Général L. André.

A la suite de ce rapport M. le Président de la République a signé le décret suivant :

Article premier. — Une commission supérieure de médecins civils et militaires est instituée à Paris, pour donner son avis au ministre de la guerre sur les questions d'hygiène et d'épidémiologie que le ministre jugera à propos de soumettre à son examen.

Art. 2. — La commission comprend treize membres dont sept civils, choisis parmi les médecins qui font partie de l'Académie de médecine, et six militaires, pris parmi les médecins inspecteurs généraux ou les médecins inspecteurs de l'armée appartenant aux cadres actifs ou aux cadres de réserve.

Le ministre de la guerre nomme tous les membres de la commission.

Toutefois, l'un des membres militaires est, de droit, le directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Art. 3. — Le ministre de la guerre désigne comme président de la commission un des membres qui la composent.

Il adjoint à la commission, comme secrétaire, un membre de la section technique du service de santé au ministère de la guerre.

La commission se réunit au ministère de la guerre sur la convocation du ministre.

Les résultats de ses délibérations sont transmis au ministre par son président.

Art. 4 — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris le 31 mai 1904.

Maintenant, il nous semble assez facile de saisir le pourquoi de ce décret. En tout cas, voici comment il nous apparaît.

Il fut un temps où les hommes politiques croyaient, comme le reste des Français, à la réalité de notre vieux proverbe : « A chacun son métier et... ». A cette époque, on pensait que les hommes qui connaissaient le mieux l'épidémiologie et l'hygiène militaires étaient les médecins qui passaient leur vie dans l'armée, accompagnant le soldat jusque sur le champ de bataille, et sur lesquels chaque épidémie prélève une dîme que ne connaissent pas les combattants. A cette époque, on n'avait pas encore oublié que Michel Lévy avait créé l'enseignement de l'hygiène en France, et que ses élèves s'appellent Vallin et Laveran; on n'avait pas oublié que c'est encore au Val-de-Grâce qu'a pris naissance l'épidémiologie, à laquelle les noms de Colin et de Kelsch sont attachés pour toujours.

Depuis, nous avons changé tout cela. Pour certains journaux, que nous ne qualifierons pas, les médecins militaires sont devenus des « culottes de peau », des « ignorantins du Val de Grâce », etc... A la tribune du Parlement, on a pu entendre la même note, et les confrères politiciens ont fait leur partie dans ce concert. Ce ne sont pas seulement les « majors » des corps de troupe dont les ratés de la profession ont décrété l'incapacité notoire, mais les « inspecteurs » eux-mêmes n'ont pas trouvé grâce devant eux.

Le général André désireux, comme tout ministre, de ne pas être mis en minorité, crut désarmer ses ennemis en retirant les inspections aux inspecteurs et en les confiant à qui l'attaquait si vivement. Mais ce fut peine perdue; il ne put désarmer ses adversaires.

C'est alors que le ministre de la guerre dut songer à se couvrir vis-à-vis du Parlement, de l'avis de médecins, que leurs confrères n'oseraient peut-être pas accuser — du moins tout de suite — d'incapacité notoire. Dans cet ordre d'idées, il devait naturellement s'adresser à l'Académie. Tel est, croyons-nous, l'enfantement de la « Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires », qui ne serait, pour le ministre de la guerre, qu'un paratonnerre destiné à le mettre à l'abri de la foudre médico-politique.

Pour le ministre, la combinaison est donc avantageuse. D'autre part, elle ne nous paraît pas mauvaise pour les médecins militaires; ils y gagneront, sans doute, de ne plus être injuriés chaque matin, et ne peuvent être que flattés de la composition de la Commission, puisque « inspecteur kif kif académicien. »

Dr Noel.

CORPS DE SANTE MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Beaussenat, méd.-maj. de 2e cl. à l'école polytechnique.

CONCOURS AU VAL-DE-GRACE

Un concours s'ouvrira, le 15 septembre 1904, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'emploi de professeur agrégé de la chaire « Diagnostic chirurgical spécial. »

Les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à concourir.

Les médecins-majors qui désireront prendre part à ces concours adresseront au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau), avant le 15 août prochain (terme de rigueur), une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs divers chefs et transmise par la voie hiérarchique.

ARMÉE TERRITORIALE

LÉGION D'HONNEUR

A été inscrit d'office au tableau de concours de 1903 :

Pour le grade de chevalier.

M. de Nabias, méd.-major de 2e cl. de territoriale, aff. à la 18e région de corps d'armée.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Ortal, 4 Couteaud, 5 Cognes, 6 Laffont.

MM. les médecins principaux :

1 Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Le Méhauté, Gazeau, Rousseau, Mercier, Thémoin, Michel, Bourdon.

11 Damany, Négretti, Gauran, Bourrit, Durand, Mazet, Valence, Labadens, Ménier.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Bonnefoy, Viancin, Sisco, Glérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius.

11 Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Titi, Viguier.

21 Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Baret.

31 Castaing, Merleau-Ponty, Crozet, Liffran, Delaporte, L'Eost, Duranton, Penon, Dargein.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Bourges.

TRAVAUX ORIGINAUX

Réflexions à propos de 25 opérations pratiquées sur l'estomac et l'intestin

Par M. DUBARD

Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon, médecin des hôpitaux.

Ayant pratiqué, au cours de l'année écoulée, un certain nombre d'interventions sur l'estomac et l'intestin, j'ai pu observer quelques faits qui me paraissent intéressants si on les rapproche des observations purement médicales. Mes réflexions paraîtront peut-être naïves aux chirurgiens de profession, plus préoccupés de faire vite que des suites de leur opération. Mon excuse, c'est d'être avant tout médecin.

Il importe de signaler la fréquence des accidents d'inhibition au cours des interventions sur l'estomac chez l'homme et les animaux. Surtout chez les vomisseurs, les tractions opérées sur l'estomac, les manœuvres d'exploration de ce viscère et des premières portions de l'intestin déterminent des réflexes sur la sphère supérieure de distribution des pneumogastriques : cœur et poumon. Ces actions se traduisent par des irrégularités du pouls, des arrêts respiratoires, et même des syncopes graves (3 fois sur 25 opérés).

Il est vraisemblable qu'il faut attribuer à ce mécanisme de réflexes inhibitoires un cas de mort, survenu le quatrième jour, chez un malade opéré pour néoplasme, trop tardivement il est vrai. Dès la fin de l'opération, le pouls montait à 130 et oscillait jusqu'à la fin entre 120 et 150 à la minute. Aucune élévation de température, aucune réaction inflammatoire; à peine quelques régurgitations accompagnant un état nauséeux et un peu d'œdème du poumon. Il est possible que des lavages de l'estomac, en supprimant une cause d'irritation sur les terminaisons des vagues, eussent pu sauver ce malade.

C'est à l'état de choc, à l'inhibition qu'est due la fréquence des accidents pulmonaires consécutifs aux gastro-entérostomies. Cet état de choc, joint à l'irritation locale due au chloroforme ou à l'éther sur la muqueuse des bronches, réalise sur l'homme une expérience de laboratoire connue, destinée à montrer comment le poumon se laisse envahir par une inflammation à laquelle il est réfractaire à l'état normal.

Les vomissements hémorragiques graves, que nous avons notés chez plusieurs de nos opérés (5 fois sur 25), doivent ressortir de ces mêmes troubles de l'innervation.

On ne saurait passer sous silence la persistance, même pendant une anesthésie profonde, de la contracture des muscles de la paroi. L'habitude de souffrir, d'immobiliser la région douloureuse, donne au spasme de ces groupes musculaires une résistance remarquable à l'hypnose.

Il faut rapprocher de ces faits la laborieuse chloroformisation de certains sujets nerveux, qui ont accepté courageusement l'intervention. Leur unique préoccupation, en s'étendant sur la table, est de montrer que leur courage est à l'abri d'une défaillance. Aussi, à mesure que le chloroforme diminue leur conscience des choses extérieures, leur cerveau, imprégné de l'idée de résister à la peur, par une déviation très naturelle de ce sentiment de lutter qui persiste malgré tout, les détermine à se défendre contre l'anesthésique qu'instinctivement ils sentent devoir annihiler leur personnalité. Aussi l'anesthésie complète est-elle très difficile à obtenir. Les malades respirent mal, poussent, s'agitent tant que dure l'opération.

Une remarque d'un autre ordre d'idées :

La dilatation, l'allongement des estomacs les plus grands, les plus disloqués, que nous avons ouverts, ne porte jamais que sur la portion prépylorique, c'est-à-dire la portion motrice de l'estomac. Certains, très déformés, présentaient la forme dite biloculaire. Il est inutile de donner ici les raisons, tirées de l'anatomie comparée et de la physiologie pathologique, qui expliquent cet allongement de l'antre prépylorique.

Au cours de 27 laparotomies, je n'ai pu déterminer que deux fois des mouvements de l'estomac par des excitations directes. Une fois j'ai pu assister au mécanisme de la contraction de l'antre prépylorique. Cinq fois il a été permis de voir l'intestin réagir par des mouvements à des excitations directes. Deux fois les manœuvres opératoires ont déterminé une abondante sécrétion de liquide pancréatique, en faisant un Y et une pyloroplastie. Il est juste d'ajouter que cette excitation sécrétoire, dans les autres opérations, a pu passer inaperçue à cause des pinces qui isolaient la partie du jéjunum à anastomoser.

Est-ce que cette inertie de l'estomac et de l'intestin devant des excitations directes prouve l'inefficacité du massage abdominal sur les mouvements et les sécrétions de l'estomac et surtout de l'intestin? Nullement. Si ces excitations n'ont produit que rarement de l'effet, c'était parce que directes et partant trop vives : une caresse agréable sur un épiderme sain deviendra une souffrance s'il est enflammé ou dénudé.

Ne vient-il pas à l'esprit qu'il faut faire de sérieuses réserves avant d'accepter, comme l'expression des actes naturels, les constatations des physiologistes, qui opèrent leurs expériences sur des animaux torturés et pas mêmes anesthésiés. Presque tous les résultats doivent être faussés par l'élément douleur, dont on ne tient pas assez compte dans les laboratoires, et par la nécessité où les observateurs se trouvent de forcer la dose de l'excitant pour avoir un semblant de résultat.

J'en arrive aux indications opératoires dans les affections de l'estomac.

J'ajouterai aux formelles et classiques indications des douleurs intolérables, des hémorragies répétées ou abondantes, des conséquences d'une sténose complète ou à peu près du pylore, quelques considérations.

On peut, sans exagérer, proposer la gastro-entérostomie à tout malade qu'un traitement médical rationnel n'a pas sérieusement amélioré au bout de trois à cinq mois.

Je fais exception pour les névropathes qui, même atteints d'ulcère, n'obtiennent pas d'une opération tous les avantages qu'on serait en droit d'espérer.

Les conditions sociales où vit le malade doivent peser d'un grand poids pour ou contre l'intervention.

S'il n'est pas exagéré de prolonger au delà d'une année le traitement dit médical d'un malade riche atteint d'ulcus, même compliqué de pylorisme, tenir la même conduite, pour un malade obligé de gagner sa vie, serait inhumain. Ce malade ne pourra jamais ou ne voudra pas se soumettre à un repos et à un régime prolongé, partant ruineux pour lui et les siens. Et ce serait reculer pour mieux sauter.

Ces raisons, et d'autres plus impérieuses encore, militent pour une prompte intervention chez les tuberculeux en puissance d'ulcus, car ici il faut avant tout rendre à ces infirmes l'intégrité de leur activité digestive.

Pour toute cette catégorie de sujets il faut opérer de bonne heure, ne pas temporiser, ni prendre pour argent comptant l'amélioration illusoire qui résulte toujours du repos au lit absolu et d'une alimentation très restreinte.

Cela ne dure pas, c'est un déjeuner de soleil.

***

A propos de tuberculeux, on ne peut qu'être frappé de la fréquence de l'ulcère gastrique chez eux.

Sur quinze ulcères opérés je trouve douze fois la tuberculose ou bien en évolution, ou bien guérie, mais ayant laissé sa signature dans les lésions anciennes et aujourd'hui sclérosées des poumons.

Cette fréquence est telle, si je m'en rapporte au nombre déjà important de malades que j'ai pu suivre, que j'ai sur l'étiologie de l'ulcère rond, et sur l'origine de bien des dyspepsies graves, des idées quelque peu anarchistes.

Je ne veux pas dire que les lésions de la muqueuse gastrique soient de nature tuberculeuse. C'est là une exception. Le lien qui unit la tuberculose du poumon à l'ulcus et aux troubles gastriques est tout autre. Les temps ne sont pas éloignés où il faudra reléguer au dernier plan une partie des causes étiologiques qui traînent dans les traités de médecine, pour ne voir dans l'ulcère rond qu'un trouble trophique, expression ou conséquence d'une névrite des vagues : la tuberculose créerait, à l'extrémité des terminaisons des pneumo-gastriques, des irritations suffisantes pour déterminer l'inflammation et l'irritabilité constante du nerf. A défaut d'examen nécropsique, ne suffit-il pas, en clinique, qu'un nerf soit douloureux sur son trajet et qu'à ses extrémités il existe des troubles de nutrition pour qu'on dise névrite. J'en appelle à la sciatique. Ne sait-on pas, en outre, qu'un nerf malade, ou irrité à l'une de ses terminaisons, peut réfléchir ailleurs le mal dont il souffre sous forme de lésion trophique. L'ulcère rond n'est il pas le type de lésion de ce genre?

J'ai pratiqué de fort nombreuses injections de tuberculine. Chez tous ceux qui ont réagi, j'ai été frappé de l'action de ce poison, action élective sur les pneumo-gastriques : dyspnée, palpitations, vomissements, etc. N'y a-t-il pas là quelque chose qui doive faire réfléchir.

Rentrons dans le domaine de l'observation clinique.

Chez tous les malades porteurs d'un ulcère confirmé l'exploration des vagues au niveau du cou a toujours montré l'un de ces nerfs ou les deux sensibles à la pression. Rien de semblable pour le cancer. Cela ne veut pas dire que tout malade, qui a un pneumo-gastrique sensible, soit atteint d'ulcère rond. Ce serait effacer d'un trait de plume toute la pathologie du médiastin, cœur et poumon compris. Mais l'état névritique des vagues, dans les cas d'ulcère ou de dyspepsies graves, me paraît affirmé par des troubles paroxystiques et des résonnances dans toute leur sphère : un trouble remplaçant l'autre, un cortège de symptômes devenant prédominant ou s'atténuant devant d'autres manifestations ; syndrome de Reichmann, asthme, palpitations de cœur, pseudo-angine de poitrine des dyspeptiques, poussées pulmonaires des emphysémateux à la suite d'écarts alimentaires, etc., etc. Au lieu de maladies distinctes, il est probable que l'on ne doit voir ici que des formes cliniques d'une même affection des nerfs pneumo-gastriques.

***

On ne saurait trop réagir contre l'opinion irréfléchie de ceux qui écrivent que l'estomac est un viscère inutile, une quantité négligeable dans la digestion. Quelles que soient les suppléances d'organes masquant longtemps parfois l'insuffisance gastrique, il arrive un jour où tout se détraque. Par son siège, par ses connexions nerveuses, par la sensibilité exquise de ses réactions aux sollicitations de l'appétit et des aliments, l'estomac doit être regardé comme la clef de voûte de l'édifice digestif. Les troubles profonds de la nutrition qu'entraînent ses lésions en sont la preuve pour tout esprit non prévenu. C'est ainsi qu'il suffit de régulariser par un traitement approprié le fonctionnement du pylore pour guérir une entérite rebelle. Je citerai l'exemple de deux opérés, atteints, concurremment avec leur ulcère gastrique, d'entérite membraneuse compliquée de poussées inflammatoires au voisinage du cæcum, et qui ont vu leur entérite s'amender puis disparaître aussitôt que la chasse périodique et abondante du chyme stomacal a pu s'effectuer dans l'intestin. Avec elle le spasme colique a cessé. C'est donc le bon fonctionnement du pylore qui est le régulateur automatique des selles et des actes de la digestion intestinale.

Il est juste de rappeler ici que c'est aux vagues qu'est départie la commande des phénomènes sous pyloriques dont dépendent l'ouverture ou la fermeture du pylore (Paulow).

***

Cette incursion dans le domaine de la physiologie stomacale nous conduit à dire quelques mots du chimisme gastrique.

On tend à négliger aujourd'hui ce procédé d'exploration après lui avoir donné trop d'importance. Cela vient peut-être de ce qu'on sait mal utiliser les données d'une analyse bien faite, ou insuffisamment les relier aux indications fournies par l'examen méthodique du malade. A l'instar d'une radiographie, il faut savoir lire un chimisme.

Nous serons très bref, réservant ce sujet pour un travail plus étendu.

Ne nous occupons pour l'instant que de l'acide chlorhydrique libre (H.), le facteur le plus important.

La plus ou moins grande abondance de H., après le repas d'Ewald, retiré au bout d'une heure, est fonction de l'appétit du sujet examiné. Cela est si vrai que H. varie très peu quelle que soit la teneur du repas examiné au bout d'une heure.

L'acide chlorhydrique libre dosé au bout d'une heure exprime donc l'intensité de la sécrétion du suc que Paulow nomme suc d'appétit, suc psychique, suc d'amorce.

Aussi est-ce aux heures habituelles des repas qu'il faut faire l'épreuve, de préférence le matin, alors que l'estomac est ordinairement vide. C'est donc une erreur grave de procéder à un lavage préalable de l'estomac, qui bouleversera le mécanisme de la sécrétion gastrique.

Il faut cependant faire une réserve pour les névropathes ou bien pour les malades qui ont été trop longtemps soumis à un régime trop sévère, à l'écœurement trop prolongé du lait par exemple. Chez ceux-ci il existe une baisse marquée de H. après le repas d'Ewald.

Comme corollaire, la diminution de H., son absence même, se rencontrent également chez les cancéreux, chez des malades divers, qui en sont arrivés à redouter l'ingestion des aliments, à cause sans doute de la douleur régulière que ceux-ci leur occasionnent.

Dans certaines vieilles dyspepsies on trouve H. très diminué, mais C. est augmenté. C'est-à-dire que tardivement il s'établit une sécrétion de suc suffisant pour digérer les albumines, se combiner à elles. Cette sécrétion ne dépendrait plus uniquement du désir des aliments, de l'appétit.

H. est diminué dans les vieilles gastrites, mais là on rencontre du chlore fixe (F.) en abondance.

Partout ou H. est diminué on note une anorexie remarquable ou un dégoût marqué pour certains aliments. Il est impossible de mettre sur le compte de l'inanition et de l'hypochloruration qui en résulte la baisse de H..

surtout que dans nombre de cas le chlore total est normal.

Il faut donc conclure que le repas d'Ewald nous renseigne surtout au point de vue de l'intégrité de l'innervation gastrique. La disparition de H. résulte bien plus d'un désordre grave des centres sécrétoires de l'estomac que d'une lésion spécifique de sa muqueuse.

Je m'arrête là en faisant remarquer que deux opérés pour cancer, une femme pour une cholécystite suppurée ont vu leur acide chlorhydrique libre réapparaître avec le retour de l'appétit et l'absence des douleurs.

Du reste, dans toute la pathologie gastrique et intestinale les désordres nerveux prédominent sur les processus inflammatoires et dégénératifs qu'ils précèdent d'ordinaire.

Nous donnons ci-dessous un résumé succinct de 25 cas que nous avons étudiés.

Les neuf premières observations se rapportent à des malades atteints de cancer.

Les suivantes à des malades porteurs d'ulcus en voie d'évolution ou cicatrisés.

Une dernière malade a été laparotomisée pour un cancer du pylore et en fin de compte a bénéficié d'une cholécystotomie. Elle est aujourd'hui guérie.

1° G..., quarante-sept ans. Passé gastrique, actuellement stase gastrique, sténose pylorique très serrée; on sent une masse dure autour du pylore. H. 0,27 ‰. Indications opératoires, amaigrissement considérable, vomissements, douleurs aiguës.

Diagnostic avant laparotomie : ulcère avec périgastrite probable.

Diagnostic après : cancer très étendu du pylore, adhérences anciennes au foie, abcès sous-phrénique.

Résultat : mort au sixième jour. Pleurésie purulente droite, péritonite purulente locale.

2° M..., cinquante-huit ans. Pas de passé gastrique, souffre depuis dix-huit mois, a perdu 32 livres depuis huit mois.

Actuellement stase, sténose complète, vomissements périodiques de tous les ingestes. H. 0; C. 1,20

Indications opératoires formelles.

Diagnostic avant : cancer du pylore, perceptible du reste, vérifié pendant l'opération.

Gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : survie treize mois avec dix à onze mois d'illusion d'un retour complet à la santé, avait gagné 38 livres.

3° C..., quarante et un ans, a souffert autrefois, longue bonne santé, digère mal depuis douze à treize mois, a perdu plus de 40 livres. Douleurs intolérables, vomissements paroxystiques, nombreuses hématémèses sans soulagement passager; on sent légère résistance au niveau du pylore, peu net du reste. H. traces; C.1,06.

Diagnostic avant : ulcère avec réserves à cause de son hérédité très chargée; horreur de la viande et des graisses.

Diagnostic après : cancer de la portion pré-pylorique déjà très étendu.

Gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : gain de 41 livres, retour à la santé, cultive activement ses terres, un an après H. 0,27; C. 1,62.

4° V..., trente-quatre ans. Pas de passé gastrique, souffre et maigrit depuis quatorze mois.

Indications opératoires : sténose complète, vomissements, douleurs intolérables, amaigrissement squelettique.

Diagnostic avant : cancer, vérifié exact au cours de la gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : gain de 23 livres en trois mois. Mort six mois après opération.

5° G..., soixante-cinq ans. Pas de passé gastrique, maigrit, souffre depuis huit mois, vomit tout depuis un mois.

H. 0; F. 1,60; C. 1,10.

Diagnostic avant : cancer région prépylorique.

Diagnostic après : cancer queue du pancréas avec généralisation au mésentère et au mesocolon.

Laparotomie purement exploratrice sauf quelques brides libérées.

Résultats : cessation des vomissements pendant un mois et demi après l'opération. Mort au bout de cinq mois.

6° L..., cinquante-neuf ans. Pas de passé gastrique, souffre depuis deux ans, amaigrissement de plus de 40 livres depuis six mois, deux très fortes hématémèses récemment.

Sténose complète du pylore, tumeur perceptible.

Diagnostic : cancer du pylore, gastro-entérostomie postérieure; malgré grande célérité, arrêts respiratoires fréquents, troubles cardiaques, après opération pouls 120 à 130.

Résultats : mort par inhibition le quatrième jour. 37°. Pouls reste entre 120 et 140, filiforme. Aucune réaction péritonéale.

7° N..., soixante et un ans. Ulcéreux connu depuis huit à dix ans. Très hyper autrefois, aujourd'hui H = traces.

A perdu l'appétit. « Sa maladie a changé », réclame l'intervention.

Indications, sténose incomplète. Vomissements par crises, souffrances et amaigrissement.

On trouve une vieille cicatrice d'ulcus sur la petite courbure autour de laquelle, sur le bord antérieur seulement, poussent des bourgeons épithéliomateux.

Gastro-transmésocolique en Y.

Résultats : mort le onzième jour de pneumonie.

8° S..., cinquante-sept ans. Porteur d'un estomac énorme depuis plus de deux ans, a refusé l'intervention maintes fois, la réclame parce qu'il meurt de faim et vomit tout. H, traces.

Indications : sténose complète et ses conséquences.

Diagnostic avant cancer, vérifié exact.

Seule une petite partie saine de l'estomac permet une anastomose à la face antérieure, tout le reste est soudé aux viscères voisins.

Résultats : survie trois mois et demi. diarrhée fétide.

9° B..., cinquante-deux ans. Passé hépatique, a perdu plus de 40 livres depuis trois mois, vomit tout.

La sonde retire de l'estomac 6 à 7 litres de liquide putride.

Réclame une intervention qui est faite malgré que la température soit à 38°5 le matin de l'opération. Les adhérences et l'état de la paroi postérieure de l'estomac ne permettent qu'une gastro-entérostomie antérieure qui est faite très rapidement.

Résultats : mort dans les vingt-quatre heures d'œdème et de congestion pulmonaire.

10° D..., h., cinquante-huit ans. Depuis longtemps signes classiques d'ulcus avec recemment sténose pylorique presque complète.

Indications : douleurs atroces, amaigrissement extrême.

Diagnostic avant : ulcus avec réserves à cause de l'inappétence absolue (de crainte de souffrir peut-être).

Diagnostic après : ulcus avec périgastrite, péritonite adhésive entre pylore et face inférieure du foie.

Gastro-entérostomie postérieure très facile.

Résultats après six mois : mange de tout, ne souffre plus, a gagné 12 livres.

11° V..., f., cinquante-huit ans. Long passé gastrique ayant succédé à des bronchites répétées.

Aujourd'hui hématémèses profuses, douleurs, sténose intermittente. *Pneumogastrique droit très sensible.*

Indications : amaigrissement excessif, hématémèses, gastro-entérostomie postérieure. Diagnostic d'ulcus vérifié. *Syncope au moment où je tire sur l'estomac.*

Résultats : resurrection, depuis dix-neuf mois, mange de tout, ne souffre plus, état de santé inconnu jusqu'à ce jour; gain 44 livres.

12° Ch.., h., trente-neuf ans. Tuberculose pulmonaire droite ancienne, gauche plus récente en évolution. Signes classiques d'ulcus, hématémèses, syndrome de Reichmann. *Pneumogastrique gauche sensible.* H. 0,21, redoute de manger à cause des douleurs.

Gastro-entérostomie postérieure très facile.

Résultats excellents, reprise du poids, des forces. Lésions pulmonaires améliorées depuis vingt mois.

13° M..., h., vingt-huit ans. Lésions pulmonaires anciennes à droite. Névropathe. Signes classiques d'ulcus, hématémèses, mélœna, douleur non améliorée par traitement sévère, maigrit, etc., réclame délivrance parce qu'obligé de gagner sa vie. *Les deux pneumogastriques sont douloureux.* H 0,27.

Gastro-entérostomie postérieure très laborieuse, 2 h. 3/4. Pousse, se défend. Hémorragies profuses, arrêts respiratoires, etc...*Syncope*. Hématémèses postopératoires très graves.

Résultats médiocres, souffre toujours du dos, a augmenté de 12 livres et mange de tout.

14° B..., h., cinquante-six ans, tousse depuis 1870. Passé gastrique, hématémèses, douleurs, vomissements paroxystiques, très anémié.

Indications opératoires : hématémèses répétées, vomissements paroxystiques, amaigrissement. *Pneumogastrique droit douloureux.*

Gastro-entérostomie postérieure. Ulcus de la portion prépylorique. Opération laborieuse, hémorragies, arrêts respiratoires.

Résultats excellents sauf grosse hématémèse post-opératoire. Santé parfaite depuis dix-sept mois.

15° J..., h., trente ans. Sommet droit emphysémateux, tousse tous les hivers. Signes classiques d'ulcère. Pneumogastrique droit douloureux.

Indications : amaigrissement, syndrome pylorique.

Résultats : trois mois après gain de 14 livres, digère tout, perdu de vue depuis.

16° Br..., f., vingt-sept ans. Tubercu-

lose avancée, passé gastrique; actuellement hématémèses, douleurs, sténose complète, réclame une intervention.

Diagnostic : ulcère avec périgastrite, vérifié exact.

Opération très facile. Gastro entérostomie postérieure. *Syncope*, graves hématémèses post opératoire.

Résultat : mort le septième jour, hémorragie foudroyante.

17° V..., h., quarante-deux ans. Vieille lésion sommet droit guérie. Passé gastrique, signes classiques d'ulcus, actuellement sténose complète, douleurs, état squelettique; opéré sur sa demande. H. 1,21.

Gastro-entérostomie postérieure très facile.

Résultat, trois ans et demi après, excellent, avait repris 34 livres après trois mois.

18° M..., f., vingt-neuf ans. Tuberculose du sommet droit en évolution lente, depuis deux ans signes d'ulcus. Colite muco-membraneuse, rechute très grave, rien ne passe. Douleurs intolérables, vomissements incoercibles. *Pneumogastrique droit très sensible*

Gastro-entérostomie postérieure. Hématémèse post-opératoire peu grave.

Résultat : cessation des vomissements, des douleurs; reprise des forces et du poids. Selles régularisées et normales.

19° G..., h., quarante-deux ans. A toussé plusieurs hivers, signes classiques d'ulcus, très hyperchlorhydrique, syndrome de Reichman. *Pneumogastrique droit très sensible*. Actuellement sténose spasmodique, hématémèses, douleurs.

Gastro-entérostomie postérieure très facile.

Résultat excellent : gain de 17 livres en un an; s'alcoolise pour montrer qu'il est bien guéri.

20° M...,h., quarante et un ans. Signes classiques d'ulcus, hématémèses répétées, stigmates hystériques. H — traces. Sommet droit emphysémateux. Sténose spasmodique du pylore, douleurs. Entre temps spasme œsophagien.

Première laparotomie purement exploratrice par le Dr Cottin, me réclame six mois après une intervention commandée par les hématémèses, l'amaigrissement et les douleurs aiguës; se défend et pousse durant toute l'opération ; *syncope, hémorragies post opératoires* très graves.

Résultat : mort le vingt-septième jour; pleurésie droite et hémorragie gastro-intestinale. Autopsie : aucun ulcère, ni stomacal ni intestinal; hystérie gastrique?

21° G...,h., trente-six ans. Très hyperchlorhydrique autrefois, suivi depuis un an. H. 1,12; C. 1,60. Maigrit de 30 livres, souffre, vomit par crises, anorexie.

Diagnostic : ulcus avec doute. *Pneumogastrique gauche très sensible*. A l'exploration on reconnaît ulcère prépylorique petit.

Gastro-entérostomie postérieure très laborieuse, malade pousse, se défend.

Légère bronchite post-opératoire.

Résultat après cinq mois : ne souffre plus, mange tout, gain de douze livres.

22° D..., h., trente-cinq ans. Signes classiques d'ulcère, deux poussées appendiculaires, colite muco membraneuse; après dix huit mois de traitement médical réclame une intervention. Pneumogastrique droit très sensible.

Indications opératoires : souffrances aiguës, syndrome de Reichmann, amaigrissement, sommet douteux.

Diagnostic avant : ulcus guéri (prof. Hutinel).

Après ulcus prépylorique en activité. Opération très laborieuse, se défend jusqu'à la fin. *Hématémèse post-opératoire très abondante*, légère bronchite ensuite.

Résultat excellent, depuis un an ignore son estomac, a fait en septembre les manœuvres de corps d'armée.

Plus d'entérite muco membraneuse.

23° F..., f., stigmates hystériques, crises de grande hystérie, signes classiques d'ulcère, hématémèses, etc.

Gastro-entérostomie en Y.

Il existe un fort ulcus prépylorique. *Hématémèse post-opératoire*. Suites très simples.

Le onzième jour crise d'hystéro-épilepsie pendant la nuit, éventration complète, viscères répandus dans le lit sans que la malade s'en doute.

On resèque épiploons, toilette des intestins herniés. Mort quatre jours après cet accident. Broncho-pneumonie.

24° T..., f., cinquante-six ans. Ancien ulcus, a toussé dans sa jeunesse, emphysème, sténose cicatricielle ou réflexe. Alimentation impossible, amaigrissement rapide, colite muco-membraneuse.

Indications : crainte de néoplasme, laparotomie exploratrice, estomac très disloqué, le pylore est induré partie postérieure. Dans la crainte d'un noyau cancéreux est incisé. Cicatrice très nette et saine de vieil ulcère. *Syncope pendant exploration de l'estomac*.

Pyloroplastie.

Résultats excellents, actuellement digère tout. Plus de constipation ni de douleurs; gain en deux mois de 12 livres. Selles normales.

25° F..., f., cinquante-neuf ans. Passé gastrique, peut-être lithiase biliaire, maigrit et vomit tout depuis trois mois, anorexie absolue. On sent une tumeur qui paraît tenir au pylore. H. 0; C. 1,21; F. 1,27.

Diagnostic : cancer du pylore.

Opérée d'urgence à cause de l'inanition. Cholécystite suppurée. Estomac sain. Cholécystostomie.

Guérison complète; trois mois après H. 0,30. Appétit parfait.

En terminant, j'adresse à mon confrère Abrant mes remerciements pour l'aide précieuse qu'il m'a apportée au cours de ces interventions.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Fonctionnement de la loi Roussel (1)

Par M. le Dr Porack

Membre de l'Académie de médecine.

Quoique promulguée depuis vingt-neuf ans, la loi Roussel n'a été appliquée que très tard dans un certain nombre de départements. Actuellement elle ne fonctionne pas encore dans les départements de la Corse, du Tarn-et-Garonne et de la Vendée. Aussi de quarante départements aucun renseignement n'est parvenu à l'Académie.

(1) Cet article est le résumé du 1er chapitre du rapport adressé par M. Porak au ministre de l'Intérieur, au nom de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, rapport que nous avons signalé dans notre numéro précédent (p. 510) en indiquant que nous analyserions cet important document.

Le ministère de l'intérieur a institué une enquête basée sur les renseignements fournis par l'inspection départementale. Six rapports ne lui sont pas parvenus, de quelques départements où on est en droit de supposer que l'organisation de la Loi n'est pas régulièrement effectuée.

De ces divers documents, voici les renseignements qui se dégagent relativement au fonctionnement de la loi Roussel.

1° *Comités départementaux*. — « D'une façon générale, à de rares exceptions, ils limitent leurs travaux à un rapide ordre du jour auquel semblent se mêler d'autres préoccupations. »

Il y a un intérêt de premier ordre à rechercher les nourrices, sevreuses et gardeuses qui n'ont pas fait de déclarations légales. Le seul moyen économique et sûr d'y arriver serait d'accorder la franchise postale aux médecins-inspecteurs et aux agents chargés de dénoncer les infractions à la loi.

Les médecins-inspecteurs sont avisés par les mairies des placements et des décès des nourrissons ; mais lorsque ces enfants sont malades, ils n'ont pas qualité pour en aviser directement les parents. Ils sont bien chargés de le faire, mais par l'intermédiaire du maire de la commune où est placé l'enfant. Le maire de cette commune ne peut lui-même prévenir le maire de la commune d'origine de l'enfant que par l'intermédiaire du service d'inspection de son département.

« Il y aurait grand intérêt de simplifier cette filière de communications administratives qui est peu en usage parce que les secrétaires de mairie ne la connaissent pas ou parce que sa lenteur lui retire toute son efficacité. Les médecins-inspecteurs ne demanderaient certainement pas mieux que d'aviser directement les parents, mais ils ne peuvent pas, en vérité, supporter les frais de cette correspondance. Il faudrait donc leur accorder la franchise postale.

« Dans quelques départements, dans l'Allier, dans le Pas-de-Calais, les gardes-champêtres ou les facteurs ruraux ont été chargés d'indiquer à l'inspection départementale les nourrices, les sevreuses et gardeuses qui soignent les enfants sans en avoir fait la déclaration. S'il n'y a pas de gardes-champêtres partout, il y a partout des facteurs ruraux. On peut donc, suivant les localités, s'adresser à ces modestes collaborateurs. Les bons résultats qu'on a obtenus en ayant recours à leurs utiles offices devraient engager les Comités départementaux à les employer davantage. Ils possèdent assez d'indépendance pour qu'on soit assuré de leur concours, surtout si on l'encourage d'une prime modeste qui ne chargerait pas suffisamment le budget départemental pour justifier des objections sérieuses. Mais encore, comme pour les médecins, il faudrait leur accorder la franchise postale. On ne peut pas plus dans un cas que dans

l'autre, laisser à leur charge les frais de la correspondance.

« L'administration des Postes et Télégraphes objectera certainement que cette franchise postale pourrait entraîner des abus, et que, sous prétexte de service administratif, on ferait circuler des correspondances particulières. L'objection peut être facilement réduite à néant. Il n'y aurait qu'à imprimer des cartes postales en laissant en blanc le nom et l'adresse de la personne qu'on indique et de la personne à qui la missive est adressée. Dès lors ces cartes postales ne pourraient pas être employées à d'autres usages. »

2° *Commissions locales*. — « Leur procès n'est plus à instruire. Cet organisme de la loi doit disparaître. » D'après l'enquête ministérielle il n'y aurait que quinze départements où elles existeraient, et de celles-ci les unes ne fonctionnent pas, les autres voient leurs efforts annihilés par l'inimitié de leurs membres.

3° *Inspecteurs départementaux*.—« L'inspection départementale constitue un corps d'administrateurs très distingués. Il est constitué par des médecins d'origine et par des administrateurs de carrière qui ne se ressentent pas trop de leurs débuts ; les médecins ne sont pas esclaves de sentiments confraternels qui confineraient à la faiblesse, et les administrateurs s'assimilent facilement les notions, d'ailleurs simples, de l'hygiène des nouveau-nés. Leurs qualités reposent sur la conscience plus que sur la science médicale. Mais, cependant, les occupations qu'ils ont suivies dès le début de leur carrière, engagent vraisemblablement chacun d'eux vers un but de préférence médical ou administratif. »

4° *Maires*. — Les résultats de l'enquête sont, en général, défavorables.

« Dans les communes où les placements sont exceptionnels, ils sont, en conséquence, irréguliers. Les secrétaires de mairie n'ont pas l'habitude de s'intéresser à un nourrisson ou à quelques nourrissons qui sont reçus, pour ainsi dire, par hasard. D'ailleurs, il est même quelquefois difficile de constituer dans ces communes un conseil municipal, ayant quelque habitude des affaires; il n'y existe pas d'école, par conséquent, pas d'instituteurs, et alors pas de secrétaire de mairie. Dans ces endroits perdus, pas d'inscriptions régulières de nourrissons, pas de service médical organisé.

« C'est cependant dans ces localités où le paysan est le plus ignorant, le plus imbu de préjugés, et où la protection de l'enfance possède une utilité plus évidente, puisqu'il y a une importante propagande à faire pour répandre les saines notions de l'hygiène infantile.

« Dans les communes les plus importantes, recevant de nombreux nourrissons, les occupations administratives, les affaires personnelles, les intérêts électoraux du maire lui laissent peu d'indépendance pour faire exécuter la loi.

« Il résulte très nettement de l'enquête ministérielle que *la loi n'est pas connue*, mais que souvent cette ignorance est feinte. Il est hors de doute que l'on se trouve entraîné, par une pente naturelle, à une bienveillance excessive qui a pour conséquence d'apporter trop de modération dans l'action coercitive. C'est entre l'impunité et l'application de la loi que se trouve l'écueil. S'écarter d'une trop étroite sévérité ou d'une trop grande indulgence, appliquer la loi en y apportant quelque tempérament, en suivant l'indication des circonstances, mais l'appliquer : c'est l'issue qui apparaît à la situation.

« Il est nécessaire de rappeler par des affiches fréquentes les articles de la loi. Mais il ne faut pas se dissimuler que la loi entière, écrite en petits caractères, est difficile à lire et, pour les personnes ignorantes auxquelles elle s'adresse, difficile à comprendre. Il est donc nécessaire d'en distraire les articles qui intéressent surtout les nourrices, sevreuses et gardeuses, et d'y ajouter les articles du Code pénal qui peuvent leur être appliqués, et même de mettre en caractères et en formes spéciales les points qui doivent surtout fixer leur attention. Alors elles seront inexcusables de répéter leur perpétuelle défense : « Nous ne savions pas. »

« Les maires de Paris se plaignent de leurs collègues de province qui omettent de régulariser la situation des nourrices ; d'autre part, les maires de province se plaignent de ceux de Paris qui ne donnent pas sur les enfants qui partent de la grande ville, la plus grande exportatrice de nourrissons, des renseignements suffisants.

5° *Secrétaires de mairies*. — Ils sont chargés de transmettre aux médecins inspecteurs les certificats de placement et les actes de décès des nourrissons. Très souvent ils mettent de la négligence dans la communication de ces formalités, d'où dépendent la régularité des inspections médicales. Mais leur tâche est rendue assez difficile par le défaut, le retard, les inexactitudes, les contradictions des déclarations faites par les nourrices.

Les juges de paix signalent, de leur côté, les omissions de déclarations régulières et insistent sur la nécessité d'une répression contre les infractions. Leurs constatations aggravent donc les résultats déjà défavorables transmis par les inspecteurs départementaux.

Les juges de paix mentionnent que, dans un nombre considérable de communes, les registres sont très mal tenus. Les registres n° 1 et n° 2 ne sont pas ouverts dans nombre de communes; les déclarations prescrites aux parents et aux nourrices ne sont souvent pas observées; des placements sont effectués sans production de certificat médical ; on autorise trop facilement les placements des nourrissons chez des indigents qui sont indifférents à toute règle d'hygiène; des nourrices prennent plusieurs enfants sans y être autorisées.

On se plaint, d'ailleurs, assez souvent, que les écritures sont trop compliquées. Quelques juges de paix ajoutent même que, dans beaucoup de mairies, on ne les comprend même pas.

6° *Juges de paix*. — Dans trois départements, et dans un très grand nombre de communes d'autres départements, les juges de paix ont refusé de contrôler les registres de la Protection de l'enfance en alléguant deux raisons : la première, que cette vérification est dépourvue de sanction; la seconde, qu'elle n'est pas rémunérée.

Le plus grand nombre de ces magistrats ont cependant rempli le service qui est réclamé par la loi. Ils ont souvent envoyé des rapports étendus et intéressants qui témoignent de leur compétence.

7° *Médecins-inspecteurs*. — Quelques inspecteurs départementaux et plusieurs juges de paix se plaignent de l'irrégularité et de l'absence de toute visite médicale, même lorsque le médecin est régulièrement avisé.

Dans plusieurs comités départementaux, on a réclamé la démission des médecins-inspecteurs lorsque, malgré plusieurs rappels, ils continuent à négliger les visites dont ils sont chargés.

M. Bugeaud mentionne qu'en Charente, bien rares sont les circonscriptions où l'inspection médicale ne laisse rien à désirer. Dans le plus grand nombre d'entre elles, son fonctionnement est intermittent, et dans quelques-unes il est nul. Il ajoute que, dans beaucoup d'autres départements, elle n'existe que sur le papier. Il faut en chercher la raison dans l'étendue des circonscriptions et dans l'insuffisance de la rémunération accordée au médecin. Il connaît des médecins-inspecteurs qui doivent inspecter des nourrissons à 20 kilomètres de leur domicile. Quelquefois, il n'y a pas de chemins, ou bien ils sont impraticables.

C'est surtout dans les départements montagneux qu'on trouve ces circonscriptions étendues et qu'on constate le petit nombre et la dissémination des enfants protégés. Par exemple : la Lozère.

Elle est peu peuplée et l'inspecteur est exposé à parcourir de longues distances sans rencontrer un village. Les chemins sont des pistes difficilement praticables, même en été; ce n'est pas sans danger qu'on les parcourt en hiver. M. Augé a trouvé quelques routes absolument barrées par les neiges, et il n'a pu visiter un enfant qui avait été placé dans des conditions étranges par un intermédiaire qu'il a dû signaler au Parquet.

Les éleveuses, qui ont élu domicile dans de misérables bourgades, perdues dans la montagne, loin de toutes communications, se trouvent à l'abri, non seulement de la surveillance administrative et médicale, mais encore de cette autre surveillance que créent les relations, le trafic, le va-et-vient et le voisi-

nage. On n'arrive chez elles que par des sentiers de chèvre, connus seulement des indigènes. C'est cependant là où la surveillance administrative et médicale serait le plus utile. La tâche de médecin-inspecteur est quelquefois difficile, impraticable même.

Ces conditions sont heureusement exceptionnelles.

Dans le département du Rhône, les visites des médecins-inspecteurs sont bimensuelles pendant les trois premiers mois de l'existence de l'enfant, et, quel que soit son âge, pendant les mois de juillet, août, septembre; elles sont mensuelles dans tous les autres cas ; enfin, des visites supplémentaires ont lieu sur réquisition du maire chaque fois qu'un enfant est désigné comme malade.

8° *Nourrissons.* — La protection des enfants du premier âge a reçu 93600 enfants pendant l'année 1899.

En 1899, le nombre des naissances pour toute la France était de 847627; on voit que 11 °/。 de ces enfants sont placés moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents.

24312, soit plus du quart des enfants inscrits, étaient nés dans le département de la Seine. Comme le nombre total des naissances dans ce département était de 77010, il s'ensuit que 31,5 d'entre eux étaient protégés.

La mortalité des enfants nés dans le département de la Seine est sensiblement supérieure à celle des enfants nés dans les autres départements. La mortalité reste toujours plus forte pour les enfants illégitimes que pour les enfants légitimes.

La taux de la mortalité des enfants nés en 1889 est légèrement inférieur au taux de 1898. Ce résultat correspond à l'abaissement de la mortalité générale en 1899. Cependant, la mortalité dans le service de la Protection de l'Enfance est supérieure à la mortalité générale.

Pour 1000 enfants légitimes, du 10e jour à la fin de la première année, on compte 133 décès pour l'ensemble des enfants nés en France, et 198 décès pour les enfants protégés, soit, pour ces derniers, une aggravation de 65 °/。。.

Pour 1000 enfants illégitimes observés pendant la même période, on obtient pour l'ensemble des enfants nés en France, 235 décès, et pour les enfants protégés 314 décès, soit une augmentation de 79 °/。。.

La mortalité générale des enfants, de zéro à 10 jours, est plus élevée que la mortalité des enfants protégés. On l'explique par ce fait qu'on ne fait pas voyager les enfants débiles et mal portants dont le décès charge la mortalité générale, en déduction de la mortalité des enfants protégés.

La mortalité des enfants allaités au sein est nettement inférieure à celle des enfant allaités artificiellement.

La mortalité par diarrhée infantile est élevée à tous les âges. Elle cause la mort de presque la moitié des enfants inscrits pendant les deux premières années. Son maximum se produit du quinzième au trentième jour. A cet âge, elle dépasse 60 °/。 décès.

Elle est surtout influencée par le mode d'alimentation. Pour l'ensemble des enfants de zéro à un an, le nombre des décès s'élève à 40 °/。 pour les enfants allaités au sein et 56,8 °/。 pour les enfants nourris artificiellement. Les risques de mort par cette cause, très élevés du 10e au 30e jour, se maintiennent à un taux considérable du 30e au 90e jour ; ils sont notablement plus faibles pendant les six derniers mois.

La pneumonie et la bronchite sont une cause fréquente de décès, 1,25 °/。 décès durant les cinq premiers jours; cette proportion s'abaisse à 3,8 °/。 décès du 5e au 9e jour et croît ensuite régulièrement pour atteindre 21,5 °/。 décès pendant les six derniers mois. Les maladies des voies respiratoires ont causé près de 1/10 des décès totaux.

9° *Secours temporaires et secours préventifs d'abandon.* — « Une des causes qui chargent la statistique de la léthalité des enfants naturels, vient de ce que les mères, tout d'abord animées des meilleures intentions, placent leur enfant en nourrice avec la résolution d'en supporter les charges, mais que, bientôt, elles se trouvent dans l'impossibilité de le faire.

« La nourrice, dès que son salaire ne lui est plus soldé régulièrement, soigne moins bien l'enfant, mais elle ne peut pas se décider à l'enregistrer tout de suite sur le rôle de l'Assistance publique. Elle ne se décide à le faire que lorsque la santé de l'enfant est déjà sérieusement compromise. Les secours temporaires donnés dans ces conditions peuvent donc avoir une utilité incontestable.

« L'Administration a un intérêt budgétaire certain en accordant des secours temporaires, parce qu'un enfant assisté lui coûte plus cher et reste plus longtemps à sa charge. Elle aurait même intérêt, si la mère ne peut pas élever son enfant, comme cela arrive trop souvent lorsque celle-ci est obligée de travailler pour vivre, de le placer temporairement en nourrice, soit qu'elle en supporte complètement la charge, soit qu'elle accorde un complément de payement, la mère supportant une partie du salaire de la nourrice. Lorsque l'enfant aurait deux ans, la mère devrait le reprendre avec ou sans secours temporaire, ou l'abandonner définitivement.

« L'expérience a démontré que les mères se résolvent d'autant moins facilement à abandonner leur enfant qu'elles prennent plus tard cette décision. Elles s'y attachent d'autant plus qu'il est plus âgé et qu'elles ont fait plus de sacrifices pour ne pas l'abandonner.

« Il y aurait donc lieu d'étudier sérieusement ces admissions provisoires de secours temporaires dans le but économique, pour le budget des départements, d'éviter les abandons définitifs.

« Mais à côté des mères qui restent animées de bonnes intentions pour leur enfant, il faut tenir compte de celles qui ne pensent qu'à exploiter la charité publique.

« Personnellement, je pourrais citer nombre de femmes, sortant des maternités de Paris, qui, après avoir obtenu de l'administration de l'Assistance publique un premier secours d'un mois, en promettant de garder leur enfant, l'abandonnent aussitôt le secours touché. Mais il est assez difficile d'obvier à cette exploitation, sans courir le risque de ne pas soutenir une malheureuse qui le mérite.

« Les secours temporaires, outre qu'ils sont moins coûteux, gardent une haute portée morale. Le secours laisse l'enfant à sa mère; l'intégrité de la famille est conservée. Au contraire, l'abandon à l'Assistance publique rompt, ordinairement d'une façon irrémissible, les liens de la famille.

« Ces secours temporaires s'exercent, dans la plupart des départements, au profit des filles-mères, tandis qu'on les refuse aux enfants de familles légitimes, quoique nécessiteuses. La seule raison qui explique cette préférence, difficile autrement à comprendre, découle des difficultés budgétaires.

« Personne n'oserait aujourd'hui soutenir, qu'en favorisant les enfants des filles-mères, on accorde une prime à l'inconduite. Tout le monde est d'accord pour déclarer que l'enfant n'est pas responsable des irrégularités de sa naissance, et doit être soutenu. Mais on ne saurait cependant trop réfléchir aux divers termes de ce problème, on ne saurait trop se demander si les enfants des filles-mères ne trouveraient pas, dans le service des Enfants Assistés, des soins plus efficaces et un avenir plus assuré, et si, d'autre part, les secours temporaires ne porteraient pas des fruits meilleurs s'ils étaient donnés au profit des enfants légitimes des familles nécessiteuses.

Les secours préventifs d'abandon permettent de retenir un certain nombre d'enfants auprès de leurs parents. Les demandes de secours augmentent tous les ans dans des proportions considérables dans le département de la Seine. En 1895, elles n'étaient que de 29500, tandis qu'en 1902 elles se sont élevées au nombre considérable de 71086. Mais comme, pendant ces dernières années, les sommes réservées pour répondre à ces besoins urgents n'avaient pas augmenté, il semble nécessaire de trouver actuellement de nouvelles ressources. Le nombre des enfants assistés augmente aussi, mais dans une proportion bien moindre puisqu'il était de 43705 en 1897, et qu'il est, en 1901, de 49295. On peut donc en conclure que les secours préventifs d'abandon donnent réellement les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Aussi, M. Rousselle a-t-il proposé d'étendre à trois ans la durée des secours préventifs d'abandon, et l'attribution de

secours mensuels fixes aux filles-mères qui allaitent et élèvent elles-mêmes leurs enfants.

10° *Nourrices*. — Il existe des nourrices chez lesquelles meurent tous les enfants qu'elles reçoivent. On a pris presque partout des dispositions réglementaires contre ces mauvaises nourrices, et habituellement on refuse un troisième ou plus ordinairement un quatrième nourrisson à une nourrice chez laquelle deux ou trois décès d'enfants se sont succédés. Une entente peut-elle exister entre une mère et une nourrice pour que l'enfant disparaisse, faute d'alimentation ou de soins? En voici des exemples :

M. le Dr Mocquot rapporte, dans un article du *Progrès médical*, qu'un maire lui écrivait : « Si vous continuez à refuser le certificat de la femme X..., je lui en ferai délivrer un par un autre médecin, l'élevage des nourrissons est son seul moyen d'existence, et je ne veux pas qu'elle tombe à la charge du bureau de bienfaisance. » Une vingtaine d'enfants étaient morts chez cette femme.

Autre fait : le Dr Mocquot avait refusé un certificat à une nourrice qui en était à son vingtième décès de nourrissons environ. Il l'avait prévenue que si elle en prenait un autre, il le lui ferait enlever. Quelque temps après, une jeune dame vient dans son cabinet, et lui demande brusquement pourquoi il a refusé le certificat à cette nourrice. Après lui avoir donné ses raisons, la jeune dame lui répond : « Je savais tout cela, mais je suis la maîtresse de mon enfant et j'ai bien le droit de le mettre où bon me semble. »

L'inspecteur départemental de l'Yonne, où pratique M. Mocquot, connaît une nourrice chez laquelle trente-six enfants sont morts.

M. le Dr de Subercaze cite une nourrice à laquelle il a refusé le certificat parce qu'elle avait perdu trois enfants, mais le maire de sa commune l'a cependant autorisée d'en prendre un quatrième.

Les nourrices chez lesquelles meurent constamment les enfants ne sont pas en règle, et, par conséquent, ne sont pas surveillées. Certains bureaux de placement cherchent peut-être, tout en restant en règle avec la loi, à envoyer certains enfants chez des nourrices qui peuvent échapper à la surveillance de l'inspection médicale et de l'inspection départementale.

Les inspecteurs des départements montagneux signalent des placements chez des nourrices habitant dans des endroits isolés, bloqués en hiver, tellement éloignés de tout village qu'on ne peut pas y accéder facilement. Le choix que certains bureaux font de ces nourrices paraît assez suspect pour qu'on ait sérieusement songé à mettre en interdit les localités qui échappent presque nécessairement à l'inspection de la Protection du premier âge.

Un inspecteur départemental écrit :

« Certes, en parlant des mauvaises placeuses, je n'ai pas entendu dire que certaines d'entre elles pouvaient s'entendre avec des parents criminels pour envoyer volontairement à la mort le malheureux nouveau-né. Mais il est incontestable que la plupart de ces placeuses ne se préoccupent pas des inconvénients graves d'un placement en pays perdu; et l'on dirait même que d'aucunes, à la façon dont elles choisissent l'éleveuse et le lieu où doit vivre l'enfant, recherchent plutôt les endroits isolés et d'accès impossible où gîtent des nourrices ignares qui n'ont même pas l'excuse d'être au sein. Avec mes médecins-inspecteurs, j'ai eu cette pensée que je vous livre : que, vu parfois la manière dont s'effectuaient certains placements à distance, vu surtout l'abandon ultérieur de l'enfant, cet enfant paraissait avoir été envoyé là parce qu'il « gênait » et qu'on voulait le perdre de vue... Mais que faire quand tous sont en règle avec la loi? »

Il existe évidemment des mères peu soucieuses de leur progéniture. Elles ont envoyé un premier enfant qui est mort chez une nourrice. Cet insuccès est de nature à les engager à y envoyer le second et le troisième enfant qui les gênent.

« Dans le monde interlope, il se peut bien que cette mauvaise mère fasse école. Et alors, sans délit, saisissable légalement, des faiseuses d'anges sont connues de personnes qui ont intérêt à les trouver. Les enfants meurent sans qu'il y ait responsabilité pénale. »

« On pourra obvier à tous ces inconvénients en s'assurant d'une façon plus rigoureuse que les certificats sont bien régulièrement pris par les nourrices. »

Pour éviter que les nourrices ne soient syphilisées par leurs nourrissons, il faudrait que, de même que les premières doivent se munir de certificats pour donner toute garantie aux familles qui leur envoient un enfant, de même cet enfant présenta un certificat assurant qu'il est sain.

M. Lefas a déposé un projet de loi interdisant le biberon à tube. En attendant l'adoption de cette mesure, les préfets pourraient, par un simple arrêté, défendre l'emploi de cet instrument.

« L'une des causes les plus importantes de la mortalité des nourrissons résulte du non payement du salaire des nourrices. » Il y aurait donc lieu de mettre en vigueur contre les parents, mauvais payeurs, un système de poursuite économique et rapide.

En dernière analyse voici les conclusions que M. Porak a dégagées de cette vaste enquête, et par lesquelles il a terminé cette première partie de son rapport :

« Dans les départements, on ignore la loi et aussi, je dois le dire, on ignore les conseils de l'Académie.

« Le Parlement se chargera de modifier la loi.

« Il nous appartient d'étudier si nous ne devons pas refondre nos conseils, dont quelques-uns ont certainement vieilli.

« Lorsque ce double travail aura été fait, nous demanderons vraisemblablement qu'on donne une plus grande publicité, par un affichage plus fréquent dans toutes les communes de France, à certaines dispositions légales qui intéressent surtout les nourrices, et aussi qu'on fasse connaître davantage les conseils de l'Académie. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin

Traitement de l'ulcère hémorragique de l'estomac par la gastro-entérostomie

M. Hartmann. — Dans une séance précédente on nous a rapporté un cas de mort survenu quelque temps après une gastro-entérostomie faite pour ulcère hémorragique de l'estomac. Le même accident est arrivé chez une de mes malades que j'ai opérée en 1899.

Pour ce qui concerne les indications de l'intervention, il ressort des statistiques portant sur les hémorragies de ces ulcères que les hémorragies foudroyantes ou rapidement mortelles sont rares. Dans les remarques que M. Quénu a apportées sur ces indications, notre collègue a émis l'opinion qu'une distinction doit être faite entre les ulcères en activité et les ulcères en voie de réparation. Une pareille distinction doit être souvent bien difficile à établir. Je crois que ce sont surtout les hémorragies à répétition qui indiquent l'opération. La gastro-entérostomie, à mon avis, est l'opération de choix. Je l'ai pratiquée un certain nombre de fois et, sans parler des malades récemment opérés, j'en compte neuf qui n'ont pas présenté de récidives.

Des amputations ostéo-plastiques et de l'amputation de Gritti

M. Delbet. — Le rapport de M. Lejars concernant l'amputation de Gritti m'amène à vous entretenir des amputations ostéo-plastiques de jambe. Depuis 1898, j'ai eu l'occasion d'en pratiquer six. Dans tous les cas j'ai obtenu la consolidation parfaite de la plaquette fixée sur le tibia, ce que j'attribue en grande partie à la conservation des lamelles périostiques périphériques.

J'ai pu constater que cette plaquette osseuse était bien restée en place et ne s'était pas atrophiée chez trois de ces malades que j'ai revus plusieurs fois. L'un de mes opérés a été, je ne sais pour quelle raison, amputé plus tard de la cuisse et je vous présente la pièce. Elle montre que la plaquette est bien soudée au tibia et n'est pas altérée. On peut donc conclure, qu'au point de vue

anatomique cette amputation donne bien le résultat que l'on poursuit.

En est-il de même au point de vue fonctionnel? Je me suis assuré que mon appareil ne donnait lieu à aucune gêne et fournissait un bon point d'appui et que mes malades marchaient bien sur leur moignon. De trois malades que j'ai particulièrement observés, deux, il est vrai, ne se livraient pas à de grandes courses; mais le troisième se tenait debout toute la journée. Je dois pourtant ajouter que, chez lui, il s'est développé, au niveau du moignon, un hygroma qui est devenu fistuleux.

M. Championnière. — Je n'ai pas éprouvé le besoin de faire l'amputation de Gritti pour cette raison qu'ayant vu un certain nombre de ses opérés, j'avais été frappé des résultats médiocres que donnait cette amputation souvent suivie de fistules. Je sais qu'en ces derniers temps le manuel opératoire a été amélioré et que les suites sont meilleures. Cependant, je n'en suis pas moins surpris qu'on ait l'idée de vouloir remplacer les amputations classiques de jambe par l'amputation de Gritti qui est plus compliquée et qui ne me paraît réellement indiquée que pour quelques cas. On a invoqué, pour recommander ce procédé, qu'il allongeait le moignon, qu'il mettait à l'abri de l'infection et qu'il permettait de marcher sur l'extrémité du membre. Cette dernière considération est seule discutable et, pour cela, il serait nécessaire que les malades fussent revus au bout de plusieurs années. Pour mon compte, ceux que j'ai vus ne marchaient pas bien.

M. Lejars. — Notre confrère, M. Sczypiorski, qui a fait huit fois cette amputation, relate plusieurs cas dont les bons résultats s'étaient maintenus au bout de quelques années.

Quant aux amputations ostéo plastiques de jambe, ce qu'en a dit M. Delbet peut être ainsi résumé : il est très séduisant de pouvoir ajouter une plaquette à l'extrémité du moignon, et de former ainsi un plan résistant. Mais ce n'est pas toujours facile à exécuter, et on ne sait ce qu'il en adviendra dans l'avenir. Toutefois, bien que ces amputations ne doivent pas constituer une méthode générale, je crois qu'il est indiqué d'en poursuivre l'étude.

Contusion du rein. Hématuries. Néphrotomie. Cystotomie

M. Legueu. — Cette observation, communiquée par M. **Fournier** (d'Amiens), concerne un homme d'une quarantaine d'années qui, à la suite d'un coup de pied de cheval sur l'abdomen, fut pris d'hématuries. Ces hémorragies continuèrent pendant dix jours et se compliquèrent d'une tuméfaction rénale droite. Le rein fut mis à nu, et notre confrère constata que la capsule était intacte, ainsi que l'enveloppe directe du rein, mais que celui-ci était très augmenté de volume. Il l'incisa et le trouva transformé en bouillie sanguinolente. Après avoir évacué les caillots et le sang, il fit un drainage. Huit jours plus tard, des accidents d'infection secondaire s'étant déclarés et l'hémorragie s'étant renouvelée par la plaie et dans la vessie, il pratiqua une taille sus-pubienne, pour débarrasser la vessie des caillots qu'elle contenait. A la suite de ces opérations les accidents disparurent et le malade a guéri. On peut se demander si la taille était bien nécessaire et si l'évacuation des caillots au moyen d'une grosse sonde n'eût pas été suffisante.

Castration abdominale pour troubles dysménorréiques avec imperforation du vagin

M. Legueu. — M. **Fournier** nous a adressé une seconde observation recueillie sur une jeune femme qui, depuis l'âge de quatorze ans, avait présenté chaque mois des accidents de dysménorrée sans écoulement menstruel. Ces accidents s'accentuant et notre confrère ayant constaté une imperforation du vagin avec présence d'un corps globuleux assez haut situé et semblant relié au fond du court vagin par un ligament fibreux, décida de faire une tentative d'abouchement.

L'incision vaginale pratiquée, il s'efforça de décoller la vessie et le rectum, mais prévoyant, à un certain moment, qu'il allait perforer l'intestin s'il continuait la dissection, il s'arrêta. Quelques jours plus tard, il procéda à une laparotomie qui fit découvrir un utérus privé de col et tout petit, des annexes à peine formées du côté droit, et un ovaire seul du côté gauche. La double castration eut lieu et a été suivie de guérison.

Ces arrêts de développement des organes internes sont fréquents avec les imperforations vaginales et constituent un point important dans la question thérapeutique. Je me rappelle une jeune fille imperforée, qui était en même temps atteinte de hernie. Je résolus d'opérer cette dernière, avant de toucher à l'imperforation, et de profiter de l'incision cutanée pour explorer l'utérus et les annexes, et voir si l'abouchement serait réalisable. Or, le sac herniaire ouvert, j'ai trouvé dans ce sac l'utérus et les annexes représentant des organes en miniature. Ces faits nous conduisent à cette conclusion, qu'en présence d'une imperforation vaginale il vaut mieux, si l'utérus n'est pas nettement reconnu, faire une laparotomie qui renseignera sur l'état réel de cet organe et sur les annexes.

M. Tuffier. — Il y a quatre ans, on amenait dans mon service une femme de vingt-six ans qui, chaque mois, présentait des poussées menstruelles sans menstruation. Le vagin était imperforé. De plus, on sentait par le toucher rectal une tumeur haut située, globuleuse, irrégulière, ne paraissant pas reliée au vagin. J'ai, d'emblée, pratiqué la laparotomie et j'ai trouvé, sur la ligne médiane, un utérus de 5 centimètres de longueur, accompagné de ses trompes et de grappes ovariennes kystiques. J'ai fait l'ablation de ces grappes en laissant l'utérus et les trompes, puis j'ai refait un canal vagino-utérin au moyen d'une greffe prise sur la peau du bras. Tant que la malade est restée dans le service, la perméabilité du conduit s'est conservée.

Il y a quelque temps, une autre femme, albinos, se présentait dans les mêmes conditions. J'ai également pratiqué une laparotomie, qui m'a montré un utérus petit, sans annexes du côté droit. J'ai, de même, reconstitué le canal cervico-vaginal au moyen d'une greffe empruntée à la cuisse et j'ai eu la satisfaction de voir l'écoulement des règles le mois suivant.

Dégénérescence cancéreuse d'un moignon utérin

M. Richelot. — Depuis que je vous ai entretenu de la dégénérescence cancéreuse des moignons utérins, ce qui m'a fait conseiller l'hystérectomie totale de préférence à la subtotale, j'en ai observé un cas, que je vais résumer. En 1899, j'ai pratiqué, chez une femme de quarante-quatre ans, atteinte de fibrome, une hystérectomie subtotale. Il y a quelques semaines cette malade venait me retrouver en se plaignant de pertes sanguines et, en l'examinant, j'ai constaté une ulcération suspecte à bords indurés. J'ait fait pratiquer une biopsie, qui a confirmé le diagnostic d'épithélioma. J'ai pu facilement enlever la partie malade en taillant tout autour dans des tissus souples, ce qui peut faire espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

Sans revenir sur la discussion qui a eu lieu lors de ma communication, j'ai été étonné d'entendre dire que les dégénérescences chez les fibromateuses étaient rarissimes. Aujourd'hui même, la *Semaine gynécologique* en rapportait deux exemples et moi-même j'ai eu l'occasion de voir, depuis quelque temps, quatre malades porteurs de fibromes depuis de longues années, chez lesquelles un épithélioma de la cavité utérine vient de paraître. Il n'y a, d'ailleurs, rien d'étonnant dans ces faits, car, l'époque de la ménopause arrivée, la dégénérescence arthritique s'accentue et au fibrome vient s'ajouter le cancer. Donc le mieux est d'enlever de bonne heure fibrome et utérus.

De l'hypospade balanique

M. Hartmann. — J'ai employé le procédé recommandé par M. Villemin (procédé de von Acker-Beck) et je n'ai eu qu'à m'en louer.

M. Lejars. — Je l'ai également utilisé chez un jeune homme avec succès. Cependant, j'ai dû lutter contre la coarctation de l'extrémité du gland par la dilatation.

M. Kirmisson. — Ceci ne peut arriver que lorsqu'il n'y a pas eu une réunion par première intention complète.

M. Félizet. — Une bonne précaution est de faire, sur le gland, une incision en T.

M. Villemin lit une observation d'*imper-*

foration de l'œsophage chez un nouveau-né. Gastrotomie. Mort.

Présentations

M. Chaput. — Femme : *Brûlure étendue du dos.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mai

Elimination comparée du bleu de méthylène et de l'urée

MM. Achard et **Paisseau**, pour comparer l'élimination du bleu de méthylène et celle de l'urée, ont donné quotidiennement, pendant cinq jours, 5 centigrammes de l'un et 20 grammes de l'autre, après avoir mis les sujets en équilibre d'azote au moyen d'un regime fixe. Dans ces conditions, les courbes d'élimination de ces deux corps sont assez bien parallèles chez les divers sujets.

A l'état normal, la courbe monte rapidement, se maintient en plateau, puis tombe dès que cesse l'ingestion de la substance expérimentée. Chez le brightique, l'ascension est lente, le plateau moins net et la descente traînante. De plus, on constate une accumulation : à chaque dose nouvelle s'ajoute le reliquat non éliminé de la veille ; c'est comme si l'on donnait une dose plus forte, aussi le rein excrète-t-il davantage, sans améliorer pour cela son fonctionnement. A ce moment, si l'on ne considérait que le taux de l'excrétion en 24 heures, qui est élevé, on pourrait croire à tort que l'élimination rénale ne laisse rien à désirer.

Par suite de cette accumulation, l'on ne peut apprécier la perméabilité du rein à l'urée en se bornant à doser ce corps dans l'urine et à calculer ce qu'en doivent produire les aliments quotidiens. Une épreuve spéciale est nécessaire.

L'hémoglobine musculaire dans les anémies

MM. Ménétrier et Aubertin. — Nous avons déjà attiré l'attention sur ce fait que, dans l'anémie pernicieuse et certaines anémies graves symptomatiques, la pâleur extrême de tous les viscères était rendue plus frappante par la coloration rouge vif de tous les muscles striés qui avaient conservé leur teneur normale en hémoglobine, et que, par contre, le myocarde, se comportant comme les viscères, était toujours plus ou moins décoloré. Depuis nous avons contrôlé plusieurs fois encore ces faits et récemment les recherches expérimentales de MM. Camus et Pagniez sont venues confirmer l'une et l'autre notion.

L'indépendance de l'hémoglobine musculaire et de l'hémoglobine sanguine est telle que, chez des sujets dont l'anémie atteignait le chiffre de 300000 globules, nous n'avons constaté aucune diminution de l'hémoglobine musculaire, alors que, dans la plupart des cachexies sans anémie intense, les muscles sont pâles et décolorés. Peut-être même, dans certains cas, y a-t-il une véritable surcharge du muscle en hémoglobine, de sorte qu'on pourrait émettre l'hypothèse d'un phénomène compensateur ou d'une déviation de la fonction hémoglobinifère de l'organisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juin

Résorption des œdèmes et accidents cérébraux

MM. **Hirtz** et Henri **Lemaire** apportent l'observation d'un malade, âgé de cinquante-six ans, qui avait un œdème énorme des membres inférieurs et du reflux des jugulaires, sans aucun signe de congestion ni de stase viscérale. On trouvait, en outre, une légère hypertension artérielle et une esquisse de bruit de galop.

Après plusieurs jours d'une décharge urinaire importante de chlorure et d'urée les œdèmes disparurent brusquement et alors se montrèrent des accidents convulsifs et délirants. Ces accidents ne cédèrent ni à la saignée, ni à la ponction lombaire. Le liquide céphalo rachidien avait une teneur normale en produits toxiques (chlorures et urée) et sa pression ne semblait pas exagérée.

MM. Hirtz et Lemaire pensent que ni l'œdème cérébral, ni la rétention des chlorures ou de l'urée dans le le liquide des espaces sous-arachnoïdiens ne peuvent expliquer, dans ce cas, les phénomènes urémiques. Ils se demandent s'il n'y a pas lieu de faire l'hypothèse d'une deshydratation relative, mais brusque, des centres nerveux, consécutive à une hyperformation du liquide céphalo-rachidien et à une hyperhydratation des centres.

M. Dupré. — Le malade prenait-il d'autres médicaments au moment ou les accidents ont apparu ?

M. Hirtz. — Point.

M. Dupré. — Le fait si intéressant de M. Hirtz montre que nous ne connaissons rien au mécanisme des encéphalopathies urémiques. Nos hypothèses sont ingénieuses mais s'évanouissent facilement.

M. Barié. — J'ai observé, il y a quelques années, un fait semblable à celui qui vient de nous être communiqué. Je crois qu'en cherchant bien on en trouverait un certain nombre.

M. **Claude.** — On ne connaît pas exactement la nature des matières albuminoïdes qui, dans les œdèmes, se trouvent dans le tissu cellulaire. Par conséquent, on ne peut les innocenter d'accidents comme ceux présentés par le malade de M. Hirtz.

M. **Hirtz.** — Si telle était la cause de ces accidents, la copieuse saignée que nous avons pratiquée aurait dû le désintoxiquer et amener une diminution des troubles, tandis qu'ils n'ont fait qu'augmenter.

M. **Carnot.** — On peut supposer que la modification en teneur du chlorure de sodium a facilité la fixation plus énergique des toxines sur les centres nerveux.

M. Hirtz. — Les examens que nous avons pratiqués ont démontré la teneur normale du liquide céphalo rachidien.

M. Dufour. — Il me semble qu'on devrait faire entrer en ligne de compte l'action directe du chlorure de sodium qui s'est trouvé brusquement en excès.

Il y aurait aussi intérêt à savoir si le malade est un prédisposé aux accidents nerveux, car ce sont des individus de ce genre qui, dans les intoxications, présentent des désordres nerveux. Comme antécédent, il n'y a, quelquefois, que des convulsions dans l'enfance; mais cela suffit pour indiquer la tare.

M. Hirtz. — Le malade a dit n'avoir jamais été malade. C'est tout ce que nous en avons tiré comme renseignements.

M. Dopter. — A propos de la soi-disant non toxicité des œdèmes, je ferai remarquer qu'elle n'existe pas quand le liquide est porté directement dans la cavité arachnoïdienne. Les troubles nerveux apparaissent alors ; on peut même constater des lésions des cellules nerveuses. Cependant les animaux témoins auxquels on inocule la même quantité d'eau distillée, restent indemnes.

Empyème à deux loges

M. L. Galliard. — Il s'agit, dans ce cas, non d'un empyème de la grande cavité pleurale cloisonné par des fausses membranes, mais de deux collections se développant dans la plèvre gauche et demeurant indépendantes : l'une dorso-axillaire, l'autre diaphragmatique. La première a pu être évacuée assez rapidement par la pleurotomie, tandis que l'autre, ouverte spontanément dans les bronches, s'est dérobée plus longtemps au traitement chirurgical. En définitive, la guérison a été complète.

Le malade, un homme de vingt-huit ans, était entré à Lariboisière le 6 mars 1901, avec des signes de pleuro-pneumonie de la base gauche. Dès le premier jour nous pratiquâmes une ponction exploratrice sans résultat. Même insuccès de deux ponctions le 14 mars.

Le 15 mars la température s'élève à 39° le soir, et pendant la nuit du 18 au 19 il y eut une vomique suivie d'abaissement à 37°7.

Le 21 mars, thoracentèse fournissant 750 gram. de pus mais sans effet sur l'expectoration. Celle-ci persiste encore malgré une seconde thoracentèse faite le 25 mars, et une troisième le 28 mars. Cette dernière fut suivie d'un lavage de la plèvre à l'aide d'une solution faible de permanganate de potasse qui ne se mélangea en

aucune façon aux crachats. Pleurotomie dans le 7e espace; très peu de liquide.

A la suite de cette opération, l'empyème dorso-axillaire semble guéri et, cependant, l'expectoration n'est pas supprimée. Vomique importante le 12 avril. A ce moment, la radiographie montre une collection sus-diaphragmatique débordant le cœur à droite et l'élevant dans le thorax. Le 15 avril, nous réincisons le septième espace gauche et, cette fois, la plèvre se vide complètement. Les crachats sont supprimés. Le malade part complètement guéri le 25 mai.

Sur l'action excito-sécrétoire du chlorure de sodium dans les néphrites

M. H. Claude. — Dans diverses communications avec M. Mauté, nous avons déjà signalé l'augmentation des éliminations provoquée chez certains malades atteints de néphrite, par l'ingestion de chlorure de sodium en excès.

Nous rapportons aujourd'hui de nouvelles observations qui confirment notre opinion première. Celle-ci est corroborée encore par l'ingénieuse expérience de MM. Roque et Lemoine qui ont vu l'épreuve de la glycosurie phloridzique négative, jusqu'au jour où on pratiqua la chloruric expérimentale, devenir positive aussitôt après la période d'hyperchloruration.

Il y a donc lieu de ne pas soumettre immédiatement tous les malades atteints de néphrite à une déchloruration absolue. Le chlorure de sodium, qui peut être néfaste dans certains cas, peut devenir, dans d'autres, un stimulant de la fonction rénale dont il conviendra d'étudier de plus près le mode d'action.

Action des rayons X sur les épithéliomas

M. Béclère présente un homme qui a été atteint d'un épithélioma de la face, qui a guéri sous l'action exclusive des rayons X; 12 séances. L'examen histologique a établi qu'il s'agissait d'épithélioma pavimenteux lobulé. Sous l'action de ces rayons la tumeur a fondu comme une gomme sous l'influence du mercure. Il s'agit sans doute d'une action *spécifique, élective*, des rayons X sur certains néoplasmes, notamment sur les éléments cellulaires des épithéliomas.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

La décapsulation rénale pour néphrite

On n'est pas encore fixé sur la valeur de la décapsulation rénale ou opération d'Edebohls pour la cure des néphrites. Dans ces derniers temps, elle a, en effet, trouvé nombre de détracteurs. On lui reproche surtout de n'exercer qu'une action thérapeutique, sinon éphémère, du moins temporaire, les troubles du côté des reins pouvant récidiver quelque temps après l'intervention. Quoi qu'il en soit, le fait que l'opération d'Edebohls est susceptible de produire une influence immédiate des plus favorables sur les phénomènes néphrétiques, paraît bien établi. Mais, s'il en est ainsi, pourquoi, en cas de rechute post-opératoire, n'aurait-on pas recours au moyen qui avait réussi une première fois? Pourquoi, après avoir pratiqué antérieurement la décapsulation, ne procéderait-on pas, le cas échéant, à la *redécapsulation*?

Telle est la question que s'est posée M. Edebohls lui-même (*Med. Record*, 21 mai 1904), question qui se présentait d'autant plus naturellement à l'esprit, que le fait de la formation d'une nouvelle capsule autour d'un rein décortiqué a été dûment constaté par des expériences sur les animaux, ainsi qu'au cours de quelques autopsies de sujets ayant subi la décapsulation rénale. Un chirurgien américain distingué, auquel M. Edebohls avait décortiqué les deux reins pour néphrite chronique, *il y a un an de cela, et qui depuis continue à bien se porter*, a écrit récemment à l'auteur qu'il n'hésiterait pas à se faire redécapsuler en cas de récidive.

M. Edebohls n'a eu, jusqu'ici, l'occasion de procéder à la redécapsulation rénale qu'une seule fois, et cela dans les pires conditions. Il s'agissait d'un homme, âgé de trente-six ans, chez lequel l'auteur avait pratiqué, le 1er mai 1903, la décapsulation des deux reins pour néphrite chronique avec phénomènes d'infection urinaire (présence de staphylocoques et de coli-bacilles dans les urines). L'opération procura au malade *six mois pleins de bonne santé*, mais, après ce laps de temps, apparurent des symptômes de pyélonéphrite qui allèrent en s'aggravant. Finalement le malade devint urémique. C'est en pleine crise d'urémie avec anurie complète remontant à plus de trente heures que, le 31 mars dernier, M. Edebohls tenta la redécapsulation chez ce sujet presque moribond. L'opération ne le sauva pas, ce qui était à prévoir, bien qu'elle ait eu pour effet de provoquer le flux urinaire, que rien, jusque là, n'avait pu rétablir. Les reins furent trouvés recouverts d'une capsule de nouvelle formation, peut-être un peu plus mince que la capsule originaire, mais assez semblable à celle-ci, et qui se laissa enlever sans difficulté.

Pour l'auteur l'indication de la redécapsulation serait la même que celle de la décapsulation. Elle vise, non pas les exacerbations aiguës passagères, si fréquentes dans le cours du mal de Bright chronique, mais surtout les états d'affaiblissements progressifs de la fonction rénale alors que la diminution croissante de l'excrétion de l'urée présage l'imminence de l'anurie et de l'urémie.

V. DE H.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promu et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

M. Rousselot-Bénaud, méd.-major de 1re cl. au 5e d'inf. coloniale.

Au grade de chevalier

M. Mainguy, méd.-major de 2e cl. à la Réunion.

M. Gautier, méd.-major de 2e cl. au 24e d'inf. coloniale.

NOUVELLES

RESPONSABILITÉ DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE VIS-A-VIS DES NOURRICES

L'Assistance publique vient, sur plaidoirie de Me Adolphe Lacan, d'être condamnée à payer 2000 fr. de dommages-intérêts et une rente de 300 fr. à une nourrice à qui elle avait confié une petite fille héréditairement avariée et qui avait, à son tour, avarié la nourrice.

ÉLECTIONS POUR LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Ces élections ont eu lieu le 31 mai. Voici ce qui concerne les Facultés de médecine.

Nombre des Facultés de médecine, 3.
Nombre des Facultés mixtes, 3.
Electeurs inscrits, 320.
Votants, 229.
Majorité absolue des suffrages exprimés, 115.
Nombre de membres à élire, 2.

MM. Debove, élu	207 voix.
Abelous, élu	188 »
Debierre	13 »
Forgues	7 »
Mayet	3 »
Brouardel	2 »
De Lapersonne, Hugounenq, Hédon, Grasset, Lépine, Mairet, Monnoyer, chacun	1 »

LA DIMINUTION DU NOMBRE DES CABARETS A LYON

M. le Dr Augagneur, maire de Lyon, a pris à la date du 3 avril 1901, un arrêté ainsi conçu : « Il est interdit d'ouvrir, dans la ville de Lyon, de nouveaux débits de boissons à une distance de moins de 250 mètres des cimetières, des édifices consacrés à un culte, des hospices, des écoles primaires, collèges et autres établissements d'instruction publique. » Cet arrêté a été appliqué strictement à Lyon, et sans aucune exception. Or, le nombre des débits de boissons était de 5101 en 1901; il n'est plus que de 4428 en 1904. Donc 270 débits ont disparu.

OIGNONS HOMICIDES

Quatre marins qui travaillaient sur le pont du paquebot *Yarra* ont été victimes d'émanations provenant d'un chargement d'oignons embarqués à Alexandrie.

Le chauffeur P., trente-quatre ans, tomba le premier dans la cale, et trois de ses camarades l'furent, comme lui, asphyxiés en voulant lui porter secours. On réussit à les ranimer tous, sauf P... qui avait cessé de vivre (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Val-de-Grâce*)

Abcès péri amygdaliens (1)

Par M. le prof. Chavasse
Médecin principal de 1re classe.

Les affections aiguës des amygdales se présentent, depuis quelques temps dans notre service de chirurgie spéciale, avec une fréquence et une intensité qui méritent de retenir notre attention. Non seulement les entrées sont plus nombreuses et nous ne recevons ici, vous le savez, que les cas d'allure phlegmoneuse franche, mais encore il s'est produit, dans l'espace de quinze jours, une série de cas intérieurs qu'on peut considérer comme élevée puisque nous en comptons 11 sur 70 malades en traitement pour d'autres affections. C'est là, du reste, un fait habituel à cette époque de l'année et qui concorde avec les données de la statistique médicale de l'armée : par exemple, en 1900, sur 22464 cas d'angine, 11062, presque la moitié, appartenaient au premier trimestre de l'année, et 4483 au seul mois de janvier. Le nombre de cas intérieurs me permet de vous signaler, en passant, la contagion certaine, à mon avis, de ces sortes d'affections; les recherches bactériologiques, pratiquées sur les cas de ce genre par mon collègue Simonin, ont démontré qu'il s'agissait presque toujours d'amygdalites à streptocoques et, très rarement, à staphylocoques ou à pneumocoques. L'anneau lymphoïde de Waldeyer composé des amygdales pharyngienne, palatines et linguale, auxquelles on peut joindre les follicules lymphoïdes isolés de la paroi buccale du pharynx, n'est donc point le gardien vigilant qui serait placé à la porte d'entrée des voies aériennes et digestives pour arrêter et détruire, par la diapédèse des globules blancs et par la phagocytose, les germes incessamment apportés par l'air inspiré et par les aliments. Bien au contraire, il nous apparaît comme ayant un rôle néfaste et sur des terrains tant soit peu prédisposés, il s'enflamme s'infecte et, parfois, sert de porte d'entrée à nombre d'affections infectieuses (grippe, scarlatine, rougeole, rhumatisme articulaire aigu, néphrite, etc.).

Ne pouvant passer en revue les différentes formes de ces inflammations aiguës que vous pouvez observer actuellement dans le service, j'ai choisi, comme sujet de cette leçon clinique, en raison de son caractère véritablement chirurgical et surtout de l'urgence d'une intervention active, une des variétés les plus sérieuses de ces infections locales, l'abcès juxta-amygdalien, dont le malade, couché au lit 10 de la salle 13, nous présente un cas des plus intéressants.

(1) Leçon clinique du 21 janvier 1904 recueillie par M. le méd. aide-major Reverchon, chef de clinique.

Voyons, d'abord, l'observation du malade :

Il s'agit d'un cavalier du 2e régiment de cuirassiers, âgé de vingt-deux ans et ayant vingt-huit mois de service, employé comme infirmier à son régiment.

Ses antécédents héréditaires ne méritent aucune mention spéciale. Comme antécédents personnels, il a été atteint d'une pleurésie sèche en mars 1902 et, fait à retenir, d'un abcès amygdalien à gauche en novembre 1902. Jamais, avant cette époque, il n'avait éprouvé de maux de gorge.

Au commencement du mois de janvier de cette année, il s'est développé, sur la région cervicale postérieure, un furoncle qui a été très douloureux. Quelques jours plus tard, vers le 10 janvier, il a ressenti des maux de tête, de la courbature, il a eu de la fièvre et de l'anorexie. Le 14, il présente un peu de dysphagie, de la rougeur de la gorge et commence, à l'infirmerie, le traitement médical par les gargarismes et l'enveloppement ouaté du cou. L'affection progressant rapidement, il est dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce, et est admis dans notre service de chirurgie spéciale le 18 janvier au matin. Je l'examine dès son arrivée et je relève les symptômes suivants : l'expression du visage dénote une vive souffrance et l'altération des traits un état d'infection très caractérisé; la tête est inclinée vers la gauche; la salive sort presque constamment par la commissure de la lèvre de ce côté; un trismus serré s'oppose à l'ouverture large de la bouche dont les mâchoires s'écartent à peine d'un centimètre; le malade nous dit avec une voix caractéristique, cette voix amygdalienne qui ne peut former les g, k, r, comme si le sujet avait la cavité buccale pleine de bouillie et s'accompagne de rhinolalie ouverte, qu'il souffre beaucoup, surtout pour avaler même la salive, qu'il ne peut reposer et qu'il a encore un brisement général de tout le corps. Il n'a pas eu de frisson. La température, prise au moment de l'arrivée, est de 38°5.

La palpation extérieure de la région amygdalienne gauche, très douloureuse, permet de sentir une tuméfaction très profonde, mais sans empâtement, et décèle aussi la présence de quelques petits ganglions accessibles sous l'angle du maxillaire.

L'abaisse-langue est introduit avec précaution, car le refoulement de la langue vers sa base est très douloureux; j'obtiens ainsi un jour suffisant pour l'examen de l'état local. Toute la région de l'amygdale gauche apparaît, au premier coup d'œil, tuméfiée, rouge et projetée vers la luette, mais une exploration méthodique permet de reconnaître que rougeur et tuméfaction sont inégalement réparties.

Procédons d'arrière en avant : le pilier antérieur n'est pas tuméfié, mais simplement refoulé en avant par l'amygdale, cependant, vers sa partie supérieure, il est plus rouge, un peu élargi par infiltration, et cette rougeur se continue sur le voile du palais, qui est encore plus infiltré. En face, la luette est rouge, mais pas augmentée de volume, peu infiltrée; elle est déjetée notablement vers la droite par la tuméfaction de la région amygdalienne. En arrière du pilier antérieur, l'amygdale, assez volumineuse, fait une saillie marquée; elle est refoulée en dedans et en avant et un peu en bas par une tuméfaction située en arrière d'elle; sa muqueuse est très rouge, d'un rouge uniforme, avec des mucosités çà et là sans exsudats proprement dits et avec de rares orifices lacunaires. En arrière de l'amygdale et la débordant largement en dedans, le pilier postérieur apparaît rouge vif, tendu, luisant, très infiltré, avec l'aspect en boudin décrit par Moure (de Bordeaux); c'est vers son tiers supérieur que la rougeur et la tuméfaction sont à leur maximum. Toute la partie gauche du voile du palais, située au-dessus de la commissure des deux piliers, prend part à l'infiltration et est également très hyperémiée. L'autre amygdale est toute petite et enchatonnée entre les piliers.

Profitant de ce que j'avais à ma disposition un ouvre-bouche de Doyen, je l'introduis avec douceur et j'arrive à vaincre progressivement, quoique douloureusement, le trismus, et à obtenir un large écartement des mâchoires. Cela a été beaucoup moins douloureux que de retourner de champ l'abaisse-langue entre les arcades dentaires, comme on peut être entraîné à le faire en cas d'urgence.

L'index gauche, porté sur la région, ne me révèle aucun point ramolli soit sur l'amygdale, soit sur le pilier antérieur, ni éraillure profonde sur ce dernier, mais seulement un empâtement ou plutôt une rénittence nette, immédiatement au-dessus du croisement des piliers, sur la fossette sus-amygdalienne. En combinant cette recherche avec une pression exercée par l'autre main sur la région amygdalienne extérieure, je n'ai réussi qu'à accroître la douleur sans obtenir de résultats précis.

L'ensemble morbide que je viens de vous décrire ne laissait aucun doute dans mon esprit, sur le diagnostic de l'affection que présentait ce malade. J'affirmais un abcès péri-amygdalien de la variété postérieure de Moure, et, profitant de la mise en place de l'ouvre-bouche de Doyen, j'évacuais sur le champ le foyer abcédé.

Avant de vous exposer comment j'ai été amené à formuler ce diagnostic et à préciser ainsi la localisation de l'abcès, il est indispensable de rappeler d'une façon sommaire, à votre sou-

venir, l'anatomie de la région amygdalienne.

L'amygdale occupe, entre les deux piliers, ce qu'on appelle la loge amygdalienne à laquelle elle adhère normalement par une partie de sa face externe Sur sa face antérieure, descendant du sommet du pilier antérieur et allant se perdre, obliquement, en bas et en arrière, sur le côté correspondant de la base de la langue, se voit le pli triangulaire de His, pli muqueux qui tantôt est assez développé pour masquer la plus grande partie de l'organe, tantôt n'a qu'une largeur presque insignifiante. L'amygdale ne remplit pas toute sa loge, du moins habituellement. Il existe souvent, au devant d'elle, vers sa partie supérieure, une dépression dite fossette pré-amygdalienne, ou encore fossette triangulaire de Killian, qui est limitée en arrière par le bord antérieur de l'amygdale, en avant, par le pilier antérieur, en dedans, par le pli triangulaire. Dans cette fossette s'ouvrent des orifices cryptiques, dont l'un conduit en avant et en bas dans une crypte relativement spacieuse. Au-dessus du sommet apparent du pôle supérieur de l'amygdale, sous l'angle de jonction des deux piliers, se trouve un autre diverticule, plus important au point de vue pathologique que le précédent, et bien étudié, en 1897, par Killian, sous le nom de recessus palatin, et tout récemment encore, par Arsimoles, dans sa thèse (Toulouse 1902).

Cette petite région, plus connue sous la dénomination de fossette sus-amygdalienne, tantôt est occupée par un prolongement de l'amygdale caché sous le voile et creusé parfois d'un sinus spacieux, tantôt forme une véritable fossette de profondeur variable, tapissée par une muqueuse à caractères adénoïdes et dans laquelle s'ouvrent quelques orifices diverticulaires qui s'enfoncent sous la muqueuse en divers sens, surtout en avant, en haut et en dehors, puis en arrière, en haut et en dehors, et aboutissent parfois à de véritables cryptes creusées dans du tissu amygdalien.

L'amygdale est limitée, en dehors, par une capsule fibreuse en demi-coque, que doublent les fibres musculaires du muscle constricteur supérieur du pharynx. En dehors de ce dernier existe une sorte d'espace, rempli de tissu cellulo-graisseux, qui constitue la loge antérieure de l'espace pharyngo-maxillaire, et est appelé aussi espace pré-stylien. Cette loge est limitée, en arrière, par l'apophyse styloïde, ses trois muscles et son ligament, en dedans, par la paroi amygdalienne externe, en dehors, par le muscle ptérygoïdien interne; elle est traversée par l'artère nourricière de l'amygdale, artère tonsillaire qui vient habituellement de la palatine ascendante, plus rarement de la maxillaire interne; quelquefois l'artère carotide externe, et plus souvent l'artère faciale, forment un coude plus accentué qui les rapproche de la paroi amygdalienne.

Les abcès consécutifs aux infections qui se développent dans cette région, et dont l'ensemble est compris sous le nom générique d'angine phlegmoneuse, peuvent siéger, soit dans le parenchyme même de l'amygdale, soit dans les tissus qui l'avoisinent. D'où leur division en abcès intra-amygdaliens et abcès péri ou juxta amygdaliens. Ces derniers ont été très bien étudiés cliniquement par Moure et ses élèves, qui les ont subdivisés en abcès antéro-supérieurs, abcès postérieurs, abcès externes et même abcès inférieurs. Les abcès antérieurs sont de beaucoup les plus fréquents, 26 cas sur 46 dans la statistique de Moure (56 %); en second lieu, viennent les abcès postérieurs, beaucoup moins souvent observés, 12 sur 46, ou 26 % (1); l'abcès inférieur apparait comme une rareté. Quant à l'abcès externe, il est très discuté et ne serait, d'après Escat, qu'un abcès pharyngien latéro-externe, ce qui m'apparaît comme très probable.

Nous pouvons aborder, maintenant, avec fruit, la discussion du diagnostic d'abcès péri-amygdalien postérieur, que j'ai porté sur notre malade, et nous rendre compte de la direction à donner à l'intervention. Eliminons, d'abord, l'abcès intra-amygdalien qui se développe au sein du parenchyme même, dans une crypte de l'organe, et s'observe le plus souvent chez des malades atteints d'une amygdalite cryptique chronique, ayant déjà attiré leur attention. Cet abcès, bien limité à la glande, ne s'accompagne ni de trismus, ni de modifications très marquées des piliers et du voile du palais, qui sont simplement un peu rouges, mais très peu infiltrés : seule l'amygdale apparaît rouge vif, luisante, volumineuse, très saillante, avec souvent des orifices cryptiques présentant une sorte d'exsudat ou de bouchon blanchâtre, et parfois même on peut apercevoir le pus jaunâtre par transparence. Chez notre malade, on n'observait rien de semblable : l'amygdale, quoique un peu volumineuse, était surtout refoulée en dedans; il y avait un trismus très prononcé, et la rougeur et l'infiltration siégeaient principalement sur la commissure des piliers et sur le pilier postérieur. Le trismus à lui seul, dans les cas de ce genre, lorsqu'on a éliminé les inflammations pouvant provenir d'une dent de sagesse inférieure cariée ou en évolution anormale, le trismus, dis-je, causé par la contracture du muscle ptérygoïdien interne, est pathognomonique d'un abcès péri-amygdalien.

A quelle forme d'abcès péri-amygdalien avions-nous affaire? Etait-ce à la forme la plus commune, l'abcès antérieur? Non, certes, car, dans celui-ci, le pilier antérieur est très infiltré, très œdématié, très enflammé, ainsi que le voile du palais; leur muqueuse est rouge, tendue, luisante, la luette doublée ou triplée de volume est également le siège d'une infiltration œdémateuse inflammatoire, et apparaît rose grisâtre; l'amygdale est refoulée en dedans, en bas et en arrière, et en partie couverte par le pilier antérieur très infiltré. Lorsque l'inflammation est bien caractérisée, bien établie, si l'on explore doucement avec l'index la face antérieure du pilier antérieur, on trouve un peu en dehors de son bord interne, à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, un point dont la pression fait éprouver au malade la sensation de l'enfoncement d'une épine (douleur en épine de Ruault), et, si la collection purulente est bien formée, on y sent comme une boutonnière, une déchirure profonde allongée verticalement, sur laquelle Lemaistre a attiré le premier l'attention, et qui serait due à la dissociation des fibres du glosso-staphylin.

Notre malade ne présentait aucun de ces signes; le pilier antérieur, bien que rouge, n'était pas infiltré; le voile du palais et la luette étaient modérément œdématiés, l'amygdale était plutôt refoulée en avant, et on ne relevait pas le signe de Lemaistre. L'abcès n'était donc pas antérieur. Il n'était pas davantage externe, puisque, dans celui-ci, sauf aux périodes très avancées de l'inflammation, l'amygdale et les piliers sont simplement refoulés en dedans et ne sont ni rouge vif, ni infiltré, ni tendus, d'après Moure.

N'oublions pas qu'il peut exister des formes mixtes, dans lesquelles un abcès intra-amygdalien accompagne un abcès péri-amygdalien. Ce n'était pas le cas chez notre sujet.

J'étais donc amené à conclure à

(1) Dans la semaine qui a suivi cette clinique, j'ai eu encore à traiter deux autres cas d'abcès amygdaliens postérieurs.

l'existence d'un abcès péri-amygdalien postérieur, en me basant surtout sur l'état inflammatoire très marqué du pilier postérieur, qui était très augmenté de volume, boudiné, s'avançait vers le milieu de l'isthme pharyngien, et dont la muqueuse était tendue, rouge, luisante, et, sur la projection de l'amygdale, en avant et en dedans je vous ai déjà dit que le voile du palais était également infiltré, rouge, tendu, surtout immédiatement au-dessus de la jonction des deux piliers, et que la luette était très modérément œdématiée.

Il me reste, maintenant, à vous exposer l'étiologie de ces abcès, leur pathogénie et leur siège anatomique, leur pronostic, et à établir ensuite les indications de leur traitement.

L'angine phlegmoneuse a pour première cause efficiente la présence d'un agent pathogène qui, le plus fréquemment, est le streptocoque, exceptionnellement le pneumocoque ou le colibacille. Le germe peut, soit exister dans l'amygdale ou les logettes périamygdaliennes, au cas, si fréquent, d'une amygdalite cryptique ou lacunaire chronique, soit y être apporté de régions ou d'organes voisins (assez souvent les caries, en particulier la carie ou l'évolution anormale de la dent de sagesse, plus rarement les suppurations nasales, les opérations sur les fosses nasales, les sinusites maxillaires). Mais d'autres facteurs interviennent, et ce sont surtout le froid et les variations atmosphériques qui exercent leur action, soit en exaltant le pouvoir virulent des germes, soit en affaiblissant la résistance du terrain par la production, par exemple, d'une amygdalite banale *a frigore*. La constitution du sujet, le lymphatisme, un affaiblissement notable de l'organisme, ont été signalés comme causes prédisposantes; on a aussi observé ces abcès à la suite de traumatismes accidentels des amygdales, de l'ignipuncture (Escat).

Chez notre malade, on trouve bien deux dents cariées, mais je n'y attache aucune importance, et j'attribue une influence prédominante à l'abcès antérieur qui a évolué en novembre 1902, et dont l'abcès actuel ne serait qu'une récidive à longue échéance. Cette récidive a pu être favorisée par l'évolution d'un furoncle assez volumineux et très douloureux, survenu à la nuque quelques jours auparavant et qui aurait agi soit par ses germes propres, soit en affaiblissant momentanément l'organisme. La fréquence de la récidive de ces abcès est un fait très connu, et j'en ai rencontré des cas assez nombreux; je me rappelle, entre autres, l'histoire d'un malade, chez lequel trois récidives se sont produites la même année et auxquelles j'ai mis un terme par la suppression de l'amygdale et le dégagement de la fossette sus-amygdalienne. Pour expliquer ces récidives, on peut admettre la persistance d'une inflammation chronique, insignifiante, dans une crypte ou diverticule de la fossette sus-amygdalienne, ou en arrière d'adhérences établies entre la glande et les piliers, à l'entrée de cette fossette; survienne pour une cause quelconque, une inflammation aiguë; l'orifice, par lequel s'échappent habituellement les produits de l'inflammation chronique, s'oblitère, et bientôt apparaît un nouvel abcès par rétention.

Quel est le siège de ces abcès? Cette question est encore bien discutée et plusieurs théories ont été émises: 1° La théorie la plus généralement répandue est celle qui, depuis Chassaignac et Verneuil, place le siège de l'abcès péri-amygdalien dans le tissu cellulaire sous-muqueux, qui enveloppe l'amygdale, ou dans l'épaisseur même du pilier; 2° une théorie plus récente, celle de Killian, considère la fossette sus-amygdalienne, le recessus palatin, comme le point de départ de l'abcès, et R. Botey lui a donné plus de précision en mettant en cause l'inflammation des cryptes qui s'ouvrent dans cette fossette. La rétention du pus dans les cryptes à directions variées ou dans la fossette prétonsillaire (fossette triangulaire), ou encore dans la fossette post-tonsillaire, plus rarement existante, explique la formation des abcès antéro-supérieurs, postérieurs, ou même inférieurs. Escat se rattache à cette théorie du point de départ dans les cryptes du hile de l'amygdale; 3° enfin, une autre théorie, défendue par Chiari, envisage l'espace pharyngo-maxillaire antérieur ou pré-stylien comme le siège de l'abcès qui s'y développerait, par apport de germes venant de l'amygdale, par voie lymphatique, ou par voie veineuse.

Je penche assez volontiers pour la théorie de Killian, qui est plus conforme à ce que nous savons de l'inflammation habituelle de l'amygdale, puisqu'en réalité ce serait dans du tissu amygdalien en lame, dans l'épaisseur de la muqueuse, que se développerait le plus souvent, l'abcès, ou quelquefois autour d'elle dans ses fossettes; une autre raison est que l'on peut ouvrir ces abcès avec la plus grande facilité, presque sûrement, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, en les abordant directement par la fossette sus-amygdalienne avec une simple sonde cannelée et sans trop grande effraction. Si l'abcès se formait dans l'espace pharyngo-maxillaire, comme le veut la théorie de Chiari, la réaction locale sur les piliers, le voile ou la luette, serait beaucoup moins intense, et il me semble qu'on aurait quelques difficultés à les atteindre par l'incision du pilier antérieur près de son bord interne. Les abcès qui siègent dans cet espace sont des abcès latéro pharyngiens, susceptibles, malgré la résistance opposée par la cloison musculo-aponévrotique qui descend de l'apophyse styloïde, de se propager à la partie postérieure de l'espace pharyngo-maxillaire et, alors, de mettre en danger les gros vaisseaux.

Quant à la théorie ancienne du développement dans le tissu cellulaire sous-muqueux, elle me paraît se fondre avec celle de Killian, qui lui a donné une base anatomique plus précise, puisque les cryptes, point de départ de l'abcès, s'enfoncent dans l'épaisseur même de la muqueuse.

Le pronostic de ces abcès n'est pas, généralement, très sérieux, surtout si l'on intervient en temps opportun pour évacuer la collection. Ils occasionnent de très vives souffrances, mais le rétablissement est rapide après leur ouverture.

Abandonnés à eux-mêmes par crainte d'une intervention qui est on ne peut plus bénigne et sans danger, ou par pusillanimité du sujet, ils s'ouvrent le plus souvent spontanément, du septième au dixième jour, et le malade en est averti par un flot de pus sanieux, roussâtre et fétide, qui fait irruption dans la bouche. L'ouverture spontanée se fait suivant le siège de l'abcès, soit dans la fossette sus-tonsillaire, soit sur la partie la plus haute de la face antérieure du pilier antérieur ou un peu au-dessus, sur le milieu de l'arc uvulo-palatin, soit, pour quelques abcès postérieurs, sur la partie supérieure du pilier postérieur ou sur sa partie interne, ou, même, comme je l'ai observé, sur sa face postérieure et à mi-hauteur, soit, encore, à travers le tissu de la glande elle-même. L'orifice spontané, le plus ordinairement en forme d'un pertuis étroit, est souvent insuffisant et peut être la cause du passage de l'abcès à l'état chronique. Mais la temporisation ou l'abstention décidée n'ont pas toujours des suites aussi simples que celles de la prolongation des souffrances fort vives du malade. On a vu survenir des complications

graves, parfois mortelles: l'œdème aigu de l'orifice du larynx qui peut entraîner la trachéotomie ou la mort, la propagation du processus inflammatoire à la loge pharyngo-maxillaire, avec ses dangers d'hémorragie par ulcération des artères et de phlébites. Ces hémorragies ont été observées, en général, peu après l'ouverture spontanée, et sont produites par l'ulcération de la faciale (cas de Muller) et peut être aussi des artères pharyngienne ou palatine ascendante; je vous signalerai, à ce dernier propos, l'observation intéressante de M. Stoupy (*Archives de médecine militaire*, 1896) qui arrêta, par la ligature de la carotide externe, une hémorragie de ce genre survenue dans un abcès ouvert spontanément.

Les inflammations phlegmoneuses péri-amygdaliennes peuvent atteindre les deux amygdales l'une après l'autre, ce qui est assez rare, mais vous observerez plus fréquemment la récidive de ces abcès à des intervalles de six mois, un an, ou parfois plus longs.

Quel est le traitement à appliquer à ces suppurations? C'est surtout à l'infirmerie régimentaire que vous aurez l'occasion de voir débuter ces infections péri-amygdaliennes et, par conséquent, de mettre en usage le traitement médical, car lorsque ces malades nous arrivent à l'hôpital, il n'y a plus, généralement, d'autre thérapeutique que l'intervention armée. Par le traitement médical employé dès le début, vous vous efforcerez d'arrêter la marche de l'inflammation phlegmoneuse ou tout au moins d'en rendre l'évolution moins pénible, moins douloureuse pour le malade. Vous appliquerez dans ce but des compresses humides et très chaudes autour du cou en les renouvelant souvent et en les recouvrant d'un imperméable et de ouate, vous prescrirez des gargarismes antiseptiques chauds et, surtout, vous emploierez les irrigations très chaudes conseillées par Ripault, répétées deux ou trois fois dans la journée et faites avec un ou deux litres de liquide antiseptique (solution au chloral, au thymol, à l'acide borique, ou, encore plus simplement, eau salée à 1 °/ₒₒ), à l'aide d'un bock ou irrigateur tenu à une faible hauteur au-dessus du lit du patient, de manière que le liquide lave la région avec peu de force. Le salol a été recommandé à l'intérieur, à la dose de 2 à 4 grammes, comme pouvant juguler l'inflammation suppurative, mais il échoue très souvent et agit plutôt comme calmant, antithermique, antiseptique.

Si, malgré ce traitement, l'inflammation poursuit son évolution, vous devez intervenir d'urgence dès que le pus est formé et collecté, c'est-à-dire du quatrième au cinquième jour; autant qu'il sera en votre pouvoir, ne laissez pas ces abcès à eux-mêmes, je vous en ai dit tout à l'heure les motifs pressants.

C'est de cette intervention qu'il me reste à vous parler, mais, quel que soit le procédé que vous choisirez, rappelez-vous qu'il faut aller vers la fossette sus-amygdalienne.

Les procédés employés empruntent deux voies différentes pour parvenir à l'abcès. Les uns y arrivent à travers les piliers, les autres par la voie directe sus-amygdalienne.

1° *Voie des piliers.* — Le procédé d'incision par cette voie est le plus ancien et le plus connu; il a été bien réglé dans tous ses temps, pour le pilier antérieur, par Lemaistre. Il réussit le plus souvent lorsque l'abcès est antérieur et que l'instrument est enfoncé à une profondeur suffisante; il échoue quelquefois si l'abcès est postérieur. On peut se servir soit du bistouri, soit, comme le recommande expressément Moure, du galvano-cautère. A l'étranger, certains ont recours à l'ouverture par ponction avec une grosse aiguille lancéolée, analogue comme forme aux aiguilles à discission de la cataracte ou à paracentèse du tympan. Le bistouri est de beaucoup préférable, il est plus rapide que le galvano-cautère, se trouve dans la trousse de tous les médecins et, l'hémorragie qu'on lui a reprochée est fort peu abondante et n'est, en réalité, que l'écoulement sanguin capillaire qui accompagne toute ouverture d'abcès à parois infiltrées et distendues. Donc, comme instruments, un bistouri, une sonde cannelée et une pince à forcipressure à mors un peu longs, un abaisse-langue ou bien une cuiller à large spatule; si on peut y joindre un ouvre-bouche, l'opération sera plus facile. La lame du bistouri est enveloppée avec une lanière de gaze ou de linge (aseptique, bien entendu) ou de papier fin, de manière à ne laisser libre que l'extrémité sur une étendue d'environ 2 centim. Deux points ont été conseillés pour la pénétration de l'instrument : 1° le point de Lemaistre, sur la partie antérieure du pilier antérieur, à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, à 1 centimètre de son bord interne ou libre; 2° le point de Chiari, situé sur le milieu d'une ligne unissant la base de la luette et la dernière molaire. En France, on choisit généralement le point de Lemaistre, et c'est ce que j'ai fait jusqu'à ces dernières années. Vous pouvez, chez les sujets très pusillanimes, anesthésier superficiellement le point de pénétration en y appliquant, pendant une minute environ, un petit tampon imbibé de liquide de Bonain (mélange à parties égales d'acide phénique, de chlorhydrate de cocaïne et de menthol, soit 2 grammes de chaque, par exemple, qu'on liquéfie au moment de s'en servir, en plongeant le flacon qui le contient dans l'eau chaude). Le bistouri, tenu le tranchant en bas, est enfoncé franchement, rapidement et avec sûreté, exactement d'avant en arrière en ligne droite jusqu'à une profondeur de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres au maximum; le pus sort le long de la lame dès qu'on a pénétré dans la cavité de l'abcès, et, du reste, on se rend très bien compte du moment où on y parvient par la cessation de toute résistance des tissus traversés. La profondeur de 2 centim. est un maximum à ne pas dépasser, moyennant quoi, vous serez sûrement à l'abri de la blessure d'une artère, de quelque importance dont vous séparent des parois épaissies et infiltrées. En retirant l'instrument, agrandissez l'incision d'un bon centimètre, directement en bas, parallèlement au bord libre du pilier antérieur. L'abcès étant ouvert, il convient d'en élargir encore la voie d'écoulement par dilacération, afin d'éviter une occlusion prématurée; pour cela, introduisez la pince à forcipressure dans le trajet et retirez-la en ouvrant largement ses mors, ou bien dilacérez l'incision avec la sonde cannelée; une pression douce, exercée sur l'amygdale, facilite l'évacuation du foyer. Si le pus n'est pas trouvé, vous allez, avec la sonde cannelée, chercher le foyer dans la profondeur, mais avec prudence et sans insister beaucoup; si vous échouez encore, vous verrez très probablement le pus sortir par le trajet dans le courant de la journée.

Lorsque l'abcès est postérieur, il est préférable de l'ouvrir, ainsi que l'a indiqué Moure, à travers le pilier postérieur, à une hauteur correspondant au tiers supérieur de l'amygdale; la voie d'accès est plus courte et l'instrument ne sera pas enfoncé plus d'un centimètre, car ici on est plus rapproché des gros vaisseaux.

2° *Voie sus-amygdalienne ou directe.* — Elle a été indiquée par Killian, conseillée par Roault, et c'est celle que nous avons substituée depuis deux ans dans cette clinique, à la voie des piliers. Elle conduit directement sur l'abcès à son origine, et permet

d'ouvrir tous les abcès péri-amygdaliens antérieurs et postérieurs, et même les abcès externes. Elle présente encore un autre avantage sur la voie des piliers, c'est qu'il suffit d'une sonde cannelée pour la suivre, et qu'elle est ainsi à la portée de tous les praticiens, surtout de ceux qui n'ont qu'un tempérament chirurgical timide; elle effraie moins le patient, qui ne voit pas apparaître d'instrument tranchant. Le procédé ne m'a pas paru causer au malade des souffrances plus vives, et l'intervention est tout aussi rapide qu'avec le bistouri enfoncé au travers des piliers. Killian recommande une sonde rigide de gros calibre, qu'on introduit sous la commissure des piliers, entre elle et l'amygdale, dans la fossette sus-amygdalienne, et qu'on pousse en haut et en dehors avec une force variable, suivant la résistance généralement faible des tissus à dilacérer; le trajet est ensuite élargi avec une pince, comme je vous l'ai déjà indiqué. Ruault a substitué à la sonde de Killian son crochet à discission, mousse ou aigu suivant les cas (couteau faucille), qu'il introduit de bas en haut vers le voile.

A notre clinique, nous employons une simple sonde cannelée, dont on recourbe un peu l'extrémité; et ni mon agrégé M. Toubert, ni moi, n'avons encore éprouvé d'échec. Le procédé a encore parfaitement réussi chez notre malade. Voici comment il s'exécute :

Les mâchoires étant suffisamment écartées par l'ouvre-bouche, le bec de la sonde est introduit de force dans la fossette sus-amygdalienne, sous la commissure des piliers et poussé, en insistant un peu, en haut et en avant pour les abcès antérieurs, en haut et en arrière pour les postérieurs, et, dès que le pus jaillit, on la retire en dilacérant le trajet par quelques mouvements rapides de latéralité, surtout dans le sens vertical. Pour obtenir un orifice plus large, on peut aussi suivre le conseil de Killian et introduire, les mors fermés, une pince à forcipressure qu'on retire en l'ouvrant verticalement.

Dans le cas, que je crois très exceptionnel, où l'on échouerait, on pourrait recourir à la voie des piliers, suivant le conseil donné par Lermoyez au Congrès d'otologie de 1901.

Tel est le procédé que je vous recommande, en raison de sa simplicité et de sa sécurité; il vous servira pour tous les abcès péri-amygdaliens, quel que soit leur siège, y compris l'abcès latéro-externe; pour ce dernier, il suffira d'enfoncer la sonde en dehors et un peu en bas, sans dépasser une profondeur de un centimètre à un centimètre et demi.

Après l'ouverture de l'abcès, le traitement sera le suivant : gargarismes antiseptiques (en particulier avec l'eau oxygénée à 6 volumes), répétés fréquemment, recommandation au malade de faire le moins possible de mouvements de déglutition. Il peut être nécessaire, dans les premières quarante-huit heures, de maintenir la béance de l'ouverture en y introduisant, une ou deux fois par jour, la sonde cannelée, car elle a une très grande tendance à se refermer. Dans un cas où l'abcès occupait une étendue considérable, j'ai été amené à faire, pendant deux jours, des lavages de la cavité à l'aide d'une petite seringue, mais il s'agissait là d'un fait exceptionnel.

Dans les premières heures qui suivent l'incision, le trismus disparait presque intégralement. La guérison de la suppuration est obtenue, en général, trois à cinq jours au maximum après l'ouverture de l'abcès; exceptionnellement, il persiste une fistule qui peut s'ouvrir et se fermer alternativement à des périodes plus ou moins espacées.

Mais tout n'est pas fini avec la disparition des signes de la poussée aiguë qui a amené la formation de l'abcès. Il faut faire disparaître les causes qui sont susceptibles d'en occasionner la récidive, à savoir : traiter l'inflammation chronique des cryptes de l'amygdale et de la fossette sus-amygdalienne, détruire les adhérences qui existent entre le pôle supérieur de l'amygdale et des piliers, et s'occuper aussi, le cas échéant, des caries des grosses molaires et des suppurations du naso-pharynx. Il y a donc un traitement prophylactique. En ce qui concerne la région elle-même, la meilleure prophylaxie contre la récidive est de supprimer, lorsque toute trace de l'inflammation phlegmoneuse a disparu, soit, environ, après trois semaines, par le morcellement avec la pince de Ruault ou celle de Kocher, toute l'amygdale, et en particulier sa partie supérieure, pour bien dégager les fossettes.

FAITS CLINIQUES

Colobome congénital de la paupière supérieure

Par M. le Dr Albert Cange

Professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger.

Nous n'avons pas l'intention, en publiant cette observation, d'élucider la pathogénie encore controversée du colobome congénital des paupières; nous voulons seulement rapporter un cas nouveau d'un vice de conformation à la fois rare et intéressant.

Le jeune Simon B..., âgé de cinq mois, est un enfant du sexe masculin, né à terme et d'excellent état général; il a quatre frères et sœurs tous bien portants et sans aucune tare ou anomalie congénitales.

Son père et sa mère n'offrent aucun antécédent pathologique. Toutes les grossesses de la mère et notamment la dernière se sont succédé sans présenter aucune particularité.

L'enfant est amené à notre consultation le 8 février et voici ce que l'examen nous permet de constater.

A la partie moyenne du bord libre de la paupière supérieure droite existe une échancrure regulière et semi-circulaire, de 4 millim. de longueur sur 3 millim. de profondeur et au niveau de laquelle les cils font défaut. Le pourtour de cette échancrure est aminci et comme tranchant. Sa coloration violacée lui donne l'apparence d'un liseré cicatriciel de date récente (fig. 1).

De chaque côté de la perte de substance, le bord libre reprend d'emblée sa conformation normale avec son épaisseur et sa coloration habituelles et sa rangée de cils bien développés et régulièrement implantés.

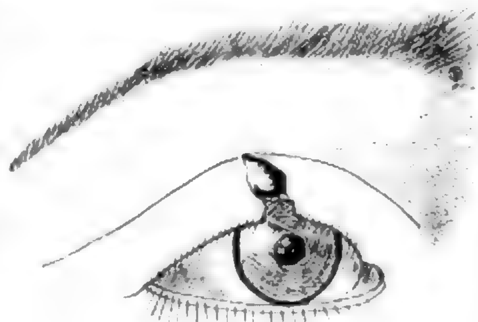


Fig. 1

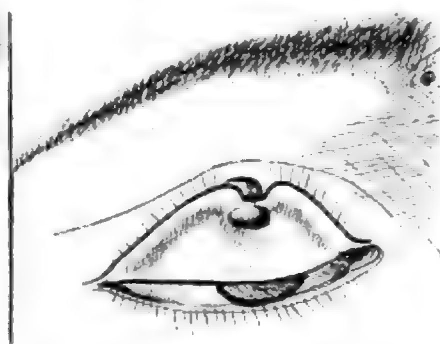


Fig. 2

Bref, il s'agit d'un colobome congénital de la paupière, mais ce qui en accroît l'intérêt, c'est la présence, immédiatement au-dessus de lui, d'une petite tumeur également congénitale. Elle existait, en effet, dès la naissance, bien qu'elle ait depuis, au dire des parents, un peu augmenté de volume. Elle présente actuellement la grosseur d'un pois, mais n'en affecte pas tout à fait la forme arrondie. Elle est plutôt ovoïde; sa grosse extrémité inférieure est tangente au colobome, tandis que sa petite extrémité s'amincit en remontant obliquement en haut et dehors. Cette tumeur, recouverte par une peau normale, repose sur la paupière par une base d'implantation un peu moins large qu'elle.

En retournant la paupière supérieure, on aperçoit (figure 2), immédiatement au-dessus de l'encoche colobomateuse, une petite saillie aplatie à contour nettement circulaire, présentant la configuration et les dimensions d'une petite lentille. Elle est lisse à sa surface et tranche, non seulement par son relief, mais encore par sa coloration rouge pâle, sur la teinte plutôt jaunâtre de la conjonctive palpébrale avoisinante. Dans les mouvements d'éversion que l'on imprime au voile palpébral, on constate que le tarse est sinon absent, du moins considérablement aminci dans sa partie moyenne, c'est-à-dire dans celle qui répond précisément aux points d'implantation des deux tumeurs cutanée et muqueuse précitées. Et de fait, la paupière retournée s'infléchit à ce niveau, quand on presse sur les angles, tandis que de chaque côté de la tumeur conjonctivale se dessinent deux arêtes saillantes, formées par le soulèvement de ce qui paraît être le bord interne de chacune des deux moitiés du tarse.

Il n'existe aucune autre anomalie ou lésion des membranes superficielles ou des membranes profondes.

Opération. — L'ablation de la tumeur cutanée fut pratiquée, le 8 février 1901, par section, avec le bistouri, de sa base d'implantation. La plaie résultant de cette excision fut comblée par deux petits lambeaux rectangulaires, que deux incisions parallèles au bord libre, pratiquées de chaque côté de la perte de substance, permirent de mobiliser, d'amener au contact et de suturer l'un à l'autre par deux fils de soie fine.

Suites opératoires très simples et guérison rapide, malgré l'infection d'un des fils de suture.

Huit jours après, la tumeur conjonctivale est enlevée à son tour d'un coup de ciseaux courbes, et la plaie résultante abandonnée à sa cicatrisation spontanée. L'enfant est revu quatre jours plus tard en bonne voie de guérison. Le colobome persiste seul. La famille se déclare satisfaite; nous ne croyons pas devoir insister pour la décider à une intervention dont l'urgence ne se fait pas sentir.

Examen histologique. — L'examen histologique de ces deux tumeurs a été pratiqué par M. le prof. Planteau, qui nous a transmis la note suivante: « La tumeur qui nous a été remise par M. le Dr Cange est du volume d'un petit haricot et assez régulièrement ovoïde. Après l'avoir fixée par le Müller et terminé son durcissement par l'alcool fort, nous l'avons incluse au collodion.

Les coupes pratiquées perpendiculairement au grand axe ont la forme très régulière d'un demi-cercle dont le diamètre correspond au plan de section. Elles ont été colorées par la méthode de Van Gieson et montées au baume. A la périphérie, nous constatons un épiderme pavimenteux stratifié, à couche cornée très mince, présentant par places des dépressions correspondant a de petits follicules pileux. Les papilles que revêt cet épiderme sont peu élevées et peu volumineuses. Au-dessous, nous trouvons les coupes de nombreux follicules pileux auxquels sont annexées de très belles glandes sébacées que l'acide picrique a colorées d'un beau jaune. Leur volume est considérable, par rapport à celui des follicules pileux et des poils; de plus, on constate très nettement que le conduit excréteur de quelques-unes de ces glandes débouche directement à la surface de la peau et non dans un follicule pileux. Nous trouvons encore, sur quelques points de la préparation, des coupes très nettes de glandes sudoripares.

La zone la plus interne, qui forme en quelque sorte la charpente de la tumeur, est constituée par un feutrage de faisceaux fibreux adultes colorés en rose vif par la fuchsine acide; on y voit aussi quelques éléments élastiques colorés en jaune; par places quelques ilots de tissu cellulo-adipeux.

En résumé, il s'agit là d'une tumeur dont la structure est absolument semblable à celle de la peau. Les glandes sébacées, par leur volume et leur nombre, en forment la plus grande partie.

Quelques jours après, M. Cange nous a remis un petit fragment provenant du même malade. Ce petit fragment avait à peine le volume d'un grain de blé.

Après l'avoir fixé au Müller, comme la tumeur précédente, durci à l'alcool fort, nous l'avons orienté le mieux possible à la loupe, pour le monter à la paraffine.

Sur les coupes ainsi obtenues, et employant les mêmes réactifs colorants que pour la première tumeur, nous avons constaté la structure suivante :

Les coupes de ce petit fragment ont la forme d'un triangle à sommet arrondi, la base du triangle est revêtue par un épithelium pavimenteux stratifié. Sous cette première couche existent de nombreuses et énormes glandes sébacées, présentant les mêmes caractères que dans la précédente préparation, ainsi que quelques follicules pileux avec poils follets (2 ou 3 sur la coupe).

La charpente de la tumeur est formée par un feutrage de tissu fibreux.

Dans l'angle inférieur, près de la base, on trouve quelques faisceaux de fibres musculaires striées, pour la plupart coupés en travers; sur les faisceaux coupés en long, on observe de la façon la plus nette la striation caractéristique.

En somme, le petit fragment qui nous a été remis en dernier lieu nous paraît être un prolongement sur la conjonctive, de la tumeur de la peau, enlevée lors de la première intervention. »

MÉDECINE NAVALE

Des cadres des médecins de la marine

Au début de cette année, M. le ministre de la marine a déposé un projet de loi ayant pour but de soustraire les médecins de la marine au régime des décrets, et de garantir leurs situations par des lois spéciales. Nous avons étudié ce document dès son apparition (1) et avons fait ressortir tous les avantages qui en découlaient pour nos confrères et pour le bien du service.

Ce projet vient d'être examiné par la Commission sénatoriale de la marine, et c'est avec une réelle satisfaction que nous avons vu son rapporteur, M. le gouverneur général des colonies, Dr Bayol, dont la compétence en l'espèce est reconnue de tous, approuver complètement l'esprit des dispositions ministérielles. Voici comment il s'exprime dès le début de son rapport :

Depuis longtemps, dit-il, une loi organique est désirée par les officiers de notre corps de santé naval. Leur situation, leur avenir ont été jusqu'à présent soumis à l'*arbitraire des décrets*. A des périodes d'avancement régulier et parfois rapide succédaient des séries d'années pendant lesquelles les promotions étaient insignifiantes ou nulles. On comprend le malaise, le découragement occasionnés par ces alternatives, impossibles, du reste, à prévoir à longue ou brève échéance, et dépendant uniquement du bon plaisir du ministre, des idées changeantes des bureaux, qui, eux, ne changent pas.

Ce sera l'honneur du parlement et du gouvernement de la République d'avoir porté remède à ce triste état de choses en établissant une *loi des cadres*, loi des cadres non plus limitée à des officiers qui pouvaient se dire et se croire *privilégiés*, tels que les contrôleurs, les mécaniciens, les officiers de vaisseau, mais étendue désormais à tous ceux qui consacrent également, à bord des navires ou dans les annexes de la flotte, la meilleure part de leur existence au service de la nation.

M. Bayol fait cependant au projet ministériel une critique de détail, critique des plus justes. Il fait remarquer que d'après l'article 2 les médecins généraux de 2e classe seraient ramenés à 5, alors que les titulaires sont actuellement 6, ainsi employés : 5 comme directeurs du service de santé dans les ports militaires, 1 directeur de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux.

Si le Sénat votait la diminution propo-

(1) Des cadres des médecins de la marine (*Bulletin médical*, 1904, n° 9, p. 99).

sée, quel est celui des cinq ports de guerre dans lequel le directeur du service de santé serait supprimé? A des titres divers, chacun de ces ports a droit à une sollicitude égale de la part du Parlement; ce serait affaiblir notablement son service médical que de lui retirer son directeur, titulaire non seulement de la fonction, mais de l'autorité jointe au grade, qui est nécessaire à l'accomplissement de la fonction.

Votre commission demande donc qu'on maintienne un directeur à la tête du service de santé dans chacun de nos cinq ports militaires, et un sixième directeur, comme cela existe maintenant, pour l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, école absolument nécessaire au recrutement et à l'instruction des futurs médecins de la marine. Ouverte en exécution de la loi du 10 avril 1890, elle a fonctionné, depuis lors, de la manière la plus satisfaisante. Il faut à sa tête un directeur, non seulement pour maintenir son plein développement, pour la représenter, comme il convient, auprès des autorités municipales et universitaires de la ville de Bordeaux, mais, en outre, pour démontrer que la marine entend conserver la possession de l'École principale et ne pas l'abandonner à d'autres pouvoirs.

Le maintien du sixième médecin général de 2e classe semble, en effet, s'imposer en raison des nécessités du service, et il y a lieu de supposer que la modification proposée par le Sénat ne trouvera pas d'opposition irréductible.

Cette critique étant la seule formulée par la Commission sénatoriale, nous arrêterions là notre étude de ce rapport, si M. Bayol n'avait profité de l'occasion pour faire justice des critiques formulées au sujet des effectifs des médecins de la flotte par le rapporteur du budget de la marine à la Chambre des Députés.

L'honorable rapporteur a marqué son étonnement de ce que, les effectifs du corps de santé naval ayant diminué de près de la moitié depuis la séparation des troupes coloniales, le nombre des officiers généraux et supérieurs au-dessus du grade de médecin principal (assimilé à chef de bataillon) soit cependant resté le même. Ce fait s'explique aisément. La marine ne fournissait pas à ces troupes de médecins au-dessus du grade de principal; tous les directeurs, tous les médecins en chef étaient affectés, comme ils le sont aujourd'hui, au service des ports ou des escadres. Les effectifs des officiers généraux ou supérieurs au-dessus du grade de principal, dans le corps de santé de la marine, n'avaient donc aucune élasticité et l'on ne pouvait les réduire sans entraver la marche normale des services.

D'ailleurs, la proportion des grades d'officiers généraux et supérieurs par rapport aux grades inférieurs est actuellement beaucoup plus faible pour les médecins que pour les autres corps de la marine.

La deuxième critique de M. Messimy porte sur le nombre total des médecins de la marine qu'il trouve très exagéré et hors de proportion avec les besoins du service. L'honorable député a appuyé son dire sur une comparaison avec le service médical de l'armée de terre et celui de l'Assistance publique. M. Bayol trouve plus logique un parallèle avec le service de santé des principales armées étrangères, parallèle qui est résumé dans le tableau ci-dessous :

De ce tableau, M. Bayol tire les conclusions suivantes :

Ainsi, pour les frais d'entretien des médecins de la flotte, la France occupe le troisième rang, comme on pouvait le supposer par son rang de puissance maritime.

Pour le nombre de ses médecins, la France tient le second rang, ce qui est dû à ce qu'ils assurent, en France, le service des ports et arsenaux, ainsi que des établissements de la marine hors des ports.

La comparaison avec les marines étrangères aboutit donc à cette conclusion que le corps de santé de la marine en France ne présente rien d'exagéré, ni comme nombre, ni quant aux dépenses occasionnées par son entretien.

Non content de cette comparaison, M. Bayol entre dans le détail des emplois des officiers de chaque grade, et démontre que les cadres prévus sont à peine suffisants pour assurer le service, et il termine en citant les lignes suivantes écrites par le Dr Piton, médecin principal de la marine en retraite.

Il est impossible de comparer la répartition de la guerre à celle des médecins de la marine. Dans le premier cas, il est attribué un médecin pour un nombre d'hommes peu variable (1 médecin pour 413 hommes en moyenne), parce que le fractionnement des troupes de la guerre est régulier. Cette circonstance est rare dans la marine, et, quand elle existe, le nombre des médecins attachés aux groupes d'hommes est bien inférieur à celui accordé par le règlement de la Guerre.

C'est ainsi que, dans les dépôts, le service médical est assuré par deux médecins, alors que l'effectif moyen de ces corps de troupe est de 3500 hommes pour le deuxième dépôt (Brest). De même, le médecin chargé de la visite médicale des arsenaux a, dans un port comme Brest ou Toulon, 200 malades à examiner chaque matin.

Le service, tel qu'il est assuré au point de vue médical, soit dans nos dépôts, soit dans nos arsenaux, est souvent en souffrance, malgré le zèle et le dévouement dont font preuve les médecins de la marine.

Pour ce qui est du service médical dans la flotte, il est regrettable que, sur certains navires faisant campagne lointaine, où il y a un seul médecin, celui-ci ne puisse être remplacé en cas de maladie. Sur les bâtiments de la station du Pacifique, par exemple, appelés à faire parfois jusqu'à vingt jours de mer sans relâche, lorsqu'ils vont de l'Amérique du Sud en Océanie, que deviendraient les hommes d'un tel navire dont le médecin serait incapable de donner ses soins dès le milieu de la traversée? Il ne faut pas oublier aussi que les contre-torpilleurs nombreux, appelés à naviguer fréquemment seuls et ayant un équipage de 62 hommes, n'ont jamais de médecin à bord : le service médical y est assuré par un quartier-maître infirmier.

Il semble donc ressortir de ces faits que le nombre du personnel médical non hospitalier est insuffisant pour assurer le service, soit dans les dépôts, soit dans les arsenaux, soit enfin à bord de quelques unités de la flotte.

Aussi il nous semble qu'on doit s'associer aux paroles suivantes de M. Bayol :

Toutes ces réflexions paraissent justifiées; elles acquièrent une force particulière sous la plume d'un médecin principal de la marine bien noté, aujourd'hui en retraite et parlant sans intérêt personnel, dans sa pleine indépendance.

En somme, il ressort de tout ceci deux choses : la première, c'est que l'intérêt du pays demande que l'on vote le projet ministériel avec les amendements sénatoriaux; la seconde, c'est qu'il ne suffit pas d'avoir servi dans l'état-major de l'armée de terre et d'être député pour connaître les choses de la marine.

Dr Noel.

MÉDECINS DE LA MARINE

	Angleterre	États-Unis	France	Italie	Espagne	Allemagne	Autriche
Nombre..	477	447	343	219	152	175	64
Dépense .	4.635.950	2.417.000	1.379.196	760.900	625.750	624.650	212.912

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 mai

Cas d'émission de rayons N après la mort

(Note de M. Augustin Charpentier, présentée par M. d'Arsonval).

Dès le commencement de mes recherches sur les rayons N d'origine physiologique, je me suis préoccupé de savoir si l'émission de ces rayons par l'organisme animal était liée strictement à son état de vie ou si elle pouvait continuer après la mort. Dans ce but, j'ai conservé, depuis le mois de décembre dernier, des grenouilles qui m'avaient servi à diverses expériences et qui étaient mortes à la suite d'intoxication par le curare. Je les ai laissé dessécher, pour éliminer la putréfaction qui, à elle seule, aurait pu produire une émission étrangère de rayons phospho-actifs. J'ai conservé longtemps les corps momifiés de ces animaux, et j'en possède encore actuellement.

Or, les momies en question ont continué, pendant plusieurs mois, à émettre une quantité variable de rayons, quantité

généralement faible et allant en diminuant de plus en plus. Cette émission était visible principalement vis-à-vis des centres nerveux, et la faradisation du bout central du nerf sciatique la rendait plus perceptible. Un mois encore après la mort, le cerveau semblait produire plus de rayons phospho-actifs sous l'influence d'une telle excitation. Au bout de deux mois, une certaine émission cérébrale était encore perceptible, avec maximum entre les deux yeux et contre ces organes.

Pour éliminer l'influence possible d'une absorption de rayons N d'origine extérieure, solaire ou autre, j'ai fait séjourner les corps dans l'obscurité et les phénomènes sont restés sensiblement les mêmes.

J'ai constaté aussi, pendant un mois (1), une émission de rayons N par les centres nerveux (moelle et cerveau) extirpés des corps et desséchés sur une plaque de verre, et aussi, mais moins nettement et pendant un temps moins long, par le nerf sciatique conservé dans les mêmes conditions.

Il est difficile de prolonger indéfiniment l'expérience, car les corps momifiés finissent par être envahis par des moisissures superficielles qui donnent par elles-mêmes une émission phospho active.

Les observations précédentes démontrent que l'émission de rayons N par le système nerveux peut (dans certaines conditions) persister après la mort au moins apparente de l'organisme et être augmentée par des excitations d'origine réflexe, lesquelles, je m'en suis assuré, ne produisent rien de tel sur des corps inorganiques tels que du liège ou du papier buvard imbibé de la solution salée physiologique (1).

Contribution à l'étude de l'albumosurie de Bence-Jones

(Note de MM. **G. Patein** et **Ch. Michel** présentée par M. Arm. Gautier)

Les albumoses se distinguent surtout des albumines par les trois caractères suivants : 1° elles ne sont pas coagulables par la chaleur, même en présence des sels neutres ; 2° elles sont solubles dans l'alcool faible ; 3° elles donnent, avec l'acide azotique, un précipité qui se dissout à l'ébullition pour reparaître après refroidissement.

On peut rencontrer des urines contenant des albumoses. On a signalé le fait dans l'ostéomalacie. Mais, en outre, on a donné le nom d'*albumosurie de Bence-Jones* à un symptôme que ce dernier a constaté en 1817, et qu'on a remarqué un certain nombre de fois chez des malades atteints de sarcomatose multiple des os. L'albumose de Bence-Jones, qui présenterait quelques propriétés des véritables albumoses, est caractérisée par la solubilité plus ou moins complète, à l'ébullition et sans addition d'aucun réactif, du précipité obtenu à une température inférieure. De plus, la coagulabilité par la chaleur disparaît en présence de l'acide acétique.

Par conséquent, la matière albuminoïde qui a reçu le nom d'albumose de Bence-Jones, n'est pas une albumose et doit être rangée parmi les albumines.

(1) Je dois mentionner que M. Gilbert Ballet a signalé, chez le chien, la persistance d'une émission par le cerveau le lendemain de la mort.

Sans tenter en ce moment une interprétation prématurée de ces faits, il m'est impossible de ne pas rappeler à leur sujet les délicates expériences par lesquelles M. d'Arsonval a montré, en 1886 (Société de biologie), que l'excitabilité motrice persistait après la mort bien plus longtemps qu'on ne l'admettait généralement.

Sur dix cas d'hypertension artérielle traités par la d'arsonvalisation

(Note de **M. A. Moutier**, présentée par M. d'Arsonval).

Nous venons d'avoir à traiter dernièrement dix malades atteints d'artério-sclérose, qui viennent confirmer les résultats que nous exposions dans une note précédente (1).

Tous ces malades étaient depuis très longtemps atteints d'artério-sclérose, la plupart avaient suivi tous les traitements usités, tous continuaient à suivre le régime approprié au point de vue de l'hygiène et de l'alimentation sans avoir pu obtenir l'abaissement de leur pression artérielle. Or, chez sept de ces malades, la pression artérielle est revenue à la normale d'une façon très rapide; il a suffi, pour cela, de quatre séances de d'arsonvalisation dans deux cas; de cinq séances dans deux autres cas; de six séances chez deux autres malades, et, enfin, de sept séances pour le dernier.

Chez tous ces malades, comme du reste dans tous les cas que nous avons observés jusqu'ici, la pression artérielle a été ramenée à la normale. En même temps, chez certains de ces malades, on a vu disparaître la plupart des symptômes de l'artério-sclérose, tandis que, chez d'autres, on a observé un état stationnaire ; souvent, après la cure électrique, comme après les cures thermales, on observe un peu de fatigue, et l'amélioration ne se produit qu'ultérieurement.

De tout ceci on peut conclure que la d'arsonvalisation constitue actuellement un traitement très efficace de l'hypertension artérielle et aussi un traitement prophylactique de l'hémorragie cérébrale.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. J. Becquerel. — Sur l'émission simultanée des rayons N et N_1.

M. E. Bichat. — Sur un phénomène analogue à la phosphorescence, produit par les rayons N.

M. J. Meyer. — Action des anesthésiques sur les sources des rayons N.

MM. A. et L. Lumière. — Sur une nouvelle méthode d'obtention de photographies en couleurs.

(1) Voir *Bulletin médical*, 1904, n° 43, p. 508.

MM. D. Courtade et J.-F. Guyon. — Action motrice du pneumogastrique sur la vésicule biliaire.

MM. Launoy et F. Billon. — Sur la toxicité du chlorhydrate d'amyléine.

MM. H. Labbé et Morchoisne. — Grandeur du besoin d'albumine dans le régime alimentaire humain.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mai

(*Suite*) (1).

Infection puerpérale guérie par le sérum de Raymond Petit

M. Paul Delbet. — En observant l'évolution de plusieurs cas d'appendicite abandonnés à eux-mêmes ou opérés par des procédés et à des moments divers, j'ai été amené à considérer l'appendice enflammé comme un centre toxi-infectieux et le pus qui l'entoure comme une barrière défensive élevée entre l'organisme et ce foyer infectieux. J'ai de plus montré, dans des examens rapportés ici même, en 1900, que le sérum des péritonites appendiculaires n'était pas toxique et jouissait de propriétés bactéricides. J'en ai conclu que, dans l'appendicite à chaud, c'était une faute d'évacuer le pus sans toucher à l'appendice, qu'il fallait, au contraire, extirper l'appendice sans enlever, et même en conservant le pus. Les faits cliniques que j'ai observés, la guérison constante des appendicites opérées suivant ces principes n'ont fait que me confirmer dans mon opinion. Si, d'ailleurs, mes idées ont été jugées révolutionnaires par les chirurgiens, je pense qu'elles soulèveront moins d'étonnement au sein de cette société; le pouvoir bactéricide du pus est une notion ancienne et scientifiquement démontrée. Poussant les conclusions à l'extrême, je me suis demandé si l'on ne pourrait suppléer l'organisme dans certains cas en lui apportant le pus bactéricide, et j'ai cherché à extraire du pus un sérum anti-infectieux. Je n'ai pu réaliser ce désidératum.

Mais M. Raymond Petit a pu constituer un sérum chimiotactique susceptible d'applications diverses. Je viens de l'employer dans un cas d'infection puerpérale grave. Voici dans quelles conditions :

Je suis consulté, le 19 novembre 1903, à Saint-Quentin, par une femme âgée de trente-quatre ans. La malade a des pertes depuis vingt jours et, depuis quatre mois, son ventre augmente de volume. Jamais les règles n'ont été suspendues : au toucher, on sent une tumeur faisant corps avec l'utérus. Cette tumeur est sphérique, elle présente des inégalités de consistance, ferme par place, fluctuante ailleurs; son volume est supérieur à celui d'une tête d'adulte. Je pense à une grossesse, puis rejette ce diagnostic, la ma

(1) Voir *Bulletin Médical*, n° 44, p. 523.

lade, femme honnête, mariée, affirmant que les règles n'ont jamais cessé. Il n'y a d'ailleurs ni souffle ni bruit de cœur fœtal. On met la malade en observation. Dans la nuit du 25 au 26 novembre, la malade avorte et met au monde un fœtus mort et macéré, de cinq mois environ. Le 28 au soir, deux jours après l'avortement, la malade est prise d'un frisson et la température monte à 38°. La température se maintient les jours suivants et atteint, le 30 au soir, 39°. En même temps, l'état général devient sérieux : pouls, 120; peau sèche, langue chargée, inappétence et même envie de vomir. Le vagin, l'utérus examinés ne paraissent nullement malades. Il n'y a pas de lochies fétides et de l'utérus un peu mou ne coule qu'un liquide clair et transparent. Je n'en décide pas moins un curettage qui est pratiqué le 30 au soir et ne ramène que des débris insignifiants. Des examens de lamelles par frottis n'en révèle pas moins la présence du streptocoque. Le lendemain matin, la température reste à 38°4; elle remonte à 39° le soir et le surlendemain; le pouls toujours aux environs de 120; l'état est de plus en plus grave, inquiétant même. C'est alors que je me décide à recourir au serum de Petit. Le 1er décembre, l'utérus ayant été dilaté, j'introduis dans sa cavité des mèches de gaze stérilisée abondamment imprégnées de sérum. Le lendemain matin, la température est tout d'un coup tombée à 37°; le pouls est à 90; la malade a reposé et les traits sont détendus. C'est une vraie résurrection. En même temps il se fait, par le vagin, un écoulement fade et purulent. Le 3, la malade fait une phlébite de la cuisse droite et du bras gauche, mais sans phénomènes généraux; le 5, nouvelle application de serum. La malade est en pleine convalescence; elle sort guérie le 17 décembre.

Le fait est donc absolument typique. Infection grave streptococcique *post-abortum*; état inquiétant, échec des injections, du curettage, du sérum sous-cutané, disparition immédiate des accidents infectieux quelques heures après l'application du sérum de Raymond Petit. L'apparition de la phlébite suivant l'application du sérum, survenant après la chute des accidents fébriles doit, à mon avis, être rapportée à une précipitation sur l'endoveine des microbes circulant dans le sang. Cette précipitation est le fait du sérum. L'observation que je rapporte est typique et, cependant, ce qui m'a frappé dans cet essai, ce n'est pas la chute de la température, le ralentissement du pouls, la disparition des phénomènes infectieux, la phlébite survenant après l'application du sérum, c'est surtout la transformation profonde des phénomènes locaux. L'utérus était mou, ne laissait couler qu'un peu de liquide séreux sans odeur. Dès l'application du sérum il devint plus ferme et on vit apparaître un écoulement abondant, riche en leucocytes. C'est leur présence qui a assuré la guérison.

Sur la toxicité des naphtols

M. J. Lesage (d'Alfort). — Il est admis que la toxicité des naphtols pris par la voie digestive est faible. Les expériences de M. Bouchard, d'une part, celles de M. Maximovitch, d'autre part, prouvent, en effet, qu'il faut une dose de naphtol β supérieure à 3 gr. 80 par kilogramme d'animal, et une dose de naphtol « supérieure à 9 grammes par kilogramme, pour tuer le lapin. En se basant sur ces expériences, « la dose de naphtol β capable d'être toxique pour un homme de 65 kilogrammes serait voisine de 250 grammes (Bouchard) », et « la dose de naphtol « nécessaire pour intoxiquer un homme de 65 kilogrammes serait de 585 grammes (Maximovitch). »

« En présence d'une si faible nocuité de cette substance, ajoute M. le prof. Bouchard, en parlant du naphtol β, on se demande comment a pu s'établir la légende de la toxicité du naphtol, qu'on dit être capable de produire l'hémoglobinurie, les vomissements, les syncopes, les convulsions éclamptiques. »

Les recherches expérimentales que nous avons entreprises sur les naphtols « et β, nous ont montré que chez le chien et le chat ces symptômes ne sont pas imaginaires, et que, pour ce dernier animal, le naphtol est extrêmement toxique. S'il nous était permis d'évaluer la toxicité pour l'homme, d'après ce qu'elle est chez le chat, notre conclusion serait que la dose capable de tuer fatalement un homme de 65 kilogrammes est voisine de 6 gr. 50.

COMMUNICATIONS DIVERSES

MM. *Ed. Meyer* et *M. Lambert*. — Emission de rayons N pendant la coagulation du sang.

M. *J. Tissot*. — La respiration dans une atmosphère dont l'oxygène est considérablement raréfié n'est accompagnée d'aucune modification des combustions intra-organiques, évaluées d'après les échanges respiratoires.

M. *Alexis Werner*. — Sur la toxine sécrétée par le bacille typhique.

M. *Wlaff*. — Transmission de l'immunité.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 juin.

Polynévrite infectieuse aiguë des membres supérieurs

MM. Déjerine et Roussy présentent un cas de polynévrite infectieuse des membres supérieurs à distribution se rapprochant du *type segmentaire*. Il s'agit d'un malade atteint de paralysie et d'atrophie de tous les muscles des mains et des avant-bras, y compris le long supinateur alors que les muscles des bras et des épaules sont parfaitement intacts. Les douleurs spontanées, très vives au début, ont disparu aujourd'hui, mais la pression des troncs nerveux est encore très douloureuse. On trouve, en outre, des zones d'hypoesthésie au niveau des avant-bras et des mains, à distribution irrégulière, et enfin la diminution notable de la sensibilité osseuse au diapason, au niveau de tous les os de la main et de l'avant-bras, alors qu'au niveau de l'humérus elle est normale.

Un cas d'adipose douloureuse

MM. Raymond et G. Guillain présentent une femme de cinquante-sept ans, atteinte d'une hémiplégie droite et d'adipose douloureuse. L'hémiplégie s'est manifestée il y a un an, l'adipose et les douleurs ont commencé il y a dix ans. L'adipose est localisée exclusivement à la racine des membres dont le segment ectromélique a conservé son apparence normale; elle se présente sous l'aspect de lipomes et d'infiltration graisseuse diffuse. Toutes les masses adipeuses sont très douloureuses à la pression. Des troubles psychiques existent chez la malade (amnésie, dépression mélancolique, tentative de suicide, etc., etc.). Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié.

Les auteurs pensent que, malgré les incertitudes de la pathogénie, l'adipose douloureuse doit être conservée en nosographie. Ce syndrome clinique a peut-être des rapports avec les lipomes symétriques douloureux, avec certains œdèmes et pseudo-lipomes d'origine nerveuse. Toutefois, ils pensent que cette association morbide, lipomatose localisée surtout à la racine des membres, accompagnée de douleurs et de troubles psychiques, suffit à justifier l'autonomie d'un syndrome rencontré dans un certain nombre d'observations.

Un cas de kyste dermoïde des centres nerveux

MM. Raymond, Alquier et Courtellemont rapportent l'observation d'un malade, peintre en bâtiment, bien portant jusqu'à trente-deux ans, qui fut pris, à partir de cette époque, de céphalée diffuse, avec paroxysmes, parfois terminés par des vomissements, d'insomnie avec agitation et de vertiges. A plusieurs reprises il eut des étourdissements avec perte de l'usage des jambes, pendant une vingtaine de minutes, et des crises épileptiformes.

L'examen montra: une certaine spasmodicité des membres inférieurs avec démarche spasmodique et, de plus, un peu titubante; un tremblement léger, intentionnel, surtout net aux membres supérieurs; contractions vermiculaires de la langue; parésie du facial inférieur droit.

Tous les réflexes tendineux exagérés, sans clonus net, orteils en flexion. Aucun trouble sensitif, vaso-moteur, trophique.

La vue a notablement baissé, ce qui est dû à une névrite optique par stase papillaire. Pas d'autre trouble psychique qu'une diminution considérable de la mémoire.

Mort deux ans après le début des accidents, après une crise de céphalée avec vomissements et photophobie.

A l'autopsie : kyste dermoïde volumineux du lobe frontal droit, nodules analogues sur les méninges molles cérébro-spinales avec, dans les espaces sous-arachnoïdiens, des masses de la substance qui remplit le kyste. La ponction lombaire, pratiquée pendant les derniers jours de la vie, avait montré la présence de cette substance dans le liquide céphalo-rachidien.

Bulbe droit et bulbe gauche

M. P. Bonnier présente deux malades chez lesquels une affection auriculaire périphérique, droite chez l'un, et gauche chez l'autre, a développé dans le bulbe un syndrome labyrinthique avec irradiations assez nombreuses pour affirmer la double personnalité, droite et gauche, du bulbe.

Les anxiétés, les oppressions, les palpitations, les troubles vaso-moteurs généraux, les troubles sécrétoires, respiratoires, digestifs sont très prononcés chez les bulbaires gauches. Le malade porteur de l'affection bulbaire droite présente, en outre, de l'*ictère* et de l'hyperthermie.

Sciatique avec troubles radiculaires de la sensibilité

MM. **Gauckler** et **Roussy** présentent un malade atteint de sciatique avec troubles radiculaires de la sensibilité. L'existence de ces troubles de la sensibilité, la présence de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, ce fait que dans les antécédents du malade se trouve une syphilis avérée, font penser qu'il s'agit là d'une méningite radiculaire, et non d'une sciatique à proprement parler. Il est vraisemblable qu'un nombre assez considérable de malades étiquetés sciatiques sont, en réalité, atteints d'affections analogues.

Intoxication saturnine avec polynévrite chez un électricien employé dans une fabrique d'accumulateurs

MM. **G. Guillain** et **Lhermitte** présentent un malade employé dans une fabrique d'accumulateurs, qui, peu de temps après le début de sa profession, a présenté des signes multiples de l'intoxication saturnine : coliques de plomb, néphropathie, accidents nerveux. La paralysie saturnine a pris une extension grande, puis qu'on constate chez cet homme, non seulement l'atteinte des muscles extenseurs, mais encore la participation du groupe radiculaire supérieur aux deux bras. Ces paralysies s'accompagnent d'amyotrophie, et la réaction de dégénérescence est constatée.

Quelques observations de paralysies saturnines chez des ouvriers employés dans des fabriques d'accumulateurs, ont été récemment signalées par MM. Proust et Debove, Labbé et Ferrand, mais elles sont encore très rares.

MM. Guillain et Lhermitte attirent l'attention sur le pronostic grave de cette variété de paralysies saturnines et pensent qu'il y a lieu d'insister sur l'application des règlements d'hygiène dans les fabriques, règlements trop souvent négligés.

Spasme fonctionnel chez un ciseleur

MM. Ballet et Rose présentent un homme exerçant la profession de ciseleur, chez lequel se produit un spasme fonctionnel de la main droite caractérisé par la flexion du médius et de l'annulaire et par l'extension de l'index.

Cas d'hystéro-neurasthénie post-traumatique

MM. Brissaud et Grenet présentent un homme atteint, un an après un léger traumatisme, d'accidents nerveux avec tremblement hystérique ayant l'apparence du clonus.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Brissaud. — Un cas de zona.

M. G. Durante. — Considération théorique à propos de la théorie du neurone.

M. G. Marinesco. — Note sur les lésions des neuro-fibrilles dans la paralysie générale.

M. A. Cantonnet. — Deux cas de goitre exophtalmique fruste avec troubles psychiques (torticolis mental et psychasthénie).

M. Thomas. — Cécité verbale pure avec agraphie de la main gauche.

M. Léry. — Sur la pathogénie de l'amaurose tabétique.

M. Rose. — Cas de syphilis héréditaire avec exostoses craniennes et paralysie sensitivo-motrice des nerfs craniens droits.

M. Péchin. — Cas d'hémiplégie oculaire gauche.

M. Rathery. — Cas de tumeur du cervelet.

J. ROUBINOVITCH

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin

M. Tillaux, président, annonce à l'Académie la mort d'un de ses membres correspondants, le médecin-inspecteur Vincent, des troupes coloniales ; il retrace sa vie et termine par ces mots : « c'était un de ces hommes qui honorent une profession et dont l'humanité s'honore. »

Instruction sommaire sur l'hygiène de l'alimentation des enfants du premier âge

M. Porak. — M. le ministre de l'Intérieur a invité l'Académie, conformément à la résolution prise par le Sénat, à rédiger, sur l'hygiène de l'alimentation du premier âge, une instruction très courte et qui sera remise, par les soins des maires à toute personne qui fera une déclaration de naissance. En conséquence, votre Commission permanente de l'hygiène de l'enfance vous propose l'Instruction sommaire que voici :

1° L'allaitement maternel est le seul mode d'alimentation naturelle. Aucun autre mode d'alimentation ne peut lui être comparé.

2° Toute mère a le devoir d'allaiter son enfant.

La majorité des membres de votre Commission a été d'avis d'ajouter à ce paragraphe la phrase suivante : l'enfant a droit au lait de sa mère.

Je me suis opposé à cette addition, qui, sous sa forme emphatique, correspond à une idée inutile ou dangereuse à énoncer.

Cette addition est inutile, si elle ne comporte pas de sanction. L'obligation pour une mère d'allaiter son enfant repose sur une sanction morale, qui vaut ce que vaut la conscience de cette mère. Cette obligation est corrélative du droit de l'enfant. C'est un pléonasme de le dire. Elle ne trouve pas sa place dans une instruction dont on nous recommande de faire une rédaction très courte.

Cette addition serait, de plus, dangereuse, si elle comportait une sanction.

En disant que l'enfant a un droit qu'il ne peut faire valoir, nous nous adressons à l'État pour le surveiller et le protéger. Or, la loi Roussel indique les cas dans lesquels cette protection doit s'exercer. Elle s'exerce, en particulier, en faveur des enfants des mères, nourrices mercenaires, qui font trafic de leur lait. Nous nous sommes toujours opposés, au nom de la liberté individuelle, à ce que l'État s'immisce dans l'intérieur des familles pour diriger une mère qui élève son propre enfant.

Je crois donc que l'insertion demandée par la majorité des membres de la Commission s'adresse à un nombre trop minime de personnes pour être faite dans une instruction sommaire destinée à toutes les mères.

3° L'enfant séparé de sa mère court les plus grands risques. Il doit donc, autant que possible, être soigné par elle.

4° La régularité des fonctions digestives et de la croissance de l'enfant doit être l'objet d'une surveillance très attentive. L'augmentation excessive ou insuffisante de son poids résulte ordinairement d'un allaitement excessif ou insuffisant.

5° Dès que la santé de l'enfant est troublée, il doit être soumis à l'examen d'un médecin aussitôt que possible, car il peut être atteint d'une affection grave qui ne se révèle au début que par des symptômes légers.

Allaitement maternel.

6° Les tétées seront espacées de deux heures au moins pendant le jour; pendant la nuit, le repos étant aussi nécessaire pour la mère que pour l'enfant on ne donnera le sein qu'une ou deux fois. L'enfant ne recevra rien dans l'intervalle des tétées, même s'il crie.

7° La durée de l'allaitement doit être aussi prolongée que possible.

8° On ne devra pas suspendre l'allaitement d'une façon définitive pendant les mois de juin, *de juillet, d'août, de septembre* et d'octobre. On ne les suspendra pas

non plus lorsqu'évolue une éruption dentaire ou lorsque l'enfant présente quelque indisposition.

9° Toute femme qui ne veut pas faire de mal à son enfant doit s'abstenir de liqueurs alcooliques, elle doit même éviter de prendre en quantité trop considérable toute boisson contenant de l'alcool: vin, cidre, etc.

Allaitement mixte

10° Dans le cas où la mère n'a qu'une quantité manifestement insuffisante de lait, soit d'une façon temporaire, soit d'une façon définitive, au début ou au cours de l'allaitement, elle doit suppléer au lait qui lui manque en y ajoutant une quantité suffisante de lait animal. C'est ce qui constitue l'allaitement mixte.

11° Les règles de l'allaitement mixte réunissent les conditions de l'allaitement maternel indiqué aux § 6 et suivants; elles seront, en outre, indiquées à propos des règles de l'allaitement artificiel aux § 14 et suivants.

Allaitement artificiel

12° L'allaitement artificiel est celui qui est assuré, à défaut du lait de femme, par le lait animal : ânesse, chèvre, vache, etc.

13° Le lait de vache est généralement employé dans l'allaitement artificiel, en raison de son abondance et de la facilité à se le procurer.

14° On s'entourera de toutes les garanties nécessaires pour employer du lait pur, c'est-à-dire ni écrémé, ni frelaté, ni contaminé, ni altéré.

15° Le médecin dira si le lait doit être donné à l'enfant pur, ou s'il doit être coupé ou sucré; il devra, d'ailleurs, toujours être pris tiède.

16° On peut détruire dans le lait les germes accidentels et malfaisants qui pourraient amener des maladies (gastro-entérite, tuberculose, fièvre typhoïde, etc., etc.), par l'ébullition, par la pasteurisation, par le chauffage au bain-marie à 100 degrés, par la stérilisation au-dessus de 100 degrés.

17° Le lait bouilli ou le lait chauffé au bain-marie à 100 degrés doivent être consommés dans les vingt quatre heures.

18° Le lait stérilisé au-dessus de 100 degrés peut se conserver plus longtemps, mais il est d'autant moins bon qu'il est plus ancien.

19° L'ébullition, la pasteurisation, le chauffage au bain-marie à 100 degrés, la stérilisation à plus de 100 degrés doivent être mis en pratique le plus tôt possible après la traite.

20° Pour donner du lait à l'enfant, on peut employer la cuiller, le verre, la timbale (petit pot). De cette façon les repas sont toujours surveillés et ces instruments ont l'avantage d'être facilement maintenus propres.

21° On peut aussi employer le biberon, à la condition formelle qu'il soit constitué uniquement par une bouteille surmontée d'une tétine. *Tous les biberons à tube sont très dangereux; ils doivent être proscrits.*

22° Le coupage du lait, quand il est nécessaire, doit être pratiqué avec de l'eau récemment bouillie.

23° Avant de donner le lait animal, il convient de le goûter et de s'assurer qu'il n'a ni mauvais goût, ni mauvaise odeur.

24° Les prescriptions concernant la durée (voy. § 7), la suspension de l'allaitement (voy. § 8), sont les mêmes que pour l'allaitement maternel.

25° Dans l'allaitement artificiel la surveillance de l'enfant doit être plus rigoureuse encore que dans l'allaitement maternel et que dans l'allaitement mixte.

Sevrage

26° Le sevrage consiste à donner à l'enfant d'autres aliments que le lait. Il est progressif lorsque cette alimentation se substitue graduellement à l'allaitement, il est brusque lorsqu'elle remplace tout d'un coup l'allaitement. Le sevrage progressif doit être préféré au sevrage brusque.

27° Le sevrage fait courir d'autant plus de risques à l'enfant que celui-ci est plus jeune.

28° Comme il a été dit au § 8, le sevrage ne devra pas avoir lieu pendant les mois de grande chaleur.

29° L'alimentation solide prématurée est extrêmement dangereuse.

M. Guéniot. — La commission me semble avoir trop concentré son attention sur l'enfant et s'être trop désintéressé de la mère. Et, cependant, il ne manque pas de cas où s'impose la dérogation à la « nourriture forcée ».

Il y a des femmes : suspectes de tuberculose, atteintes de cette maladie confirmée, albuminuriques, épuisées par des hémorragies, à hérédité vésanique chargée, glycosuriques. Leur devoir est de ne pas nourrir leur enfant.

Ce sont-là des cas exceptionnels, je le sais, mais ce ne sont pas, malheureusement, des raretés.

Le droit de l'enfant au lait de sa mère est un aphorisme déplacé car, trop souvent, il équivaudrait au droit pour l'enfant de tuer sa mère.

Cet aphorisme pourrait même se retourner contre l'enfant, car, dans certains cas, il le condamnerait à mourir de faim devant des mamelles insuffisantes.

M. Pinard. — M. Guéniot ne s'est pas pénétré de l'esprit de la demande qui nous est faite par le gouvernement. On nous demande des avis pour des gens bien portants. Nous n'avons pas à nous occuper des malades. C'est à leur médecin à dire aux femmes dont a parlé M. Guéniot, si elles doivent ou non nourrir.

La Commission a tenu à proclamer le droit de l'enfant au lait de sa mère. C'est une vérité admise de toutes parts, surtout à l'étranger. C'est, du reste, l'affirmation de la tradition de l'Académie.

M. Porak. — Je persiste à combattre les mots : « droit de l'enfant » parce qu'ils ont pour corollaire le devoir pour la femme de nourrir. Comme conséquence, nous verrions bientôt l'Etat prétendre exercer son contrôle dans les familles, ainsi que le demandent un nombre considérable de médecins-inspecteurs qui voudraient voir les prescriptions de la loi Roussel s'étendre à tous les enfants.

M. Pinard. — La majorité de la Commission n'a jamais eu l'idée de vouloir que l'Etat s'immisce dans l'élevage des enfants dans leur famille. Telle ne devrait pas être la conséquence de l'affirmation du droit de l'enfant au lait de sa mère. C'est seulement la condensation sous une brève formule des décisions prises déjà par l'Académie. Ce que nous voulons, c'est que le lait de la femme ne soit pas une denrée commerciale.

M. Guéniot. — Je persiste à combattre le mot droit parce qu'il entraîne l'intervention de l'Etat.

M. Pinard. — Pour tenir compte des sentiments qui viennent d'être exprimés, la majorité de la Commission accepterait la rédaction suivante : « Le lait de la mère est la propriété de l'enfant. »

L'Académie, consultée, vote le texte primitif, c'est-à-dire le droit de l'enfant au lait de sa mère.

M. Budin fait observer que d'après la déclaration même de M. Pinard il ne s'agit pas de *droit légal.*

M. Motet. — Cette déclaration figurera au procès-verbal.

Traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent

M. Lagrange (Bordeaux). — J'apporte à l'Académie le résultat de mon expérience personnelle, concernant l'extraction du cristallin transparent préconisée par Fukala et Vacher (d'Orléans) dans le traitement de la myopie forte; cette expérience porte sur 20 opérations ayant trait à des malades suivis de deux à huit ans, les opérations plus récentes étant mises de côté, il m'a été possible de me rendre compte des résultats éloignés de l'intervention.

Je n'ai jamais constaté d'aggravation dans les lésions du fond de l'œil et aucun de mes malades n'a présenté de décollement rétinien; je considère donc l'opération comme innocente, et je suis d'autant plus porté vers cette opinion que jusqu'ici je n'ai opéré que des cas graves, de mauvais yeux.

Je pense qu'au-dessous de dix-sept dioptries, il vaut mieux ne pas intervenir, mais, pour les myopies de ce chiffre et les myopies plus fortes, l'extraction du cristallin transparent rend les plus grands services.

Un point sur lequel j'insiste tout particulièrement, c'est l'amélioration de l'acuité visuelle, qui devient souvent double et triple même de ce qu'elle était avant l'opération; cette augmentation d'acuité s'explique surtout par les conditions d'optique différentes, dans lesquelles

se trouve un œil qui passe d'une myopie très forte à l'emmétropie ou à l'hypermétropie.

COMMUNICATIONS DIVERSES NON ENTENDUES

M. Chauffard. — Rapport sur les eaux minérales.

M. Blanchard. — Rapport sur la maladie du sommeil.

M. Témoin (Bourges). — De la conservation du chloroforme.

MM. Chantemesse, Netter et Roux ont été nommés membres de la commission des sérums.

G.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

MM. les méd. pr. Ropert, méd. major du *Carnot*, et Bellot, du port de Rochefort, débarqué du *Formidable*, sont autorisés à permuter.

M. le méd. de 2e cl. Duchâteau est dés. pour emb. sur le *Dupleix*, en rempl. de M. Bessière.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

M. le méd.-major de 1re cl. Grogaier a été placé en activité hors cadres et dés. pour occ. les fonctions de chef du service de santé de la Côte d'Ivoire.

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ de 1re cl.

1 Le Corre, 2 Primet, 3 Lidin.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Brou Duclaud, 2 Gouzien

Méd.-majors de 1re cl.

1 Vergoz, 2 Piron, 3 Alquier, 4 Pierre, 5 Clouard, 6 Birolleau.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Jouveneeau, Legendre, Parazols, Daniel, Rapin, Damond, Abbatucci, Lowitz, Contaut, Chartres.

11 Fraissinet, Henric, Letonturier, Lanteaume, Brouillard.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 David, Donnet, Lamandé, Mongie, Augé, Jousset, Léger, Rousseau, Latour, Leclerc.

11 Chagnolleau, Verdier, Lamoureux, Fuynel, Le Hardy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 15 juin. — *M. Bouygues :* Des fractures isolées de l'extrémité inférieure du cubitus. — *M. James :* Traitement des éventrations latérales post-opératoires. — *M. Bregeon :* Sécrétine et entérokinase, leur application au traitement de certains dyspeptiques. Opothérapie intestinale. — *M. Tridon :* De la surélévation congénitale de l'omoplate.

Jeudi 16 juin. — *M. Guérin Beaupré :* La pulpite et l'extraction indolore de la pulpe vivante par la cocaïne. — *Mme Gourevitch :* L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu. — *M. Léo :* Contribution à l'étude des plaies du cœur. — *M. Roche :* Contribution à l'étude des paralysies oculaires traumatiques d'origine orbitaire.

NOUVELLES

CONCOURS DES HOPITAUX

Médecine

Séance du 1er juin

19 Lœper — 18 Ramond.

2 juin

20 Gasne — 19 Michel.

3 juin

20 Bernard, Lœper, Lesné, de Massary.

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Casne, de Massary et Lesné.

LE CHLOROFORME DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

M. Blum, ayant eu un cas de mort au cours de l'administration du chloroforme, et convaincu que seule la qualité du chloroforme était à incriminer, a prévenu l'administration de l'Assistance publique qu'il cesserait d'opérer tant que le chloroforme qu'on lui délivrait ne serait pas changé.

Déjà M. Ricard a refusé de se servir du chloroforme des hôpitaux, à la suite d'une mort survenue dans des conditions éminemment suggestives.

« J'opérais, dit-il, un jeune homme d'une hernie inguinale, l'anesthésie allait mal ; la toux quinteuse persistait depuis quelques minutes et, néanmoins, l'anesthésie était insuffisante. La chloroformisation fut surveillée de très près. Néanmoins, les mouvements thoraciques s'arrêtèrent, et nous dûmes pratiquer la respiration artificielle. L'anesthésie fut continuée à l'éther sans donner lieu à aucun trouble, et l'opération put se terminer facilement.

« J'avais un deuxième malade à opérer ; *préoccupé par cette mauvaise anesthésie que je venais d'observer*, je confiai le bistouri à un de mes internes et me plaçai à la droite du chloroformisateur, surveillant chaque dose, ne perdant pas de vue mon malade. Malgré toutes les précautions prises, et sans qu'aucune faute ne fût commise, les *mêmes accidents* que je venais d'observer réapparurent. Mais cette fois le malade ne put être rappelé à la vie, malgré nos tentatives les plus énergiques et les plus prolongées » (1).

Depuis ce moment M. Ricard a obtenu qu'on lui délivre du chloroforme tiré du chloral, plus coûteux mais moins meurtrier que le chloroforme qui provient de l'acétone.

Si l'administration de l'Assistance publique avait étendu à tous les services de chirurgie la mesure prise pour M. Ricard, probablement M. Blum n'aurait pas une mort à déplorer.

L'économie est une belle chose, mais la vie humaine est encore plus précieuse.

G.

COMPOSITION DU JURY POUR LES PLACES D'OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

Le directeur de l'Assistance publique a décidé, en conformité de l'avis émis par le Conseil de surveillance, et après approbation du préfet de la Seine, les modifications suivantes à la composition du jury pour les places d'ophtalmologiste des hôpitaux.

Le nombre des juges de ce concours sera, comme pour tous les concours en général, porté de 5 à 7, et, d'autre part, les chefs des services d'ophtalmologie des hôpitaux, plus intéressés que quiconque à prendre part à la nomination de leurs suppléants, seront appelés de droit à faire partie du jury, au lieu d'être, comme actuellement, tirés au sort parmi les professeurs ou agrégés d'ophtalmologie de la Faculté de médecine de Paris, les ophtalmologistes chefs de service des hôpitaux et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux chargés d'un service d'ophtalmologie ou ayant dirigé effectivement dans les hôpitaux un service de cette nature officiellement reconnu, en exercice et honoraires.

Il en est, d'ailleurs ainsi pour les jurys des concours d'oto-rhyno-laryngologistes des hôpitaux, dont font de droit partie les deux chefs des services de cette nature existant dans les hôpitaux.

En conséquence, est modifié comme suit l'article 207 du Règlement général sur le service de santé :

« Le jury du concours pour les places d'ophtalmologiste des hôpitaux se compose de sept membres, savoir :

« Les deux chefs des deux services d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Lariboisière ;

« Trois chirurgiens et deux médecins tirés au sort parmi les chirurgiens et les médecins chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires. »

M. le Dr Chervin, ancien président de la Société d'anthropologie de Paris fera, les mardis 7, 14, 21 et 28 juin, à 3 heures, une conférence-promenade avec explications sur les collections rapportées par la mission scientifique française dans l'Amérique du Sud, et exposées sous le patronage du ministère de l'Instruction publique, au Trocadéro (aile du côté de Passy). Entrée libre et gratuite, de 11 heures à 5 heures, jusqu'au 1er juillet.

DE L'ACTION DU VÊTEMENT SUR LE COBAYE

M. Maurel a communiqué à la Société de biologie des expériences, plusieurs fois répétées, qui démontrent : qu'au moins d'une manière générale, certains vêtements font diminuer le poids des cobayes pourvus de leurs poils.

Vient de paraître :

Notions de traitement manuel, massothérapie et kinésithérapie, par le Dr de Frumerie. Un vol. in-18 jésus avec figures dans le texte. Prix : 2 fr. (Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, Paris VIe.)

(1) *Gaz. des hôp.*, 7 juin.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôpital Broca*).

M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours.

Notions pratiques sur le traitement des métrites

Dans la leçon précédente, je vous ai parlé des symptômes et du diagnostic des métrites; abordons maintenant l'étude du traitement. Celui-ci est préventif ou curatif.

Le *traitement préventif*, au point de vue de la métrite blennorragique, pourrait donner de sérieux résultats si seulement tous les hommes avant de l'urétrite postérieure chronique voulaient bien prendre quelques précautions que vous devinez facilement. Il est vrai que beaucoup ignorent qu'ils sont contagieux. Beaucoup font cette réflexion : « On ne me l'avait pas dit. » Il faudrait donc leur dire puisque cette idée ne leur vient pas naturellement à l'esprit et ajouter que la moitié des malades gynécologiques sont des femmes infectées par la blennorragie. Quant aux femmes, un jour viendra peut-être où toutes celles qui n'ont pas le désir de la maternité prendront aussi quelques précautions préventives.

D'autre part, chaque fois qu'une femme a fait un avortement précoce, beaucoup d'accoucheurs pensent que l'on devrait aussitôt pratiquer un curettage, car très souvent l'avortement est le point de départ d'une métrite. En tout cas, ce curettage, lorsqu'il y a eu rétention des membranes, est jugé indispensable par tous les accoucheurs et gynécologues. Il en est de même s'il y a eu de la fièvre puerpérale; ici, l'indication est évidente pour tout le monde.

J'aborde maintenant le *traitement curatif*. Il comporte deux chapitres, l'un *médical*, l'autre *chirurgical*.

Le *traitement médical curatif* doit vous être bien connu, car les praticiens sont très souvent consultés pour la métrite aiguë ou chronique, et il faut connaître toutes les modalités de la thérapeutique médicale pour savoir varier celle-ci à l'occasion.

Le *principal traitement de la métrite aiguë, c'est le repos horizontal*, c'est le séjour prolongé au lit qu'il faudra exiger et qui sera souvent bien difficile à obtenir. La station debout, la marche déterminent, en effet, la congestion de la région utéro-pelvienne, comme j'ai essayé de vous le démontrer dans ma leçon d'ouverture sur le rôle de la congestion et de l'infection en gynécologie. Vous prescrirez également le repos génital et, pour cela, vous placerez dans le vagin des tampons que vous seuls devez retirer. De plus, vous alternerez ces tamponnements avec les injections vaginales décongestives et désinfectantes. Celles-ci doivent être faites dans des conditions bien déterminées. Il faut renoncer à l'ancien bidet, à l'injecteur à poire encore si fréquemment employés! La canule en caoutchouc durci plus ou moins septique a, en outre, l'inconvénient de traumatiser le col utérin qui, dans la métrite aiguë, saigne au moindre attouchement. La malade se servira de la canule à double courant suivant le modèle initial de Aran et ses imitations récentes qui seront soit en caoutchouc mou, ou mieux en porcelaine pour pouvoir être bouillies très fréquemment.

Ces injections vaginales seront prises dans la position couchée, les épaules plus basses que le siège; le bock, soigneusement tenu propre, sera peu élevé. de façon à rendre l'injection « baveuse ». Leur durée sera de vingt minutes. Comme liquide, quelques gynécologues ont recommandé le sublimé au 5000e (Bouilly) qui a pourtant quelques inconvénients; l'eau boriquée suffit amplement. L'important est la température du liquide qui doit atteindre au moins 40° et peut être supportée jusqu'à 50° suivant la sensibilité des malades.

La malade ira régulièrement à la selle; elle devra prendre des laxatifs légers et fréquents, tels que les capsules d'huile de ricin, pour combattre la constipation si fréquente et qui entretient la congestion utéro-pelvienne. S'il y a un peu de contracture et de rectalgie, vous prescrirez aussi des lavements laudanisés. Quant aux lavages du rectum, au moyen d'une sonde molle à double courant et avec une solution boriquée ou d'eau bouillie tiède, ils peuvent être prescrits. Mais ces lavages ne sont pas toujours bien tolérés, ils s'accompagnent de coliques et, dans ma pratique, je les supprime s'ils sont douloureux.

Les gynécologues américains ont recommandé le tamponnement du vagin avec de nombreux tampons, la « columnisation », dans le but de soutenir l'utérus et de le décongestionner; mais ce procédé thérapeutique n'a pas donné les résultats espérés; vous vous contenterez des tampons vaginaux. Les tampons « en queue de cerf-volant » étaient souvent employés autrefois.

Neuf fois sur dix, la métrite aiguë passe à l'*état chronique*. Il faut en distinguer plusieurs variétés anatomo-cliniques : a) *métrite simple*, b) *métrite hémorragique*, c) *métrite hypertrophiante*.

A. — Dans la *métrite chronique simple* vous aurez recours à bien des méthodes thérapeutiques. Voici les principales :

Les *attouchements du col* avec une solution désinfectante ou cicatrisante, procurent malheureusement peu de guérisons, parce que les érosions superficielles du col sont symptomatiques d'une inflammation de la cavité utérine elle-même Quoi qu'il en soit, ces attouchements du col doivent être conservés dans la pratique gynécologique médicale. Vous pourrez employer la teinture d'iode, mais ayez soin qu'elle soit fraîchement préparée, sous peine de causer à la malade des douleurs intolérables si le liquide coule sur le vagin. Les cautérisations au nitrate d'argent ont été reconnues insuffisantes et ont été remplacées par les crayons de chlorure de zinc. On a reproché à ceux-ci de multiples inconvénients : action aveugle, cautérisation inégale déterminant le rétrécissement du col et la rétention menstruelle, l'avortement, la dystocie. Cependant, M. Richelot a recommandé récemment un autre caustique moins intense, le « néo-Filhos ». Il conseille de ne faire agir le crayon que pendant l'espace de deux minutes et au pourtour de l'orifice du col seulement.

Les ovules décongestifs à l'ichthyol glycériné sont d'un emploi plus inoffensif. La malade peut les placer elle-même dans le vagin à la suite d'une injection. Vous pourrez aussi utiliser les *crayons intra-utérins* à l'iodoforme, à l'ichthyol, etc... Toutefois, ils présentent l'inconvénient de pouvoir introduire avec eux des produits septiques provenant du vagin et d'infecter la cavité utérine; je ne les emploie que faute de mieux. Je me contente souvent de la moitié du crayon placée dans la cavité du col. Pour faire ce crayonnage intra-utérin, ayez chez vous une petite installation gynécologique très propre et nettoyez bien la cavité vaginale au préalable et même l'orifice du col.

J'ai souvent noté des améliorations après la *dilatation de la cavité utérine*; cette petite opération doit être pratiquée au domicile de la malade et l'introduction de la tige de laminaire doit être entourée des mêmes précautions antiseptiques qu'une véritable petite opération chirurgicale. Je ne crains pas de vous répéter que la cavité

vaginale doit être désinfectée par plusieurs injections, le col bien nettoyé avec des tampons. La tige du laminaire, conservée dans l'éther iodoformé, est relativement aseptique. Il faut la retirer le lendemain et donner une injection vaginale. Cette dilatation utérine peut être renouvelée une fois ou deux par mois. Il faut s'assurer, au préalable, que la malade n'est pas enceinte. Cela n'est pas toujours facile. Autant que possible, il faut faire cette dilatation immédiatement après que vous avez constaté vous-même l'existence des règles et demandé une abstinence préalable de coït.

Outre l'emploi intermittent de la tige de laminaire, on a recommandé les *dilatations permanentes* faites avec des tiges métalliques, celle de Lefour, de Bonnaire, Mouchotte, etc., qui sont laissées plusieurs jours en place. Elles favoriseraient l'écoulement continu, dans les utérus sécrétant beaucoup, surtout lorsqu'il y a une tendance à l'antéflexion avec rétrécissement de l'isthme utérin. J'ai peu employé cette méthode.

Voici un autre traitement médico-chirurgical : ce sont les *scarifications du col*. Je ne parle pas de l'application de sangsues, fort employées il y a quelque temps. Je les ai souvent appliquées moi-même quand j'étais interne de Gallard.

Ces scarifications pourront être pratiquées dans certains cas de métrite chronique compliquée de petits kystes dans la muqueuse du col : c'est ce qu'on a appelé les kystes folliculaires; si on fait des scarifications sur le col, opération ne présentant aucun danger lorsqu'elle est entourée de précautions antiseptiques, on voit s'écouler une certaine quantité de liquide séreux mis en liberté par l'ouverture de ces kystes.

Les scarifications, certainement, décongestionnent le col de l'utérus, et, de temps à autre, je les emploie. Elles donnent surtout de bons résultats dans les métrites chroniques avec un col un peu gros non encore justiciable d'une exérèse.

Ferez-vous des *lavages intra-utérins*, des *injections caustiques ou désinfectantes intra-utérines* avec la seringue de Braun, le tamponnement, le drainage intra-utérin? Tous ces procédés thérapeutiques ont de gros inconvénients.

Dans la cavité du corps utérin, ils déterminent un traumatisme qui, même léger, fait souvent saigner l'utérus, et celui-ci réagit très facilement à la suite de ces injections.

Lorsque la métrite dure depuis un certain temps, que vous aurez presque épuisé toutes les méthodes de traitement, vous pourrez, en dernier ressort, adresser les malades aux *eaux thermales*, aux stations chlorurées sodiques, dans lesquelles on donne des douches vaginales, à Salies, à Biarritz, St-Sauveur, Luxeuil, etc., ou Plombières où on traite plutôt l'entéro-colite membraneuse, qui accompagne si souvent la métrite. En ce qui concerne le choix de la station, vous aurez soin de ne pas trop contrarier les préférences des malades.

Certes, ce traitement hydro-minéral donne de bons résultats, mais vous recommanderez de ne pas y faire en même temps un massage gynécologique intempestif.

B. — A propos de la symptomatologie des *métrites chroniques hémorragiques*, je vous ai montré combien vous serez embarrassés auprès de ces malades qui paraissent aller bien pendant trois semaines, puis, de nouveau, elles perdent du sang, quelquefois sous l'influence seule du simple toucher vaginal. Les unes ont de la métrite fongueuse hémorragique pouvant être curettée; les autres n'ont pas de fongosités; elles ont de l'artério-sclérose utérine, et pour elles le curettage est inutile, car il n'y a rien à curetter (Richelot-Doléris). Il ne s'agit que de fausses métrites.

Contre les vraies métrites hémorragiques fongueuses, vous essayerez, d'abord, l'ergot de seigle et le repos absolu au lit. Vous pourrez donner aussi de la digitale, l'hydratis canadensis, le chlorure de calcium, prôné récemment, dont je ne puis préciser la valeur réelle, l'adrénaline à l'intérieur ou en pansements, dont l'action vaso-constrictive est certaine, mais aussi suivie de vaso-dilatation. Quant aux vaporisations avec certains appareils permettant de porter la vapeur d'eau chaude dans la cavité utérine, ce n'est pas un traitement pratique. J'ajouterai que le sérum gélatiné ne l'est pas plus, car il expose au tétanos. L'électrisation peut donner des résultats, comme Zimmern l'a montré dans sa thèse. Elle est à recommander dans les cas dépendant de l'artério-sclérose, c'est-à-dire pour les « fausses métrites ». Le *massage local*, avec deux doigts dans le cul-de-sac postérieur et l'autre sur l'abdomen, au-dessus du pubis, a pour but de pétrir l'utérus, suivant la méthode de Brandt, préconisée surtout en France par Stapfer. Le massage général par des mouvements de flexion et d'extension des bras et de tout le corps, ou le massage abdominal, auraient aussi la propriété de décongestionner l'utérus. Ceci mérite d'être encore étudié. En tout cas, je vous déconseille le massage utérin pratiqué avec force — pour les vraies métrites. Pour les fausses métrites compliquées de neurasthénie, cette méthode thérapeutique peut rendre service.

Le *traitement chirurgical* de ces métrites hémorragiques fongueuses, c'est le *curettage*, qui permet l'ablation des fongosités, opération excellente quand elle est faite aseptiquement.

Il y a des cas d'hémorragies rebelles, constituant parfois une véritable « hémophilie utérine », analogue à l'hémophilie articulaire, nasale, rénale, etc. Chez certains malades, il a fallu pratiquer l'*hystérectomie vaginale*, à cause des hémorragies, que celles-ci soient le fait de l'infection, de l'hémophilie ou de troubles vaso-moteurs. Ce sont là des cas exceptionnels, dont quelques gynécologues ont rapporté quelques rares observations.

Je tiens à vous dire que le traitement des métrites chroniques réclame du tact et de la prudence. Il faut inspirer confiance en la guérison à ces malades qui, après avoir été d'un médecin à l'autre, finissent par perdre patience et n'écoutent plus que les charlatans, actuellement si nombreux. Il est bon de connaître toutes les variétés de traitement que nous possédons, afin de varier les moyens, et il vous faudra soigner les métrites pour éviter leurs complications, comme disait Trélat.

Ceux d'entre vous qui exerceront à la campagne pourront pratiquer un curettage de l'utérus, opération sans gravité. C'est pourquoi j'insisterai quelque peu sur le manuel opératoire et les accidents exceptionnels.

Le *curettage de l'utérus*, inventé par Récamier, puis tombé en désuétude et enfin revenu en honneur avec l'antiseptie, est une opération facile. Vous commencerez par faire la dilatation de la cavité utérine avec des tiges de laminaire. Pour faire le curettage, vous aurez soin d'anesthésier la malade; je ne crois pas que l'on puisse bien curetter la cavité utérine et enlever les fongosités, surtout au niveau des angles de la matrice, si la patiente n'est pas endormie. Vous aurez soin, au préalable, de bien nettoyer la cavité vaginale, et, avant de procéder au curettage, d'explorer la cavité utérine avec l'hystéromètre, doucement poussé à son intérieur, car les gynécologues ont insisté beaucoup sur ce fait, que ces utérus

atteints de métrite, lorsqu'ils ont été dilatés avec la tige de laminaire, deviennent un peu mous et risquent d'être perforés par un instrument manœuvré trop fortement. Vous éprouverez assez souvent de la résistance au niveau de l'isthme, et il faut bien, grâce à l'hystérométrie préliminaire, connaître la direction de la cavité utérine, pour ne point faire de fausse route. La même recommandation s'applique à l'introduction des bougies d'Hegar, qui servent à compléter la dilatation. Quant aux dilatateurs métalliques, qui déterminent la dilatation extemporanée, je ne vous conseille pas ces instruments, qui peuvent produire de véritables éclatements de l'utérus; il faut leur préférer les bougies d'Hegar.

C'est lorsque vous avez ainsi dilaté la cavité utérine et saisi la lèvre antérieure du col avec une pince, que vous allez commencer le curettage de la muqueuse utérine.

Il existe des curettes de différents modèles, dont les plus usitées sont la curette de Récamier, de Simon, de Sims; vous aurez soin de les introduire bien doucement dans la cavité utérine. Généralement, après quelques coups de curette, on entend un bruit de frottement spécial, c'est le « *cri de l'utérus* », caractérisé par un bruit un peu plus sec, et qui avertit que les fongosités sont enlevées. On curette successivement la face antérieure, la face postérieure, et on continue, très doucement, dans les angles de la cavité, car c'est là que se produisent très souvent les perforations.

Vous ferez ensuite un lavage intra-utérin au moyen, soit de la canule en verre, soit de la sonde de Doléris ou celle de Bozemann, par lesquelles passe un liquide désinfectant. J'emploie volontiers l'eau permanganatée. Puis, on introduit un écouvillon de Doléris, imbibé de glycérine créosotée. Beaucoup d'auteurs ont peur de cet écouvillon, que l'on désinfecte difficilement, et préfèrent se servir d'un morceau de gaze tarlatane enroulée autour de l'hystéromètre, trempée soit dans la teinture d'iode, soit dans le perchlorure de fer, et avec lequel on badigeonne la cavité utérine entière.

Tel est, brièvement, le manuel opératoire du curettage proprement dit.

En terminant, vous laisserez une mèche dans la cavité utérine. Le lendemain, vous ferez une injection intra-utérine et vous remettrez une mèche dans l'utérus. Les jours suivants, il faut continuer simplement les lavages vaginaux.

Vous obtiendrez d'excellents résultats dans certaines métrites chroniques, fongueuses et hémorragiques. Quelquefois il faudra répéter ce curettage au bout de deux ou trois mois, à cause de l'apparition de quelques nouvelles hémorragies, mais pour ces métrorragies récidivantes il faut se méfier et voir s'il n'y a pas une salpingo-ovarite concomittante ou de la tuberculose génitale.

Les *accidents opératoires* sont exceptionnels quand l'opération est régulièrement pratiquée. Un accident bien rare, ce sont les *hémorragies*; à la vérité, celles-ci sont très rares, si on a bien soin de faire la cautérisation consécutive que je vous ai indiquée et de mettre une petite mèche intra-utérine un peu compressive.

Plus graves sont les *perforations*; Rebreyend, dans sa thèse, en a exagéré la bénignité, car il est des perforations qui peuvent déterminer une péritonite mortelle. Dans les *Annales de gynécologie*, en février 1903, j'ai rapporté plusieurs faits de perforations pour lesquelles je suis intervenu comme chirurgien de garde. Dans une observation, il y eut probablement, en même temps, intoxication par le liquide de l'injection qui, de l'utérus, passa dans la cavité péritonéale; la malade succomba au bout de dix huit heures. Enfin, la perforation est très grave quand il s'agit d'un utérus infecté avec fièvre puerpérale; la péritonite consécutive est à craindre.

Dans la thèse de Miquel sur les perforations « graves » de l'utérus, j'ai préconisé pour « tous les cas » une laparotomie exploratrice et la suture du point perforé. Cela m'a réussi dans un cas.

Outre l'hémorragie et la perforation, il y a un troisième accident du curettage, c'est l'infection annexielle consécutive, beaucoup moins fréquente aujourd'hui qu'autrefois, car on sait mieux prendre les précautions opératoires antiseptiques et aseptiques.

En somme, le curettage est une excellente opération et donne de bons résultats. De plus la femme peut, dans la suite, devenir enceinte; j'en ai plusieurs observations. Le curettage est donc indiqué dans : les métrites fongueuses et hypertrophiques, dans les métrites hémorragiques, où le curettage doit être répété deux et trois fois. Dans d'autres cas, l'amélioration est nulle. C'est ce qui se passe pour les utérus scléreux, sous la dépendance de l'arthritisme (Doléris, Richelot). Il faut, dans ces cas, se contenter d'un traitement médical.

Le curettage est contre-indiqué dans la métrite aiguë et dans les cas de métrites chroniques compliquées de salpingite et d'ovarite; celles-ci peuvent subir une nouvelle poussée, du fait de l'opération.

C. — Pour les *métrites hypertrophiantes*, il faut avoir recours à certaines opérations absolument indispensables dans quelques cas et qui nécessitent alors une certaine pratique chirurgicale, aussi je vous les signalerai simplement.

La *trachélorraphie d'Emmett* est indiquée si il y a déchirure latérale du col qui entretient la métrite. Cette lésion réclame une résection de la déchirure et une suture, opération très simple, combinée avec le curettage utérin toujours indispensable.

Dans certaines formes de métrite chronique avec hypertrophie folliculaire du col, il faut avoir recours à l'*amputation du col*, opération pratiquée tout d'abord par Lisfranc, puis par Braun (1864), Martin, Simon, Markwald, Schrœder, etc., opération délicate qui doit être confiée à un vrai chirurgien.

Il suffit, dans ces formes où l'utérus est très volumineux, de faire l'amputation du col pour voir le reste de l'organe subir une véritable régression.

L'amputation de Simon-Markwald consiste à faire une excision cunéiforme à base superficielle, et en rapprochant les bords cruentés, à diminuer le volume du col. En même temps, cette opération enlève les petits kystes de la surface du col. Elle est indiquée si le col est gros, et si la muqueuse du col est saine, sans érosions.

Plus difficile est l'*amputation de Schrœder* (1888), qui a pour but surtout d'enlever cette partie de la muqueuse du col de l'utérus, atteinte d'exulcérations, et qui est symptomatique de lésions semblables de la cavité utérine elle-même.

On lui a fait beaucoup d'objections, précisément à cause de sa difficulté opératoire. De plus, les atrésies du col ne sont pas rares à sa suite. L'affrontement des bords de la plaie est beaucoup plus difficile que dans l'opération de Simon-Markwald. Toutefois, on observe après l'opération de Schrœder une véritable subinvolution utérine — surtout s'il ne s'agit que d'une métrite du col ; mais celle-ci est bien rare, c'est pourquoi je ne l'ai pas envisagée à part ni séparé son traitement de celui de la métrite totale, c'est-à-dire à la fois cervicale et corporelle.

Enfin, je vous ai dit, à propos de la symptomatologie des métrites, que

beaucoup de ces malades finissaient par être des neurasthéniques invétérées. Il faudra donc traiter cette complication si polymorphe, pour laquelle médecins et patientes doivent avoir beaucoup de patience (1).

INSTITUT PASTEUR

La nouvelle direction de l'Institut Pasteur

Le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur s'est réuni le mercredi 8 juin, à 4 heures. Etaient présents :

MM. Vallon, sénateur, président;
Grancher, vice-président;
Brouardel, trésorier;
Magnin, sénateur, ancien gouverneur de la Banque de France;
Darboux, professeur à la Sorbonne;
Walery-Radot;
J.-B. Pasteur;
Roux;
Metchnikoff;
Chamberland.

Au début de la séance, M. le prof. Grancher a rappelé en quelques mots la vie et les travaux de Duclaux et exprimé, au nom du Conseil d'administration, les regrets que cause à tout le Conseil une perte aussi grande.

Puis le Conseil a nommé M. Roux, directeur, et MM. Chamberland et Metchnikoff, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Ces nominations étaient escomptées d'avance, puisque M. Pasteur avait, dès l'origine, choisi, comme collaborateurs principaux, MM. Duclaux, Grancher, Roux, Chamberland et Metchnikoff. La constitution actuelle de l'Institut Pasteur ne changera donc rien ni à l'esprit, ni même aux œuvres qui ont aidé M. Pasteur à fonder l'Institut.

Nous avons le ferme espoir que cette grande maison scientifique continuera à rendre au monde entier les services les plus précieux pour la plus grande gloire de notre pays.

HYGIÈNE PUBLIQUE

II. — Puériculture (2)

Par M. Porak
Membre de l'Académie de médecine

A propos de l'allaitement des nourrissons, les médecins suivent deux directions différentes.

M. Pinard dit que la seule solution humaine et normale, la seule efficace, est de faire en sorte que la mère ne soit pas séparée de son enfant. C'est vers ce but que doivent se concentrer tous nos efforts. Tout ce qui ira à l'encontre de ce but sera inefficace et stérile le plus souvent, coûteux toujours. Elever les subventions aux sociétés d'allaitement maternel, augmenter les secours donnés aux mères nécessiteuses, créer des établissements où seront admises les mères avec les enfants, tel est le but qu'on doit poursuivre sans relâche. En partant de cette idée, il tire logiquement toutes les conclusions qui en découlent.

D'autres — et nous sommes de ceux-là — pensent que la vie moderne impose aux parents de dures obligations, que des conditions individuelles et sociales, que nous ne pouvons pas modifier, sépareront malheureusement trop souvent la mère de son enfant. La question n'est pas simple; elle se décompose en une multitude de problèmes. Il est nécessaire de les sérier et de chercher à chacun d'eux la solution possible.

Qu'on le regrette ou non, les conditions sociales deviennent telles que, de plus en plus, la femme est occupée en dehors de son intérieur et participe avec l'homme au gain journalier qui assure le budget du ménage. « L'ouvrière, dit Michelet, mot impie sordide, qu'aucune langue n'eut jamais, qu'aucun temps n'aurait compris avant cet âge de fer, et qui balancerait à lui seul tous ses prétendus progrès »... devient l'instrument nécessaire du développement de l'industrie. Les imprécations ne changeront rien à la marche fatale des choses. Le droit de l'enfant au lait de sa mère, le devoir de la mère d'allaiter son enfant disparaissent devant les nécessités inéluctables. De plus en plus, la mère, prise dans l'engrenage des affaires, abandonnera son foyer. Où peut-elle donc placer son nourrisson pendant qu'elle est à son atelier? La crèche s'y emploie; elle s'impose.

Nous ne pensons pas en défendant ces institutions, tout en reconnaissant leurs défectuosités et tout en cherchant à les améliorer, faire acte d'opposition à l'allaitement maternel; nous voulons seulement venir au secours des enfants qui sont privés de l'allaitement maternel, nous voulons surtout combattre l'alimentation prématurée. Pour obtenir ce but, nous nous trouvons obligés d'accepter l'allaitement artificiel comme une nécessité et d'étudier les conditions les meilleures dans lesquelles on peut le diriger.

Un exemple le démontrera, M. Dufour, auquel vous avez accordé une médaille d'or pour la création de la Goutte de lait de Fécamp, craignant d'être accusé de favoriser l'allaitement artificiel aux dépens de l'allaitement maternel, a fait coller sur les flacons de lait stérilisé qu'il distribue la mention « Faute de mieux ».

J'espère que vous reconnaîtrez dans toutes les œuvres dont je vais vous rapporter les résultats, le soin qu'on y prend de préconiser l'allaitement maternel, quoique, en vérité, on n'y réussisse pas toujours.

Dispensaires et consultations de nourrissons

Tandis que la crèche reçoit des enfants que les mères sont obligées d'abandonner pendant le jour pour aller travailler et répond par conséquent à des besoins incontestables, les dispensaires et les consultations de nourrissons permettent de surveiller et de soutenir des mères qui peuvent garder dans leur logis leur enfant, soit qu'elles ne s'occupent que des soins de leur ménage, soit qu'elles trouvent à travailler chez elles.

En 1902, 1438 enfants ont fréquenté les consultations de nourrissons créées par le conseil municipal de Paris; 373 étaient élevés au sein, 1065 allaités artificiellement; 177 708 litres de lait ont été distribués. Le prix de revient était de 0 fr. 42 par litre de lait qui était vendu en moyenne 0 fr. 205.

Ces dispensaires sont de véritables écoles d'où se répandent les bonnes pratiques, concernant l'allaitement et l'alimentation des jeunes enfants. Les étudiants y trouvent de bons enseignements, les parents eux-mêmes y prennent de bonnes habitudes. Ces dispensaires poursuivent un double but; l'un, de diriger l'allaitement et l'alimentation des enfants bien portants et de démontrer par ces pesées régulières l'utilité des conseils qui y sont donnés; l'autre, de soigner les enfants malades.

Ils doivent être organisés de préférence dans des quartiers très populeux, de façon à permettre aux mères de famille d'apporter facilement leurs enfants. Elles le feront d'autant plus aisément, que cela n'exigera pour elles ni trop de déplacement, ni trop de perte de temps. Il y sera plus facile que dans les crèches d'éviter la contagion toujours si redoutable lorsque de nombreux enfants se rencontrent ensemble. Mais les médecins qui dirigent ces établissements devront cependant prêter à la possibilité de ces accidents une attention très éveillée, et trouver dans leur personnel des directrices très habituées à dépister les maladies contagieuses dès leur début. Cela est d'ailleurs si difficile pour la rougeole et pour la coqueluche, que malgré tous leurs soins, elles échoueront souvent.

Des efforts persévérants sont faits pour répandre et faciliter l'allaitement maternel et, s'il est insuffisant, l'allaitement mixte. On y arrive le plus souvent par la seule persuasion. Les sociétés protectrices de l'enfance qui ont fait de l'allaitement au sein le but de leur plus constante action, donnent aux mères qui allaitent, des secours divers : bons de viande, layettes, des pièces de pansements divers, quelques médicaments et même quelquefois des dons en argent.

La stérilisation industrielle du lait, pratiquée avec toutes les garanties désirables, en supprimant les intermédiaires fraudeurs, les manipulations délicates et coûteuses a permis aux institutions privées de bienfaisance, tout en menant une vigoureuse campagne en faveur de l'allaitement maternel, de vulgariser dans la classe ouvrière l'emploi du lait stérilisé, et de diminuer la mortalité infantile

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.
(2) V. *Bulletin médical*, 1904, n° 44, p. 518.

si considérable dans la classe pauvre.

Il est aujourd'hui superflu de chercher à démontrer la supériorite de l'allaitement des enfants par le lait de femme, par le lait de leur mère de préférence et, à son défaut, par le lait d'une autre femme.

L'allaitement mixte n'est, en réalité, profitable que si on aide, à l'aide du biberon, une mère qui donne à son enfant tout ce que son sein est capable de secréter de lait.

Dans les crèches, l'allaitement mixte ne présente pas les mêmes avantages. La mère donne le sein pendant la nuit à son enfant qui reçoit le biberon pendant le jour. Quelquefois, on peut obtenir que la mère vienne une fois dans la journée, vers midi, donner le sein. Il résulte habituellement de cette irrégularité des tétées que le lait diminue en quantité et perd en qualité. L'allaitement au sein devient ordinairement dans ces conditions inférieur à l'allaitement artificiel.

Aussi les résultats de l'allaitement mixte obtenus dans des conditions si différentes ne sont pas comparables. Ils peuvent être bons dans les dispensaires et insuffisants dans les crèches.

Sociétés, associations, œuvres diverses.

Les Sociétés protectrices de l'enfance rendent les plus grands services. Elles diffèrent des sociétés qui limitent leur but à la distribution du lait en ce qu'elles encouragent surtout l'allaitement maternel. Elles préfèrent donner des primes d'encouragement, des secours d'aliments, faire des distributions de vêtements, de berceaux aux mères qui nourrissent leurs enfants. Elles organisent des consultations de nourrissons avec distribution de médicaments.

Gouttes de lait

Dans la Seine-Inférieure, quelques nouvelles Gouttes de lait ont été organisées sur le modèle de celle de M. le Dr Dufour à Fécamp, de celles du Havre, de Rouen, de Bolbec, de Lillebonne, de Notre-Dame-de-Boudeville.

Une nouvelle Goutte de lait vient d'être fondée à Barentin (Seine-Inférieure), ville très industrielle. De 1900 à 1901, la natalité a été dans cette localité de 36 °/₀₀ en moyenne, alors que la mortalité ne montait qu'à 28 °/₀₀. Il y existe donc un excès de la natalité sur la mortalité de 8 °/₀₀, chiffre qui mérite bien d'être signalé si on le compare aux résultats défavorables de la statistique générale. Mais si on considère les résultats annuels de la statistique générale des décès, on voit que 45 °/₀ de ces décès appartiennent aux enfants de 0 à 1 an.

Cette effroyable mortalité a décidé Mme Badin, épouse d'un industriel de cette ville, à y fonder une Goutte de lait. L'œuvre fonctionne depuis le mois de mai 1901, et en 1902, pour une natalité de 38,7 °/₀₀, la mortalité de la ville est tombée à 21,7, ce qui donne un excès de la natalité sur la mortalité de 17 °/₀₀. Si on compare ces résultats aux résultats moyens, cités plus haut, à propos des années 1900 et 1901, antérieurs à la fondation de la Goutte de lait, on peut se rendre compte du service signalé que l'œuvre de Mme Badin a rendu à la population de Barentin.

Nous enregistrons ces résultats heureux de l'initiative privée.

Pouponnières

Les difficultés des entreprises de ce genre doivent convaincre les personnes qui pensent organiser une pouponnière avec l'arrière-pensée d'en tirer un bénéfice, qu'elles marchent à un insuccès presque certain.

L'État encourrait une grave responsabilité s'il encourageait des institutions analogues pour recevoir ses enfants assistés en n'y accordant pas d'autres ressources que celles qui sont actuellement attribuées à ce service. Qu'il en laisse faire l'essai, tout en y maintenant son contrôle sévère, sans prendre aucun engagement, c'est la seule concession qu'il puisse accorder prudemment. Il y a, en effet, toujours lieu de se demander quelles conséquences peut entraîner l'encombrement de jeunes enfants, réunis dans un local restreint. Les affections considérées ordinairement comme contagieuses, telles que la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, etc., y sont, je le reconnais, très rares, mais les affections aiguës du poumon et des organes de la digestion s'y présentent avec une fréquence et dans des conditions telles qu'on ne peut méconnaître le résultat de l'agglomération nosocomiale sur leur production. Ma longue expérience, au service des débiles à la Maternité, ne me laisse aucun doute sur ce point.

La pouponnière de Porchefontaine soumet les enfants qu'elle reçoit à l'allaitement au sein d'abord, puis à l'allaitement mixte et enfin à l'allaitement artificiel, poursuivant un double but, comme cela est en usage dans les maternités hospitalières, d'être utiles à la fois à l'enfant de la nourrice engagée et à l'enfant hospitalisé, constituant ce que M. Strauss a appelé, dans un de ses derniers ouvrages, l'assistance maternelle mutuelle. Mais dans les pouponnières dont on demande l'ouverture, on veut souvent organiser exclusivement l'allaitement artificiel, parce que c'est la seule façon d'aboutir à un résultat économique. Des essais de pouponnières avec allaitement artificiel, effectué seul, ont même été faits; je puis citer la ville de Lyon qui a voulu le tenter. Le résultat a été désastreux.

Ceci dit, je me réjouis des succès de Mme A. Charpentier, qui consacrent le résultat heureux de ses efforts si continus et si intelligents. Ils n'ont pu être assurés que par les ressources importantes qu'elle a su et pu se procurer. Je lui souhaite de tout cœur que de nouveaux subsides lui permettent d'ouvrir son troisième pavillon, actuellement fermé, et ou elle pourrait continuer à faire le bien comme elle l'accomplit dans les autres pavillons qui restent ouverts.

Du 1er décembre 1901 au 1er décembre 1902, 63 petits pensionnaires et 70 enfants de nourrices ont été admis avec 8 décès, soit une proportion de 5,7 °/₀.

M. le Dr Raimondi a installé dans cette pouponnière la traite aseptique du lait. Il se félicite des résultats qu'il a obtenus.

Le conseil municipal de Paris pourrait accorder à cet établissement une subvention correspondant aux secours mensuels qu'il accorde aux filles-mères, nourrices de leur enfant, en les envoyant comme nourrices au sein à Porchefontaine. Il y avantage certain. Les enfants de ces nourrices ne tomberaient plus à sa charge et se développeraient certainement mieux dans cet établissement que si leur mère, libre dans la ville, était encore obligée de travailler pour subvenir à ses dépenses dépassant, à coup sûr, les allocations qu'elle reçoit de l'Assistance.

Crèches

Avant le 14 novembre 1844, date de la fondation des crèches par Firmin Marbeau, les mères se trouvaient dans la dure obligation d'abandonner leur enfant dans des garderies meurtrières, sans surveillance médicale, sans protection de l'État. La crèche, quelles que soient les critiques qu'on lui a adressées, constitue un progrès indéniable. Où donc, mieux que dans ces établissements les enfants trouveraient-ils une réglementation plus assurée des soins hygiéniques, une installation plus salubre des locaux et un personnel plus dévoué?

Les philanthropes éclairés qui consacrent avec tant de dévouement leurs soins à la direction des crèches, connaissent toutes les défectuosités de certains de leurs établissements, et ils font pour le mieux avec les ressources financières dont ils disposent. Ils peuvent regretter, comme nous-mêmes, que beaucoup de mères considèrent la crèche comme un vestiaire où, avant d'entrer à l'atelier, on se débarrasse de son enfant. Dans les villes industrielles, souvent presque un tiers des habitantes travaillent à l'atelier. L'enfant et le ménage attendent le salaire à la fin de la journée pour vivre. La crèche est devenue un besoin impérieux.

L'activité des crèches reste toujours très grande. A Paris, on a reçu, en 1901, 10 255 enfants représentant 735 125 journées de présence. En province, les grandes villes suivent le mouvement de Paris. Trois nouvelles crèches ont été ouvertes et portent à 103 le nombre des crèches de Paris ou de la banlieue.

Les crèches ont des défenseurs convaincus, mais aussi des détracteurs énergiques. Les plus graves accusations ont pris une forme plus pressante dans une circulaire aux préfets, émanée le 28 février 1903 du ministère de l'Intérieur.

Notre collègue, M. Monod, signale que: « Comme, dans la crèche, la séparation de l'enfant d'avec sa mère, pendant plusieurs heures consécutives, oblige la plupart du temps à suppléer par le biberon aux tétées, on a conclu que la crèche contribue à désapprendre aux mères

leur devoir d'allaitement, et, en propageant ainsi l'alimentation artificielle, devient une cause de la mortalité infantile. D'autre part, il a été soutenu que le rachitisme est fréquent chez les enfants reçus dans les crèches, et qu'il est le résultat du régime auquel ils sont assujettis. » La circulaire insiste ensuite sur les précautions qu'il y a lieu de prendre pour obvier aux inconvénients qu'il signale.

Il importe donc d'étudier les avantages et les inconvénients des crèches et, d'une façon plus particulière, les défectuosités signalées par la circulaire ministérielle.

Le reproche le plus grave qu'on peut faire aux crèches renouvelle celui que je viens de formuler à propos des pouponnières. Il est certain que l'agglomération des enfants les expose à des affections multiples. A la crèche, on voit apparaître les maladies dont le caractère contagieux est bien établi parce que les enfants sont plus âgés : graves risques dépendant d'ailleurs des conditions très variables suivant lesquelles les crèches sont administrées. Il y a des bonnes, mais aussi des mauvaises crèches.

M. le Dr Beluze nous donne la *statistique de la crèche Sainte-Philomène*, qu'il dirige depuis une dizaine d'années.

Sur les 736 enfants reçus à la crèche, il y eut 79 décès, et 17 incombent à des cas de contagion. La rougeole tient la première place avec 9 cas, la pneumonie avec 3 cas, la grippe avec 4 cas, l'entérite aiguë avec 1 cas.

Voilà les résultats obtenus dans une crèche bien tenue. Est-il bien certain que si les 736 enfants qu'on a reçus à la crèche avaient été soignés tant bien que mal hors de la crèche, dans leur famille, ils n'auraient pas fourni une mortalité supérieure ?

Mais voyons les résultats obtenus dans des crèches qui semblent être moins bien surveillées. Mme Cayrol-Blum, dans *La mortalité à Montpellier*, nous raconte que dans cette ville — à la crèche de la rue de Lorraine, 59 % des enfants ont eu la rougeole. 3 sont morts — à celles de la rue Calleneuve et de la rue Lunaret, presque tous les enfants ont eu la rougeole : 7 sont morts dans l'une, 6 dans l'autre; à la crèche des Dames auxiliatrices, 30 enfants ont eu la rougeole sur 200 enfants, 6 sont morts.

M. Marbeau reconnaît ce danger de la contagion. « Toutes les crèches, répond-il, s'attachent à lutter contre elle par les moyens et par les soins que préconise la science. »

Dans les crèches qui ont été récemment ouvertes, en particulier dans la crèche Fourcade, établissement très actif du XVe arrondissement, on a pris toutes les précautions. Les enfants suspects sont impitoyablement refusés au moment où ils se présentent. Si, par hasard, on a quelque doute sur un enfant qui a été reçu par inadvertance, on l'isole dans un endroit qui a été aménagé dans ce but. Enfin on peut y désinfecter les vêtements, la lingerie, la literie suspects.

Une bonne directrice ne laissera pas entrer un enfant dans sa crèche sans l'examiner. Avec un peu d'attention, elle pourra même dépister la rougeole au catarrhe nasal ou oculaire et à la toux.

Arrivons maintenant aux deux accusations formulées par la circulaire ministérielle.

On a dit que les crèches favorisent le développement du rachitisme chez les enfants qu'elles reçoivent.

On trouve, en effet, reconnaît M. Marbeau, des rachitiques dans la plupart des crèches de Paris, parce que les enfants étaient rachitiques avant d'y entrer. « Le rachitisme, si fréquent dans les grandes villes, n'est pas, comme les maladies contagieuses, une cause d'exclusion. Les crèches où ces pauvres enfants sont les plus nombreux sont celles qui, par humanité, dans l'espoir de les sauver, les acceptent le plus largement. En fait, leur santé s'y améliore...» Ce qui développe le rachitisme, c'est l'alimentation prématurée, ce sont les soins irréguliers et mal dirigés que trop souvent, dans leur ignorance, les familles donnent à l'enfant pendant les heures qu'il passe au logis maternel. Le rachitisme est une maladie de misère.

M. Braunberger, dans sa thèse inaugurale, a pu constater que dans les 51 crèches qu'il a visitées, 30 % des enfants qui y sont reçus sont faiblement rachitiques, 15 % très rachitiques. M. le Dr Beluze donne des chiffres comparables.

Bien loin de déterminer le rachitisme, les crèches, en plaçant l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, arrêtent l'évolution de la maladie.

La seconde accusation faite aux crèches par la circulaire ministérielle est de désapprendre aux mères le devoir d'allaitement et de provoquer l'alimentation artificielle.

M. Marbeau répond que ce n'est pas la crèche qui empêche les mères de donner le sein à leur enfant; ce sont les conditions d'existence dans lesquelles se trouvent les ouvrières, et qui les obligent à confier leur enfant à la crèche... « Il est matériellement difficile à la mère de revenir allaiter son enfant, comme elle le ferait si elle ne l'avait pas quitté. A ces difficultés d'ordre économique, s'ajoutent trop souvent d'autres motifs d'ordre physiologique résultant pour la mère, ou des fatigues de sa profession, ou du seul fait que sa profession la retient, pendant de longues heures, éloignée de son nourrisson... La crèche s'attache à être le remède de ce mal... Elle engage la mère à venir donner le sein à l'enfant pendant la journée aussi souvent que cela lui est possible. Toutes les crèches font des efforts dans ce sens... »

Dans leurs crèches respectives, MM. les Drs Bruchet et Richard, pour suppléer au lait insuffisant de certaines mères, encouragent, à l'aide de primes modestes, d'autres femmes qui ont trop de lait pour leur propre enfant de venir au secours de celles qui n'en ont pas assez.

La proportion de l'allaitement mixte est variable dans les crèches. Il varie de 12 à 68 %. Il s'agit, bien entendu, d'un allaitement mixte irrégulier. Les médecins éprouvent les plus grandes difficultés pour obtenir des mères qu'elles viennent donner le sein à des heures régulières ou au moins une fois à la même heure, au milieu de la journée. Souvent même l'allaitement au sein n'est pratiqué qu'en dehors de la crèche. La mère donne ou doit donner le sein : le soir, la nuit et le matin.

A la crèche Sainte-Philomène, M. le Dr Beluze note que sur 174 enfants entrés à la crèche dans le cours de la première année : 58 (38,43 %) ont reçu l'allaitement artificiel; 14 (8,04 %) ont bénéficié pendant tout leur séjour ou jusqu'à huit mois de l'allaitement au sein intégral; 102 (58,62 %) ont été soumis à l'allaitement mixte. Les résultats de l'allaitement artificiel ont été ordinairement satisfaisants.

A la crèche de la rue Gauthey, M. le Dr Gauchas note que sur 135 enfants, 68 % sont soumis à l'allaitement mixte, mais que le résultat en est plutôt médiocre. Dans les grandes villes, les distances de la crèche sont longues, la mère se lasse vite d'allées et venues, incompatibles d'ordinaire avec ses occupations. Dans ces conditions, loin de favoriser l'allaitement maternel, la crèche conduit au sevrage. Il ajoute que, chez les mères qui veulent pratiquer l'allaitement mixte, la sécrétion lactée s'appauvrit et finit par se tarir. L'allaitement au sein devient alors nuisible à l'enfant tant il est mal conduit. Il conclut : la crèche, dans les conditions actuelles, est plutôt une école de sevrage.

M. le Dr Blanche nous dit que les directrices ne mettent pas assez de soin pour solliciter les mères à venir allaiter leur enfant. L'allaitement artificiel se généralise. On donne le biberon aux enfants sans même les sortir de leur berceau. Il faut exercer une surveillance rigoureuse pour lutter contre ces agissements.

M. le Dr Bauzon ajoute que sur 13 enfants qui ont fréquenté la crèche de Chalon-sur-Saône pendant le mois de mai, un seul était allaité par sa mère.

S'agit-il de difficultés spéciales inhérentes aux grandes villes où les mères nourrices sont occupées loin de la crèche? Les conditions ne sont-elles pas plus favorables dans les crèches industrielles, construites près de l'usine où travaillent les mères et dans des conditions où on leur permet d'allaiter leur enfant?

M. le Dr Drapier nous apporte les renseignements obtenus à la crèche Hippolyte Noizet, à Réthel, qui viennent confirmer les opinions pessimistes de M. le Dr Gauchas sur les crèches urbaines. En 1900, 6 % seulement des enfants recevaient l'allaitement mixte; en 1901, 14 %; en 1902, 11 %.

Ce mauvais résultat provient de ce que les mères, occupées au travail de l'usine, perdent leur lait quelques semaines après avoir repris leurs occupations. M. Drapier conclut que les crèches industrielles, pas plus que les crèches urbaines, ne favorisent l'allaitement maternel. Il se félicite d'ailleurs des résultats qu'il obtient de l'allaitement mixte.

Mme Cayrol-Blum nous a fait un tableau lamentable de la façon dont les crèches sont tenues à Montpellier. Ce sont souvent des garderies. On ne donne pas de lait aux enfants. On remplit leur biberon de tisanes. Si on y met du lait, on est allé le prendre chez le premier laitier venu, sans s'assurer s'il est ou non coupé, s'il est ou non altéré. On ne sait pas comment il faut le faire stériliser; s'il s'agit de lait stérilisé du commerce, on reçoit les fournitures par litres ou par demi-litres, à des livraisons souvent trop éloignées du moment de leur utilisation, pour qu'on soit certain que le lait ne sera pas altéré. Pour le faire tiédir, on le jette dans des réservoirs, on ne prend aucune précaution pour le garder jusqu'au moment des tétées, ni pour le transvaser. Les directrices sont souvent inintelligentes et ignorantes. Si elles ont quelques notions sur l'hygiène du nouveau-né, elles n'ont pas d'autorité pour se faire obéir. La direction médicale fait défaut, ou, si elle veut s'exercer, elle est impuissante. Le personnel servant est insuffisant, peu actif et imbu des préjugés les plus ridicules. On laisse les enfants sans être changés dans leurs berceaux depuis leur arrivée jusqu'à leur départ, ou bien on les isole dans des espèces de boîtes où ils sont immobilisés.

Il n'en est pas ainsi dans les crèches de Paris. L'hygiène alimentaire y est surveillée avec beaucoup de soin. Sous la direction des médecins qui les dirigent, les meilleurs enseignements de l'hygiène se propagent au dehors.

Dans les crèches, on sait que beaucoup d'enfants reviennent malades le lundi ou le lendemain des jours de fête, à cause de la mauvaise alimentation qu'on leur a donnée la veille, à cause de l'ignorance et de l'incurie des mères. Les enfants qu'on apporte souvent dans les crèches, avaient été mal alimentés avant d'y être reçus. Aussi, dans certaines crèches, ne veut-on pas recevoir des enfants athrepsiques. Dans d'autres on les admet; évidemment, beaucoup d'entre eux succombent, mais quelques-uns s'améliorent et guérissent et aucun résultat ne fournit de preuve plus certaine des services que les crèches peuvent rendre en alimentant mieux les enfants et en répandant dans les familles les méthodes dont elles ont pu constater la supériorité.

En conséquence, la crèche doit être, pour les mères, une école où elles apprennent à donner à leurs petits enfants les soins dont ils ont si grand besoin.

Aucun doute que la Direction générale des crèches ne fasse tous ses efforts pour apporter à ces défectuosités les améliorations possibles, et qu'elle perfectionne de plus en plus les utiles institutions qu'elle a créées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin.

A propos de la dégénérescence cancéreuse de l'utérus fibromateux

M. Bazy. — Le lendemain de la dernière communication de M. Richelot à ce sujet (voir *Bulletin Médical*, 1904, p. 522 je revoyais une femme que j'avais opérée, en 1898, d'un fibrome par l'hystérectomie totale. Elle se plaignait de pertes sanguinolentes depuis quelques mois. J'ai, en effet, trouvé une ulcération épithéliomateuse, développée sur la cicatrice et s'étendant à la paroi vaginale. J'ignore si, au moment de l'opération, il existait déjà au vagin quelque germe malin.

M. Ricard. — J'opérerai demain une malade qui est atteinte d'un fibrome depuis quelques années. Or, en l'examinant hier, j'ai constaté, sur le col, un début d'épithélioma. Si, dans ce cas, on ne faisait qu'une subtotale, on pourrait dire dans quelques mois qu'il y a eu une dégénérescence cancéreuse du moignon.

M. Tuffier. — Ces coïncidences d'épithélioma et de fibrome sont assez fréquentes. Dernièrement, une de mes malades présentait un épithélioma du col et un gros utérus; ce volume était dû à deux fibromes.

M. Beurnier. — Une de mes malades avait d'abord été opérée pour deux polypes fibreux, puis plus tard on lui fit l'hystérectomie totale. Un an après on constatait un épithélioma au niveau de la cicatrice.

De la gastro-entérostomie pour ulcère hémorragique de l'estomac

M. Ricard. — Ayant une certaine expérience de la gastro-entérostomie dans ce cas, j'estime que l'opération ne doit pas être faite en pleine période hémorragique aiguë, car elle est dangereuse à cause de la septicité et inutile, puisque souvent on ne trouve pas le vaisseau qui donne le sang. L'opération ne doit pas être pratiquée pour les ulcères eux-mêmes, car ils guérissent souvent par le traitement médical. Elle doit être réservée pour ceux que ce traitement n'a pas fait cicatriser et pour les ulcérations qui s'accompagnent d'hémorragies fréquentes.

Il y a quelques années, je faisais l'ablation de l'ulcère; j'y ai aujourd'hui renoncé, car on est surpris de la grande perte de substance qui en résulte, ce qui a pour effet d'avoir un estomac rétréci et déformé et force à terminer par une gastro-entérostomie, à laquelle seule on aurait dû d'abord avoir recours. Je ne crois l'ablation de l'ulcère indiquée que s'il siège près du pylore, une pylorectomie étant possible.

La gastro-entérostomie est la seule opération qui doit rester en usage. Elle a, d'ailleurs, montré que l'estomac fonctionne bien dans la suite et que les ulcères guérissent bien après. Mais il faut être prévenu qu'un traitement médical est nécessaire; par suite de l'opération le malade se trouve dans de meilleures conditions pour guérir.

Angiocholite grave traitée par le drainage de la vésicule biliaire

M. Arrou. — J'ai observé trois de ces faits dans les circonstances suivantes. Le premier de ces cas a été recueilli sur une jeune femme de trente-deux ans, ictérique depuis deux jours seulement, mais sa température ayant atteint 39°8 avec sensation de fatigue générale, j'ai ouvert la vésicule qui contenait deux calculs et je l'ai drainée; la fièvre est tombée en deux jours. Au cours de l'opération j'avais senti un autre calcul dans le cholédoque auquel je n'ai pas touché, ne voulant, ce jour-là, parer qu'aux accidents infectieux. Ce calcul cholédoque a été extrait soixante jours plus tard.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui avait eu antérieurement de nombreuses coliques hépatiques et qui, présentement, offrait les signes de l'obstruction du cholédoque. J'ai incisé la vésicule, dont j'ai retiré deux calculs et de la poussière verdâtre. Plus tard on a extrait le calcul du canal. Ma troisième malade, femme de trente-deux ans, était sous le coup d'accidents infectieux graves avec une température qui atteignit 41° et un pouls 150 pulsations. Dans la vésicule, d'aspect normal, je n'ai trouvé que de la poussière noirâtre. Bien que j'aie drainé, il y a eu, pendant quelques jours, des intermittences d'écoulement de la bile et chute moins rapide des accidents. Cependant la malade a guéri, mais en conservant de l'ictère, signe qu'il y a probablement un calcul dans le cholédoque.

Ces trois faits me paraissent des exemples d'angiocholite vraie sans cholécystite réelle. Ai-je eu tort d'opérer en deux temps mes premières malades? Je n'ai voulu d'abord qu'agir contre les accidents menaçants; cependant je serais heureux de savoir s'il serait préférable de faire l'opération complète en une seule fois.

M. Schwartz. — Il y a lieu de faire une distinction entre l'angiocholite calculeuse et l'angiocholite infectieuse sans calculs. L'observation de M. Mignon était un exemple de cette dernière. Le diagnostic en est difficile, et seule l'opération peut souvent trancher la question. J'ai observé une quinzaine de cas d'angiocholite calculeuse que j'ai traités par le drainage. De la seconde variété, je n'ai vu que trois cas.

Œsophagotomie externe pour ablation d'un dentier

M. Tuffier. — M. Guibal (de Béziers), nous a adressé l'observation d'un homme de trente-cinq ans qui, s'étant endormi avec son dentier, fut réveillé au milieu de la nuit par une douleur ressentie au bord droit du sternum. Le malade se rendormit, et ce n'est que le lendemain matin, alors qu'il ne trouvait pas son dentier, qu'il pensa l'avoir avalé. Le cathétérisme révéla, en effet, un arrêt de la boule à 26 centimètres des arcades dentaires. Une séance de radioscopie fut négative, mais une radiographie confirma la présence du corps étranger. Une tentative d'extraction par la bouche avec une pince ayant échoué, notre confrère a pratiqué l'œsophagotomie externe à gauche, et, par cette ouverture, il a introduit une pince avec laquelle il a pu retirer ce dentier muni d'un fort crochet et mesurant 5 centimètres de largeur. L'œsophage a été suturé, et, sauf une petite fistule qui n'a persisté que quelques jours, les suites ont été bonnes.

Sur l'extirpation totale de la prostate hypertrophiée

M. A. Pousson. — La prostatectomie totale périnéale ou sus-pubienne peut-elle enfin permettre de réaliser la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate? Aux documents déjà nombreux publiés sur cette question, j'apporte la contribution de mon expérience personnelle. Sur 21 prostatectomies périnéales, j'ai eu 4 morts opératoires, soit une léthalité de 19 %; sur 2 prostatectomies transvésicales, 1 mort, soit une léthalité de 50 %. Les causes de la mort à la suite des opérations de la première méthode ont été une fois une embolie, une fois des accidents toxi-infectieux chez un sujet déjà atteint de pyélonéphrite, une fois l'infection purulente, une fois des complications pulmonaires hypostatiques; celle du malade ayant succombé à l'extirpation sus-pubienne fut la cellulite pelvienne.

Si, à ces cinq décès opératoires, je joins les cas de quatre autres malades, qui ont été trop tôt perdus de vue, il me reste quatorze observations pour apprécier les résultats thérapeutiques. Un seul opéré conserve son impuissance à uriner seul, mais il est à remarquer qu'avant l'intervention la vessie avait perdu sa contractilité, que la prostate était petite et que la prostatectomie avait été faite dans le but de réveiller la contractilité vésicale en déterminant un réflexe dynamogénique. Chez tous les autres malades la restauration anatomique et physiologique du canal prostatique a été intégralement obtenue. Deux opérés eurent de l'incontinence vraie post-opératoire, qui céda rapidement aux instillations de nitrate d'argent. Deux autres conservèrent pendant quelques semaines un certain degré de rétention, qui disparut sous l'influence des sondages répétés et des lavages nitratés. Bien qu'en général les phénomènes d'infection vésicale cessent après la prostatectomie, il peut être nécessaire de les combattre ultérieurement, comme chez ces deux malades profondément infectés. Les opérations des malades le plus longtemps suivis remontent à deux ans (deux malades), un an et demi, un an et neuf mois, et chez aucun d'eux la guérison ne s'est démentie : les malades évacuent complètement leur vessie; et le canal, nullement déformé par la rétraction cicatricielle ou la reproduction du tissu glandulaire pathologique, admet facilement tous les instruments de cathétérisme, même rectilignes.

Si peu grave que soit la prostatectomie, il serait irrationnel de la pratiquer chez tous les malades atteints d'hypertrophie, et ses indications et contre-indications doivent être précisées. La situation sociale a, à notre avis, une grande importance sur la détermination opératoire. Facultative chez les personnes de la classe aisée, qui peuvent se sonder régulièrement et aseptiquement, la prostatectomie est presque obligatoire chez les individus misérables qui n'ont ni le temps ni les moyens de se sonder suivant les règles. Relativement à l'âge, l'opération s'impose avec d'autant plus de raison que le malade est plus jeune. Outre que l'intervention précoce supprime tous les abcès du cathétérisme, les dangers opératoires sont moindres lorsqu'on intervient chez des sujets peu avancés en âge; cependant la vieillesse n'est pas une contre-indication et trois opérés, ayant respectivement soixante et onze, soixante-quatorze et soixante-quinze ans, ont parfaitement guéri.

La difficulté du cathétérisme, les douleurs et les hémorragies qui l'accompagnent, constituent les indications les plus formelles de la prostatectomie et, chez plusieurs de mes malades, je n'ai pas eu d'autres raisons pour intervenir. L'infection vésicale est également une indication à laquelle il ne faut pas hésiter à obéir, car cette complication n'aggrave en rien le pronostic opératoire, puisque sur onze malades infectés je n'ai eu qu'un décès, tandis que j'en compte 3 sur 12 non infectés. Mais, lorsque l'infection a gagné l'appareil urinaire supérieur, les risques sont beaucoup plus grands.

La coexistence de l'hypertrophie de la prostate et de concrétions calculeuses dans la vessie doit faire choisir la prostatectomie, surtout lorsqu'il s'agit de concrétions secondaires, car l'ablation de la prostate est le plus sûr moyen d'assurer, avec l'évacuation complète de l'urine, la désinfection vésicale et, partant, de diminuer les chances de la récidive calculeuse. Sur 4 malades opérés dans ces conditions, un a récidivé, les autres ont guéri définitivement.

La rétention chronique complète aseptique n'est justiciable de la prostatectomie qu'après l'évacuation lente, progressive de la vessie, la déplétion brusque du réservoir urinaire pouvant, faute de cette précaution, déterminer des hémorragies *ex vacuo* mortelles. La rétention complète aiguë, greffée sur la rétention incomplète chronique expose à moins de danger, cependant j'ai perdu un malade dans ces conditions, d'accidents congestifs hémorragipares, étendus à tout le tractus urinaire.

Le volume de la prostate n'est pas toujours une indication opératoire facile à saisir, car si des individus pissent bien avec des prostates monstrueuses, il en est qui offrent des troubles dysuriques intenses et en particulier de la rétention avec des prostates petites, sans relief ni du côté de la vessie ni du côté du rectum. Chez certains de ces malades on est tout étonné d'extirper des lobes volumineux, alors que la glande paraissait seulement élargie par le toucher rectal.

Les notions récentes que nous possédons sur les lésions histologiques de la prostate hypertrophiée conduisent à envisager un côté nouveau de la question des indications de la prostatectomie. Outre les formes essentiellement bénignes de l'affection, revêtant le type glandulaire fibreux ou mixte, on sait qu'il existe une forme à tendance maligne qui, commençant par l'adénome vrai, peut se transformer en épithélioma adénoïde tubulé, encapsulé ou diffus, et aboutir à l'épithélioma alvéolaire en véritable cancer. L'étude histologique des 23 pièces anatomiques, fournies par mes interventions, m'ont montré que dans cinq cas la néoplasie s'écartait du type bénin et revêtait dans l'un d'eux celui du carcinome. Si la clinique venait confirmer ces données de l'anatomie pathologique, on comprend combien devrait s'agrandir le champ de l'intervention, jusqu'ici limité aux cas où il existe des troubles dysuriques.

N'ayant opéré que deux malades par la prostatectomie transvésicale, je ne peux comparer cette méthode avec celle de la prostatectomie périnéale en m'appuyant sur les données de ma pratique. *A priori*, je crois qu'on doit donner la préférence à la prostatectomie périnéale, en raison de sa facilité plus grande et de ses dangers moindres. L'opération par la voie sus-pubienne ne doit être considérée que comme une opération d'exception, réservée aux hypertrophies très volumineuses à évolution intra-vésicale.

M. Legueu. — Je ne désire revenir que sur quelques-unes des questions traitées par M. Pousson. Je n'ai fait qu'une seule prostatectomie transvésicale, à la suite de laquelle mon malade a succombé au bout de dix jours à des accidents de cellulite pelvienne. L'autopsie a montré que je n'avais enlevé que deux noyaux énucléables, mais une grande partie de la prostate était restée. Je crois que cette voie ne devra pas être suivie pour des prostates peu volumineuses.

En ce qui concerne les indications de l'opération, le gros volume de la prostate n'en est pas toujours une et, fréquemment, ce sont les petites prostates qui donnent lieu à des accidents. C'est l'état de la vessie qui commande la prostatec-

tomie. On observe généralement les résultats les plus défavorables dans les rétentions incomplètes. Le contraire a lieu dans les cas de rétention complète, car la contractilité de la vessie est conservée. S'il existe des accidents aigus de rétention, la prostatectomie peut être retardée, car on les voit parfois disparaître spontanément.

Calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux

M. Bazy. — Ce fait, observé par **M. Delbecq**, de Gravelines, concerne une jeune fille, enceinte de sept mois, qui se plaignait de douleurs dans le bas-ventre. En la touchant on percevait une grosseur derrière le col de la vessie, et en avant une sorte de bride également dure. Le cathétérisme vésical ayant fait sentir un calcul, notre confrère a incisé la muqueuse vaginale au niveau de la bride et a d'abord retiré un morceau d'épingle à cheveux puis le calcul vésical qui s'était développé autour d'un autre fragment de l'épingle. Le calcul phosphatique pesait 54 grammes. La grossesse n'a pas été interrompue.

Présentations

M. Delbet. — *Tumeur pararénale* (fibrome).

OZENNE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 juin

Œdème éléphantiasique du scrotum et vitiligo

M. Hallopeau. — Ces deux affections se sont développées à la suite d'un eczéma chronique. La structure particulière du tissu conjonctif de cette région explique la facilité avec laquelle les inflammations chroniques aboutissent à l'éléphantiasis. La même remarque s'applique aussi à la région des grandes lèvres chez la femme.

M. Leredde. — Ce malade est-il syphilitique? D'après ce que nous voyons ici depuis quelque temps, je crois qu'il faut systématiquement rechercher la syphilis chez les sujets atteints de vitiligo. Au point de vue du traitement je crois qu'on pourrait essayer la radiothérapie qui a, sur les œdèmes en général, une action puissante et rapide que j'ai souvent remarquée, notamment dans des cas de lupus. Chez le malade de M. Hallopeau, il est vrai, ce traitement serait peut-être contre-indiqué, car il pourrait produire de l'atrophie testiculaire.

Gale et psoriasis

M. Hallopeau. — On sait l'influence qu'exercent les divers traumatismes comme points d'appel de lésions psoriasiques chez les malades qui sont atteints de cette dermatose. Voici un malade chez lequel c'est la gale qui a joué le rôle de cause provocatrice : les diverses lésions galeuses, echtyma, sillons, etc., se sont transformées en plaques psoriasiques.

Lymphosarcome guéri par la radiothérapie

MM. Bizard et Weil. — Il s'agit d'un malade déjà présenté à la Société au mois de novembre et qui était atteint de lésions disséminées sur le cou et la partie supérieure de la poitrine. L'examen histologique, pratiqué par M. Gastou, avait montré qu'on avait affaire à un lymphosarcome. Les tumeurs avaient augmenté au point de former une véritable cuirasse. Le malade fut soumis au traitement radiothérapique. Les séances d'une durée de deux à cinq minutes furent répétées tous les deux jours. Sous cette influence on vit fondre les tumeurs et aujourd'hui, après vingt-six séances, la guérison est complète, du moins en apparence.

M. Sabouraud. — Quelle dose de rayons X a-t-on fait absorber à la peau?

M. Weil. — Nous avons fait passer 22 unités H dans une première série de séances et 17 dans une seconde.

M. Brocq. — Je viens de constater encore, dans trois cas de sarcomes, l'efficacité surprenante et rapide de la radiothérapie : dans l'un de ces cas, au bout de trois séances la disparition du néoplasme était complète. La dose avait été de 4 H sur chaque point, par conséquent 12 H en tout dans les trois séances.

M. Sabouraud. — Les résultats ne sont pas aussi brillants dans tous les cas. Je viens d'observer, avec M. de Beurmann, un sarcome de la plante du pied constitué par trois nodules de la dimension d'une grosse lentille, couleur chair musculaire, durs et légèrement saillants, dont l'aspect était assez déconcertant, si bien que le diagnostic ne fut fait que par l'examen histologique. En raison de la nature maligne de la tumeur, nous nous crûmes autorisés à pousser énergiquement le traitement, et nous fîmes passer 10 unités H en une seule séance. Actuellement, la dose absorbée a été de 16 H. Les tumeurs sont en voie d'amélioration, mais on ne peut pas encore parler de guérison; voilà donc un cas de sarcome qui s'est montré plus résistant qu'un épithéliome au traitement radiothérapique.

M. Brocq. — Il y a sans doute des distinctions à établir suivant les formes de sarcomes. Dans les cas dont j'ai parlé, il s'agissait de la forme habituelle de sarcome avec tumeurs dures en nappes, recouvertes d'une peau violacée ou bleuâtre. Il s'agissait donc d'une forme bien différente des tumeurs nodulaires que vient de décrire M. Sabouraud.

M. Leredde. — L'amélioration est manifeste chez le malade de M. Bizard, mais s'agit-il bien de guérison, et n'y aura-t-il pas de récidive? C'est toujours la même question qui se pose dans les cas de ce genre, et elle a été déjà discutée à propos d'un cas de mycosis cliniquement guéri que nous a montré M. Brocq. Je parlais tout à l'heure de l'action intense qu'exercent les rayons X sur les œdèmes, c'est peut-être à cela qu'est due en grande partie la fonte des tumeurs; mais, dans ce tissu asséché et condensé, ne reste-t-il pas des cellules néoplasiques actives? On pourrait s'en assurer par une biopsie, et il serait fort utile d'être édifié sur ce point, car, en présence d'une tumeur maligne à développement rapide et en imminence de généralisation, la radiothérapie, si elle ne donnait pas de résultats vraiment curatifs, ne servirait qu'à retarder l'intervention chirurgicale au grand détriment des malades.

M. Sabouraud. — L'histologie elle-même n'est pas en état de nous fournir un critérium absolu, puisque M. Darier nous a montré qu'il pouvait rester des noyaux épithéliaux vivants dans une cicatrice d'épithélioma, alors que, cliniquement, la guérison s'est maintenue sans récidive. Il pourrait en être de même dans le sarcome.

M. Brocq. — Chez le malade de M. Bizard, toute intervention chirurgicale était absolument impossible, par conséquent la radiothérapie, non seulement était autorisée, mais il était indiqué de l'appliquer le plus tôt et le plus énergiquement possible; mais, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un sarcome opérable, j'inclinerais, quant à moi, à faire extirper d'abord la tumeur et à appliquer les rayons X sur la cicatrice, dans l'espoir de prévenir les récidives.

Toxituberculides vésico-pustuleuses

M. Hallopeau. — Voici une femme chez laquelle il existe, en même temps que des tuberculides nécrotiques, une éruption de tuberculides purement vésico-pustuleuses ayant, d'ailleurs, les mêmes caractères et la même évolution que les premières.

Anévrysme chez un syphilitique

M. Hallopeau. — Ce malade est entré hier dans mon service ; il a eu, autrefois, la syphilis et présente actuellement, au niveau du cœur, un anévrysme qui a, paraît-il, augmenté rapidement depuis quinze jours et qui atteint actuellement le volume du poing. Le malade sera examiné à fond pour préciser le siège et l'origine de l'ectasie. Nous avons immédiatement commencé le traitement par les frictions mercurielles.

Trichorrexie noueuse

M. M. Sée. — Voici les poils d'un blaireau dont je me sers personnellement pour me savonner la barbe ; ses poils présentent un grand nombre de lésions de trichorrexie, quoique je n'en aie jamais eu moi-même. C'est la confirmation de la découverte de Sabouraud sur l'origine purement mécanique des lésions de trichorrexie.

M. Brocq. — Depuis une dizaine d'années nous voyons un grand nombre de femmes dont les cheveux sont atteints de trichorrexie ou de trichoptylose et n'allongent pas malgré une croissance normale, parce qu'ils se cassent constamment vers leur extrémité; on avait cru d'abord qu'il s'agissait d'une maladie parasitaire venue d'Orient et dont Ménahem Hodara avait cru trouver le microbe. En réalité, il s'agit tout simplement, comme l'a montré M. Sabouraud, d'un éclatement du cheveu causé par les savonnages et les lavages de la tête dont les femmes font maintenant un usage fréquent.

M. Sabouraud. — J'ai vu un exemple bien démonstratif de la production de la trichorrexie par le savon, chez un homme qui, atteint de trichorrexie de la moustache et croyant à l'origine parasitaire de cette affection, pratiquait des savonnages répétés et énergiques. Sous cette influence les cheveux se brisaient toujours davantage et le malade, croyant bien faire, savonnait de plus en plus, si bien que quand il vint me voir les poils de sa moustache étaient tous brisés à 3 millimètres de leur émergence. Je lui fis cesser complètement l'usage du savon et à partir de ce moment la trichorrexie diminua rapidement.

Acanthosis nigricans

MM. Gaucher, Photinos et Evangelou. — Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, atteint d'un néoplasme abdominal; depuis quelques mois se sont développés, sur toute la surface du corps et même sur la muqueuse des joues, un très grand nombre de papillomes verruqueux, et en même temps une pigmentation noirâtre, surtout marquée aux aisselles, au cou et à la région génitale. C'est un beau cas d'acanthosis au début.

P. Déhu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin

Au début de la séance le Président fait part à la Société de la mort du Dr Gilles de la Tourette, dont il retrace la vie.

Ligne blanche et hypotension

M. **Emile Sergent.** — Il ne faut pas confondre la ligne blanche que j'ai décrite dans l'insuffisance surrénale, avec la ligne blanche étudiée par les physiologistes chez les sujets sains, ni avec la tache blanche d'Hallion et Laignel-Lavastine, dont le mécanisme est différent.

La ligne blanche pathologique est *fonction d'hypotension artérielle*; je l'observe, en ce moment, chez de vieux cardiaques en état d'hypotension ; or, l'hypotension est une des conséquences constantes engendrées par l'insuffisance des fonctions surrénales, dont le rôle toni-vasculaire est bien connu ; dès lors, on peut se demander si l'hypotension artérielle, en général, n'est pas liée à une diminution fonctionnelle des surrénales, à une *hypoépinéphrie*, de même que l'hypertension reconnaîtrait, au contraire, pour origine, ainsi que le pense M. Vaquez, une exagération de ces mêmes fonctions, une *hyperépinéphrie*. Je me propose de revenir ultérieurement sur ces faits, dont il poursuit actuellement l'étude.

Pouls lent permanent. Dégénérescence osseuse ou calcaire du myocarde

M. H. Dufour. — Le pouls lent permanent peut relever de lésions diverses échelonnées depuis le bulbe jusqu'au cœur, et intéressant soit les centres d'innervation ou les nerfs du cœur, soit le cœur lui-même. Sous l'impulsion de Charcot, cette affection a été considérée, dans ces dernières années, comme résultant le plus souvent d'une altération bulbaire. Dans le cas du malade que je viens d'observer et qui avait d'une façon permanente 36 à 40 pulsations par minute, l'autopsie a été négative pour ce qui concerne le bulbe et les pneumogastriques, mais elle a montré, au niveau du myocarde, une dégénerescence calcaire ou osseuse remarquable par son étendue et sa masse.

Elle occupe le pourtour de l'orifice mitral et, au niveau de la base d'insertion de la petite valve, elle forme une tumeur grosse comme une forte noisette et enkystée par une zone de tissu d'apparence fibreuse. Le cerveau est le siège de foyers de ramollissements multiples, mais superficiels, qui expliquent les attaques d'apoplexie présentées par le malade. Il n'est donc pas nécessaire ici de mettre l'ensemble des signes du syndrome de Stokes-Adam sur le compte d'une lésion unique à foyer bulbaire.

Volumineuse tumeur rétro-pharyngienne propagée à l'étage sphéno temporal droit du crâne et au lobe temporal correspondant. Exophtalmie. Ophtalmoplégie complète et paralysie de la cinquième paire

MM. E. Lenoble et E. Aubineau (Brest). — Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans chez lequel se développa une exophtalmie droite avec tumeur progressivement croissante derrière le maxillaire droit. Il existait une forte albuminurie. Une première intervention permit de se rendre compte que l'orbite ne présentait rien d'anormal. Un ganglion enlevé était histologiquement sain. Peu à peu, et à mesure que la tuméfaction augmentait, une paralysie de la cinquième paire et une ophtalmoplégie complète s'ajoutèrent à l'exophtalmie. Un examen détaillé du sang ne révéla qu'une hyperleucocytose notable sans myélocytes ni hématies nucléées (29150); le chiffre des hématies restait élevé (5540000). Le sujet succomba à une deuxième intervention.

A l'autopsie, indépendamment de la tumeur rétro-pharyngienne, l'étage sphéno-temporal du crâne était infiltré ainsi que la plus grande partie du lobe temporal correspondant. La compression ou l'envahissement des organes pénétrant l'orbite, au niveau de la fente sphénoïdale, explique l'ophtalmoplégie et probablement l'exophtalmie. La conservation de la vision était en rapport avec l'intégrité du canal optique.

Au microscope, il s'agissait d'un *sarcome fuso-cellulaire à petites cellules*, mais dans la partie superficielle du néoplasme avoisinant la peau, se montrait une infiltration de petites cellules associées en boyaux, d'apparence épithéliale, qui pouvait faire croire à un épithélioma tubulé. Les organes hématopoïétiques (rate et moelle osseuse) étaient en état d'activité réactionnelle, et les auteurs pensent qu'il faut attribuer la prolifération cellulaire à l'irritation déterminée par la tumeur. Ils expliquent l'albuminurie par une propagation probable au plancher du quatrième ventricule, sans pouvoir en donner de preuves démonstratives.

Sarcome du plancher de l'orbite guéri par les rayons N

M. Béclère. — Il s'agit d'un homme chez lequel l'affection débuta il y a quatre ans, et qui dut subir pour cette affection deux interventions chirurgicales, la dernière étant l'énucléation de l'œil. L'histologie démontra qu'il s'agissait d'un sarcome malin. Malgré cela, une récidive se produisit au niveau de la joue, dont la peau se trouva soulevée par la nouvelle tumeur. L'arsenic, la quinine n'ayant rien donné, on soumit le malade à l'action des rayons de Rœntgen. A partir de ce moment l'amélioration s'accusa et le malade paraît aujourd'hui guéri.

Il semble donc naturel d'attribuer cette guérison aux rayons de Rœntgen, mais il convient de faire remarquer que chaque exposition aux dits rayons a été précédée d'une injection sous-cutanée de quinine.

L'action élective des rayons de Röntgen sur l'épithélioma, que je signalais à la dernière séance, s'étend donc aussi au sarcome, ou, d'une façon plus générale, aux néoplasmes, et cela même à travers les téguments et sans nuire à la vitalité de ceux-ci.

M. Vaquez. — Ce que vient de dire M. Béclère de l'action des rayons X nous semble d'autant moins niable, que nous-même avons constaté avec eux des modifications extrêmement rapides des globules blancs chez les leucémiques.

M. Triboulet. — Dans les campagnes, il y a nombre de vieillards porteurs d'épithéliomas de la face; étant donné les succès obtenus dans cette affection avec les rayons de Röntgen, il serait humain de mettre ce mode de traitement à la portée de ces pauvres gens.

M. Berger communique un mémoire sur la pathogénie du bruit de rouet. L'opinion qui y voit une origine veineuse serait erronée; il se produirait dans les artères et serait l'image auditive de la circulation artérielle.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

L'adrénaline dans les lésions inflammatoires et les rétrécissements cancéreux de l'œsophage

Exerçant à Kiew où, chose curieuse, les empoisonnements par ingestion de liquides corrosifs sont particulièrement fréquents, **M. Th. G. Yanovsky** (*Roussky Vratch*, 1904, n° 20), privat docent à la Faculté de médecine de ladite ville, fut amené à essayer l'extrait surrénal, ainsi que son alcaloïde, à l'effet de combattre les douleurs œsophagiennes dues à la déglutition des substances caustiques. Ce traitement lui aurait fort bien réussi. Notre confrère se servait tantôt de pastilles contenant 0 gr. 30 d'extrait surrénal, le malade devant sucer une pastille avant chaque repas, tantôt de la solution d'adrénaline à 1 : 1000, dont on faisait avaler 5 à 10 gouttes dans une cuillerée d'eau, également quelques minutes avant l'ingestion de nourriture. Cette médication calmait les douleurs œsophagiennes au point de permettre au malade de s'alimenter sans difficulté; en plus, elle influençait favorablement le processus de réaction inflammatoire dans l'œsophage, dont elle accélérait la guérison.

Ces mêmes moyens, employés aux mêmes doses, se sont montrés également utiles dans les rétrécissements œsophagiens par cancer, où ils amendaient la dysphagie.

Traitement du décubitus par la vapeur d'eau surchauffée

De tous les moyens employés contre le décubitus, les irrigations de la partie atteinte avec l'eau très chaude (60 à 70°), paraissent être le meilleur. Mais plus efficace encore, d'après l'expérience de M. **E. Schlesinger** (*Zeitschr. f. diae. u. physik. Therapie*, juin 1904), assistant du service de médecine du professeur Goldscheider à l'hôpital urbain de Moabit à Berlin, serait le traitement par la vapeur d'eau surchauffée qui, sous le nom de « vaporisation », est assez fréquemment employée, depuis quelque temps, dans les affections gynécologiques et contre l'ulcère variqueux, surtout en Allemagne. On se sert pour cela de chaudières spéciales, dégageant un jet de vapeur sous pression, à la température de 100° En faisant agir ce jet, à une distance de 10 centimètres de l'orifice d'échappement, sur le décubitus, en particulier sur ses bords, et en répétant cette vaporisation journellement, chaque séance étant d'une durée de cinq à dix minutes, on réalise une désinfection complète en même temps qu'une congestion artérielle qui vivifie les tissus atones, accélère la chute des parties sphacélées et stimule la production de bourgeons charnus. Aussi constate-t-on, en quelques jours, la disparition de toute fétidité du décubitus. Bientôt après la plaie commence à bourgeonner activement. A ce moment, la vaporisation n'est répétée que tous les trois ou quatre jours. La cicatrisation s'effectue rapidement, à moins qu'il ne s'agisse de ces énormes décubitus avec dénudation des os du bassin, dont la réparation est au-dessus des ressources de la nature.

Ces applications de vapeurs surchauffées sont douloureuses, mais elles ne le sont pas davantage que les irrigations avec l'eau à 60 ou 70°.

La pepsine contre les troubles digestifs des nourrissons

Il est bien établi, actuellement, grâce surtout aux travaux des cliniciens français, que les troubles dyspeptiques des nourrissons reconnaissent généralement pour cause la suralimentation et que le véritable moyen de les prévenir ou, une fois qu'ils se sont produits, de les combattre, consiste à régler, suivant l'âge de l'enfant, la quantité de lait à donner. En présence de ces faits, la question du traitement médicamenteux de ces dyspepsies n'offre plus qu'un intérêt tout à fait secondaire Signalons, cependant, que le prof. **Edlefsen** (*Wiener klin. therap. Woch.* et *Med. Obozréniyé*, 1904, 9) a pu se convaincre que les troubles digestifs des nourrissons sont influencés très favorablement par la pepsine, qui serait beaucoup plus efficace contre eux que l'acide chlorhydrique. L'auteur se sert toujours de *pepsine sèche*, dont il donne 0 gr. 25 dans une cuillerée à bouche d'eau bouillie, immédiatement avant une prise de lait. L'enfant reçoit quatre doses semblables dans le courant de la journée.

V. DE H.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel de l'arthritisme

La Santhéose (théobromine française parfaitement pure et associée, selon les formules d'Huchard, au phosphate de soude, à la caféine ou à la lithine) constitue la médication vraiment étiologique et spécifique de l'arthritisme et de ses manifestations. Peu d'agents thérapeutiques lui sont comparables dans le rhumatisme subaigu ou chronique, dans les accès de goutte, comme modificateur de l'uricémie, bref, pour combattre la diathèse urique sous toutes ses formes et solubiliser les acides urinaires. C'est qu'en effet la Santhéose, surtout son association lithinée, a les précieux avantages d'alcaliniser le sang, de favoriser la circulation jusque dans les plus petites artérioles et de débarrasser, par l'émonctoire urinaire, l'économie de ses urates et de ses déchets. On peut à bon droit la considérer, selon les paroles mêmes de Huchard, comme « le plus fidèle, le plus constant et le plus inoffensif des diurétiques. »

Quelle que soit sa forme (*phosphatée*, *caféinée* ou *lithinée*), la Santhéose est présentée par boîtes de 24 cachets ayant la forme d'un cœur et dosés à 0 gr. 50 de principe actif On prescrira de 1 à 4 cachets par jour.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. le méd. de 1re cl. Prigent, méd.-major du *Pascal*.

RÉSERVE

A été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de méd. de 2e cl. de réserve

M. Aldebert, méd. de 2e cl., démissionnaire, aff. au port de Brest.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION

Chirurgie et accouchements

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie.

Paris. — MM. Morestin, Duval, Proust.
Montpellier. — M. Soubeyran.
Nancy. — M. Gross.
Lille. — M. Lefort.
Lyon. — MM. Gayet, Patel.
Bordeaux. — M. Venot.
Toulouse. — M. Desforges-Mériel.

Accouchements.

Paris. — M. Brindeau.
Montpellier. — M. Guérin.
Nancy. — M. Frühinsolz.
Lille. — M. Bué.
Lyon. — M. Commandeur.
Toulouse. — Thoyer-Rozat.

Les démissions des médecins de l'« Union médicale »

Il y a quelque temps, le Dr Guépin adressait à ses confrères un appel en faveur d'une œuvre dite l'*Union médicale*, destinée à soigner à forfait « les familles peu fortunées. »

Cette « Union médicale », dès son apparition, fut jugée plutôt sévèrement et le *Concours médical* l'exécuta dans un article intitulé : « Philantropie vingtième siècle. »

Le Syndicat des médecins de la Seine s'en occupa aussi, et son conseil d'administration vota à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat des médecins de la Seine, considérant qu'il a toujours combattu le système de l'abonnement et du forfait; que seul le paiement à la visite donne un honoraire équitable et en rapport avec les services rendus ;

Considérant que le système à l'abonnement préconisé par l'*Union médicale* ne respecte pas le libre choix du médecin par le malade; qu'il constitue un leurre, soit pour le médecin, soit pour l'assuré ;

Réprouve la tentative d'avilissement des honoraires médicaux entreprise par l'*Union médicale*, et invite tous les médecins de Paris et de la Seine à refuser leur concours à une œuvre néfaste aux malades et aux intérêts du corps médical tout entier, et contraire aux règles les plus élémentaires de la déontologie.

La question ne pouvait laisser indifférent le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, qui vient de

voter, après une discussion très approfondie, le texte ci-dessous :

Considérant que les règles de la déontologie condamnent tout traitement médical à forfait, parce que, dans de telles conditions, l'intervention du médecin ne peut avoir pour le malade toute l'efficacité désirable, qu'elles condamnent également toutes les manœuvres ayant pour but d'attirer par des moyens commerciaux la clientèle ;

Proteste énergiquement contre l'organisation de la Société dite « l'Union médicale », attire l'attention des confrères sur l'incorrection qu'il y a à participer à cette institution.

Il nous a semblé impossible de ne pas signaler à nos lecteurs cette position prise par l'assemblée, qui a le plus qualité pour représenter les praticiens de Paris et, dans notre numéro du 1er juin, à la rubrique « Nouvelles », nous avons reproduit ce vote sans l'accompagner d'aucun commentaires. Pour compléter notre information nous l'avons fait suivre de renseignements concernant les démissions de l'*Union médicale* et dans les termes suivants :

Nombre de confrères qui avaient adhéré à l'Union, croyant qu'il s'agissait d'une sorte de société de secours mutuels pour les petits employés, ont depuis démissionné.

Cette phrase n'a pas été du goût de M. le marquis de Verez, directeur de l'*Union médicale* qui, à cette occasion, nous a adressé une lettre dont il demandait l'insertion dans le plus prochain numéro du *Bulletin;médical*.

Nos lecteurs savent que ce journal tient à honneur d'être une tribune largement ouverte et que la discussion ne nous fait pas peur. Mais, pour insérer une lettre, faut-il qu'elle soit recevable dans le fond et dans la forme. Or, nous avons le regret de constater que ce n'est pas le cas.

Cette lettre contient des appréciations blessantes sur des confrères que nous ne connaissons pas et qui peuvent être des gens très honorables. De plus, l'entête du papier sur lequel la lettre a été écrite porte le nom du Dr Guépin, qui se trouve ainsi solidaire, jusqu'à un certain point, du jugement porté sur ses confrères.

Pour toutes ces raisons nous n'avons pas voulu publier cette lettre avant que signification nous en ait été faite par ministère d'huissier. Nous venons de la recevoir, et bien qu'elle puisse être considérée comme nulle pour avoir été faite à une autre personne que celle prescrite par la loi, nous publions la lettre de M. le marquis de Verez, document qui a le mérite de montrer en quelle estime il tient le corps médical.

L'Union Médicale

CHEF DES SERVICES MÉDICAUX

M. le Docteur Guépin

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PEAN

Chirurgien Consultant du Ministère de la Justice

BUREAUX OUVERTS
de 9 heures à 11 heures
de 2 heures à 6 heures



36, RUE DU COLISÉE (8me Arrt)

Paris, le 6 juin 1904.

Monsieur le Docteur Granjux, secrétaire de la Rédaction du *Bulletin médical*,

4, rue de Lille, Paris.

Monsieur,

Sous la rubrique « Nouvelles », dans le numéro 43 de votre journal (mercredi 1er juin) vous reproduisez une décision prise au sujet de « L'Union Médicale » par le Conseil Général des Sociétés Médicales d'arrondissement.

Vous faites suivre le texte de cette décision de la phrase ci-après :

« Du reste, nombre de confrères qui avaient « adhéré à l'Union, croyant qu'il s'agissait « d'une sorte de société de secours mutuels « pour les petits employés, ont depuis démis- « sionné. »

Cette phrase contient une *insinuation* contre laquelle nous avons le droit de protester.

Elle semblerait indiquer que la démission de quelques médecins ayant accepté le mandat de « L'Union Médicale » est due à ce qu'ils auraient été incomplètement renseignés sur le but de notre œuvre. *Rien n'est plus contraire à la vérité.* Tous nos médecins ont été largement et loyalement documentés (verbalement et par écrit) sur notre projet, nos vues et nos moyens d'action. Ce qui est vrai, c'est que pas une des rares démissions qui nous ont été données ne s'appuie sur le motif *que vous insinuez*. Ce qui est vrai, c'est que ces démissions sont le résultat de la pression exercée par certains groupements médicaux à l'égard des médecins qui nous donnaient leur concours. Cette pression est même allée parfois jusqu'à prendre la forme non déguisée de véritables menaces de représailles et d'ostracisme. Nous avons en notre possession, et nous tenons à votre disposition au besoin, des lettres formelles à ce sujet ; lettres dont les signataires nous avouent sans détours obéir, en se séparant de nous, à la crainte de l'effet des menaces dont ils ont été l'objet. Si ces lettres ne font pas l'éloge de l'indépendance ni de la fermeté de caractère de ceux qui les ont écrites, elles permettent d'apprécier sévèrement les moyens de coercition employés contre leurs auteurs.

Comptant sur l'insertion de notre présente lettre dans le plus prochain numéro, nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération.

Le Directeur :
DE VEREZ.

Cette lettre mérite d'être accompagnée de quelques réflexions :

1° Elle montre toute la vérité de ce vieux proverbe populaire : « Tu te fâches, donc tu as tort. »

2° Nous n'avons jamais dit que les médecins n'avaient pas été largement et loyalement documentés sur le projet, vues et moyens d'action, pour cette bonne raison que nous n'avons pas abordé cette question.

3° Nous n'avons jamais parlé du *libellé* des lettres de démission des confrères, qui se sont ouverts à nous, mais du *motif* qui les a engagés à quitter l'*Union médicale*. Nous maintenons plus que jamais notre dire, que nos confrères sont prêts à venir appuyer par lettre ou de vive voix. Notre affirmation reste donc entière.

4° D'après M. le directeur de l'*Union médicale*, ces démissions seraient le résultat de la pression exercée par certains groupements médicaux. A l'appui, il offre de nous communiquer des lettres formelles à ce sujet.

Nous le remercions de cette proposition, mais nous n'en userons pas. Si parmi nous s'est produite quelque défaillance, nous désirons ne pas en connaître les auteurs.

Quoi qu'il en soit, il est certain que ces cas d'intimidation doivent être bien peu nombreux, car les médecins ne sont pas gens qu'on fasse marcher par la peur, ainsi que s'en convaincra M. le directeur de l'*Union médicale* quand il aura fréquenté plus longtemps notre milieu.

5° Pour notre part, nous affirmons, avec la plus entière énergie, que les menaces ne sont pour rien dans la détermination prise par les médecins démissionnaires que nous connaissons. Nous comprenons très bien l'intérêt qu'a l'*Union médicale* à faire croire que la terreur seule peut détacher d'elle les médecins qui lui avaient donné leur adhésion, mais nous ne pouvons laisser s'établir une légende, dont nous reconnaissons toute la portée commerciale, mais qui est contraire à la réalité des faits et à la considération médicale.

6° Ce n'est pas une lettre que nous a envoyée M. le directeur de l'*Union médicale*, mais une machine à faire le vide.

Nous l'en remercions.

GRANJUX.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôtel-Dieu de Lyon.*)

Clinique de M. le prof. Jaboulay.

A propos du diagnostic, de l'évolution et du traitement des péritonites tuberculeuses

Par M. L. Bérard

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

(Leçon recueillie par M. Pinatelle, ex-interne des hôpitaux.)

Messieurs,

La tuberculose du péritoine est une affection dont vous connaissez la fréquence et qui, vous le savez, est riche en surprises pour le clinicien. Maladie polymorphe, elle peut varier dans ses débuts, dans son allure, dans ses complications, au point qu'on a commis à l'occasion de son diagnostic les erreurs les plus diverses. Nous avons précisément dans les salles actuellement plusieurs malades sur lesquels vous pourrez contrôler la vérité de cette assertion.

L'une de ces malades, couchée au n° 26 de la salle Saint-Pierre, a une histoire qui me permet de vous rappeler l'heureuse erreur de Spencer Wells lorsqu'il opéra pour la première fois une péritonite tuberculeuse croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Ici, c'est l'erreur inverse qui fut commise. Cette jeune femme, âgée de trente ans, de souche tuberculeuse, est atteinte, depuis plusieurs années, d'une bronchite suspecte des sommets. Il y a deux ans, elle constata que son ventre augmentait de volume, en même temps qu'elle souffrait de coliques et qu'elle s'amaigrissait rapidement. Un chirurgien du midi, consulté par elle, posa le diagnostic de péritonite tuberculeuse, fit la laparotomie et laissa dans l'incision abdominale un drain à demeure, avec recommandation expresse de le garder tant qu'il donnerait issue à du liquide. Pendant deux ans cette jeune femme vit s'écouler par son drain un liquide gommeux, parfois strié de glaires blanchâtres, sans qu'à aucun moment la fistule ne se tarit. Lasse d'attendre, elle vint nous demander de la débarrasser de cette infirmité. La seule inspection de l'abdomen, déformé régulièrement dans les parties déclives par une tumeur en dôme à contours multilobulés — l'aspect mucoïde du liquide évacué par le drain, enfin les deux ans de fistulisation passés sans ulcération de l'intestin (fait invraisemblable en cas de péritonite tuberculeuse), tous ces signes nous firent poser d'emblée le diagnostic de kyste de l'ovaire marsupialisé. En effet, l'opération nous conduisit sur un volumineux kyste multiloculaire, adhérent de toutes parts à la paroi abdominale, à l'intestin et à un gros appendice iléocœcal enflammé que nous dûmes enlever avec le kyste lui-même. La malade, opérée actuellement depuis quinze jours, est en bonne voie de guérison.

Voici maintenant un second cas, pour lequel nous avons hésité pendant près d'une semaine avant de songer à la tuberculose du péritoine. La jeune fille qui occupe le n° 20 de la salle Saint-Pierre, nous est arrivée, il y a un mois, avec des symptômes de péritonite aiguë qui avaient débuté par un véritable ictus abdominal et qui simulaient, au bout de quatre jours quand nous fîmes notre premier examen, une poussée d'annexite ou d'appendicite avec péritonite par propagation. On ne relevait dans le passé de la malade aucune tare bacillaire; elle n'accusait elle-même que des troubles digestifs passagers et de l'irrégularité de la menstruation avant le début de cette crise. L'abdomen était tympanisé en totalité, douloureux, surtout vers l'hypogastre. Devant ces symptômes aigus, compliqués d'obstruction par iléus paralytique, vomissements, hoquet, constipation, nous nous bornâmes d'abord à un traitement symptomatique : repos au lit, glace sur le ventre, morphine et lavements de sérum.

Rapidement, les douleurs et les vomissements s'atténuèrent. Seule subsistait la constipation avec des oscillations thermiques entre 38° et 40°. Le palper abdominal, devenu plus facile, décelait une zone vaguement rénitente au-dessous de l'ombilic, sans matité absolue à ce niveau. Et le toucher vaginal, d'abord négatif, laissait peu à peu percevoir dans le Douglas une tuméfaction rénitente, douloureuse, qui nous fit songer soit à un pyosalpinx tordu, soit à un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, soit enfin à de la tuberculose annexielle. Au bout de quinze jours d'observation, la fièvre ne cédant pas, l'état général s'aggravant et la masse sous-ombilicale s'étant précisée, j'intervins par la laparotomie.

Avant l'incision du péritoine, vous avez pu constater avec moi que le tissu cellulaire sous-séreux était très œdématié, ce qui nous fit supposer la présence d'un foyer inflammatoire profond, adhérent à la paroi et nous rendit prudent dans l'ouverture de la séreuse, qui fut faite avec la sonde cannelée. Bien nous en prit : car nous arrivâmes d'emblée sur un gâteau entéro-épiploïque, semé de granulations sucre d'orge, se perdant en une masse compacte vers le bassin, et englobant sans doute des annexes tuberculeuses, point de départ si fréquent de la péritonite bacillaire chez la femme. Sans autres manœuvres, la paroi abdominale fut refermée à trois plans; la malade eut encore pendant cinq ou six jours des oscillations thermiques, puis guérit enfin sans autre incident. C'était là une de ces formes de péritonite aiguë tuberculeuse avec pseudo-occlusion, sur lesquelles Maurange, Boulland, Lejars et Guillemare ont a maintes reprises appelé l'attention. Un élève de M. le prof. Poncet, M. Sotty, a également étudié dans sa thèse la péritonite tuberculeuse à début brusque, simulant l'appendicite.

Le troisième malade, que nous allons examiner maintenant ensemble, va nous montrer plusieurs des complications de la péritonite tuberculeuse.

Le jeune A. B..., plâtrier italien, âgé de quinze ans, entra le 26 mars à Saint-Sacerdos; il était malade depuis trois mois. Rien à relever d'ailleurs dans ses antécédents pathologiques, ni héréditaires, ni personnels. En décembre dernier, il se mit à tousser; cette bronchite dura plus d'un mois, et s'accompagna d'amaigrissement marqué. L'enfant souffrait un peu du ventre, mais ce n'est que depuis un mois qu'il dut s'aliter. Depuis lors, son ventre a grossi progressivement, en même temps qu'une diarrhée tenace (cinq ou six selles par jour) s'installait à demeure, après une période de constipation. Cette diarrhée initiale nous prouve que l'infection péritonéale est ici concomitante, sinon consécutive, à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Elle assombrit donc d'emblée le pronostic et nous explique la rapidité et le degré extrême de l'amaigrissement de notre petit malade. Le facies est pâle et étiré. Le gros ventre saillant fait un contraste frappant avec la maigreur cachectique du thorax et invoque, avant toute autre investigation, l'idée d'une tuberculose du péritoine. Examinons cependant cet abdomen sans parti pris.

L'inspection nous en montre d'abord la forme générale, arrondie dans la station verticale, étalée dans la position couchée, moins cependant que le « ventre de batracien » des ascites libres. L'ombilic n'est pas saillant. La peau ne présente en aucun point de

changements de coloration; elle est uniformément lisse et tendue, infiltrée par une anasarque énorme, molle, non inflammatoire, et qui s'étend aux bourses et aux membres inférieurs très augmentés de volume. De grosses veines, dans le domaine des épigastriques et des mammaires internes, rampent verticalement du pubis à l'appendice xyphoïde et témoignent de la gêne à la circulation en retour. Enfin nous constatons, au fond même de la cicatrice ombilicale, la présence d'une petite fistule qui s'est produite spontanément et par laquelle suinta d'abord du liquide clair en petite quantité; c'est pour cette fistulisation survenue récemment que le malade nous revient d'un service de médecine où nous l'avions évacué. Nous discuterons plus loin la signification de cette fistule et de cette anasarque.

Passons maintenant à la palpation. Elle nous confirme l'existence d'un œdème considérable de la paroi, par la production sous le doigt du godet caractéristique, et nous fournit, malgré cette infiltration gênante pour l'examen, des renseignements utiles sur l'état des organes profonds. La résistance que nous percevons n'est, en effet, pas uniforme; elle prédomine à droite au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre; elle paraît due plutôt à un paquet épiploïque qu'à une augmentation de volume du foie dont on ne perçoit pas le bord libre. Plus bas et à gauche, l'abdomen, plus souple, se laisse déprimer assez facilement; il n'y a pas là de masse agglutinée, mais l'appui est douloureux et détermine le *cri péritonéal* de G. de Mussy. En massant largement l'abdomen avec la main posée à plat, comme pour faire glisser l'un sur l'autre les deux feuillets du péritoine sur une certaine étendue, on perçoit une sensation tactile et auditive particulière, comparée très exactement au cri de l'étain ou de la neige froissée, et qui est produite par le frottement l'un contre l'autre des feuillets granuleux et dépolis. Quand ce phénomène est peu accusé, il ne se perçoit qu'à l'aide du sthétoscope.

Percutons avec légèreté la paroi. Pratiquée grossièrement, la percussion ne nous indiquerait que la limite entre un épanchement ascitique abondant et les anses intestinales; en effet la plupart des gâteaux adhérents ou des foyers caséeux sus ou sous-jacents à des anses sonnent à une percussion forte. En percutant, au contraire, superficiellement, nous enregistrerons des nuances plus délicates. Nous obtenons alors, à défaut du damier classique, deux placards de submatité : un foyer sous-hépatique droit, un autre à gauche, sous l'ombilic, tous deux correspondant très certainement à des collections enkystées du péritoine. Il n'y a guère d'ascite libre; le flot que nous percevons à la percussion large, surtout du côté droit, est exagéré par le tremblement de la paroi très œdématiée.

L'examen du péritoine sera terminé, quand je vous aurai dit que le toucher rectal ne révèle qu'une distension générale du Douglas, sans masses solides distinctes.

Passons aux viscères. Le tube digestif d'abord. Il n'y a pas de vomissements. La diarrhée est toujours tenace, les selles sont sans caractère défini; elles ne contiennent ni sang ni glaires. L'appareil uro-génital est intact : les urines renferment de l'indican et des pigments, *pas d'albumine*. D'après l'examen pratiqué dans le service de médecine, le foie n'est pas hypertrophié; la rate a, par contre, une matité de quelques travers de doigt. Le cœur, excité, rapide, à tendances pendulaires, ne présente pas de signes de lésions endo-péricardiques expliquant les œdèmes. A l'auscultation, infiltration limitée des deux bases pulmonaires avec pleurite. L'amaigrissement et la cachexie de ce petit malade sont très prononcés. Sa température oscille entre 38° et 40°.

En présence de ces symptômes, je ne m'attarderai pas, Messieurs, à discuter longuement le diagnostic différentiel de l'affection de cet enfant. En réalité, l'anasarque seule, si par ailleurs les symptômes péritonéaux eussent été moins nets, aurait pu égarer notre examen. Cet œdème énorme, qui englobe les membres inférieurs, envahit la paroi abdominale et le thorax jusqu'à la pointe de l'omoplate, est à ce degré un symptôme rare dans la tuberculose péritonéale. Sans doute vous en observerez souvent un léger degré consécutivement aux grosses ascites. Vous rencontrerez aussi de l'œdème par phlegmatia chez les tuberculeux cachectiques; mais ici, tel n'est pas le cas : l'anasarque est primitivement en cause. Pourquoi? Très rapidement, nous avons éliminé le cœur, les reins et le foie comme causes possibles d'asystolie, et rattaché l'œdème à la péritonite bacillaire; mais par quel mécanisme? S'agit-il d'une dégénérescence amyloïde des reins, d'une thrombose cachectique bilatérale ou à bascule des veines des membres inférieurs, ou d'une compression directe des gros troncs veineux dans l'abdomen?

Nous nous sommes posé successivement ces trois questions. L'amyloïde du rein n'est pas plus en cause qu'une néphrite primitive, car les urines n'ont jamais renfermé traces d'albumine. L'hypothèse d'une thrombose cachectique à bascule est infirmée par la marche des symptômes, qui ont débuté des deux côtés à la fois. Il reste la compression des gros troncs veineux, veine cave inférieure ou veines iliaques, par des paquets d'adhérences ou des ganglions; le développement remarquable de la circulation supplémentaire en retour, veines épigastriques et mammaires internes, parle dans ce sens. Cette complication très rare de la tuberculose péritonéo-mésentérique est d'ailleurs signalée par M. Dieulafoy. M. Achard, dans les *Archives de physiologie* en 1884, a rapporté des cas de thrombose de la veine porte de même nature.

De même que l'anasarque, la fistule ombilicale que j'ai déjà mentionnée mérite également de retenir votre attention. Elle s'est faite spontanément, sans l'influence d'aucun traumatisme, sans aucune ponction chirurgicale. Elle donnait simplement issue jusqu'ici à un liquide clair, de l'ascite semblait-il, lorsque hier on a trouvé dans le pansement un ver intestinal, un ascaride lombricoïde encore engagé dans le trajet ombilical. C'était la signature de la fistule stercorale que je vous annonçais et qui est maintenant constituée. En effet, ces fistulisations abdominales, signalées d'abord par Grisolle et surtout fréquentes dans la forme ulcéro-caséeuse, lorsqu'elles ne sont pas intestinales dès le début, ne tardent pas à le devenir au bout de peu de temps.

Une telle complication est fort grave, car une fistule stercorale dans la péritonite bacillaire, sauf de très heureuses exceptions, conduit à la mort en quelques semaines.

En résumé, notre diagnostic chez ce garçon est celui de péritonite tuberculeuse ulcéro-caséeuse, avec une fistule, d'abord séreuse, puis pyo-stercorale, ouverte à l'ombilic; thrombose ou compression des gros troncs veineux de l'abdomen par des brides ou par des ganglions volumineux.

Le dernier malade dont il me reste à parler est atteint de la même forme de péritonite bacillaire que le précédent; je me contenterai de résumer son histoire à grands traits. Vous voyez que des adénites cervicales lui couturent le cou en jugulaire. Lui aussi présentait de la diarrhée depuis deux mois, c'est-à-dire depuis le début apparent de sa maladie.

Mais ici les lésions anatomiques paraissaient à peu près limitées à l'intestin et au péritoine.

La palpation et la percussion de l'abdomen donnaient la sensation de damier avec des collections enkystées, entre des masses plus solides et plus sonores. Au bout de quelques jours de repos et de traitement symptomatique, la fièvre assez élevée à l'entrée s'était beaucoup atténuée. La diarrhée avait cessé. Les lésions pulmonaires étaient discrètes. Ces constatations, en même temps que l'absence de tout œdème, l'absence d'albumine dans les urines, nous poussèrent à intervenir, d'autant que des douleurs vives péri-ombilicales, qui avaient résisté à toutes les applications calmantes, nous forcèrent encore la main.

Je fis la laparotomie, il y a huit jours. Après avoir traversé un tissu cellulaire sous-péritonéal œdématié, je tombai dans un foyer caséeux, enkysté au milieu d'anses grêles, et renfermant, *avec des gaz*, du liquide louche d'odeur fécaloïde, sans matières intestinales cependant. Le même liquide, mêlé de gaz, remplissait une autre cavité plus profonde, que j'ouvris par le décollement d'autres anses. L'inspection soigneuse du foyer ne m'ayant pas montré de perforation accessible de l'intestin, je me contentai de déterger avec des tampons les deux cavités ainsi ouvertes, et je refermai la paroi abdominale à trois plans de sutures.

Voilà une conduite qui vous semblera sans doute bien hasardeuse, et en désaccord avec la notion classique du drainage obligatoire des collections péritonéales suppurées. Mais, en matière de tuberculose, cette règle souffre des exceptions : on ne doit jamais, de gaîté de cœur, transformer une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte. Il y a trois ans, à la salle St-Pierre, puis plus récemment à la Charité, j'avais guéri par une simple laparotomie, avec asséchement au tampon et saupoudrage à l'iodoforme, deux cas de péritonite tuberculeuse sous-ombilicale enkystée et suppurée; la paroi avait été fermée à trois plans sans drainage. Par contre, il y a quatre ans, j'ai rapporté à la Société de Chirurgie de Lyon, l'histoire d'une péritonite tuberculeuse suppurée avec gaz, *sans perforation intestinale perceptible pendant la vie ni à l'autopsie* et qui, deux mois après une laparotomie suivie de drainage abdomino-vaginal, avait succombé à une poussée de tuberculose pulmonaire aiguë. Sans vouloir tirer de ces trois faits particuliers des conclusions trop générales, nous pouvons dire : 1° que la tuberculose caséeuse suppurée du péritoine n'exige pas, au même titre que les autres péritonites suppurées, de drainage après la laparotomie, ce qu'admettent d'ailleurs la plupart des chirurgiens; et 2° que la présence de gaz dans un péritoine infecté ne témoigne pas fatalement d'une perforation intestinale. Pourtant, chez notre dernier petit malade, le résultat ne fut pas complètement heureux. Les douleurs cédèrent bien de suite après l'opération. La température demeura stationnaire entre 37°5 et 38°5; mais, quand nous fîmes son pansement, sept jours après, les lèvres de la plaie étaient désunies, et des gaz filtraient à travers la paroi; une fistule pyo-stercorale était en voie de formation.

Cet incident nous amène à envisager brièvement les indications du traitement qui se discutent en pareil cas. Etait-ce là une des formes de péritonite tuberculeuse auxquelles convient la laparotomie ? Après l'enthousiasme que causèrent les premiers résultats obtenus par l'intervention sanglante, vous savez qu'on est un peu revenu sur la formule radicale d'il y a vingt ans : toute péritonite tuberculeuse commande la laparotomie. Des statistiques nombreuses, dont les plus importantes ont été réunies par M. Legueu dans la *Semaine médicale* de 1894, ont montré : 1° que certaines péritonites tuberculeuses peuvent guérir sans la laparotomie; 2° que nombre de péritonites tuberculeuses meurent malgré la laparotomie.

Nous ne nous attarderons pas au traitement, si décevant, de la tuberculose miliaire aiguë, dont la généralisation à la plupart des séreuses, reste au-dessus des ressources de notre art.

Des trois formes anatomiques de la tuberculose du péritoine subaiguë ou chronique, la forme ascitique, la forme ulcéro-caséeuse et la forme fibreuse sèche, aucune ne se prête à une indication absolue. En effet, la forme ascitique chez l'enfant dans la classe aisée, rétrocède dans un assez grand nombre de cas, simplement par le traitement général et par la vie au grand air. Certains médecins prétendent même que l'*ascite essentielle des jeunes filles* qui, vous le savez, répond à cette forme, ne commande pas l'intervention du chirurgien avant l'essai, pendant quelques semaines, de ce traitement général. Ces médecins ajoutent que, pour la péritonite fibreuse sèche, qui correspond à un processus de guérison, il n'y a pas lieu d'entraver, par une intervention intempestive, l'action réparatrice de la bonne nature. Bien plus, pour la forme ulcéro-caséeuse elle-même, on a noté des rétrocessions spontanées; et M. Dieulafoy cite, dans ses cliniques, un officier de cavalerie atteint de péritonite chronique tuberculeuse avec abcès et fistule pyostercorale, qui aurait complètement guéri.

Ces assertions émanent de cliniciens trop éminents pour que nous en discutions la justesse. Mais, comme pour toutes les manifestations de la tuberculose, ces guérisons quasi-spontanées nécessitent du temps, des loisirs et des rentes. Ce n'est malheureusement pas le cas de la majorité des malades que vous aurez à traiter; vous savez, en effet, que la tuberculose est trop souvent compagne de la misère. Voici donc ce que vous pouvez retenir à ce sujet.

La laparotomie dans la forme ascitique réunit le maximum de chances de succès. Sur 170 cas, MM. Pic et Legueu rapportent 134 guérisons, dont 88 maintenues après un an. (Sur ce total, 40 laparotomies chez l'enfant avaient donné 35 guérisons). Dans les mêmes statistiques, la forme fibro-caséeuse avait fourni seulement 13 guérisons pour 22 opérés, dont quelques-uns avaient attendu plusieurs mois l'occlusion d'une fistule consécutive à l'intervention.

Donc, lorsque vous aurez à traiter des formes ascitiques chez des sujets peu fortunés, pour qui le temps est de l'argent, lorsque vous aurez à choisir pour ces formes entre la guérison chirurgicale à peu près assurée en moins d'un mois, et la guérison médicale, aléatoire et beaucoup plus longue, ne vous attardez pas aux applications de collodion ou de pointes de feu sur la paroi abdominale. Rejetez les ponctions avec ou sans injection modificatrice, plus dangereuses dans leur apparente simplicité que l'intervention sanglante, et proposez la laparotomie.

Dans la forme ulcéro-caséeuse confirmée, ou quand le diagnostic vous semblera hésitant entre cette forme et la forme ascitique enkystée, si l'état général du sujet n'est pas trop mauvais, si des lésions du poumon ne priment pas celles du péritoine, vous aurez également, dans la laparotomie, une ressource souvent précieuse, à condition : 1° d'éviter avec soin tout traumatisme des anses intestinales agglutinées par des adhérences ou des tubercules, et, 2° de chercher autant que possible à fermer complètement le ventre après l'opération. Sans doute, on a pu préconiser le drainage par la

voie vaginale, de certaines ascites tuberculeuses pelviennes : M. Jaboulay vous en a montré ici-même d'heureux exemples qui ont été réunis dans la thèse de son élève Baud. Mais quand il s'agit de tuberculoses entéro-péritonéales à tendances ulcéreuses, la voie abdominale s'impose, si l'on ne veut pas risquer la blessure de l'intestin. Et, par cette voie, le drainage, si on y est malheureusement forcé, donne presque fatalement une fistule dont l'orifice cutané peut se tuberculiser lui-même. Trop souvent cette fistule devient pyostercorale et lorsqu'elle siège sur l'intestin grêle, comme c'est la regle, la situation du malade est compromise à brève échéance.

De même que dans la forme ulcéro-caséeuse, dans la forme fibreuse, la laparotomie doit se borner aux manipulations les plus sobres et les plus prudentes de l'intestin, au décollement le plus facile des adhérences, suivi de la suture de la paroi : à moins, toutefois, que l'on intervienne pour des accidents d'occlusion, qui comportent des indications tout à fait différentes, sur lesquelles je ne veux pas insister ici.

Sans doute, ce sont là des opérations incomplètes. Mais en matière de tuberculose du péritoine, les sujets de surprises restent nombreux et tous les mystères ne sont pas encore éclaircis. En effet, si la laparotomie guérit cette affection, personne n'est encore aujourd'hui capable de dire par quel processus les lésions se réparent. Il doit y avoir après l'opération, du fait de l'évacuation de l'ascite, ou par l'exposition du péritoine à l'air, ou par les irritations mécaniques de la séreuse, production de substances antitoxiques. Ce travail réactionnel se manifeste souvent, pendant une semaine, par une élévation de température qui ne devra pas vous surprendre, ni vous faire croire d'abord à des complications septiques. Souvent aussi un peu d'ascite réapparaîtra Cette fièvre cède à l'emploi de la *cryogénine*, qui constitue, vous le savez, le réactif par excellence et le médicament spécifique de l'hyperthermie d'origine bacillaire.

Au bout de combien de temps les granulations sont-elles résorbées? La durée de cette période de réparation varie avec chaque forme et, on peut dire, avec chaque malade. En tout cas il est fréquent, si l'on est appelé à ouvrir le péritoine quatre ou cinq mois après une laparotomie pour tuberculose de la séreuse, de le trouver revenu à l'état normal.

FAITS CLINIQUES

Zona et affections banales de l'appareil digestif

Par M. Emile Rouyer
Médecin-major de 2e classe.

Au cours de la dernière année, nous avons eu à observer quelques cas de zona dont la corrélation avec des affections banales du tube digestif mérite d'être signalée. Voici les observations résumées :

Obs. I. — Cette observation a déjà paru dans le *Bulletin medical* (1). Il s'agit du soldat P... qui, atteint d'angine du 12 au 15 décembre 1902, se présente à la visite le 30 décembre suivant avec un zona de toute la moitié gauche du cou. L'éruption s'accompagna, pendant quelques jours, d'une glycosurie légère qui n'a laissé aucune trace. Il persista, toutefois, une susceptibilité particulière du système nerveux, car, au mois d'avril suivant, une simple piqûre d'épine dans la peau de l'éminence thénar provoqua des troubles névritiques dans l'avant-bras droit, troubles qui disparurent seulement à la fin du mois d'août.

Actuellement P... ne se ressent nullement de ces accidents et la sensibilité cutanée de la région cervicale est normale.

Obs. II. — V..., jeune soldat, est atteint d'angine simple le 5 avril et reste à l'infirmerie jusqu'au 11. Il revient le 20 avril, porteur d'une éruption zostérienne très discrète, mais très douloureuse et localisée à la région hyoïdienne. Les vésicules forment un petit îlot des dimensions d'une pièce de un franc, qui ne gagne pas en surface les jours suivants, mais s'accompagne, pendant quarante-huit heures, d'une fièvre légère : 38° à 38°2. Le 28 avril, guérison complète.

Obs. III. — Pi..., incorporé en novembre 1903, est signalé comme lymphatique et nerveux. Avant d'être au régiment, il exerçait la profession de tailleur. A la fin de novembre, il fait un premier séjour à l'infirmerie pour une angine simple avec dépôts pultacés. Quelques semaines plus tard, le 20 décembre, il revient nous trouver porteur d'un zona thoracique du quatrième espace intercostal droit, à son extrémité antérieure. Ce zona est particulièrement douloureux et se trouve bien de l'administration quotidienne d'un gramme de quinine pendant trois jours. Il y eut, d'ailleurs, pendant le même laps de temps, une température vespérale de 38 à 38°2 et des traces d'albumine dans les urines. Chez ce malade il persiste encore actuellement une hyperesthésie très marquée de la région atteinte par le zona.

Obs. IV. — Au cours des grandes manœuvres de 1902, le réserviste G... vient nous trouver le 9 septembre demandant à être exempté de sac. Il est porteur d'un zona qui, partant en arrière et à droite de la neuvième vertèbre dorsale, s'irradie sur la face antérieure de l'abdomen et jusqu'à la ligne blanche en deux traînées de vésicules confluentes et douloureuses répondant ainsi au type récemment décrit par P. Fabre (de Commentry) sous le nom de zona bifurqué (1). En somme, l'éruption zostérienne suit en totalité le trajet de la neuvième branche dorsale et en partie celui de la dixième.

Ce zona est très douloureux et s'accompagne d'une fièvre légère ; 38° le soir.

Nous ne pouvons en suivre l'évolution, car nous évacuons de suite le malade sur l'infirmerie de la garnison. Mais nous tenons de G... lui-même que trois jours avant qu'il se fût atteint d'herpès zoster, il avait eu une diarrhée abondante pour laquelle il n'avait réclamé aucun traitement, parce qu'il l'attribuait à un changement de régime alimentaire.

Obs. V. — P..., caporal, sujet très vigoureux mais très nerveux, se livrant presque avec excès à tous les exercices sportifs, et en particulier au foot-ball, et ayant présenté parfois des palpitations sous l'influence de la fatigue. Le 20 décembre 1903, c'est-à-dire le même jour que le malade de l'observation III, il vient à la visite avec un zona thoracique occupant le cinquième espace intercostal droit, à la face antéro externe de la poitrine. Il se plaint en même temps de perte de l'appétit et de céphalée : langue blanche, saburrale, haleine fétide, pas de diarrhée, pas de fièvre. Mis à l'infirmerie, il demeure sans fièvre les 21 et 22 décembre ; le 23 au matin, il a 38°, et l'embarras gastrique a augmenté. Nous administrons un purgatif salin (30 gr. de sulfate de magnésie). Dès le lendemain, l'appétit est revenu, mais le zona persiste, et c'est seulement au sixième jour qu'il commence à se dessécher. Le 30 décembre, P... quitte l'infirmerie complétement guéri, et depuis cette date il a fait régulièrement son service.

Ces cinq cas de zona offrent donc tous cette particularité d'avoir suivi ou accompagné des infections légéres du tube digestif ; trois fois l'angine avait précédé l'éruption ; une fois c'était la diarrhée et dans un cas le zoster avait été concomitant d'un embarras gastrique sans fièvre. Notre série nous rappelle celle qu'a rapportée précédemment M. le médecin-major Dopter (2), dans la *Revue de médecine* et qui est faite de trois cas de zona, survenus deux fois après l'angine et une fois après l'embarras gastrique simple. Toutefois, dans le travail de notre camarade, l'intérêt résidait surtout en ce fait, que les trois malades étaient des hommes d'une même chambrée, qui furent atteints à quelques jours d'intervalles.

Cette question de l'épidémicité zostérienne mise à part, nous pouvons rapprocher ces différents faits les uns des autres, et la conclusion de Dopter convient également à nos observations, à savoir que « la forme essentielle du zona ne « semble plus devoir être envisagée « comme une entité morbide déterminée. « l'herpès zoster relèverait alors d'une « infection quelconque, dont il ne serait « qu'un symptôme ; toute idée de spécificité doit donc être écartée. Sa distinc« tion d'avec le zona symptomatique n'a « dès lors plus de raison d'être ; zoster et

(1) *Bulletin medical*, nº 57, 1903.

(1) P. Fabre (Commentry). — Des zonas multiples (*Progres méd.*, 1903, nº 43).

(2) Ch. Dopter. — Sur une épidémie de zona (*Revue de médecine* nº 5, 1901).

« zostéroïde sont deux termes qui doi « vent se confondre. » (Dopter, loc. cit.) C'est également l'opinion exprimée par Brissaud, pour qui tout zona peut survenir à la suite d'une infection quelconque, dont il est une simple manifestation.

Nous trouvons, dans nos cinq cas, la confirmation de cette manière de voir. A ce titre, ils présentaient quelque intérêt.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le respect des morts

La lutte pour la vie est devenue si âpre dans le monde médical que la mort ne suffit plus pour éteindre les haines ou les jalousies; et les articles nécrologiques ne sont trop souvent que prétexte à éreintement du confrère, que l'on ne laisse même pas dormir en paix son dernier sommeil.

Jamais, il nous semble, cet état d'âme ne s'est plus affirmé qu'à l'occasion de la mort de Gilles de la Tourette. Il y a cependant un foyer frappé depuis longtemps où pleurent une veuve et des orphelins, dont la douleur réclame pour le moins le silence sur la tombe qui vient de se fermer.

Ce respect dû aux morts, M. Motet, l'homme foncièrement bon, que sa souffrance n'a point rendu insensible à celle des autres, l'a réclamé à la Société de médecine légale en termes qui méritent d'être reproduits. Les voici :

« Mourir chargé d'années quand la vie a été bien remplie, c'est la loi naturelle; mourir jeune encore, à l'heure où toutes les promesses n'ont pas été tenues, par un arrêt fatal de l'activité laborieuse, c'est laisser après soi, dans l'esprit et dans le cœur des contemporains, et surtout des collègues, des amis, le sentiment douloureux d'une perte prématurée pour eux, les regrets profonds de la fin trop brusque d'une vie d'efforts, de labeurs opiniâtres.

« C'est de cette existence que je dois vous résumer brièvement les phases :

. . . .

« Cette rapide énumération suffit à donner la mesure de l'activité laborieuse de Gilles de la Tourette; activité qui n'allait pas, peut-être, sans amener le surmenage. Il est certain qu'il y eut un moment, dans la vie de notre collègue regretté, où il ne sut pas s'arrêter, où, présumant trop de ses forces, il les usa. Mais il avait à peine trente-cinq ans, le succès avait couronné ses efforts, il crut qu'il pouvait tout mener de front et, comme ses succès avaient éveillé les jalousies, l'envie, on a dit de lui qu'il était un ambitieux.

« Je ne crois pas qu'on ait le droit de reprocher à un homme laborieux les efforts qu'il fait pour arriver plus haut, plus loin, quand il obtient par les concours, par les moyens honnêtes, des situations d'un accès difficile et qui donnent à celui qui les a conquises une place d'élite.

« La critique eut dû désarmer en face de la terrible catastrophe dans laquelle l'intelligence de Gilles de la Tourette a sombré. Il me semble qu'il n'y avait place que pour la pitié devant de lamentables exagérations délirantes. Quand on savait quel était l'avenir sombre réservé à ce jeune savant, devait-on oublier quelle avait pu être la cause des troubles de l'intelligence. Les premiers ont suivi de près un traumatisme cérébral.

« Gilles de la Tourette avait reçu, dans son cabinet, un coup de revolver à la région occipitale, tiré par une aliénée. La blessure n'avait pas paru très grave, la balle n'avait pas pénétré. Mais qui sait s'il n'y eut pas, dès ce jour, des lésions légères qui se sont insidieusement étendues? si l'envahissement du réseau, si riche, des vaisseaux de la pie-mère, n'a pas déterminé l'excitation intellectuelle dont on constatait tristement, chaque jour, les progrès? Il fallut enfin l'éloigner du milieu où se produisaient des paroles et des actes compromettants. Et ce fut, pour les siens et pour nous, une épreuve cruelle que cette séparation, nécessaire, cet exil, qui durent être maintenus jusqu'à la fin.

Nous, mes chers collègues, nous avons pour ces grandes infortunes un respect profond et, reprenant pour notre compte le mot de Sénèque, le philosophe, « *Est res sacra miser.* » Nous nous inclinons, sincèrement émus, devant la douleur des siens. »

Nous ne doutons pas que nos lecteurs n'apprécient, comme elle le mérite, cette délicate leçon de déontologie.

G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 juin

Modifications structurales des cellules nerveuses consécutives à l'administration de quelques substances toxiques

M. Ch. Moure. — Des expériences auxquelles je me suis livré sur le cobaye et le lapin avec l'eucaïne, l'alcool, le curare, le chloroforme, la morphine, l'antipyrine, ressortent les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas de corrélation entre le genre des symptômes provoqués par l'empoisonnement et la nature des lésions cellulaires : en particulier, que la mort survienne au milieu de convulsions ou de phénomènes dyspnéiques, les altérations des éléments nerveux ne présentent pas de différences tranchées.

2° Ainsi que Camia l'a établi, les lésions cellulaires ne sont pas spécifiques pour un toxique déterminé. J'ai prouvé, en outre, que pour une même substance chimique, elles peuvent, dans certains cas, affecter des types d'altération profondément différents, suivant la dose administrée, la durée de la survie, et le degré de résistance individuelle.

3° La gravité des altérations structurales n'est pas non plus en rapport direct avec la durée de la survie.

4° Des convulsions, même très accusées, ne suffisent pas pour provoquer constamment des modifications des corpuscules de Nissl.

5° La réaction de la cellule nerveuse n'est pas toujours immédiate. Peut-être une certaine quantité de substance toxique est-elle fixée par d'autres tissus que le tissu nerveux qui n'est que peu attaqué au début de l'empoisonnement. D'autre part, la technique histologique mise en œuvre demeure peut-être impuissante à révéler les lésions initiales.

Liquide céphalo rachidien des génisses vaccinifères

M. J. Rouget. — Chez dix génisses vaccinifères, j'ai pratiqué la ponction lombaire, d'une part avant l'inoculation, et d'autre part au cinquième jour de l'évolution vaccinale, c'est-à-dire au moment de la récolte. L'étude du liquide céphalo-rachidien recueilli a donné lieu aux constatations suivantes.

Chez les génisses vaccinées, le liquide s'écoule ordinairement en jet, parfois avec une projection puissante accusant une hypertension considérable, mais quelquefois aussi il s'écoule goutte à goutte, en bavant, comme chez les génisses neuves.

Limpide, semblable à l'eau de roche de réaction faiblement alcaline, le liquide céphalo-rachidien s'est constamment montré stérile dans les milieux de culture usuels, même ensemencés à hautes doses.

Traité par la chaleur après acidification, et par l'acide nitrique, il donne ordinairement, chez les génisses inoculées, un léger trouble, soit par les deux procédés, soit avec l'une ou l'autre seulement de ces manipulations. Mais la réaction n'est pas constante. De plus, on peut, parfois aussi, l'obtenir avec le liquide des génisses non inoculées.

Cette particularité laissait à penser que la réaction albumineuse pouvait être sous la dépendance d'une minime quantité de sang mélangée au liquide céphalo-rachidien.

L'examen microscopique ne confirme pas cette hypothèse; en sorte que la présence de traces d'albumine paraît être indépendante de la nature des éléments figurés (hématies, leucocytes) existant dans le liquide.

La constatation la plus importante est fournie par l'examen cytologique. Toujours négatif chez les génisses non inoculées, il a constamment montré une lymphocytose des plus nettes chez les vaccinifères, au cinquième jour de l'évolution vaccinale.

Cette lymphocytose paraît être transitoire. En effet, chez deux génisses conservées à l'étable après récolte, sans aucune protection du champ opératoire, une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le

septième jour, a montré une diminution du nombre des lymphocytes et une certaine proportion de polynucléaires.

La constance de cette lymphocytose permet donc de conclure que la vaccination provoque, chez les génisses, une réaction méningée évidente. Cette réaction méningée est absolument latente : aucun symptôme cliniquement appréciable ne permet d'en soupçonner l'existence.

En est-il de même chez l'enfant et chez l'adulte? C'est ce qu'il serait intéressant de rechercher. On est en droit de le supposer, puisque au cours de diverses maladies infectieuses, même d'allure bénigne, telles que les oreillons par exemple, on a constaté une lymphocytose passagère des plus manifestes.

Aucun trouble, quelque léger qu'il soit, n'a été observé chez les vaccinifères après ces différentes rachicentèses.

Effets physiologiques du suc pancréatique naturel en injection intra-veineuse. Action sur la circulation et la respiration

M. J. Lesage. — De nos expériences nous nous croyons autorisé à conclure que le suc pancréatique du chien, injecté dans les veines du même animal, détermine une chute très remarquable de la pression sanguine, accompagnée d'une accélération notable du pouls, d'un ralentissement des mouvements respiratoires avec augmentation de leur amplitude. Ces effets sont de courte durée et se reproduisent sans accoutumance.

Les éliminations urinaires sous l'influence du chlorure de sodium chez les animaux en état d'inanition

MM. H. Claude et Villaret. — Nous avons fait ces expériences chez des animaux en état de jeûne absolu ou relatif, chez qui les éliminations étaient tombées notablement au-dessous de la moyenne. L'injection de NaCl, dans les conditions indiquées, a déterminé une augmentation notable de l'amaigrissement et a surtout augmenté les éliminations, qui sont devenues supérieures à celles qui ont été notées pendant la période d'alimentation normale. Ces éliminations exagérées d'eau et de substances en dissolution ont entraîné dans un cas la mort de l'animal, probablement par spoliation trop active d'eau de l'organisme, tandis que le témoin qui avait reçu une injection d'eau simple supportait le jeûne sans accident, en présentant des éliminations peu audessus de la normale. Par conséquent, des doses massives de NaCl en solution hypertonique entraînent, même chez un organisme dont les éliminations sont aussi réduites que possible, une augmentation considérable de ces éliminations, qui peuvent être assez fortes pour entraîner la mort de l'animal en état d'inanition. Chez l'animal dont la ration alimentaire est seulement diminuée, l'amaigrissement s'accentue et les éliminations sont également très exagérées.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juin.

Rapport entre l'intensité des réflexes et l'organisation nerveuse

(Note de MM. Ed. Toulouse et Cl. Vurpas, présentée par M. Bouchard).

Nous désirons exposer dans cette note quelques conditions générales auxquelles sont soumises diverses modalités des réflexes, étudiées comparativement chez le sujet adulte et sain, chez le malade et chez le nouveau-né.

Nous avons recherché chez le nouveau-né certains réflexes décrits en pathologie mais non encore étudiés chez lui.

Nous avons ainsi relevé l'existence du réflexe tendineux du poignet. A peine apparent chez le sujet adulte normal, il est bien manifeste chez le nouveau-né.

Nous avons étudié le phénomène du jambier antérieur (de Strümpell) et nous l'avons constaté. Lorsque l'on chatouille la paroi abdominale ou la racine de la cuisse d'un nouveau-né, on remarque un mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse. Si, dans ces conditions, on observe la position du pied, on voit qu'il est en adduction, que le bord interne est devenu supérieur, le bord externe inférieur, et que la plante du pied regarde en dedans.

Nous avons encore observé, chez le nouveau-né, le phénomène de l'abduction des orteils consécutivement à la piqûre ou à l'excitation mécanique de la plante du pied. Ces deux derniers signes sont généralement considérés, en pathologie, comme symptomatiques de lésions du faisceau pyramidal.

L'examen des téguments nous a montré un état de vaso-dilatation généralisée, surtout marqué les premières heures après l'accouchement.

Il est bon de rapprocher de nos observations le fait observé par Léri, de l'existence du réflexe plantaire de Babinski chez le nourrisson.

En résumé, chez le nouveau-né, les réflexes sont plus intenses que chez l'adulte, et certains mêmes n'existent que chez lui.

L'examen de certains malades atteints de diverses affections de la moelle et du cerveau, principalement des paralytiques généraux, montre que, chez eux, on constate dans l'état des réflexes les mêmes caractères que chez le nouveau-né. La réapparition de certains réflexes, surtout les réflexes fonctionnels (1), propres au jeune âge et n'existant plus chez l'adulte, a été notée par nous dans divers cas pathologiques.

Ainsi en est-il du réflexe buccal, que nous avons trouvé dans plusieurs désordres mentaux (surtout dans l'affaiblissement intellectuel), qui tous pouvaient être légitimement rattachés à des troubles dans le fonctionnement de l'écorce cérébrale. Chez une paralytique générale à la dernière période, nous avons même observé que, en introduisant l'extrémité du doigt entre les lèvres, nous déterminions de véritables mouvements de succion, tels qu'on les observe chez le nouveau-né.

D'autre part, les réflexes examinés chez l'homme adulte normal sont d'autant plus faibles que l'on remonte du membre inférieur à la face, c'est-à-dire, en somme, des muscles et des centres musculaires les plus fonctionnellement simples aux plus complexes.

Les mouvements du membre inférieur, demandant surtout de la force, mais, relativement, peu d'adresse, les réflexes tendineux persistent à leur niveau : ils ne sont presque plus apparents au membre supérieur, qui exige surtout de la précision et de l'habileté. Les réflexes, qui étaient devenus une gêne réelle pour la fonction, ont disparu.

Ces réflexes existent, au contraire, chez le nouveau-né et dans divers états pathologiques, soit que les lésions portent sur le cerveau ou tout le myélencéphale, soit que l'organisme ait été profondément altéré, comme dans les états d'épuisement nerveux. Il semble ainsi que, lorsque le système nerveux est frappé dans son fonctionnement, principalement lorsque les lésions portent sur le cortex et troublent son action, on observe une déchéance physiologique qui est une véritable régression vers un stade primitif, et un retour à un état plus simple ; les réflexes se comportent alors comme chez le nouveau-né.

Ces quelques données pourraient, croyons-nous, s'exprimer en deux propositions synthétiques, qui seraient deux lois nouvelles des réflexes et expliqueraient l'apparente disparition de certains réflexes chez l'homme au cours de l'évolution biologique. Normalement, ils seraient masqués par l'inhibition exercée sur eux par des centres supérieurs coordinateurs et régulateurs, et n'auraient pas l'intensité suffisante pour devenir apparents ; mais ils n'en existeraient pas moins à l'état latent, et seraient toujours prêts à apparaître lorsque la synthèse est troublée, ainsi qu'il arrive dans les lésions graves du système nerveux, et particulièrement de l'encéphale.

I. *Loi de l'intensité.* — L'intensité des réflexes est en rapport inverse avec la complexité fonctionnelle du système nerveux.

II. *Loi de régression.* — Lorsque le système nerveux de l'adulte est gravement altéré dans son fonctionnement, et que les lésions touchent l'encéphale, les réflexes tendent à prendre les caractères et les modalités physiologiques de ceux du nouveau-né.

(1) Nous appelons *réflexes fonctionnels* ceux qui constituent des actes plus nettement appropriés à un but défini (réflexe buccal).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 juin

L'œdème dur traumatique

M. Brouardel. — Le 19 mars 1902, un garde pénitencier, âgé de cinquante-trois ans, transférait des prisonniers de Paris à Saint-Pol, dans un wagon cellulaire, lorsque, en gare d'Arras, il fut projeté à l'autre extrémité du wagon par suite d'un tamponnement. A la suite, épistaxis assez abondante, éraflure du bout du nez, légères éraflures des doigts et douleur dans le genou gauche. La région interne paraît sensible à la pression. Il n'y a ni ecchymose, ni gonflement. Le garde put continuer son voyage. Mais, le lendemain, il y avait gonflement du genou, et le malade fut renvoyé à Paris.

Il fut, dès lors, et jusqu'au 5 octobre 1903, soigné par son médecin pour arthrite sèche du genou gauche, avec œdème de la jambe du même côté. Pendant ce laps de temps, les médecins de la Compagnie du Nord constatèrent la persistance de l'œdème, et l'intégrité de l'articulation du genou à l'examen radioscopique.

C'est alors que M. Brouardel fut commis à examiner le malade, et, pour ce faire, il demanda qu'on lui adjoignît M. Raymond.

L'examen du membre inférieur gauche montre : 1° une atrophie assez notable du muscle triceps crural ; 2° un œdème considérable de la jambe gauche. Celui-ci commence un peu au-dessous de la ligne articulaire du genou, et s'étend jusqu'à l'extrémité du pied.

La peau est colorée, rougeâtre, en certains points il y a une hypertrophie des papilles de la peau, telle que celle qui accompagne parfois des œdèmes variqueux. Par la pression digitale, on détermine un enfoncement des tissus, qui conservent l'empreinte du doigt.

La piqûre avec une épingle, la transfixion de la peau par une d'elles ne provoquent ni écoulement de sang, ni douleur sentie ; la sensibilité sous tous ses modes est complètement abolie, cependant la piqûre provoque une contraction des pupilles ; cette piqûre a été perçue, mais à l'insu du malade ; le trouble de la sensibilité est donc subconscient. La perte de la sensibilité a une limite très nette, elle est, suivant l'expression classique, en forme de jambe de pantalon.

L'articulation du genou est absolument intacte, nous n'avons pas perçu de craquements. Les vaisseaux de la cuisse, du creux poplité, ne présentent aucune altération.

Le blessé peut se tenir debout, mais le gonflement du pied l'oblige à ne poser à terre, pour marcher, que l'extrémité des orteils. Lorsqu'il veut poser le talon, il est obligé de baisser le bassin du côté gauche et de fléchir le genou.

Santé générale bonne, tremblement éthylique des doigts.

Les faits analogues sont rares.

Leur type schématique est celui-ci : une personne subit un traumatisme, en général léger, une piqûre, une contusion. L'accident n'est pas immédiatement suivi de douleurs vives, mais un, deux jours après, il survient un œdème souvent considérable de la région. On l'a observé plus souvent à la main qu'au membre inférieur. Plusieurs médecins ou chirurgiens ont cru qu'il se développait un phlegmon, ils ont pratiqué des incisions qui n'ont pas donné issue à du pus ; quelquefois même on a pratiqué l'amputation du membre. L'œdème s'est reproduit au-dessus du lambeau.

Je répète que l'intensité de l'œdème, sa persistance, ne sont pas en rapport avec l'importance de la blessure ou de la contusion. Sa cause véritable se trouve dans la prédisposition du blessé, et Charcot l'avait appelé œdème hystérique. L'hystérie peut ne s'être manifestée antérieurement par aucun trouble que l'on puisse signaler, mais elle révèle sa présence par la marche de la maladie. Si, dans certains cas graves, il se forme des plaques de gangrène, après un temps plus ou moins prolongé, la guérison survient assez souvent et, parfois, ce qui justifie le nom d'hystérique donné par Charcot, la guérison est subite, en quelques jours, en quelques heures, après plusieurs mois, plusieurs années d'attente l'œdème disparaît.

Anatomiquement, cet œdème a pour cause une dilatation des petits vaisseaux par l'intermédiaire des vasomoteurs. La cause première est locale ; sans contusion il n'y aurait pas eu d'œdème, mais l'action est centrale, cérébro-médullaire, comme le montre la persistance de l'œdème, même après amputation, au-dessus de la ligne de section.

L'avenir du blessé, au point de vue des conséquences de l'accident, est difficile à prévoir. Il y a bientôt deux ans que l'accident qui a provoqué cet œdème a eu lieu (19 mars 1902). Le blessé est resté deux mois complètement couché, depuis lors, il peut se tenir debout, faire quelques pas dans sa chambre, mais tout travail nécessitant la station verticale est impossible.

Il peut se produire des plaques de gangrène de la peau, peut-être un sphacèle même plus profond.

D'autre part, et parfois une nouvelle heureuse a semblé en être la cause, la guérison se fait en quelques jours, en quelques heures.

Actuellement nous ne connaissons aucun moyen de prévoir laquelle de ces hypothèses se réalisera.

Ces faits peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et de pronostic.

L'expert peut, tout d'abord, croire à une simulation. L'œdème occupe, en général, le fragment inférieur d'un membre, la main, la jambe. L'expert peut penser qu'une ligature un peu serrée placée autour de ce membre explique cet œdème. Les caractères de ce gonflement permettront de porter le diagnostic.

Un chirurgien, cela s'est vu, a pu croire à l'existence d'un phlegmon, ouvrir la tuméfaction, parfois même pratiquer une amputation.

Enfin, dans les expertises provoquées par les accidents du travail, l'expert, en présence du peu de gravité de la contusion initiale, peut conclure à une guérison rapide qui, malheureusement, ne se réalise pas dans un grand nombre de cas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin

Traitement des tumeurs de l'estomac par la radiothérapie

MM. Doumer et Lemoine (Lille). — Le nombre des cas de tumeurs de l'estomac que nous avons traitées par la radiothérapie depuis le début de nos recherches est d'une vingtaine. Sur ce nombre nous en avons guéri trois d'une façon complète et définitive, croyons-nous. Un quatrième malade est en voie de guérison et un cinquième, dont l'amélioration avait été extraordinairement rapide et dont la tumeur avait disparu complètement, eut une rechute que nous n'avons malheureusement pas pu soigner. Les autres malades ont vu leur tumeur suivre une marche variable selon les cas.

Dans les cas où nous avons échoué, les malades sont morts, et on ignore même si le traitement a prolongé leur existence.

Chez tous ces malades, sans exception, la radiothérapie a fait disparaître ou a beaucoup diminué le symptôme douleur, et cela dès les premières applications. Les vomissements ont cessé ou ont été toujours fort espacés, et, par suite, l'alimentation s'est mieux faite. Sans aucun doute, il se produisit là une amélioration de l'état général, et des manifesfations locales fort profitables aux malades, dont les illusions étaient entretenues et les souffrances diminuées.

Toujours aussi nous avons vu la tumeur stomacale diminuer, et même, dans certains cas, disparaître. Mais, dans ces cas malheureux, si elle disparaissait à son siège initial, elle se reproduisait toujours dans le voisinage ou dans les organes voisins, foie, pancréas, épiploon ou poumons. Comme le traitement ne paraît exercer d'action que sur les tumeurs situées assez superficiellement, il n'agissait plus dès que les localisations devenaient plus profondes, et, après une période de rémission due certainement à la radiothérapie, les accidents dus à la généralisation du néoplasme s'aggravaient et menaient rapidement à la mort.

Il y a donc des formes de tumeurs de l'estomac où le traitement agit et amène une guérison complète se maintenant au

bout d'un an et demi chez plusieurs malades, et d'autres formes où il n'agit que d'une façon incomplète, détruisant la tumeur sur place et n'empêchant pas son extension dans le voisinage, ou sa généralisation au loin.

Valeur de la division endo-vésicale des urines au point de vue du diagnostic de l'état anatomique et fonctionnel du rein

MM. Th. Tuffier et A. Mauté. — Les renseignements obtenus par la division ne doivent être considérés que comme des renseignements *comparatifs* qui ne nous donnent que l'état d'un des reins *en fonction* de celui de son congénère, et ne nous renseignent en aucune façon sur sa valeur réelle. Ce n'est donc que lorsque nous sommes fixés sur la fonction rénale globale, étudiée plusieurs jours de suite à l'aide des urines de vingt-quatre heures, que nous pouvons demander à l'examen des urines séparées, dans *quelles proportions y prennent part chacun des deux reins.*

Cette étude comparative doit être faite au point de vue de l'état fonctionnel (analyse physico-chimique) et de l'état anatomique (examen histo-bactériologique).

Pour que la division puisse nous donner des renseignements utiles sur l'état fonctionnel du rein, il est nécessaire qu'elle soit pratiquée pendant une demi-heure au moins, que la moindre quantité d'urine obtenue soit de 10 cc et enfin qu'il soit fait, des produits séparés, une analyse rationnelle et méthodique.

Le fait que le travail fonctionnel est notablement diminué d'un côté, n'équivaut nullement au diagnostic de lésion rénale de ce côté, et la division vésicale ne peut permettre la localisation d'une tumeur abdominale à siège incertain et résoudre la question si souvent posée par le chirurgien : foie ou rein, rate ou rein. Car il suffit d'une simple gêne dans la circulation rénale, même très peu marquée, même passagère et intermittente, pour produire dans la sécrétion urinaire des modifications importantes pouvant aller jusqu'à l'albuminurie.

Les constatations fournies par la division sur l'état anatomique du rein sont, en général, d'interprétation plus facile; toutefois, pour ne pas commettre d'erreur, il faut bien savoir que le sédiment normal d'une urine divisée est abondant en éléments figurés (cellules épithéliales de la vessie, globules rouges, leucocytes dans la proportion des globules blancs du sang), et qu'une tumeur pararénale peut se manifester par la présence dans l'urine du côté correspondant, de cylindres muqueux et même hyalins.

Quant aux recherches bactériologiques, elles sont, dans la plupart des cas, incompatibles avec la division.

Traitement local direct, intensif, en thérapeutique interne, par l'injection rachidienne de caféine, de pilocarpine, d'atropine sous l'arachnoïde lombaire

M. L. Glover (Paris). — Dans les cas graves d'insuffisance ou d'arrêt de fonctionnement des émonctoires (du rein), dans la période asystolique des affections cardio-vasculaires avec œdème généralisé, dans les troubles graves des sécrétions (diarrhée avec collapsus), dans l'hypertension ou l'hypotension artérielle et quand il y a lieu de produire une action anti-spasmodique, etc., il semble que, d'après l'expérimentation et les essais thérapeutiques, lorsque la série des moyens usuels a été épuisée ou ne donne plus de résultats suffisants, il resterait à recourir encore à un traitement local direct, intensif, basé sur l'injection aseptique sous l'arachnoïde lombaire, de solutions concentrées d'alcaloïde non toxiques du système nerveux et d'action plus généralisée que la cocaïne.

Chez l'homme, dans un cas de dystrophie cardiaque et rénale, avec œdème généralisé, périodes d'anurie, asystolie, ascite, délire urémique, l'injection sous l'arachnoïde lombaire de 0,25 centimét. cube de caféine d'abord et ensuite de deux fois 0,10 centimét. cube à trois jours d'intervalle, a rétabli progressivement la fonction rénale, a augmenté la tension artérielle et a facilité l'action, nulle auparavant, de ce même alcaloïde pris dans la suite durant quelque temps avec résultat par voie gastro-intestinale.

La série des diurétiques (digitaline, théobromine, scille, etc.) et drastiques, sous toutes formes, n'avait donné, depuis deux mois, chez le malade, que des résultats insuffisants d'abord et nuls ensuite. Au moment où les premières rachi-injections de caféine furent pratiquées, le malade avait eu, en effet, des périodes d'anurie de plusieurs heures, malgré tout traitement.

Ces rachi-injections doivent être faites sous le volume de 1,3, de 1,2 ou de 1 centimètre cube avec le moins d'excipient possible.

Il sera toujours indispensable, en outre, de recourir à des solutions récemment préparées, ayant autant que possible les caractères physiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien, répondant à toutes les exigences de l'isotonie et présentant une réaction à peu près neutre ou légèrement alcaline.

COMMUNICATIONS DIVERSES NON ENTENDUES

M. Yvon. — Des médicaments héroïques.

M. Chauvel. — Rapport sur le travail lu par M. Lagrange dans la précédente séance.

M. Marchais. — Traitement des varices par la marche.

M. Hucbard, au nom de **M. Clément**, de Lyon. — Action de l'acide formique sur le système musculaire.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Du choix d'une préparation alcaline pour hyperchlorhydriques

Beaucoup a été dit sur l'alcalinothérapie de l'hyperchlorhydrie gastrique, et, malgré certaines divergences d'opinion ne portant, d'ailleurs, que sur des points d'importance secondaire, il paraît bien établi actuellement que cette médication, plus que toute autre, réalise les desiderata du traitement symptomatique de l'hyperacidité stomacale, c'est-à-dire des douleurs gastriques qu'elle détermine. Ceci posé, reste la question du choix du composé alcalin, question éminemment pratique et que chaque clinicien résout à sa façon.

Voici quelles sont à ce sujet les vues d'un des maîtres les plus autorisés de la pathologie du tube digestif, de **M. J. Boas**, de Berlin, qui vient de publier, dans le fascicule de mai de la *Terapia*, revue éditée à Saint-Pétersbourg, sous la direction du Dr A. Lozinsky, un article original consacré au traitement de l'hyperacidité gastrique.

Étant donné que le bicarbonate de soude présente l'inconvénient bien connu de dilater (et d'irriter à la longue) l'estomac par le gaz acide carbonique qu'il dégage, il y a lieu d'employer chez les hyperchlorhydriques, des composés alcalins ne provoquant pas de dégagement carbogazeux ou ne donnant naissance à ce gaz que dans l'intestin. Aussi M. Boas a-t-il, depuis quelques années, adopté pour règle de prescrire à ses malades du citrate de soude. D'une action un peu moins énergique que le bicarbonate sodique, il présente sur ce dernier le grand avantage d'être dépourvu de tout inconvénient.

Lorsque, comme le fait se produit souvent, l'hyperchlorhydrie est accompagnée de constipation habituelle, l'auteur administre volontiers la magnésie calcinée soit seule, soit en combinaison avec le citrate de soude. Une préparation dont il se sert souvent en cette occurrence est le phosphate ammoniaco-magnésien qui agit en même temps comme laxatif et comme anti acide.

S'il existe, au contraire, de la tendance à la diarrhée, il faut donner du carbonate ou du phosphate de chaux, par pincées ou par cuillerées à café. On peut y adjoindre, au besoin, du sous-nitrate de bismuth.

D'une façon générale, ces alcalins doivent être administrés non pas immédiatement après ingestion de nourriture, mais en pleine période de digestion, soit deux à trois heures après chaque repas.

Influence favorable exercée par la réduction des aliments gras sur l'acétonurie diabétique

L'opinion d'après laquelle l'acétonurie des diabétiques est due à une décomposition des albumines fut ébranlée, dans

ces dernières années, par une série de recherches (Gelmuyden, Waldvogel et autres) ayant montré que l'acétone, l'acide di acétique et l'acide β-oxybutirique de l'urine proviennent des substances grasses alimentaires, surtout du beurre. Il ne s'en suit nullement que le régime gras soit à abandonner dans le diabète où son utilité est un fait confirmé par l'expérience clinique, mais il en découle cette conclusion, sur laquelle L. Schwarz a tout particulièrement insisté, à savoir que la quantité des graisses alimentaires doit être, dans chaque cas de diabète, proportionnée à la tolérance de l'organisme et qu'il faut la réduire dès qu'apparaît l'acétonurie.

M. A. Pollatschek (*Zeits. f. diät. u. physik. Therapie*, juin 1904) vient d'observer un cas qui met bien en lumière l'importance pratique de cette règle.

Il s'agissait d'un homme, atteint de diabète depuis plusieurs années, chez lequel apparurent les signes de l'imminence du coma diabétique : présence, dans les urines, de l'acétone, de l'acide di-acétique et de l'acide β oxybutirique en forte proportion; odeur acétonique de l'haleine, douleurs musculaires, somnolence, respiration superficielle et irrégulière. Sous l'influence d'aliments hydrocarbonés qui lui furent aussitôt donnés en abondance, et des alcalins administrés à haute dose, les troubles de l'état général ne tardèrent pas à se dissiper, mais l'acétonurie n'en persista pas moins. Elle paraissait vouloir même s'éterniser, l'état général demeurant toujours parfaitement satisfaisant, lorsque l'auteur s'avisa de diminuer de beaucoup la quantité de beurre que le malade ingérait chaque jour. L'acétonurie cessa immédiatement. Depuis huit mois que le malade mange moins de graisses et surtout relativement peu de beurre, c'est à peine si on a pu déceler parfois dans ses urines quelques traces d'acétone, et cela d'une façon tout à fait passagère.

Pansement des plaies atones de l'ulcère de jambe, en particulier, par l'acide borique en poudre sous une étoffe imperméable

Pour obtenir la cicatrisation rapide des plaies atones, surtout de l'ulcère variqueux de jambe, le meilleur moyen, d'après l'expérience de **M. W. Scott Schley** (*Medical Record*, 4 juin 1904), chirurgien du Trinity Hospital de New-York, consiste à saupoudrer d'acide borique la perte de substance, puis à la recouvrir d'une feuille de tissu caoutchouté dépassant de partout les bords de la plaie et maintenue en place par des bandelettes de diachylon. On applique par dessus quelques couches de tarlatane aseptique et on fixe au moyen de tours de bande. On renouvelle le pansement aussi rarement que possible, jamais avant cinq jours. La cicatrisation s'effectuerait plus vite qu'avec tous les autres procédés de traitement, y compris les greffes épidermiques.

Le radium dans le traitement de l'ulcère de jambe, de l'ectropion du col et du décubitus

C'est surtout sur les tumeurs malignes qu'ont porté jusqu'ici les essais d'application thérapeutique du radium. Il nous paraît donc intéressant de signaler la communication faite à une récente séance de la Société des naturalistes et des médecins de Dresde, par **M. Nahmmacher** *Muenchener med. Wochenschr.*, 7 juin 1904), d'après laquelle les radiations émises par ce métal seraient susceptibles, non seulement de détruire les éléments néoplasiques, mais de stimuler la vitalité des tissus et d'amener la cicatrisation de certaines ulcérations et plaies atones. En effet, sous l'influence des radiations émises par quelques milligrammes de bromure de radium, l'auteur a vu se cicatriser en six jours, après une seule séance, un petit ulcère variqueux de jambe. Il a obtenu, ensuite, la disparition d'un ulcère invétéré du col utérin (ectropion), après deux séances de radiumthérapie. Il a pu, enfin, obtenir, par le même procédé, la guérison d'un decubitus rebelle du talon, chez un jeune homme atteint de paralysie d'origine traumatique. Dans ce dernier cas, plusieurs séances radiumthérapiques prolongées (de trente minutes à deux heures de durée) furent nécessaires.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par les instillations fréquemment répétées de solution très faible de nitrate d'argent

Un médecin anglais, **M. A. Corner** (*British Med. Journ.*, 11 juin 1904) a recours, contre la conjonctivite purulente des nouveau-nés, à un procédé thérapeutique beaucoup plus simple que le traitement classique, par les applications d'une solution forte de nitrate d'argent et qui, néanmoins, assurerait la guérison dans la plupart des cas. Ce procédé consiste à instiller dans le sac conjonctival, d'heure en heure dans la journée, toutes les deux heures pendant la nuit, une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 1/500e. Avant chaque instillation, on a soin de bien laver l'œil avec de l'eau boriquée; l'instillation une fois faite, on applique sur les bords palpébraux un peu de pommade boriquée.

La thiosinamine n'exercerait aucun effet dans les rétrécissements du tube digestif

Nous avions signalé deux observations, relatées par M. von Tabora et par M. Hartz, où, au dire de ces auteurs, les injections sous-cutanées de thiosinamine ont amené la disparition de troubles liés, dans un cas, à la constriction de l'estomac par une bride cicatricielle, et, dans l'autre cas, à une sténose également cicatricielle du pylore (voir *Bulletin Médical*, 1904, p. 165 et 209).

Or, d'après les résultats des essais thérapeutiques que **M. R. Baumstark** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 13 juin 1904) a institués tout récemment, dans le service du prof. C.-A. Ewald, à l'Augustahospital de Berlin (ils ont porté sur trois sténoses cancéreuses du pylore, deux cancers de l'œsophage, quatre rétrécissements cicatriciels du pylore, une péricholécystite et une périgastrite consécutive à l'ulcère rond), l'usage hypodermique d'une solution glycérinée de thiosinamine à 20 %, dont on injecte chaque fois 1 cc, ne produirait aucun effet appréciable sur les troubles liés à la sténose ou à la compression par brides des voies digestives. Ce résultat négatif fut particulièrement évident chez les quatre sujets avec rétrécissement purement cicatriciel du pylore. Les injections thiosinamiques ne furent commencées ici qu'après amélioration des malades, sous l'influence du repos au lit et d'un régime alimentaire convenable. Or, elles ne déterminèrent aucune amélioration nouvelle ; elles eurent même une influence plutôt fâcheuse sur l'état général.

Aussi M. Baumstark estime-t-il que, dans les observations de MM. Hartz et von Tabora, les prétendus effets favorables de la thiosinamine étaient dus, en réalité, au traitement diététique concomitant.

V. de H.

THÉRAPEUTIQUE

Influence du régime alimentaire sur la réaction de l'organisme

La réaction des humeurs et tissus de notre organisme a une importance capitale. Il y a, pour l'action de chaque diastase, une réaction optimum. Si on la fait varier, si peu que cela soit, l'action de la diastase est affaiblie dans des proportions souvent considérables. Il en résulte pour l'organisme un surcroît de travail. Or, l'humanité est en train de modifier sa réaction. « Elle tourne à l'aigre », a dit un clinicien. La substitution à une alimentation presque exclusivement végétale et alcalinisante, d'une alimentation surtout animale et acidifiante en est la cause. Les végétaux se brûlant dans nos tissus y laissaient un résidu de carbonates alcalins. La viande y laisse surtout un résidu d'acides sulfurique et phosphorique. De tous les aliments végétaux nous n'avons guère conservé en abondance, en France, que le pain qui, d'après Gautier, est un acidifiant énergique.

De là vient la fréquence des affections arthritiques, si répandues, que l'on peut dire qu'à la seconde génération, tous les bourgeois sont arthritiques. Le meilleur remède serait de réformer notre alimentation. C'est le conseil que donnent, sans être entendus, les hygiénistes. Si on ne la réforme pas, il faut la corriger en fournissant à l'organisme des bases capables de neutraliser les acides provenant de la combustion intraorganique des albumines.

C'est ce que l'on a fait, instinctivement, en remplaçant l'eau de table par les eaux minérales alcalines faibles, telles que l'eau de Vals Saint-Jean. Peut-être y a-t-il eu, dans cet usage, quelque excès. Le

public s'est habitué aux eaux alcalines et gazeuses et il a dépassé la mesure utile ; il a bu des eaux artificiellement surchargées d'acide carbonique qui sont dangereuses, ou des eaux trop riches en bicarbonate de soude, comme l'eau de Vals Précieuse, qui, plus médicament qu'eau de table à proprement parler, est à réserver aux arthritiques confirmés goutteux, hépatiques, graveleux, diabétiques, pour qui elle fait merveille, mais ne convient pas aux gens bien portants comme simple correctif d'une alimentation trop acidogène.

Actuellement, nous assistons à une réaction. Le public se porte vers les eaux indifférentes. Moins une eau contient de principes fixes, plus on la recherche. On en arrivera à ne plus vouloir que l'eau distillée.

Eh bien, il faut dire bien haut que c'est une erreur. Si l'eau pure, de source ou de rivière, est la boisson naturelle de l'homme « idéal », une eau alcaline, légère comme l'eau de Vals Saint-Jean, est la boisson indiquée pour le Français du vingtième siècle, avec son alimentation trop carnée et trop substantielle, sa vie beaucoup trop sédentaire, son surmenage cérébral et l'hyperacidité organique, et la paresse digestive qui en résultent. C'est un correctif à l'hyperacidité qu'elle sature, et à l'atonie de l'estomac qu'elle excite légèrement sans l'épuiser.

REVUE DE THÈSES

Considérations sanitaires sur les expéditions coloniales, par M. le Dr Henri Caille, médecin de 2e classe de la marine.

« Dans les guerres coloniales, le véritable critérium d'une expédition bien préparée et bien menée se trouve dans la faible mortalité des hommes par maladie. » (Le Dantec).

La thèse de M. Caille n'est, pour ainsi dire, que le développement de cette proposition dont personne ne pourrait contester la justesse. Il suffit, en effet, de se rappeler qu'à Madagascar, sur les 4498 combattants que nous avons perdus, les balles des Hovas n'ont fait que treize victimes.

Aussi bien, l'auteur est-il fréquemment amené à faire le parallèle entre cette meurtrière expédition de Madagascar de 1895 et les guerres coloniales des Anglais, en particulier les expéditions des Achantis de 1873, 1884, 1885 — pourtant antérieures — où la mortalité fut si réduite grâce aux sages mesures d'hygiène rigoureusement suivies.

Ce sont donc les leçons de l'expérience que M. Caille — et il faut l'en louer — a résumées dans son consciencieux travail, en se gardant bien de toute considération théorique ou personnelle.

Les lecteurs se convaincront vite — si par hasard il en restait à convaincre — que ce n'est pas par monomanie des grandeurs que le médecin réclame qu'on élargisse de plus en plus la part qui lui revient dans les expéditions coloniales. Les exemples du passé démontrent surabondamment combien son rôle est et doit être capital.

Ce rôle, nous le voyons s'affirmer indispensable dès le début, avant même toute opération militaire. M. Caille montre bien, dans la première partie de sa thèse, que des conditions sanitaires de la plus haute importance doivent intervenir dans la préparation même de l'expédition, la fixation des effectifs, le choix de la saison, le transport des troupes, le choix du point de concentration, la formation des avant-gardes, le débarquement du matériel, etc. D'où nécessité que la commission qui prépare l'expédition, que les états-majors qui la dirigent, comprennent un nombre suffisant de médecins. Sous peine de désastres, les opérations militaires seront étroitement subordonnées à ces deux principes : réduire le plus possible la durée de l'expédition — abréger le séjour dans la zone côtière, basse et dangereuse. Enfin, il est indispensable de n'employer que des hommes — officiers ou soldats — ayant, comme disent les Anglais, le « local expérience. »

Dans le deuxième chapitre, l'auteur étudie rapidement les différentes questions touchant l'équipement, l'alimentation, etc. Notre soldat colonial est logiquement équipé, mais il faut se méfier de le charger trop, 15 kilos au maximum, ainsi que Dodds l'avait bien compris au Dahomey. Eviter de le transformer en coolie comme au Mexique, au Tonkin, à Madagascar. Au contraire, user largement, à l'exemple des Anglais, des auxiliaires indigènes qui portent, exécutent les travaux de terrassements, etc.

Le dernier chapitre n'est qu'une brève esquisse du service de santé dans les expéditions coloniales. Avoir un nombre suffisant de médecins et d'infirmiers, utiliser l'infirmier indigène, ne jamais compter sur les transports par roues, donner aux porteurs des appareils se rapprochant autant que possible des appareils en usage dans le pays, multiplier les hôpitaux flottants, les sanatoriums, avoir, enfin, des navires spécialement aménagés pour les rapatriements, etc, tels sont les renseignements qui découlent des guerres du passé et que M. Caille se contente d'énumérer rapidement.

On ne trouvera donc, dans ce travail, que des vues d'ensemble. En réalité, ces considérations sanitaires constituent une sorte de memorandum destiné à rappeler aux combattants des colonies que l'hygiène est la meilleure des tactiques contre leurs ennemis exotiques et que l'expédition coloniale, suivant le mot de Lord Derby, doit être moins une expédition militaire qu'une expédition médicale. (*Medical War.*).

Dr Brisard.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

TABLEAU D'AVANCEMENT

Année 1904.

RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE

Pour le grade de méd. princ. de 2e cl., de l'armée territoriale

Les méd.-maj. de 1re cl. :

MM. Baudry, Cordier, Denucé, Florance Gaulard, Kablé.

Pour le grade de méd.-major de 1re cl. de l'armée territoriale

Le méd.-maj. de 2e cl. :

MM. Arnaud, d'Astros, Belugou, Bienvenot, Blanc, Bouchon, Boy, Brault, Bruncher, Chapuis, Charrin, Compagnon, Deffis, Delfosse, Destrem, Ducloux, Durand, Durand-Fardel, Duvernoy, Gaube, Grelliere, Jacquelin, Labat, Lécuyé, Méjasson, Montano, Morisset, Pascal, Péradon, Pousson, Ribard, Rivals, Rogée, Roger, Rueff, Schnell, Stagienski de Holub, Therre, Turgard.

Pour le grade de méd.-major de 2e cl. de réserve.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

MM. Beaujeu, Benoit, Blusson, Cristofini, Gaudier, Lacoste, Lauth, Pradet.

Pour le grade de méd.-major de 2e cl. de l'armée territoriale

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

MM. Adenot, Armaignac, Baïssas, Barbaud, Belous, Bidot, de Brou de Laurière, Doyon, Franceschi, Hamon, Henne, Hennocque, Lefebvre, Leuillieux, Maqué, Masson, Mordret, Mulette, Petit, Poirson, Rafin.

Pour le grade de méd. aide-major de 1re cl. de réserve.

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

MM.

Agier, Aimé, Andérodias, André, Angelvin, Ardin-Delteil, Aubineau, Audignon, Audoucet, Aunis.

Baderot, Baigue, Bailey, Baillo, E. Barbier, G. Barbier, Barroyer, Baudin, Baudrand, Baudron, Baumelou, Beaufort, Bedos, Betlin, Benoist, Bergeret, Berthaud, Besson, Biard, Bibent, Bize, Blazy, Blivet, Bloch, Bonhommet, Bonvarlet, Bories, Bottiau, Boucher, Bouchere, Boué, Bourgain, Bourlier, Bournoville, Bouveyron, Brenans, Breton, Briche, Briend, Brieu, Brodu, Buquin, Buy.

Cahuzac, Caillard, Cairel, Caminade, Canceill, Carayon, Carlet, Carpanetti, Carra, Castan, Caylus, Cazales, Cazin, César, Chassy, Chenal, Chevereau, Claude, Clavey, Cluzet, Cocard, Cocheril, Cogrel, Cola, Combe, Combret, Condamin, Contal, Cornet, Cortyl, Coulmont, Coulanjou, Courdoux, Cournet, Cournol, Cunéo, Cury.

Dallas, Dassonville, Davet, Debary, De Ponnesemelle d'Orgères, De Boucaud, Debray, Deck, De Combes, Decoopmann, Delgrange, Delguel, Deschermaeker, Destribatt, Devauchelle, Dimoux-Dime, Douriez, Druon, Dubois, Ducerf, Dujon, Dunis, Dupont, Dupré-Lefebvre, Dupretz, Dutoya.

Evrot.

Fabre, Farabeuf, Fargues, Faurichon-Mesplier, Favre, Flament, Flammarion, Floch, Fontoynont, Fragnaud, Frère, Fuster.

Gagé, Gagey, Gallini, Ganault, Garcin, Gatian de Clerambault, Gauchet, Gay, Gaymard, Gentès, Gérardin, Giocanti, Girma, Gouez, Gourdet, Grangier, Granval, Grépin, Grouhel, Gruel, Guedj, Guérin, Guibé, Guibert, Guillemot, Guinet, Guizot.

Hanus, Hennecart, Henri, Henriot, Henry, Herbet, Herlemont, Herrenschmidt, Hodée, Houssay, Huot, Huyghe.

Izac.

Jacob, Jacquemet, Jay, Josué, Joubert, Julhiet.

Koziell.

Labatt de Lambert, Labaume, Lacaze, Lacrosaz, Laffite, Lafont, Lairé, Lallot, Lapeyre, Larroux, Lassime, Latour, Laugier, Laurent, G. Leblanc, M. Leblanc, Lecacheur, Lecointre, Le Coq, Lefevre, Lefilliatre, Legendre, Legrand, Leloutre, Lepelletier, Leplat, Lestrade, Levillain, Lochon, Louart, Louvrier.

Machtou, Macrez, Maffre, Magnan, Mahon, Malzac, Martinais, Masson, Mathieu, Maugard, Maurin, Mencière, Mevel, Meynard, Michel, Mimin, Moitessier, Monbernard, Monnet, Morfaux, Morillon, Mougeot, Mourlot, Mouthon, Murat.

Nimier, Nové-Josserand.

Ombredanne.

Painblan, Paquet, Pavie, Pelletier, Perdereau, de Perry, Philouze, Picard, Pinault, Pissavy, Planque, Poisson, Ponsard, Potel, Poulet, Privat, Proust.

Quelmé, Quidet, Quinciеu.

Rabbe, Racine, Raimond, Ramond, Raoust, Rapp, Redhon, Revel, Reverseau, Ringot, Roche, Rochier, Roger, Rosenthal, Rouanet, Rouger, J. C. Roux, R. Roux, Royer, Ruais, Rulaux.

Saleur, Sallé, Salmon, Salvage, Sarrautte, Sassy, Saussol, Scherb, Seeligmann, Servas, Sortais, Spillmann.

Tacquet, Tallet, Thadée, Thébault, Thevenin, Thielemans, Thouvenet, Thouvenin, Thubert, Tocheport, Torchut, Triger, Tuefferd.

Vaissier, Valay, Vannier, Varnier, Verger, Vergues, Verhaeghe, Verin, Vial, Vidal, Vigneron, Viguès.

Wegbecher, Willemin.

Yardin.

Pour le grade de méd. aide-major de 1re cl. de l'armée territoriale

Les méd. aides-majors de 2e cl. :

MM.

Ablon, Adam, Adam, de Beauvais, Adoul, Alleaume, Ambialet, Apert, Aragon, Arréat, Arviset, Aubert, Auclair, Augros, Aymès.

Bachelier, Bailliot, Banzet, Baralon, Barbellion, Barlerin, Barral, Barraud, Barrault, Barré, Bassin, Batigne, Batsero, Batuaud, Baudriller, B. Beaudonnet, U. Beaudonnet, Beauvillard, Bécue, Bellan, Benoit, Béraud, E. Bernard, F. Bernard, Bernardbeig, Bernheim, Bernis, Berthet, Bertillon, M. Bertrand, J.-O. Bertrand, Bezou, Biau, Bibard, Billiard, Bitterlin, Blin, Bloch, Blondeau, Bobinet, Boichon, Boimond, Boissier, Boisvert, Bon, Boniface, Bonnard, Bonnus, Bouzon, Borde, Boucard, Bouchinet, Bouisson, A. Boularan, F. Boularan, Bouly de Lesdain, R. Bouquet, P. Bouquet, Bourdier, Boutin, Bouvart, Boyer, Branchu, Brandès, Branère, Bresset, Breuils, Briago, Bricher, Bridiers de Villemor, Brion, Brodier, Bruguerolle, Brunet, Brunon, Bruny, Buchin, Bureau.

Cabiran, Caillaud, Callen, Calmels, Camus, Capdeville, Carette, Carle, Cartier, Casassus, Casimir, Castaing, Castaneda de Campos, Castets, Castueil, Catrou, Celles, Cerf, Chabaud, Chabert, Chabry, Chaigneau, Chaillous, Chaleix, Chalufour, Chaminade, Champenier, Chapard, Charlot, Charmaux, Charpentier, Chatelot, Chaussende, Chauvet, Chereau, Chevalier-Lavaure, Chevallier, Chevandier, Chocquet, Claverie, Cochon, Cocquelet, Collet, Colombe, Comet, Conil, Cornet, Cottet, Coulomb, Coorrejou, Coursier, Courtois, Cousin Critzmann, Croutes, Crouzat, Cuenod.

Dacheux, Daillet, Dallest, Danger, Daniel, Dantan, Daubin, Daumy, J. Dayot, R. Dayot, Debay, Debuchy, Dechy, Dedieu, Degail, Degeilh, Delacour, Delalande, De Langenhagen, Delannoise, Delaporte, Delaroche, Delattre, Delavalle, Delbecq, Deleneuville, Demange, Demantké, Deney, Denis, Desché, Desuet, Dessevre, De Vaucher, Devoir, Dominé, Dorel, Du Bouays de Couesbouc, Dubromelle, Ducellier, Duchaine, Ducourtioux, Dudefoy, Dufilh, Dufour, Dumas, Duplessis, Dupont, Duprat, Dupret, Dupuis, Duquaire, D. Durand, F. Durand.

Engelhardt, Epron, Estradère, Even, Evrard, Eymonnet.

Faguet, Faivre d'Arcier, Faucillon, Favraud, Ferroud, Feuchère, Feyat, Filtion, Fiquet, Fischer, Foissac, Fombarlet, Fontel, Forget, Franchomme, Fruchaud.

Gachon, Gaillardie, Galard, Gallot, Galtier, Gaud, Garin, Gasnier, Gassiole, Gauthier, Gautier, Gendron, Gestat, Gibaud, Giral, Girard, Giraud, Girerd, Guistiniani, Glaive Glanchard, Glorget, Gobillot, Goddard, Goguel, Gontard, Gorodichze, Gosset, Gotteland Goumy, Gourmand, Gourrier, Grandclément, H. Grasset, P. Grasset, Grégoire, Grémaud Gresset, Grezes, Grognot, Groleau, Guépin, Guérard, E. Guérin, J. Guérin, Guibert.

Hamaide, Hanotte, Hauser, Havez, Hélie, Helme, Héran, Horay, Houdaille, Huguenin, Hugues.

Imbert, Iscovescu.

Jalabert, Javey, Jeannin, Joly, Jorand, Jourdanet, Joyeux, Jullian, Juvanon.

Kaminski, Kortz.

Labrunie, Lacambre, Lacaze, Laissus, Lalande, Lamand, Lancele, Lantzenberg, Larrivé, Larroussinie, Larsonneur, Laurent, Lazard, Leblois, Lebloud, Lebon, Lecocq, Lecorre, A. Lefebvre, E. Lefebvre, Legay, Le Grand, Le Joubioux, Lenchantin de Gubernatis, Lenormand, Leonard, Lesage, Le Stunf, Letoux, E. Lévi, L. Lévi, Levy dit Levy-Klotz, Lionnet, Loisel, Loiselet, Londe, Lorrain, Lucas, Luyt, Luzet.

Mabée, Mallet, Mandroux, Maniticat, Mantelin, Margais, Marchais, Marion, Marqueyrol, Marquez, Marsat, A.-J. Martin, L. Martin, Mascarel, de Massary, A. Mathieu, F. Mathieu, Mayet, Mennessier, C. Michel, F. Michel, Mignot, Millon, Mivielle, Mizon, Modrin, Molinié, Monscourt, Montaigne, Morard, Moraux, L. Moreau, P. Moreau, Morisse, Mouchet, Mouflier, Moulinié, Mourette, Mugniery, Muller, Musin.

Narodetzki, Nicolle, Nourigat.

Odin, Oiry, Ollier, Ollier de Vergèze, Oriot, Orrillard, Ouvry, Ozadon.

Pailhas, Paillotte, Pannetier, Paté, Pauvert, Payot, Pellerin, Perivier, Perlis, Perraud, Perrier, Petit, Petitpierre, Piguet, Pillard, Pinel Maisonneuve, Pingat, Plancard, Playoust, Poirrier, Porchaire, Potié, Pourneau, Prouff, Provost, Pussacq Larcebeau.

Ranglaret, Rebory, Redon, C. Renaud, G. Renaud, Retrouvey, Ribereau, Richard, Robet, Robin Massé, Roché, Rochette, Rogier, Roques, Rougier, Roux, J. Roy, P. Roy.

Sabatier, Saint-Cyr, Sanyas, Sassier, Sauvez, Savolle, Schall, Schweisguth, Sée, Semen, Semet, Sereno, Serullaz, Sicre, Simon, Simoneau, Simonin, Sinegre, Siron, Someil, Sorel, Souesme, Sourdrille.

Tavernier, Teillard-Chabrier, Teixier, Teyssèdre, Theilhez, Thevenon, Thibaud, Thibaut Thirrion, Tholance, Thomas, Thorain, Tiollier, Tisserand, Tondeur, Touillon, Trouillard, Truchon, Truffet, Tulasne.

Vabre, Vadon, Vaissade, Valentin, Verliac, Vermorel, Vernhes, Verrié, Veuillot, Vialloux, Viardot, Vidal, Vienne, Vignard, Villechauvaix, Villequey, Vinot, Vivier, Voyer.

Wassilieff, Waynbaum, Wintrebert.

Ysambert.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

MM. Jeannin, Navarre (Paris).

Officiers d'académie

MM. Desmons, Kouchel-Katz, Brosset, Lamare, Lévy (Paris).

MM. Carlier (Arras), Truchon (Valenciennes), Nourrigat (Sigean), Charasse (Malaucène).

LE VIEUX-NEUF MÉDICAL

Sait-on que l'*Union médicale*, cette entreprise de traitement à forfait de la clientèle moyenne, qui fait à cette heure quelque bruit dans les journaux de médecine, n'est nullement une invention inédite? J'ai eu récemment l'occasion de feuilleter un *Bottin* de 1826. Il s'y rencontre pas mal de renseignements sur le nombre des médecins, sur les institutions, les sociétés, les journaux scientifiques de l'époque. Or, les choses médicales de la Restauration, quoique moins d'un siècle nous sépare d'elles, nous paraissent si primitives, si préhistoriques, que l'on pourrait écrire sur ce sujet un article qui aurait un vif intérêt de curiosité. Je n'extrais pour le moment, de ce vieux bouquin, que les lignes suivantes, qui ont l'air d'une annonce anticipée de l'*Union médicale*, et qui se lisent à la page 307 :

« Société d'abonnement médical pour le « traitement des malades dans le département « de la Seine. Moyennant un prix d'abonne« ment, établi en général d'après le prix des « loyers, les souscripteurs reçoivent tout ce « qui est relatif au traitement de leurs mala« dies. Les soins comprennent : visites chez « les malades, consultations, opérations chi« rurgicales, accouchements, médicaments. »

— Qu'est devenue cette entreprise? Je l'ignore.

— ***Multa renascentur quæ jam cecidere...***

Dr H. F.

L'ÉTOUFFAGE DES COCONS PAR LE FROID ARTIFICIEL

M. de Loverdo a présenté à l'Académie des sciences le résultat de ses essais sur l'étouffage des cocons par le froid artificiel.

Il résulte de ces essais :

1° Que l'étouffage des cocons peut être obtenu aussi sûrement par l'action du froid que par celle de la chaleur, sous la condition de laisser séjourner la chrysalide, pendant près de un mois, à une température sèche, constante et inférieure à 0°.

2° Que les résultats obtenus entre 0° et —8° sont sensiblement analogues, mais que, entre ces deux températures, il faut toujours donner la préférence à la plus basse.

3° Que l'étouffage par le froid présente l'avantage, sur les procédés usités, de ne demander aucune manutention et d'éviter complètement les déchets causés par l'imperfection des étouffoirs à air chaud et à vapeur.

4° Que l'étouffage par le froid pourrait avoir de l'intérêt pour le producteur. Le prix élevé et surtout la conduite délicate des étouffoirs actuels obligent le sériciculteur à porter ses cocons, au fur et à mesure de leur formation, à un industriel possédant un étouffoir. De ce fait, le vendeur se trouve lié à l'acheteur avant

la vente. Celle-ci s'opère habituellement deux ou trois mois après le décoconnage; mais alors le producteur n'est plus maître de ses cocons qui ont été déjà dévidés et filés; il devra subir le prix établi entre industriels. Si, au contraire, il pouvait disposer d'une chambre froide, il ferait lui-même automatiquement l'étouffage et ne se dessaisirait de ses produits que dans les conditions qu'il jugerait avantageuses.

VERBA ET VOCES

M. le Directeur de l'*Union médicale* nous a envoyé une nouvelle lettre. Elle prêterait à bien des réflexions, mais nous la publions sans commentaires pour mettre fin à une correspondance qui n'a que trop duré.

Monsieur,

L'insertion de notre lettre du 6 de ce mois, dans votre numéro du 11 courant, étant précédée de longs commentaires et suivie de nombreuses réflexions, notre droit de réponse n'est pas épuisé.

Nous en userons donc pour rectifier certaines inexactitudes qu'il nous importe de ne pas laisser passer.

Vous parlez complaisamment des attaques et des ordres du jour du « *Concours médical* » et du « Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement » contre l'*Union médicale*; mais vous oubliez d'ajouter que ce premier journal et le Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement ont été, comme vous, obligés d'insérer nos réponses et que le dernier mot nous est resté.

Quant au Syndicat des médecins de la Seine, nous attendons le prochain numéro de son Bulletin et nous y trouverons, sans doute, également l'insertion de la réplique qui lui a été adressée.

C'est un point qu'il était intéressant de mettre en lumière.

Du reste, nous ne sommes pas sans trouver, par contre, des soutiens, comme il appert, par exemple de l'article du Dr Archambaud, paru le 8 de ce mois, dans la *Revue médicale*.

Pour ce qui est des appréciations à l'égard du corps médical, c'est vous, monsieur, qui certainement sans le vouloir, êtes blessant, lorsque vous écrivez ces mots : « sur des confrères que nous ne connaissons pas et qui peuvent être des gens très honorables. »

Il ne nous est jamais venu à l'esprit de suspecter ainsi l'honorabilité d'aucun membre de la corporation médicale. Ce que nous avons voulu dire et ce que nous maintenons, ce sont nos regrets d'avoir constaté, chez quelques médecins, un manque d'indépendance et l'absence de fermeté de caractère; mais, nous le répétons, cela n'entache en rien leur honorabilité, et nous ajouterons que malgré ces défaillances (pour nous servir de votre expression), nous tenons d'une manière générale votre corporation en très haute estime.

Dirons-nous encore que votre proverbe : « Tu te fâches, donc tu as tort » ne s'applique pas du tout à notre cas. Nous ne nous sommes pas fâché le moins du monde, nous nous sommes seulement attaché à réfuter péremptoirement, en termes nets et concis, l'insinuation qui motivait notre communication du 6 juin.

Vos autres réflexions, ou pour mieux dire vos autres affirmations, n'infirment en rien cette réfutation. Elle est corroborée, au contraire, par votre empressement à décliner notre offre de mettre nos dossiers à votre disposition. Pour ce qui est de ceux, qu'à votre tour vous proposez d'établir, étant constitués pour les besoins de la cause, ils ne sauraient avoir la même autorité.

Nous ignorons si notre lettre est une machine à faire le vide; mais ce que nous savons, c'est que nous disposons d'un levier puissant en notre Comité de patronage et, parmi ses membres, nous nous faisons un plaisir de vous citer:

MM. Boussinesq, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne; Giard, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne; Girod, gouverneur honoraire des Colonies, député de Seine-et-Marne; le baron Lacaze, propriétaire; le colonel Mulotte, etc., etc.

Avec ce levier et l'opinion publique pour point d'appui, soutenus par le réel attachement de l'immense majorité de nos médecins, nous sommes convaincus du rapide succès de notre œuvre.

Pour la bonne règle, nous recommandons la présente lettre que nous vous prions de vouloir bien insérer dans votre plus prochain numéro.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération.

Le directeur,

DE VEREZ.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 22 juin. — M. *Marquis* : Pouvoir ocytocique du sucre. — M. *Laurens* : Thrombophlébites du golfe de la jugulaire interne, d'origine otique. Leur traitement chirurgical. — M. *Piet* : Notes anatomiques sur la glande mammaire et ses vaisseaux sanguins. — M. *Bourgeois* : Les épileptiques et la chirurgie. — M. *Fonteilles* : Du drainage de l'utérus dans les métrites aiguës puerpérales post-abortum et post-partum. — M. *Poirier de Clisson* : Sur un procédé simple de localisation des projectiles par la radioscopie. — M. *Pruvost* : Essai sur les manifestations infectieuses de la typhlite latente. — M. *Valery* : Etude sur la pathogénie de la maladie de Parkinson.

Jeudi 23 juin. — M. *Caquin* : Nouvelles méthodes de recherche des corps étrangers des bronches (radiodiagnostic et bronchoscopie). — M. *Vernedal* : De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins. — M. *Bouet* : Marche du rhumatisme articulaire aigu considéré dans la succession des attaques. — M. *Balencie* : Du traitement conservateur des arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. — M. *Maillard* : Pronostic des néphrites chroniques des enfants. — M. *Brondie* : Etude sur les premiers signes indicateurs de la perforation intestinale chez les typhiques.

ERRATUM

Dans la lettre de M. le directeur de l'*Union médicale*, reproduite dans notre dernier numéro, page 548, trois passages ont été composés en italique. C'est une erreur de composition, car dans le manuscrit rien ne signalait particulièrement ces passages.

Vient de paraître

Clinique chirurgicale, par M. A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8 de 664 pages, avec figures. 15 francs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Chirurgie nerveuse d'urgence, par le Dr A. Chipault, ancien chef de consultation chirurgicale à la Salpêtrière. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné, 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Des douleurs liées à la prostatite chronique, mais simulant d'autres affections

M. A. von Notthafft (*Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, juin 1904) passe en revue, avec nombre d'observations personnelles à l'appui, certains syndromes douloureux dus en réalité à une affection chronique de la prostate, pour la plupart d'origine blennorragique, mais ne paraissant avoir à première vue, rien de commun avec cet organe, ce qui en fait souvent méconnaître la nature. Cette erreur de diagnostic a pour conséquence naturelle une thérapeutique également erronée et partant inefficace.

Les douleurs prostatiques irradiées peuvent d'abord simuler une sciatique. L'auteur relate, dans son mémoire, deux cas de ce genre, dans lesquels des sujets, présentant tous les signes habituels de la sciatique, furent soignés pour cette affection pendant des années, sans que les médecins traitants aient eu l'idée de pratiquer le toucher rectal. Cet examen, fait par l'auteur, dévoila, chez ces deux malades, l'existence d'une prostatite chronique d'origine blennorragique. Le traitement par le massage intra-rectal et par les instillations médicamenteuses dans l'urètre postérieure ne tarda pas à amener la disparition des douleurs sciatiques. Il ne faut donc jamais négliger de se rendre compte de l'état de la prostate, par le toucher rectal, chez les sujets de sexe masculin, atteints de sciatique rebelle.

Ce qui vient d'être dit se rapporte également à certaines sensations douloureuses dans le rectum, attribuées faussement à des « hémorroïdes internes » dont on ne trouve pas trace à l'examen rectal, lequel, par contre, révèle des signes non équivoques de prostatite chronique. Le massage de la prostate guérit rapidement ces prétendus troubles hémorroïdaires, comme le fait s'est produit chez six malades dont l'auteur relate, en détails, les observations.

M. von Notthafft cite ensuite une série de cas montrant que la prostatite chronique est susceptible de simuler aussi la cystite du col (1 observation), l'épididymite ou déférentite (2 faits) ou de ne se manifester que par des douleurs localisées soit à l'os iliaque (8 cas), soit à l'hypocondre (12 cas) ou en d'autres points de l'abdomen (3 cas). Un malade de M. Notthafft présentait le syndrome de la colique néphrétique, que tous les moyens thérapeutiques dirigés contre la néphrolithiase ne parvenaient pas à améliorer. L'auteur put constater ici l'existence d'une blennorragie et d'une prostatite chroniques. Le traitement de ces deux affections, sans amener la guérison complète de la prétendue colique néphrétique, n'en exerça pas moins une influence des plus heureuses sur ces douleurs.

Il nous reste à mentionner une irradiation douloureuse, particulièrement intéressante, de la prostatite. Il s'agit de douleurs localisés au genou, pouvant être prises pour une manifestation du rhumatisme. A l'examen objectif on ne trouve rien d'anormal au genou, pas de gonflement articulaire, ni périarticulaire; mais le malade y éprouve, après une marche prolongée, une course à bicyclette, etc., des douleurs violentes s'exacerbant surtout à la descente d'un escalier ou d'une pente. Au repos, la jointure est complètement indolore. L'accès douloureux dure un temps variable, se montrant rebelle à tous les analgésiques usités dans le traitement du rhumatisme. Puis, il cesse spontanément pour réapparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines, sous l'influence des causes occasionnelles dont il a été fait mention. Le traitement thermal reste également sans effet sur ces douleurs. Le toucher rectal et l'examen des urines permettent de découvrir une prostatite chronique avec reliquats d'ancienne blennorragie. Le traitement de la prostatite et de l'urétrite fait disparaître d'une façon complète et définitive les douleurs au genou. Tels, du moins, ont été les faits chez quatre malades de l'auteur.

Disons en terminant que, d'après les observations de M. Notthafft, les lavements chauds constituent un excellent moyen palliatif contre les diverses douleurs irradiées de la prostatite chronique. Mais leur traitement vraiment curatif n'en demeure pas moins, ainsi qu'il a été dit, le massage de la prostate et les instillations médicamenteuses dans l'urètre postérieure, à l'effet de combattre la blennorragie concomitante.

De l'auscultation buccale chez les phtisiques

M. Veillard (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai 1904), méd.-directeur du sanatorium genevois de Clairmont-sur-Sierre, publie une étude intéressante sur la question, soulevée récemment dans la littérature médicale, de l'auscultation buccale des râles émis au travers des voies aériennes supérieures dans la tuberculose pulmonaire.

Voici les conclusions de ce travail :

Les râles perçus à l'auscultation thoracique des poumons malades peuvent être entendus intégralement, souvent même d'une façon plus précise, par l'auscultation *directe*, au travers des voies aériennes supérieures, c'est-à-dire au niveau de la bouche, tenue ouverte ou entr'ouverte.

Les râles émis de la sorte sont observables et observés aussi bien par le sujet qui les produit que par le médecin ou l'entourage du malade. Ils forment un symptôme diagnostique et pronostique important de plusieurs affections bronchiques et pulmonaires. Leur présence, chez un individu suspect de *bacillose*, confirmera, d'une façon absolue, l'existence de lésions d'une affection pulmonaire tuberculeuse. Cependant, des foyers de tuberculose pulmonaire guéris ou en voie de cicatrisation avancée (enkystement local ou scléreux généralisé) pourront exister sans donner lieu à la production de râles.

La qualité et le calibre de ces râles détermineront le degré d'évolution de la lésion pulmonaire tuberculeuse.

Les *sibilances expiratoires* sont caractéristiques d'une lésion bronchique ou péri-bronchiques. Elles constituent soit le premier symptôme appréciable d'une invasion bacillaire donnant lieu à un catarrhe localisé, soit le signe d'une lésion jadis plus considérable, en voie de régression et de cicatrisation. Le catarrhe fin concomitant sera le dernier phénomène perceptible au point de vue des sibilances émises, avant le silence complet de la guérison apparente.

Les *râles humides* de différent calibre sont, en cas d'émission prolongée, un signe absolu d'une lésion tuberculeuse déjà nettement déclarée; ils dénoncent la présence du catarrhe humide ou d'une tuberculose ouverte dans ses différentes modalités.

Rupture traumatique de l'intestin dans un sac herniaire

Dans une récente séance de la Société vaudoise de médecine, M. **Vulliet** a fait une communication sur un cas de rupture traumatique d'une anse intestinale herniée. Il s'agissait d'un homme, porteur d'une hernie inguinale gauche, qui reçut un coup de pied dans le bas-ventre. Il fut pris aussitôt de douleurs abdominales très vives avec vomissements et facies grippé. L'auteur ne le vit que dix-huit heures après l'accident. Le ventre présentait un ballonnement modéré, mais ce qui frappait surtout, c'était sa dureté, par suite d'une contraction musculaire qui empêchait toute palpation. Les douleurs avaient leur maximum à l'aîne. Le doigt pénétrait librement dans l'orifice inguinal; le sac herniaire était rempli de liquide. Une incision, faite comme pour l'opération radicale de la hernie et prolongée en haut, permit de découvrir une anse d'intestin grêle présentant une large déchirure, à peu près transversale, qui fut suturée à la soie. Les anses voisines étaient recouvertes de membranes fibrino purulentes, baignant dans un liquide louche. Le blessé mourut douze heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée sans autres déchirures intestinales.

Cette observation, dit l'auteur, démontre à nouveau la nécessité de l'intervention chirurgicale immédiate dans les contusions graves de l'abdomen. La tension (rétraction, dureté) des parois (ventre de bois) est une forte présomption en faveur d'une perforation (rupture) intestinale.

V. DE H.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

(Hôpital des cliniques spéciales. Service des maladies des voies urinaires)

Sur un cas de néphrorragie. Cancer ou néphrite?

Par M. le Dr Alf. Pousson

L'histoire pathologique du malade qui fera l'objet de notre entretien d'aujourd'hui, est des plus simples Elle se réduit à un symptôme unique à savoir une hématurie que cet homme de trente-cinq ans, exerçant la profession de charretier dans une exploitation rurale, a vu apparaître pour la première fois le 7 février dernier. En fouillant dans son passé on ne trouve trace d'aucune maladie antérieure, en particulier d'aucune infection de l'appareil urinaire. Ses parents,qui vivent encore, sont très bien portants et ne présentent pas de tare diathésique. C'est au milieu de la santé la plus parfaite et après s'être livré le jour précédent à son travail habituel, que cet homme a été tout surpris de voir, en urinant à son réveil,ses urines absolument rouges. Cette hématurie profuse dura, malgré tous les hémostatiques prescrits par son médecin, une quinzaine de jours. Fait à retenir, elle ne s'accompagna d'aucun phénomène vésical; la miction continua à s'effectuer avec sa régularité et son indolence habituelles. Tout au plus éprouva-t-il parfois une légère sensation douloureuse au passage des caillots dans l'urètre. Ces derniers furent d'ailleurs rares; au dire du malade, ils étaient moulés, cylindriques, mais il ne peut fournir de renseignements sur leur longueur. Après une quinzaine de jours, le pissement de sang,de continu, devint intermittent. L'urine, lorsqu'elle n'était pas sanguinolente, reprenait tout à fait ses caractères physiologiques de liquide clair, limpide, ambré. Les alternatives de mictions sanglantes et non sanglantes étaient très irrégulières, et rien, ni la marche et l'exercice, ni le repos et l'immobilité, n'avaient d'influence sur elle. Le changement d'aspect de l'urine d'une miction à l'autre était absolu : rouge ou brune à une miction, elle n'était plus teintée à la miction suivante.

Malgré la quantité de sang que le malade a rendu depuis le début de son affection, remontant maintenant à deux mois passés, vous pouvez voir que sa santé est aussi bonne que possible. Il n'a ni pâli, ni maigri; il a conservé son appétit et ne se plaint de rien. Tout ce qu'il accuse, c'est une diminution de ses forces.

Laissant de côté pour le moment les constatations que la cystoscopie, la séparation des urines et l'épreuve de la perméabilité rénale nous ont permis de faire, et sur lesquelles je reviendrai ultérieurement, je dois vous faire connaître le résultat de l'exploration de l'appareil génito-urinaire. Ce résultat a été absolument négatif. Les testicules, les déférents et les cordons, la prostate et les vésicules sont sains; l'urètre souple et libre; la vessie non douloureuse au contact des instruments introduits dans sa cavité, se laisse distendre à l'extrême sans difficulté; enfin les uretères et les reins ne sont ni perceptibles ni sensibles à la palpation.

Comme je vous l'ai dit au début de cette leçon, l'hématurie est le seul symptôme que présente notre malade. Pour tirer de ce phénomène morbide quelque indication sur la nature de l'affection qu'il traduit, il faut tout d'abord déterminer le point de l'appareil urinaire où il prend sa source. Le sang, qui apparaît dans les urines, peut provenir des trois grands segments de cet appareil : urètre, vessie, rein. Lorsqu'il provient de l'urètre, en avant de la portion membraneuse, il s'écoule par gouttes se succédant plus ou moins rapidement et parfois même en jet mais en dehors des mictions; c'est l'urétrorragie, dont il ne saurait être question dans le cas qui nous occupe. Lorsqu'il prend sa source dans l'urètre postérieur, la vessie et le rein, il ne s'écoule qu'au moment des mictions mélangé à l'urine, qu'il teinte seulement en partie soit au commencement soit à la fin, ou bien en totalité : c'est l'hématurie. La coloration rouge de l'urine initiale et terminale ne peut se montrer, on le comprend aisément, que dans le saignement de la vessie, et lorsque cette physionomie de l'hématurie est bien tranchée, lorsque le premier ou le dernier verre d'une miction, divisée en trois parties, contiennent seuls du sang, il ne saurait y avoir d'hésitation, l'hématurie ne peut être que vésicale. La coloration à nuances plus ou moins franches, variant du rouge le plus vif au rouge le plus sombre, au point de se rapprocher du brun et du noir, que présente l'urine du commencement à la fin de la miction, s'observe toujours dans le saignement même d'un seul rein, car son urine sanguinolente se mélange intimement dans la vessie à l'urine non sanguinolente de son congénère. Mais cette hématurie totale se rencontre aussi dans le saignement de la vessie pour peu qu'il soit abondant.

Ce n'est donc pas en faisant uriner le malade devant vous et en recueillant ses urines dans les trois verres que vous arriverez à déterminer le point de départ de l'hématurie; il vous faudra avoir recours à un artifice. Il consiste à évacuer, à l'aide d'une sonde en caoutchouc, de préférence à toute autre pour ne pas érailler la muqueuse vésicale, toute l'urine et à bien laver la vessie jusqu'à ce que le liquide sorte incolore. Que si ce résultat ne peut être obtenu et que le liquide ressorte toujours teinté, vous pouvez affirmer que c'est bien la vessie qui saigne. Dans le cas contraire, il ne faut pas abandonner toute l'idée du saignement vésical, mais seulement supposer qu'il est peu abondant. Vous devez alors chercher à le provoquer et à en déceler l'existence de la façon suivante. La sonde étant maintenue en place, vous introduisez le doigt de la main droite dans le rectum tandis que votre main gauche déprime la région hypogastrique, et vous malaxez ainsi la vessie, qui ne manquera pas de saigner si elle est atteinte d'une affection hémorragipare. L'écoulement de sang par la sonde vous en avertira. Lorsque le sang provient du rein, lorsqu'il y a néphrorragie, cette malaxation de la vessie reste sans effet. Le diagnostic de l'origine de l'hématurie est ainsi des plus faciles. Mais lorsque le rein saigne abondamment, comme dans certains néoplasmes, le sang est déversé en si grande quantité dans la vessie qu'il s'écoule par la sonde après évacuation et lavage de ce réservoir. Le prof. Guyon et Albarran, à la suite de l'observation de quelques faits cliniques, ont attiré l'attention sur ces hématuries terminales d'origine rénale.

Lorsque notre malade s'est présenté à la consultation, huit jours avant son entrée dans nos salles, il offrait ce phénomène, et, comme rien dans son histoire et dans l'examen que je pratiquai par la palpation de l'appareil urinaire supérieur ne pouvait me faire penser à une lésion rénale, je portai le diagnostic d'hématurie vésicale très probablement symptomatique d'un néoplasme. Depuis quelques jours, son hématurie a considérablement diminué et, lorsque je l'ai examiné hier devant vous,vous avez pu vous rendre compte qu'après l'évacuation de l'urine brunâtre,que contenait la vessie,il ne sortait plus aucun liquide teinté même par la pression bimanuelle. C'est alors que

la cystoscopie est venue réformer mon diagnostic de néoplasie de la vessie.

En effet, l'exploration de la surface interne de cet organe ne m'a révélé l'existence d'aucune végétation, d'aucune ulcération saignante, mais portant mon attention du côté de l'orifice des uretères, j'ai de suite été frappé de l'état de rougeur que présentait le droit et, le fixant quelques instants, j'ai vu s'échapper un jet de liquide formant une traînée brunâtre en se mélangeant à l'eau boriquée de l'injection vésicale. Je n'ai point hésité dès lors à vous annoncer que l'hématurie prenait sa source dans le rein droit et, introduisant dans la vessie le diviseur de Luys, j'ai permis à tous ceux d'entre vous qui étaient présents de vérifier mon assertion. En effet, vous avez pu voir que, tandis que la sonde plongeant dans le compartiment droit de la vessie donnait un liquide rougeâtre et très légèrement louche, la sonde de gauche distillait un liquide ambré et absolument limpide. Nous verrons plus tard la différence de composition de ces deux liquides.

Il ne faudrait pas croire, d'après ce renseignement fourni par le diviseur dans ce cas particulier, que cet instrument puisse servir à distinguer l'hématurie vésicale de l'hématurie rénale. En effet, un petit néoplasme saignant, inséré sur un des côtés de la vessie, peut teinter l'urine recueillie de ce côté. Je puis à cet égard vous citer un fait des plus démonstratif.

Il y a deux ans entrait dans le service une femme d'un embonpoint excessif, se plaignant de pisser du sang et d'éprouver, dans la région lombaire gauche, des douleurs violentes et continues. Comme elle était issue de parents graveleux et qu'elle-même avait rendu des sables à diverses reprises, je pensai à un calcul rénal. La division des urines m'ayant donné du côté droit un liquide incolore et, en quelques instants, du côté gauche, une très grande quantité de sang se prenant en caillot et oblitérant le calibre de la sonde, j'eus l'intuition que ce saignement abondant provenait de la vessie. L'endoscopie, pratiquée séance tenante, me fit, en effet, constater la présence d'une petite végétation papillomateuse s'insérant tout près du méat uretéral gauche.

Assurément, il existe d'autres signes rationnels des hématuries, qui, dans bon nombre de cas, permettent de se passer de la cystoscopie et de la séparation des urines, tels sont l'intermittence bien tranchée des mictions sanguinolentes, l'expulsion de caillots cylindriques et très longs représentant le moule des uretères, enfin et surtout les coliques uretérales. Tous ces signes faisaient défaut chez notre malade et rendaient ainsi véritablement difficile le diagnostic du point de départ de l'hématurie.

Cette notion acquise, nous devons nous demander pour quelle raison le rein saigne et surtout a saigné si abondamment. Les affections susceptibles de provoquer la néphrorragie sont très nombreuses. En laissant de côté les traumatismes, dont il ne saurait être question dans notre cas, on peut, pour mettre quelque ordre dans la discussion, les classer en deux grandes catégories : les unes fréquentes et s'accompagnant ordinairement d'autres symptômes que l'hématurie, telles que la douleur dans la région lombaire et l'augmentation de volume du rein; les autres plus rares, dans lesquelles l'hématurie constitue l'unique manifestation symptomatique.

Dans la première classe, sans compter l'hydronéphrose et le rein mobile qui font exceptionnellement saigner le parenchyme, nous trouvons la lithiase, la tuberculose et le cancer.

On ne saurait nier que le passage à travers le filtre rénal de microscopiques cristaux uratiques et oxaliques soit susceptible de déterminer des hématuries, sans que le malade éprouve d'ailleurs la moindre douleur lombaire. Plusieurs observations en ont été publiées: moi-même j'ai eu occasion de voir et d'opérer de la néphrotomie, avec le prof. Picot, un malade graveleux avéré ayant des hématuries extrêmement abondantes, qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. Chose curieuse, ce malade qui, avant l'opération, ne rendait qu'une très faible proportion de sables uriques, se mit à en expulser des quantités considérables, atteignant près d'une cuillerée ordinaire dans les vingt-quatre heures. Chez notre malade l'examen des dépôts urinaires n'a pu faire déceler la plus petite cristallisation d'acide urique, d'urate de soude ou d'oxalate de chaux, et ses antécédents, tant personnels que de famille, ne permettent guère de s'arrêter à ce diagnostic.

Nous connaissons bien aujourd'hui les hématuries précoces de la tuberculose rénale hématogène et, avec les prof. Brissaud et Dieulafoy, je me suis personnellement efforcé de déterminer la valeur clinique de ce symptôme et d'en préciser les conditions pathogéniques, que j'ai cru trouver dans l'ensemencement des bacilles dans la zone glomérulaire et labyrinthique du parenchyme rénal. Mais dans les cas où le sang apparaît dans les urines au début de la tuberculose rénale, les bacilles caractéristiques sont trouvés dans le liquide, et lorsqu'ils ne peuvent être mis en évidence par l'examen bactériologique, l'inoculation de l'urine suspecte aux cobayes est presque toujours positive. A vrai dire, cette preuve par inoculation n'a pas été faite chez le sujet, dont nous discutons le diagnostic, mais la recherche directe des bacilles a été négative. Rien par ailleurs dans l'exploration de tous les organes et dans l'enquête faite sur l'état de sa santé antérieure ne rend vraisemblable l'hypothèse d'une tuberculose rénale.

Peut-être, oubliant les descriptions des livres classiques, vous représentez-vous le cancer du rein comme une maladie à symptômes bruyants, douleurs lombaires plus ou moins violentes, tumeur rénale plus ou moins volumineuse, hémorragies profuses; il n'en est rien. Si dans un assez bon nombre de cas, cette triade symptomatique existe, souvent aussi elle fait défaut. Le plus constant de ces trois symptômes est l'hématurie, offrant tous les caractères de celle qu'a présentée notre malade, à savoir : la spontanéité, les crises intermittentes que n'influencent ni le mouvement ni le repos, la coloration totale de l'urine, l'indolence et l'abondance. Nous sommes ainsi amenés à prendre en sérieuse considération l'hypothèse d'un cancer rénal chez notre malade, et nous la discuterons dans un instant lorsque nous aurons éliminé les autres affections hémorragipares du rein dans lesquelles le pissement de sang constitue à lui seul tout l'appareil symptomatique.

Parmi ces affections, je vous rappellerai pour mémoire, bien que nous ayons affaire à un malade du sexe masculin, les néphrorragies se produisant au cours de la grossesse et sur lesquelles le prof. Guyon a attiré l'attention. Les hématuries rénales hémophiliques, dont l'existence a été affirmée par des médecins de l'expérience de Senator et de Klemperer, ne sauraient être niées, mais, outre qu'elles sont exceptionnelles, on trouve toujours, dans les antécédents héréditaires du malade et dans son passé personnel, des traces de cette singulière diathèse, beaucoup plus rare dans notre pays que dans les pays du Nord et en particulier l'Allemagne, qui à elle seule compterait 48 % des cas observés. Or, nous n'avons relevé chez les

ascendants du malade, ni chez lui-même, ces hémorragies spontanées des muqueuses nasales et buccales ou provoquées dans une région quelconque par un traumatisme insignifiant, qui caractérisent la maladie et ne peuvent la laisser passer inaperçue même des yeux les plus inattentifs. Nous ne saurions non plus invoquer chez lui l'existence d'une de ces infections ou de ces intoxications qui, par des mécanismes divers, peuvent s'accompagner de néphrorragie. Sa bonne santé habituelle et sa vie régulière d'homme des champs le met, à cet égard, à l'abri de tout soupçon. L'équilibre parfait de son système nerveux doit aussi nous faire écarter la possibilité d'une hématurie angionévrotique, du genre de celles admises par Lancereaux et après lui Renaut.

Nous serions conduits, par ces éliminations successives, à ranger ces hématuries dans le cadre des hématuries essentielles, si nous ne savions que cet épithète n'a servi, jusqu'à ces derniers temps, qu'à cacher notre ignorance et qu'il résulte de la critique, à laquelle Albarran et après lui Malherbe et Legueu, dans leur remarquable rapport à la IV[e] session de l'Association française d'urologie se sont livrés, qu'il n'existe en réalité que deux observations, appartenant à Shede et à Klemperer, dans lesquelles l'examen histologique ne révéla aucune lésion histologique capable d'expliquer l'hémorragie. Dans tous les autres cas, le microscope a révélé l'existence de lésions parfois très circonscrites d'inflammation rénale.

Cette notion des hématuries dans les néphrites chroniques n'est pas nouvelle et vous en trouverez l'historique dans la thèse d'un de nos anciens élèves, le D[r] Frédéric Roi; elle a été précisée dans ces derniers temps grâce aux observations d'un certain nombre de chirurgiens qui, en présence de l'abondance et de la persistance du saignement rénal, se sont crus autorisés à intervenir.

Aux faits déjà rapportés par Albarran, Poirier, j'en ai communiqué un des plus probants à la Société de chirurgie en 1898, à la suite duquel des documents nouveaux ont été versés aux débats par Potherat, Gérard-Marchant, Demons, Tédenat. Ces observations, interprétées de la façon la plus rigoureuse, ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit : les néphrites chroniques peuvent devenir le point de départ d'hématuries, et ainsi que le font justement remarquer Malherbe et Legueu, des lésions en apparence de peu d'importance provoquent parfois des hémorragies formidables.

Pour expliquer la genèse des néphrorragies dans les néphrites chroniques doubles ou s'étendant à la plus grande partie du parenchyme d'un rein et s'accompagnant des symptômes de la grande ou de la petite urémie, on pourrait invoquer soit la diminution des principes albuminoïdes du sang, soit son altération par les toxines qui y sont retenues, mais lorsque les lésions sont unilatérales et se limitent à quelques systèmes glomérulaires cette explication ne saurait être admise. Je crois l'avoir trouvée dans les altérations anatomiques des vaisseaux de la substance corticale du rein et dans la gène que la sclérose de cette partie du rein apporte au régime circulatoire. Qu'a montré, en effet, l'examen histologique dans le cas que j'ai présenté à la Société de chirurgie? « une abondante prolifération conjonctive étouffant les vaisseaux de l'appareil glomérulaire, qui lui-même présente de l'endopéri-artérite; ailleurs on voit les glomérules chargés d'hématies, et quelques-unes ayant rompu les vaisseaux se sont répandus dans la capsule de Bowmann. » Mêmes lésions ont été notées par mon collègue Sabrazès dans le rein de la malade du prof. Demons.

Si les circonstances, dans lesquelles s'est produite l'hématurie chez notre malade, et les données de l'analyse de ses urines nous conduisent à écarter de notre diagnostic les autres affections hémorragipares du rein, que nous venons de passer en revue, elles ne sont point en opposition formelle avec la dernière, c'est-à-dire avec l'existence d'une néphrite chronique. De telle sorte qu'en définitive, c'est entre ce dernier diagnostic et celui de cancer du rein que notre choix doit se circonscrire.

Cancer ou néphrite? Voilà assurément un problème clinique qu'il ne serait venu à la pensée de personne de poser avant ces dernières années. Ces deux affections ne se traduisant, lorsqu'on est appelé à se prononcer entre elles, que par un seul ordre de symptômes, à savoir les altérations de l'urine, avons-nous, dans ces altérations chez notre malade, les éléments d'un diagnostic? L'hématurie, qui des modifications de l'urine est la plus frappante et la plus facile à analyser, ne présente dans les deux cas aucun caractère distinctif. Son abondance, sa spontanéité, ses alternatives d'apparition et de disparition ne diffèrent pas. Il nous faut donc chercher ailleurs. La présence dans les urines de cellules épithéliales atypiques, en amas plus ou moins considérables, n'a plus aucune valeur aux yeux des histologistes actuels, et il est nécessaire, pour qu'on puisse se prononcer en connaissance de cause, que l'examen porte sur des fragments de néoplasmes relativement volumineux évacués dans l'urine. Ces débris ont fait défaut chez notre malade, et l'existence de cellules épithéliales à formes irrégulières n'a même pas pu être constatée dans les dépôts. Il ne nous reste plus, comme éléments de diagnostic, que l'interprétation des résultats fournis par l'analyse chimique. Cette analyse, qui a porté sur l'urine globale et sur l'urine de chacun des deux reins, a donné :

Analyse globale

Quantité émise dans les 24 heures	1350 cc.
Densité à + 15°	1025
Réaction	acide
Couleur	jaune-rougeâtre.
Aspect	trouble.
Sédiment	assez abondant.
Urée	15 gr.50 par litre.
Acide phosphorique total (en P^2O^5)	0 gr.95 —
Chlorure de sodium	18 gr.50 —
Albumine	0 gr.80 —

Analyse de chacun des deux reins (1)

REIN DROIT

Urée	16 gr. 90 par litre
Chlorures	22 gr. 20 —

Très notable quantité d'albumine; beaucoup d'hématies; pas de cylindres; pas de bacilles de Koch.

REIN GAUCHE

Urée	7 gr. 80 par litre
Chlorures	11 gr. 10 —

Pas traces d'albumine; pas d'éléments sanguins; ni cylindres, ni bacilles.

La faible proportion d'urée relevée dans l'analyse globale des urines (15 gr. 60 par litre) serait, jusqu'à un certain point, de nature à faire penser à un néoplasme, si l'observation d'un grand nombre de cliniciens n'était venue contredire l'opinion émise à ce sujet par Thiriar. D'ailleurs, le total de ce produit excrémentitiel dans les urines obtenues par séparation quelques jours après, s'est élevé à un chiffre bien au dessus de la normale (24,70 par litre). Mais la quantité de l'urée excrétée, qui ne peut en rien étayer le diagnostic de cancer rénal, ne peut pas davantage étayer celui de néphrite. Il en est de même de la pro-

(1) J'attire l'attention sur ce résultat surprenant d'un rein saignant et partant malade, dont la fonction excrétoire n'est en rien troublée, tandis que celle du congénère paraissant cliniquement sain est notablement atteinte. L'analyse ayant été faite dans le laboratoire du prof. Denigès et *par lui même* ne saurait être entachée d'erreur.

portion des chlorures et des phosphates. La présence de l'albumine (0,80 dans l'urine globale) provenant uniquement du rein saignant, puisqu'elle faisait défaut dans l'urine du congénère obtenue par la séparation, voilà le premier élément positif de quelque valeur que nous trouvons enfin en faveur du diagnostic de néphrite chronique. Mais si nous réfléchissons que l'analyse chimique a été faite sur une urine hématique, nous serons porté à diminuer considérablement la valeur de cette donnée. L'analyse eut elle été faite même en dehors de toute hématurie, que l'albuminurie ne devrait pas nous faire rejeter l'hypothèse de cancer, car Albarran a montré que souvent il se développe, au voisinage du néoplasme, une zone plus ou moins étendue de néphrite déterminant le passage de l'albumine dans l'urine. La valeur attribuée pour le diagnostic aux cylindres et en particulier aux cylindres granuleux a peut-être été exagérée; leur présence dans les urines implique l'idée de néphrite, mais leur absence ne doit pas la faire rejeter. Ce critérium nous faisant défaut, augmente encore le champ de nos hésitations. Je ne vous signalerai, pour être complet, que le résultat de l'épreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. La présence de cette substance s'est révélée dans les urines trois quarts d'heure après l'injection pour disparaître vers la quarantième heure, indiquant ainsi l'intégrité de la fonction rénale. Mais je dois vous faire remarquer que ce résultat s'applique à l'urine globale et que, pour tirer de cette épreuve des renseignements de quelque valeur diagnostique, il nous aurait fallu recueillir séparément l'urine rénale.

Devons-nous donc nous résigner à rester dans le doute, et n'avons-nous pas de sûr moyen de reconnaître la cause déterminant le saignement du rein droit? Ce moyen, nous le trouvons dans la lombotomie complétée, s'il est nécessaire, par la néphrotomie exploratrice. L'extériorisation du rein et son incision le séparant en deux valves constituent actuellement des interventions très bénignes, auxquelles la méconnaissance de lésions rénales pouvant être graves ne doit pas hésiter à faire recourir. L'hésitation du chirurgien doit être d'autant moins grande que l'opération exploratrice peut se changer dans la plupart des cas en opération curative. C'est ainsi que, si chez notre malade je trouve, après avoir fendu le rein, quelques noyaux cancéreux disséminés dans son parenchyme ou quelques végétations épithéliales au niveau des papilles ou dans les calices, je pratiquerai séance tenante la néphrectomie. J'agirai de même au cas où, hypothèse peu vraisemblable, je rencontrerai des lésions d'infiltration tuberculeuse. Par contre, je me limiterai à la simple néphrotomie si je trouve un rein simplement volumineux, congestionné, comme étranglé dans sa capsule fibreuse elle-même épaissie et présentant par places des plaques laiteuses. Ce sont là, en effet, les caractères macroscopiques de la néphrite scléreuse susceptible de donner lieu à des néphrorragies. Dans leurs premières interventions commandées par l'abondance des hématuries au cours des néphrites chroniques, les chirurgiens se crurent obligés, pour guérir radicalement leurs malades, de pratiquer la néphrectomie. C'est ainsi qu'agirent de Keersmæcker, Poirier, Potherat, Demons et moi-même. Aujourd'hui que nous connaissons mieux la physiologie pathologique des néphrorragies et le rôle pathogénique de la congestion rénale, à l'ablation du rein on a judicieusement substitué son incision. L'expérience a démontré que le débridement du parenchyme rénal, en régularisant la circulation toujours plus ou moins embarrassée dans les néphrites et aboutissant sans peine au raptus hémorragique lorsque surviennent des poussées congestives, combat efficacement les hémorragies. Ce résultat thérapeutique, qui semblerait ne devoir être que temporaire, est demeuré définitif dans nombre d'observations. Je pense qu'on peut en trouver une explication rationnelle dans ce fait que le plus souvent les lésions de néphrite hématurique sont limitées, parcellaires, et que partant elles peuvent rétrocéder, ou bien encore évoluer en kystes ou en blocs fibreux vasculaires.

L'opération, pratiquée le 15 mars, a montré un rein plutôt petit, dur, avec quelques plaques scléreuses gaufrées à sa surface. L'examen des deux valves obtenues par son incision jusqu'au bassinet ne fait découvrir ni néoplasme ni tuberculose. Deux petits fragments prélevés ont permis de constater histologiquement les lésions caractéristiques de la néphrite. Les urines, fortement hématiques après l'opération, se sont progressivement décolorées et ont repris leur coloration au huitième jour, mais le microscope a fait constater la présence d'hématies jusqu'au dix-huitième jour. L'albumine a diminué assez rapidement sans disparaître complètement.

MÉDECINE MILITAIRE

L'aptitude au service militaire et le Parlement

Dans la discussion à la Chambre de la proposition de loi, adoptée par le Sénat en vue de modifier le recrutement de l'armée, l'aptitude physique au service militaire a été étudiée tant dans ses caractères que dans les moyens de la constater. Des propositions adoptées par les députés résulte une orientation nouvelle qui mérite d'être connue dans ses modes d'exécution. Nous allons tenter de les exposer dans cet article, en suivant les trois étapes parcourues par les législateurs, savoir : commission d'examen préparatoire, conseil de revision, aptitude physique.

I. — Commission d'examen préparatoire

Il s'agit là d'un organisme nouveau, destiné à remédier aux défectuosités de l'expertise médicale au conseil de revision, défectuosités inhérentes au fonctionnement même du conseil de revision. La commission proposée aurait pour objet d'examiner, avant le conseil de revision et à titre consultatif, l'état physique des conscrits et de les noter en tant qu'aptitudes au service militaire. Voici, du reste, la définition de cette commission d'examen préparatoire, telle que l'a rédigée la commission de l'armée :

« Art. 16. — Les opérations du conseil de revision sont précédées, dans chaque canton, par celles d'une commission d'examen préparatoire dont un règlement d'administration publique déterminera le fonctionnement.

« Cette commission est composée :

« Du sous-préfet, du secrétaire général dans l'arrondissement chef-lieu, ou du conseiller de préfecture délégué, président ;

« D'un officier de recrutement;

« D'un médecin militaire.

« Cette commission, devant laquelle les jeunes gens auront la faculté de produire tous certificats médicaux, a pour but de préparer les opérations du conseil de revision. Elle note les jeunes conscrits au point de vue de leur état physique, de leurs aptitudes, et enregistre leurs désirs relatifs à l'arme d'affectation, le tout à titre de renseignement. Toutes les pièces produites devant la commission seront annexées à l'état de renseignement fourni par elle au conseil de revision. »

L'idée de cet examen en deux temps est depuis si longtemps dans l'air, que l'on pouvait prédire d'avance l'accord sur le principe, et, de fait, la discussion n'a porté que sur des détails.

M. Bignon a fait adopter un amendement portant que la Commission siégera en présence des maires du canton dûment convoqués. De telle sorte que l'article 16 a été voté avec la modification ci-dessous du premier alinéa du dernier paragraphe :

Cette Commission, qui siégera en présence des maires du canton dûment convoqués, et devant laquelle les jeunes gens auront la faculté de produire tous certificats médicaux, a pour but de préparer les opérations du conseil de revision.

De plus, le rapporteur a donné les renseignements suivants :

Les maires siégeront à la Commission préparatoire dans les conditions où ils siègent actuellement dans les conseils de revision. Ils sont là pour donner des renseignements quand on leur en demande, et, au besoin, pour les fournir spontanément.

D'autres propositions ont été faites. M. Sabaterie qui, quoique législateur, ignore que la loi ne reconnaît pas le « médecin assermenté » — rouage illégal inventé par les préfets pour la commodité de leur administration — a demandé qu' « à défaut du médecin militaire prévu par le texte de l'article 16, la Commission comprenne un médecin civil assermenté, désigné parmi les médecins de l'arrondissement exerçant la profession dans un canton autre que celui où il est appelé à siéger. »

M. Sabaterie a proposé aussi que les jeunes gens puissent se faire assister, à leurs frais, d'un médecin civil de leur choix, dont la Commission entendra les explications. »

La Chambre a repoussé ces amendements.

M. le marquis de la Ferronnays a indiqué qu'il y aurait certains avantages à faire entrer dans la Commission deux médecins militaires au lieu d'un seul, et il a défendu sa proposition dans les termes suivants :

Il en résulterait assurément une petite dépense supplémentaire, mais elle serait largement compensée par l'examen plus complet auquel les jeunes gens seraient soumis. Ce premier examen médical est, en effet, le plus important des deux que le projet de loi institue.

Je crois, en outre, que la présence d'un deuxième médecin militaire, en introduisant un élément médical de plus dans la commission, augmenterait les garanties que nous sommes en droit d'exiger au triple point de vue de l'intérêt de la population, de l'hygiène de l'armée et des finances publiques.

Cette proposition n'a pas été admise pas plus que celle de M. de Maillé, duc de Plaisance, relative à l'entrée dans la Commission du conseiller général et du conseiller d'arrondissement.

II. — Conseil de revision.

Sa composition est définie par l'article 17 ainsi conçu :

Le Conseil de revision est composé :

« Du préfet, président ; à son défaut, du secrétaire général, et, exceptionnellement, du vice-président du Conseil de préfecture ou d'un conseiller de préfecture délégué par le préfet ;

« D'un conseiller de préfecture désigné par le préfet ;

« D'un membre du Conseil général du département autre que le représentant élu dans le canton où la revision a lieu, désigné par la Commission départementale, conformément à l'article 82 de la loi du 10 août 1871 ;

« D'un membre du Conseil d'arrondissement, autre que le représentant élu dans le canton où la revision a lieu, désigné comme ci-dessus, et, dans le territoire de Belfort, d'un deuxième membre du Conseil général ;

« D'un officier général ou supérieur désigné par l'autorité militaire .. »

« Un sous-intendant militaire, le commandant de recrutement, un médecin militaire autre que celui qui a fait partie dans la même année, dans le même canton, de la Commission d'examen préparatoire prévue à l'article 16 ou, à défaut, un médecin civil désigné par l'autorité militaire assistent aux opérations du Conseil de revision. Le Conseil ne peut statuer qu'après avoir entendu l'avis du médecin.

« Cet avis est consigné dans une colonne spéciale, en face de chaque nom, sur les tableaux de recensement.

« Le sous-intendant militaire est entendu dans l'intérêt de la loi toutes les fois qu'il le demande et peut faire consigner ses observations au procès-verbal de la séance.

« Le sous-préfet de l'arrondissement et les maires des communes auxquelles appartiennent les jeunes gens appelés devant le Conseil de revision assistent aux séances. Ils ont le droit de présenter des observations.

« En cas d'empêchement des membres du Conseil général ou du Conseil d'arrondissement, le préfet les fait suppléer d'office par des membres appartenant à la même assemblée que l'absent ; ces membres, désignés d'office, ne peuvent être les représentants élus du canton où la revision a lieu.

« Si, par suite d'une absence, le Conseil de revision est réduit à quatre membres, il peut néanmoins délibérer lorsque le président, l'officier général ou supérieur et deux membres civils restent présents ; la voix du président n'est pas prépondérante. La décision ne peut être prise qu'à la majorité de trois voix. En cas de partage, elle est ajournée.

« Dans les colonies, les attributions du préfet, des conseillers de préfecture et des conseillers d'arrondissement sont dévolues aux gouverneurs ou à leurs délégués, aux conseillers privés et aux conseillers généraux. Dans les colonies, où il n'existe ni conseil privé, ni conseils généraux, des décrets régleront la composition des Conseils de revision.

« Le Conseil de revision juge en séance publique.

« A l'ouverture de la séance, les tableaux de recensement de chaque commune sont examinés, ils sont lus à haute voix. Les jeunes gens, leurs parents ou représentants sont entendus dans leurs observations.

« Le Conseil de revision statue sur les réclamations présentées ainsi que sur les causes d'exemption prévues par l'article 18 de la présente loi.

« Il examine la situation des omis et prend, à leur égard, l'une des décisions suivantes :

« Sont excusés ceux qui, ayant déposé, huit jours au moins avant la réunion du Conseil, une demande tendant à justifier leur non inscription sur le tableau de recensement des années précédentes, prouvent que l'omission de leur nom sur ce tableau ne peut être imputée à leur négligence.

« Seront, au contraire, annotés comme devant être incorporés dans les troupes coloniales et pourront être envoyés aux colonies :

« 1° Les omis condamnés par les tribunaux par application de l'article 79 ci-après ;

« 2° Ceux dont les excuses n'auront pas été admises.

« Dans les cas où une intention frauduleuse aurait été relevée, le Conseil renverra ces jeunes gens devant les tribunaux.

« Le Conseil de revision se transporte dans les divers cantons.

« Sauf en cas de mobilisation, il ne peut opérer le même jour que dans un seul canton. »

« Les jeunes gens portés sur les tableaux de recensement ainsi que ceux des classes précédentes qui ont été ajournés, conformément à l'article 20 ci-après, sont convoqués, examinés et entendus par le Conseil de revision au lieu désigné. Ils peuvent faire connaître l'arme dans laquelle ils désirent être placés.

« S'ils ne se rendent pas à la convocation, s'ils ne s'y font pas représenter ou s'ils n'ont pas obtenu un délai, il est procédé comme s'ils étaient présents et ils sont considérés comme aptes au service armé. »

A propos de cet article 17, on a bataillé ferme. Certains députés avaient déposé un amendement pour que le conseil eut comme expert, en dehors du médecin militaire, « un médecin civil désigné par le conseil. »

La défense de cet amendement a commencé par une charge à fond de train contre les médecins militaires, conduite par notre confrère le Dr Meslier, qui s'est exprimé ainsi :

Si, d'accord avec mon collègue Constans, nous déposons cet amendement, c'est que nous sommes instruits par une douloureuse expérience ; c'est que nous avons vu trop souvent, dans les conseils de revision, des médecins militaires, non seulement reconnaître bons des malades, des dégénérés, des affaiblis, des anémiés, des surmenés, incapables de faire des soldats, mais ajouter à leur décision le refus aussi ironique que motivé, de prendre connaissance des certificats délivrés par un médecin civil.

Et, comme M. Pourteyron disait que tout cela était changé depuis longtemps, M. Maurice Allard s'écria : « *combien sont morts par la faute des médecins militaires.* »

M. le rapporteur, disant à son tour que les médecins militaires ne refusaient plus les certificats des médecins civils, M. le Dr Meslier de répondre : *Encore aujourd'hui, ils le refusent systématiquement et avec insolence.*

M. Paul Constant d'abonder dans le même sens :

Je suis obligé de dire qu'ayant assisté, pendant huit ans, soit comme maire, soit comme conseiller général aux opérations de revision, j'ai constaté, à toutes les séances, que les certificats apportés par les conscrits et émanant de médecins civils étaient dédaigneusement mis de côté.

Les réflexions de M. Maurice Allard accompagnées — d'après l'*Officiel* — par du « *bruit*, » celles de M. Paul Constant qui donnèrent lieu à des « *dénégations sur divers bancs* », amenèrent à la tribune M. Lasies, qui donna

aux orateurs précédents la petite leçon que voici :

Mes chers collègues, il ne faut pas jeter *a priori* la suspicion sur un corps de médecins essentiellement respectable, comme vient de le dire M. le rapporteur, qui apporte à l'examen des conscrits une parfaite probité et une complète impartialité.

M. Lasies était, dans le cas particulier, si bien l'interprète de la Chambre, que M. le Dr Meslier fit volte-face.

Messieurs, dit-il, il n'est pas entré un seul instant dans notre esprit de porter un soupçon quelconque sur la bienveillance, la droiture de conscience et, par conséquent, sur la justice professionnelle des médecins militaires.

D'une façon générale, je ne mets en doute ni leur science, parce qu'elle ne peut pas l'être, ni leur bonne volonté, parce que je la connais. Je sais qu'ils sont à la hauteur de leur tâche, surtout depuis qu'ils semblent avoir été rénovés par un ordre d'enseignement nouveau, et qu'ils se sont peu à peu libérés des entraves de l'obéissance passive.

Cette évolution, quelque habile qu'elle fut, venait trop tard; la Chambre avait vu qu'il s'agissait d'une plateforme électorale ; elle ne donna pas dans le panneau.

M. Lucien Millevoye démontra que le système proposé aboutissait à un débat contradictoire devant le conseil de revision entre le médecin militaire et le médecin civil. Puis il porta un coup droit à M. Meslier, en lui demandant pourquoi le médecin civil aurait une compétence et des lumières supérieures à celles du médecin militaire.

M. Tournade fit remarquer que, si chaque conscrit devait être accompagné du médecin le connaissant particulièrement, il y aurait à la porte des conseils de revision autant de médecins que de conscrits.

M. le président de la Commission objecta, de son côté, que la création de la commission d'examen préparatoire parait aux inconvénients signalés par M. Meslier dans le fonctionnement des conseils de revision.

Enfin le lieutenant-colonel Rousset démontra l'inutilité pratique de l'amendement par le dilemne suivant :

Ou bien le médecin militaire sera assisté du médecin de la famille, qui seul connaît le conscrit, ou il le sera d'un médecin désigné d'office qui ne le connaît pas plus que lui-même.

Il n'est donc pas nécessaire d'avoir deux médecins.

La discussion, close sur ces mots, l'amendement fut rejeté par 445 voix contre 119.

En revanche, la Chambre adopta l'amendement suivant, qui doit être placé après le § 7.

Tout conscrit qui en fera la demande appuyée d'un certificat de médecin, pourra être l'objet d'un examen spécial et séparé.

Telles sont les dispositions législatives adoptées par la Chambre pour le fonctionnement des conseils de revision, mais, dans la discussion il a été dit par le rapporteur des paroles d'une gravité d'autant plus inquiétante pour les médecins militaires, que le ministre de la guerre a semblé, par son silence, s'associer à ces menaces. D'après l'*Officiel*, M. le rapporteur s'est exprimé ainsi :

Les jeunes gens ont le droit de se présenter à la Commission préparatoire d'examen munis de tous les certificats dont ils ont besoin : certificats des médecins traitants, certificats des médecins consultants, ils ont le droit de tout apporter, et la commission a le devoir de prendre connaissance de ces attestations; non seulement elle ne peut pas les négliger, mais elle est obligée d'en prendre acte et de les annexer au procès-verbal des opérations.

Ces pièces, le conseil de revision en aura ensuite connaissance, et, par conséquent, vous voyez que la responsabilité des médecins militaires serait gravement engagée, le jour où ils passeraient outre à des certificats de ce genre, sans un très minutieux examen.

Si plus tard, en effet, le jeune homme est reconnu impropre au service militaire, s'il est atteint, au cours de son service, d'une maladie qui soit attribuable à un état physique signalé à la Commission préparatoire et au conseil de revision, la responsabilité des médecins militaires se trouvera nettement établie.

Dans son argumentation, M. le rapporteur revient encore sur cette épée de Damoclès suspendue sur la tête du médecin militaire :

Par conséquent, le conseil de revision aura sous les yeux et pourra contrôler les certificats qui seront annexés au procès-verbal. Et ne croyez-vous pas qu'un certificat qui suivra partout le dossier et à l'encontre duquel un médecin militaire se sera prononcé, n'engagera pas plus sa responsabilité, si le certificat vient à être reconnu exact, que ne le fera la joûte oratoire qui aura lieu dans le conseil de revision et dont il ne restera aucune trace ?

C'est avec une profonde stupeur que nous avons vu cette étrange menace de la responsabilité à longue échéance des experts médicaux, ne pas susciter la moindre objection de la part des médecins et des légistes qui font partie de la Chambre. Ils attendront, sans doute, pour en comprendre les effets désastreux, que la mesure soit appliquée devant les tribunaux civils.

Quoi qu'il en soit, bien imprudent sera, désormais, le médecin militaire qui ne contresignera pas tous les certificats qui lui seront présentés. Il s'exposera, non seulement aux plus graves responsabilités personnelles, mais il risquera de mettre le ministre de la guerre en mauvaise posture devant le Parlement.

Aussi, nous verrons probablement, dans la prochaine instruction élaborée rue Saint-Dominique, à l'usage du conseil de revision, une phrase comme celle-ci :

« Le médecin militaire désigné comme expert près un conseil de revision est tenu, sous sa responsabilité personnelle (militaire, civile et pécuniaire), d'émettre un avis conforme aux certificats des médecins civils qui seront présentés au conseils. »

Serait-il bien nécessaire d'envoyer pour cela un médecin militaire? Ne serait-ce pas plutôt l'affaire des employés de l'enregistrement !

Dr Noel.

(*A suivre.*)

P. S. — Il serait intéressant de savoir si M. le rapporteur accepterait aussi facilement la responsabilité ultérieure de ses collègues, les agents de change, dans les pertes d'argent subies par leurs clients dans les placements faits d'après leurs conseils.

Dr N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin

Traitement de l'ulcère hémorragique de l'estomac par la gastro-entérostomie

M. Quénu. — Je suis d'accord avec mes collègues pour regarder la gastro-entérostomie comme l'opération de choix contre les hémorragies de l'ulcère de l'estomac, en particulier dans cette variété où l'ulcère a de la tendance à la réparation. Je reconnais qu'il peut être difficile de le savoir, cependant je crois qu'il faut maintenir cette division, quoi qu'elle soit une division factice. M. Hartmann en a fait la critique, mais je me demande quelles sont les divisions cliniques qui ne sont pas factices. Toutefois, bien que la gastro-entérostomie soit l'opération de choix, ce n'est pas une raison pour ne pas chercher s'il n'y a pas mieux à faire dans les cas spéciaux que j'ai signalés.

J'ai été surpris d'entendre M. Tuffier soutenir que ces opérations se comptaient par milliers. Notre collègue n'a pas dû, comme moi, n'envisager que les ulcères qui saignent et continuent de saigner. Les interventions, dans ces cas, ont été peu nombreuses. Ainsi Ricard, sur 100 opérations, n'en mentionne que quatre ou cinq, et Monprofit, sur 150, 9 seulement.

M. Tuffier. — Je ne me rappelle pas le texte de ma communication, mais, en effet, je n'ai observé que 8 ou 9 cas analogues à ceux que vise M. Quénu.

Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien

M. Chaput. — J'ai recueilli sept observations d'appendicite à prolongement pelvien dans lesquelles j'ai fait quatre fois l'incision rectale et trois fois la colpotomie antérieure ou postérieure. J'ai eu sept succès.

Si l'on étudie les voies d'accès de ces abcès, on sait que la voie sacrée et la voie périnéale nécessitent une plaie large et profonde, rendent l'asepsie compliquée et sont d'accès difficile.

La voie abdominale expose à l'éven-

tration, aux fistules stercorales, elle draine mal, elle est mauvaise pour les collections hypogastriques médianes, enfin elle donne une mortalité considérable.

La voie vaginale est excellente chez les femmes déflorées, elle expose à l'hémorragie, mais on l'arrête facilement avec une grosse éponge vraie.

La *voie rectale*, préconisée en France par Jaboulay et ses élèves et par Bérard et Patel, présente les avantages suivants : elle ne nécessite pas l'anesthésie générale; l'opération est simple et rapide; la plaie est insignifiante; le drainage est déclive; il n'y a pas d'éventration; la guérison se fait en huit à dix jours et la mortalité de Jaboulay, Rotter, Chaput est absolument nulle sur 43 opérations.

M. Bonnet lit une communication sur un cas de *section de la branche motrice du radial dans la traversée du court supinateur.* Suture du nerf. Bon résultat.

Mme Nageotte lit une observation concernant l'*allongement du membre inférieur gauche chez un enfant.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juin

Origine artérielle du bruit de rouet

M. A. Bergé. — Le bruit de rouet ou bruit de diable, qui s'entend avec une intensité particulière par l'auscultation du cou chez les chlorotiques, est attribué classiquement au courant veineux dans les jugulaires. Or, cette théorie de l'origine veineuse du bruit de rouet, malgré le crédit unanime dont elle jouit, est erronée. Le bruit de rouet est d'origine artérielle et prend naissance au cou, dans les carotides.

L'origine veineuse de ce phénomène stéthoscopique est, en effet, inacceptable en raison des considérations suivantes qui sont, par contre, tout à fait favorables à la théorie de l'origine artérielle.

1° Le caractère essentiel du bruit de rouet est d'être un bruit continu; il ne peut être produit que par un courant, lui-même continu. C'est le cas du courant sanguin dans les artères dont la paroi élastique emmagasine et transforme l'effort intermittent du cœur. Ce n'est pas le cas des gros troncs veineux voisins du cœur, dont, pendant la durée de chaque systole auriculaire, la déplétion est suspendue et, par suite, le courant entravé ou ralenti.

2° Le murmure ronflant ou bourdonnant du bruit de rouet offre des renforcements qui, d'après les observations de l'auteur, sont en nombre égal et exactement synchrones aux systoles ventriculaires et aux pulsations artérielles. La production de ces renforcements systoliques dans les veines dont le courant n'est pas influencé normalement par les contractions ventriculaires est inadmissible. Elle s'explique, au contraire, très simplement dans les artères par le renforcement momentané de pression et de vitesse du courant qui constitue chaque onde ou pulsation systolique.

3° De même lorsque, comme dans un cas d'arythmie cardiaque observé par l'auteur, on constate nettement la disparition ou l'atténuation des renforcements du bruit de rouet correspondant aux systoles ventriculaires avortées, la seule explication convenable est celle de l'origine artérielle du bruit.

4° D'une manière générale, il n'est pas vraisemblable que des vibrations sonores aussi intenses que le sont très souvent celles du bruit de rouet puissent se produire dans les veines où la vitesse est assez faible et la pression tout à fait insignifiante (de 0 à quelques millimètres de mercure). Les artères qui réalisent précisément des conditions inverses de haute tension (environ un quart d'atmosphère dans les carotides) et de forte vitesse (environ 33 centimètres à la seconde) offrent, au contraire, le milieu le plus favorable à la production d'un tel bruit.

5° Les mêmes remarques s'appliquent peut-être avec plus de force encore au frémissement cataire ou thrill continu, phénomène artériel par excellence qui est parfois la manifestation tactile du bruit de rouet.

6° L'origine artérielle du bruit de rouet s'appuie encore sur les observations dans lesquelles on peut, sous certaines conditions, transformer *in situ* le bruit de rouet continu en souffles distincts ayant tous les caractères des souffles systoliques de compression artérielle et réciproquement.

7° Elle s'appuie enfin sur les modifications (atténuation ou suppression) qu'une compression limitée et légère sur la carotide à la partie supérieure du cou fait subir au bruit de rouet.

En somme, le bruit de rouet, souvent très sonore, continu dans sa vibration et renforcé dans son intensité à chaque systole ventriculaire offre une véritable *image auditive* de la circulation artérielle dont les caractères essentiels sont précisément : haute tension et forte vitesse, continuité du courant, renforcements systoliques de ce courant (ondes systoliques).

La théorie artérielle du bruit de rouet a, de plus, certaines conséquences dont la vérification clinique constitue une nouvelle preuve de son exactitude. Elles feront l'objet d'une prochaine communication.

Hypochloruration et hyperchloruration sans bromure dans l'épilepsie

M. Toulouse. — Depuis que j'ai montré, avec M. Charles Richet, l'influence du sel sur l'action du bromure dans le traitement de l'épilepsie, un grand nombre de travaux, inspirés par d'autres idées, sont venus montrer l'importance du chlorure de sodium dans l'équilibre osmotique, et, par là, dans la nutrition générale de l'organisme. Dans ces conditions, on pouvait se demander si l'hypothèse que nous avions présentée pour expliquer le fait nouveau que nous avions mis en lumière, était bien l'explication la plus probable. Nous pensions, en effet, qu'en privant les tissus de chlorure, leur besoin en ce sel et — à défaut — pour d'autres corps voisins, les rendrait plus sensibles au bromure. Or, une autre explication pourrait, à la rigueur, être faite. Est-ce que, dans nos expériences, le sel n'agirait pas, par sa seule présence, en dehors du bromure, pour modifier, par exemple par les changements de tension osmotique, la vie des tissus, et notamment du tissu nerveux, et provoquer des conditions plus épileptogènes?

J'ai voulu reprendre cette question et rechercher si le sel donné en excès ou en défaut chez des épileptiques, soumises les unes au régime lacté et les autres au régime ordinaire, *mais non traitées par le bromure*, paraissait avoir une action sur la marche de l'épilepsie. C'est le résultat de ces expériences que j'apporte à la Société. Des quantités quotidiennes de chlorure de sodium, variant de 2 gr. à 25 gr., et données alternativement chez les mêmes malades pendant des périodes où toutes les autres conditions restaient constantes, n'ont eu aucun effet sur la fréquence des accès des épileptiques. Ces résultats négatifs sont importants car ils circonscrivent le champ de l'explication de ce fait nouveau, dont l'intérêt, en pathologie générale, est notable.

Arthropathie syphilitique à forme douloureuse chez un enfant de quatre ans

MM. Méry et E. Terrien. — Dans cette observation, les signes étaient ceux de tumeur blanche du genou, avec phénomènes douloureux accentués. De plus, la mère de l'enfant était atteinte de tumeur blanche du poignet.

Cependant l'existence d'une kératite interstitielle fit soupçonner la syphilis; de fait, les arthropathies cédèrent très vite au traitement mercuriel.

Les auteurs tirent de ce cas les conclusions suivantes : en présence d'arthropathies à forme de tumeur blanche, il faut souvent soupçonner la syphilis et tenter le traitement spécifique.

L'existence de phénomènes douloureux ne suffit pas à faire rejeter le diagnostic d'arthropathie syphilitique.

Rupture de l'ascite à l'ombilic

M. **Merklen** communique, au nom de M. **Coches** (d'Alger), l'observation d'un homme atteint d'une cirrhose du foie, qui avait subi 48 ponctions, quand se produisit une rupture de l'ombilic distendu. Précédemment il y avait eu une eschare, suivie d'une ulcération. Quand la rupture eut lieu, l'écoulement du liquide

terminé, on obtura la plaie avec du collodion. Il y eut une amélioration incontestable après cette rupture. Le malade resta 73 jours sans qu'on fût obligé de le ponctionner. Six mois après l'accident, il succomba à une pneumonie.

Cette amélioration, dit M. Merklen, est en contradiction avec les données courantes, car on estime qu'après ces ruptures d'ascite la mort survient fatalement et assez rapidement. Le fait rapporté par M. Cochez permet de supposer qu'il y a, cependant, une conduite à tenir en pareil cas et qu'on ne doit pas demeurer inactif devant ces ruptures.

M. Siredey se rappelle avoir vu, en 1880, une femme atteinte de péritonite tuberculeuse chez laquelle se produisit une rupture au niveau de l'ombilic. Il s'écoula alors non seulement du liquide en abondance, mais des paquets de substance coagulée. La malade guérit.

M. Merklen. — Il est certain que les anciens faisaient de la rupture de l'ascite un processus de guérison.

Diabète et mal perforant plantaire

M. Mosny communique le cas d'un diabétique qui n'avait comme manifestation nerveuse qu'un mal perforant plantaire double et symétrique. Une lymphocytose notable du liquide céphalo-rachidien indiquait que les centres nerveux étaient touchés. Chez d'autres diabétiques ne présentant pas de troubles nerveux on ne trouva pas de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Dufour demande si, étant donnée la fréquence de la syphilis dans les antécédents des diabétiques, l'absence de réflexes constatée chez ces malades ne serait pas une forme de tabes fruste d'origine syphilitique.

M. Le Gendre ne le pense pas. Il a vu, chez des diabétiques nullement syphilitiques, les réflexes reparaître et disparaître suivant l'état du malade et la quantité de sucre.

Statistique de 800 cas de diphtérie

M. H. Barbier. — Depuis le mois d'avril 1902 au mois de novembre 1903 j'ai soigné 763 diphtériques dans mon service de l'hôpital Hérold, avec 660 guérisons et 103 morts, en chiffre brut, soit : mortalité, 13,5 %. Si on enlève les malades amenés mourants et morts avant vingt quatre heures, il ne reste plus que 71 morts sur 731 entrants : soit 9,7 % de mortalité.

Les *formes* de la diphtérie sont importantes à séparer.

Dans la *diphtérie pure*, 163 angines ont donné 163 guérisons et 30 croups 30 guérisons, soit en tout 193 malades. Ici la maladie, sous l'influence du sérum, évolue en trois ou quatre jours; les croups sont peu nombreux et 35 % seulement de ces croups doivent être tubés.

Dans la *diphtérie associée bénigne*, 247 angines avec 4 morts, 64 croups avec 1 mort, en tout 306 malades avec 5 morts, soit 1,5 % de mortalité. La maladie évolue en trois à cinq jours, les croups sont plus fréquents (21 %) et 87 % de ces croups doivent être tubés.

Dans ces deux formes le tubage est unique.

Dans la *diphtérie associée grave*, 97 angines avec 23 morts, 46 croups avec 27 morts; en tout 143 malades avec 50 morts, soit 35 % de mortalité. La maladie évolue en six ou sept jours, quelquefois davantage; les paralysies, les accidents cardiobulbaires, la néphrite, les complications septiques, etc. sont fréquents. Les croups avec ou sans diphtérie bronchique sont fréquents : 32 %, et le tubage presque fatal.

Dans la diphtérie *hémorragique*, 27 cas, dont 4 croups seulement avec 16 morts, soit 59 % de mortalité, due presque exclusivement aux accidents d'intoxication diphtérique.

La diphtérie dans la *scarlatine* donne 40 % de mortalité par angine et, dans la *rougeole*, 56 %, due surtout au croup et aux complications broncho-pulmonaires.

L'importance des *paralysies précoces*, comme signe pronostique de mauvais augure, est grande. 31 fois sur 100, quand elles surviennent avant le quatrième jour, elles annoncent la mort. Elles sont surtout fréquentes dans les formes graves (25 %).

9 fois on a noté des *récidives* survenant de un à onze mois après la première atteinte. Ces récidives affectent souvent la *forme prolongée*. Ces dernières ont été observées 41 fois, soit sous forme d'angine, de croup nécessitant des tubages successifs, ou d'accidents toxiques tardifs.

Parmi les causes d'aggravation de la diphtérie, il faut mettre au premier rang, avec le jeune âge, *le retard dans l'inoculation*. La plupart des formes graves observées étaient à leur entrée au quatrième jour au moins de la maladie.

La dose initiale de sérum doit être, toutes choses égales d'ailleurs, en raison de la forme plus ou moins grave de la maladie. Dans les jours qui la suivent, on doit réinoculer, si les fausses membranes ne tombent pas, si elles se reproduisent, si le tirage persiste, si les phénomènes d'intoxication persistent ou reparaissent après que les fausses membranes sont tombées.

La sérothérapie, contre les paralysies et les accidents nerveux graves tardifs, n'a pas donné assez de résultats pour qu'on en puisse tirer des conclusions. Dans certains cas elle a semblé amender les paralysies.

Quant à l'intervention opératoire, peut être faut-il préférer la trachéotomie au tubage chez les malades amenés mourants, chez ceux qui ne sont pas soulagés par leur tube et chez qui on est en droit de soupçonner la diphterie trachéobronchique et, enfin, chez les rougeoleux dont le tirage se prolonge.

M. Menétrier communique une observation de polynévrite blennorragique terminée par la mort.

L'examen histologique a montré que les lésions étaient au maximum aux nerfs périphériques, et au minimum en se rapprochant des centres.

G.

DÉPARTEMENTS

Un nouveau sel mercuriel soluble injectable : le salicylarsinate de mercure

Le Dr **Coignet**, chef de laboratoire de la clinique du prof. Gailleton à l'Antiquaille, vient de faire une communication à la Société nationale de médecine de Lyon (séance du 30 mai 1904) sur les intéressants résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la syphilis, avec un nouveau sel mercuriel soluble injectable : le salicylarsinate de mercure (1).

La composition chimique de ce sel arsenico-mercuriel présente cette particularité, que tout à la fois le mercure et l'arsenic s'y trouvent à l'état *dissimulé*, c'est-à-dire non décelables par les réactifs ordinaires de ces deux corps. Or, l'on sait que les sels à métal ou à métalloïde *dissimulé* ont une toxicité plus faible que ne le comporte la quantité du métal ou du métalloïde qui entre dans leur composition. Dans le cas particulier, cette diminution de toxicité est considérable, ce qui a engagé M. Coignet à expérimenter ce nouveau sel, d'autant que les propriétés reconstituantes de l'arsenic permettaient de penser qu'avec le produit en question on pourrait obtenir tout à la fois l'effet curatif spécifique du mercure et l'action tonique de l'arsenic.

Naturellement, on procéda tout d'abord à des expériences sur les animaux, et elles furent très encourageantes.

Dans toutes ces expériences, ainsi que dans les essais faits sur l'homme, M. Coignet se servit exclusivement de salicylarsinate de mercure préparé par les laboratoires Clin, où il a été découvert et dénommé Enésol.

Il se présente sous l'aspect d'un sel amorphe blanc, soluble dans l'eau, à raison de 4 centigr. par cc. et dont la solution peut être stérilisée par la chaleur sans se décomposer. Sa teneur en mercure est de 38,46 %, et en arsenic métalloïdique de 14,4 %. Un centigramme d'Enesol correspond donc presque à 0 gr. 01 de biiodure (exactement à 0 gr. 0087).

Les expériences de M. Coignet lui montrèrent que, chez le lapin adulte, une dose massive de 0 gr. 10 par kilog d'animal, et contenant 0 gr. 038 milligr. de mercure, n'incommodait pas l'animal, dont la mort ne survint qu'à une dose triple, c'est-à-dire avec 0 gr. 30 par kilog, soit 0 gr. 114 de mercure.

Avec le bi-iodure une seule dose de 0 gr. 001 milligr. 5 par kilog trouble profondément l'animal et la mort survient après trois doses semblables.

(1) Voir *Lyon médical* du 12 juin 1904, p. 1168.

Cette toxicité du sel injecté à dose massive élucidée, on rechercha alors les conséquences des injections quotidiennes à faibles doses. Un lapin pesant 2 kilogr. 600 a reçu, pendant deux mois et demi, des injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 0104, qui ont été parfaitement supportées, et le poids de l'animal s'est accru de 260 grammes pendant cette période.

M. Coignet songea alors à essayer chez l'homme l'Enesol, il le fit sous la direction du prof. Gailleton, qui lui a même fourni des observations personnelles.

Partant des expériences faites sur le lapin, on peut supposer qu'un homme du poids moyen de 60 kilog supporterait une dose massive de 6 grammes de salicylarsinate de Hg. Dans ses essais, M. Coignet s'est tenu bien loin de cette quantité et n'a jamais eu besoin de dépasser la dose de 12 centigr. correspondant à 0 gr. 046 milligrammes de mercure métallique.

Il s'est servi exclusivement de la solution titrée à 3 centigr. par cc. d'eau, avec laquelle il y a fait 800 injections, en se servant de la seringue entièrement métallique. Elles ont été pratiquées en pleins muscles dans la région fessière, pendant vingt jours consécutifs avec dix jours de repos entre chaque série. Généralement, elles étaient de 2 cc. de la solution, ce qui fait 6 centig. de salicylarsinate.

Le premier point sur lequel insiste l'auteur « c'est le peu de douleurs pour quelques-uns; l'absence de douleurs pour d'autres, que présente l'injection. » Et il ajoute à bon droit que ce fait a son importance pour un malade obligé de marcher immédiatement après la petite opération et de se livrer quelquefois, aussitôt après, à un travail plus ou moins pénible.

Dans son travail, M. Coignet revient souvent sur le peu de douleur de l'injection, bien mise en évidence par le fait suivant : l'Enesol venant à manquer à la clinique on dut, pour ne pas interrompre le traitement, le remplacer par des injections de biiodure. Au bout du deuxième jour, sur les 12 malades qui venaient quotidiennement, 3 seulement se présentèrent pour subir leur injection, les autres refusèrent, déclarant que les injections de la veille les avaient fait trop souffrir et réclamant le traitement primitif.

Quant aux résultats thérapeutiques obtenus, M. Coignet les résume ainsi :

« Au point de vue curatif, si nous parcourons nos observations dont nous n'avons pas l'intention d'imposer la lecture fatigante, nous dirons que nous avons l'impression générale qu'il s'agit là d'un bon médicament à effet sûr et rentrant dans la catégorie des « bons sels » qui doivent être pris en sérieuse considération par le praticien.

« Nous avons vu à maintes reprises des malades qui étaient affaiblis, anémiés, reprendre du poids et des forces avec le traitement. Cette action tonique, due à l'arsenic « dissimulé », a, croyons-nous, une réelle importance. »

Action des rayons X dans un cas de leucémie splénique

MM. Th. Guilloz et L. Spillmann ont soumis à l'action des rayons X une malade atteinte de leucémie splénique. Tous les moyens thérapeutiques actuellement indiqués, y compris les injections arsenicales intra-parenchymateuses, avaient été successivement utilisés sans que le résultat eut été bien satisfaisant. C'est en présence d'un état grave, dont l'issue ne semblait pas faire de doute, et connaissant d'autre part les résultats favorables obtenus par les rayons X dans deux cas de leucémie (1), que M. le prof. P. Spillmann songea à faire pratiquer le traitement radiothérapique.

Cette observation — communiquée à la réunion biologique de Nancy (séance du 10 mai) — se présente avec la valeur d'une expérimentation, car l'un des opérateurs appliquait la radiographie dans des conditions aussi définies que possible, tandis que l'autre suivait la malade par des analyses de sang répétées sans être au courant du traitement pratiqué, pendant que M. le prof. P. Spillmann observait la malade au point de vue clinique.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-sept ans qui présentait depuis deux ans des symptômes de leucémie splénique. Anémie profonde avec souffle mésocardiaque intense, rate débordant de cinq travers de doigt les rebords des fausses côtes, hémorragies sous-cutanées, épistaxis, amaigrissement considérable, entérite chronique.

Les opérateurs ont limité l'action des rayons à la zone splénique.

Après chaque série d'application des rayons il y eut des modifications du sang caractérisées par la diminution des éléments globulaires, mais surtout des leucocytes. Il y eut cependant, une fois, augmentation des globules rouges pendant le traitement, tandis que les globules blancs diminuaient. Les formules leucocytaires furent également modifiées.

Constamment en rapport avec la diminution des leucocytes, M. P. Spillmann observa une diminution de la rate et une amélioration de l'état général. Les épistaxis cessèrent dès les premières séances Il y en eut cependant quelques-unes lors de l'interruption principale du traitement.

Les auteurs concluent qu'il est possible d'agir sur les tissus profonds sans qu'il se manifeste de lésions superficielles, qu'on peut ainsi obtenir une action sur les organes hématopoïétiques et sur le sang qui s'est manifestée, dans ce cas de leucémie, par une diminution des globules blancs; qu'il est possible, vu les manifestations cliniques concomitantes, d'utiliser cette action dans un but thérapeutique. En comparaison de l'état cachectique dans lequel la malade se trouvait il y a dix-huit mois, on peut dire qu'il s'est produit chez elle une véritable transformation.

G.

(1) Senn (de Chicago). — *Med. Record*, 1903, 22 août ; Bryant et Crane-Bangor. — *Med. Record*, 1904, 9 avril.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Le méd. princ. de 1re cl. :

M. Testevin, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Tours.

Les méd. princ. de 2e cl. :

M. Pouchet, à l'hôp. mil. de Bordeaux.
M. Hassler, méd.-chef des salles mil. de l'hosp de Saint Etienne.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Berthier, à l'hôp. mil. de Bordeaux.
M. Biot, à l'hôp. d'eaux minérales d'Amélie-les-Bains.
M. Baudisson, à l'hôp. mil. de Bourges.
M. Simonin, à l'hôp. milit. Saint-Martin, à Paris (prov.), et dét. au minist. de la guerre (7e dir.).
M. Mitry, au 47e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Cherpitel, au 32e d'art.
M. Spillmann, au 120e d'inf.
M. Guillaume, au 19e chass. à pied.
M. Beaujean, au 16e dragons.
M. Capillery, au 89e d'inf.
M. Oui, maintenu au 98e d'inf.
M. Velten, à l'orphelinat Hériot.
M. Gorse, au 10e chass. à pied.
M. Beauliès, au 15e dragons.
M. Blanchard, au 3e tirailleurs.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Imbert, au 102e d'inf.
M. Fournereaux, au 116e d'inf.
M. Combe, hôp. mil. de la div. d'Alger.
M. Deyrolle, au 48e d'inf.
M. Letainturier de la Chapelle, au 3e tirailleurs.
M. Clément, aux hôp. mil. de la div. de Tunisie.
M. Julien-Laferrière, au 4e bat. d'inf. lég. d'Afrique.

Les méd. aides-majors de 2e cl. :

M. Henry, au 39e d'inf.
M. Bodin, au 34e d'art.
M. Gallouin, au 127e d'inf.
M. Martin, au 24e chass. à pied.
M. Ragot, au 2e chass. à pied.
M. Rondot, au 11e dragons.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LEGS MARJOLIN

Par son testament en date du 1er novembre 1894, le Dr Marjolin (René Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5161 fr.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait

remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an : du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

ASSISTANCE PUBLIQUE

AVIS

A MM. les élèves externes des hôpitaux et hospices.

Par un arrêté en date du 17 mai 1904, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, les modifications suivantes ont été introduites dans les articles ci-après du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices, savoir :

Art. 130. — Les élèves externes sont nommés pour deux ans.

Ils peuvent être prorogés successivement pendant une troisième, une quatrième, une cinquième et une sixième année par arrêté du directeur de l'Administration sur le vu de leurs notes confidentielles.

Art. 159. — Avant l'expiration de chaque année, le directeur de l'Administration arrête la répartition des élèves entre les divers établissements et services auxquels ils doivent être attachés pendant l'année suivante.

En vue de cette répartition, chaque année, au mois de mars, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes chefs de service transmettent au Service du personnel de l'Administration les noms des élèves internes de deuxième, troisième ou quatrième année, et ceux des élèves externes de deuxième, troisième, quatrième, cinquième ou sixième année, qu'ils désirent attacher à leur service pendant l'année suivante.

Art. 162. — Chaque jour, avant la visite, tous les élèves se présentent au bureau de la direction de l'hôpital et signent la feuille de présence déposée à cet effet à ce bureau.

Un double de cette feuille est déposée dans chaque service et les élèves doivent également y apposer leur signature.

Cette deuxième feuille, certifiée par le chef de service, qui peut y mentionner toute observation qu'il juge utile sur l'absence ou la conduite des élèves, est remise au bureau de la direction et envoyée dans la journée au Service du personnel de l'Administration.

Le chef de service doit chaque jour faire l'appel nominal de ses élèves.

Art. 178. — Les élèves internes en médecine qui ont fait un service assidu et régulier pendant leurs quatre années d'exercice, peuvent recevoir une médaille de bronze comme témoignage de la satisfaction de l'Administration.

Le même témoignage peut être accordé, dans les mêmes conditions, aux élèves externes à la fin de trois années d'exercice.

Ces médailles sont accordées par le directeur de l'Administration, sur le vu des notes qui sont délivrées tous les six mois par les chefs de service et par les directeurs des établissements.

Art. 278. — Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes ou externes en médecine, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque, dans les concours pour places d'élèves internes ou externes en médecine, le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury peut dresser une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer, au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite. Cette liste est destinée à pourvoir, conformément à l'art. 169, aux vacances ou remplacements qui peuvent survenir pendant l'année.

Les élèves externes qui terminent les six années d'exercice fixées par l'art. 130 ne peuvent pas être compris dans la liste supplémentaire de l'internat ; ceux qui terminent leurs deux premières années d'externat ne peuvent être compris dans cette liste que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice ; il en est de même des externes qui terminent leur troisième, leur quatrième et leur cinquième année.

NOUVELLES

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine et l'Union médicale

M. le Président de « l'Union médicale », dans la lettre que nous avons publiée dans notre dernier numéro (15 juin, p. 560), a pris à partie le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. Nous pensions bien que nos confrères ne resteraient pas sous le coup de cette attaque et, de fait, leur secrétaire général, M. le Dr Ducor, nous a demandé de publier une réponse. C'est son droit strict. Mais quand bien même cette publication ne serait pas due, nous la ferions très volontiers parce que la tradition du *Bulletin* fait de ce journal — nous tenons à le répéter — une tribune largement ouverte.

Voici la lettre de M. Ducor.

Paris, le 16 juin 1904.

Mon cher Confrère,

Mis en cause dans la lettre de M. le directeur de l'*Union médicale* publiée dans votre numéro du 15, je viens vous prier d'insérer ma réponse au passage suivant :

« ...Vous oubliez d'ajouter que le Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement a été, comme vous, obligé d'insérer nos réponses, et que le dernier mot nous est resté. »

Les lecteurs du *Bulletin médical* se doutent probablement qu'il y aurait à reprendre dans les affirmations et l'appréciation contenues dans les dernières lignes ; j'aurais donc pu me dispenser de les relever ; il me paraît cependant utile de déclarer — et ceci ne permet aucune polémique — que :

1° Le Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement a toujours inséré avec le plus grand empressement les communications de MM. les directeurs de l'*Union médicale* ; nous aurions été heureux d'y trouver la preuve qu'il n'y avait pas antinomie entre les principes de déontologie acceptés partout et l'organisation de cette entreprise ; dans tous les cas, ces communications ont grandement servi à éclairer le corps médical sur la portée et la moralité de l'œuvre. Ce sont là des motifs suffisants pour insérer au plus vite, sans intervention d'huissier, les précieuses communications susdites ;

2° Le désir de M. le directeur ou peut-être une mentalité spéciale le portent à se décerner les lauriers de la victoire et à déclarer que le dernier mot lui est resté. Je me garderai d'opposer à cette affirmation une affirmation contraire qu'on pourrait croire aussi intéressée ; je me contente de renvoyer ceux que la question intéresse à la collection des quelques numéros du Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement qui traitent la question. Et d'ailleurs, si l'appréciation de M. le directeur est, d'après ce qu'il nous apprend, partagée par un journaliste médical, elle est en contradiction avec l'unanimité des groupements médicaux qui ont eu à s'occuper de cette affaire.

Je vous prie de m'excuser si la bonne règle m'oblige à faire durer une correspondance déjà bien longue, et je vous prie de croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Ducor,
Secrétaire rédacteur du *Bulletin officiel des Sociétés médicales d'arrondissement.*

PRIX CIVIALE

Un concours est ouvert, en 1904, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1000 fr., fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 15 décembre 1904, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Vient de paraître

Les rayons X et l'extraction des projectiles. Expériences et observations cliniques sur l'emploi d'un nouvel appareil, par Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et P. Pengniez, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens. Un vol. in-8 cavalier, avec 9 figures : 3 fr. 50 (Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris-VIe.)

Cours de massage. Accessoire des soins d'accouchements à donner aux femmes enceintes et parturientes, aux nourrices et nourrissons, par le Dr M. de Frumerie. Un vol. in-18 jésus avec 28 figures dans le texte. Prix : 2 francs. (Vigot frères).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

PRÉSERVATION SCOLAIRE

LA TUBERCULOSE GANGLIO-PULMONAIRE DANS L'ÉCOLE PARISIENNE

Par M. le professeur GRANCHER

ET

MM. les Drs MÉRY, L. GUINON, BOULLOCHE, AVIRAGNET, J. RENAULT, ZUBER, J. HALLÉ, GUILLEMOT, TERRIEN, VIGNALOU, BABONNEIX, ARMAND DELILLE.

Il n'est pas un médecin, et surtout pas un médecin d'enfants, qui ne sache combien la tuberculose ganglio-pulmonaire est fréquente, car la majorité des enfants qui viennent à l'hôpital et y succombent à une maladie quelconque sont, en outre, atteints d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, que nous trouvons à l'autopsie. Cette maladie peut rester latente, ou à peu près, jusqu'à l'adolescence; puis, elle éclate à l'occasion des fatigues de la croissance, des études spéciales, de l'atelier, des concours de carrière, de la vie de caserne, etc... Si donc on pouvait dépister cette adénopathie chez les enfants de l'Ecole primaire et la traiter comme il convient, on aurait chance de préserver au moins une grande part de ces écoliers, du mal qui les guette, dans un avenir plus ou moins long.

La tuberculose, en effet, est d'autant plus obéissante à la thérapeutique que le traitement est fait de meilleure heure. C'est à cette période de l'extrême début qu'elle est *la plus curable de toutes les maladies chroniques*. Plus tard, au contraire, elle résistera presque toujours à nos efforts.

Pénétré de ces idées, j'ai groupé autour de moi plusieurs de mes élèves, médecins des hôpitaux, anciens chefs de clinique des maladies de l'enfance, ou chefs de clinique et internes, tous rompus à l'examen des enfants, tous animés des mêmes convictions.

M. Méry, agrégé, chargé de mon cours, a bien voulu prendre la direction de ces examens d'enfants à l'école. Il a trouvé la collaboration la plus bienveillante dans tout le personnel de l'enseignement primaire, inspecteurs et directeurs que je remercie vivement.

Voici les noms de mes élèves qui, de novembre 1903 à mai 1904, ont, avec M. Méry, examiné tous les enfants de l'école des garçons et des filles du XVe arrondissement, rue de l'Amiral-Roussin.

Ce sont MM.: Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, Boulloche, Aviragnet, J Renault, médecins des hôpitaux; MM. Zuber et J. Hallé, anciens chefs de clinique; MM. Guillemot et Terrien, chefs de clinique; MM. Vignalou, Babonneix, Armand-Delille, anciens internes. Ces messieurs se sont groupés par deux, ont choisi pour chaque groupe un jour de la semaine et ont commencé leur travail.

L'école de garçons et celle des filles de la rue de l'Amiral Roussin (XVe arr.) ont été choisies sur les indications de M. l'inspecteur Baudrillard, comme représentant assez bien la moyenne de la population parisienne, au point de vue de l'aisance et de l'hygiène, et ayant chance, en conséquence, de donner un pourcentage moyen.

Le premier examen, celui de l'école des garçons, a eu lieu du 23 novembre au 23 décembre 1903. Il a porté sur le poids, la taille, le périmètre thoracique et, plus spécialement, sur la recherche de la tuberculose pulmonaire ou ganglio-pulmonaire latente. Tous les enfants de cette école (sauf deux qui ont refusé), soit 438, ont été examinés en 22 séances, chaque séance ayant une durée de 1 h. 1/2 à 2 heures. 312 enfants sur 438 ont été trouvés sains, 126 ont été retenus pour un examen ultérieur de contrôle, à cause d'un état aigu de bronchite gênant parfois le premier examen. Cet examen de contrôle a été fait par plusieurs de ces messieurs, réunis en commission, du 28 décembre 1903 au 16 janvier 1904 en six séances. Il n'a porté que sur 124 enfants, deux ayant quitté l'école dans cet intervalle.

Voici le résultat définitif : 62 enfants, soit 14 % environ, sur toute l'école, ont été reconnus atteints, à des degrés divers, de lésions tuberculeuses ou fortement suspectes.

Dans quatre séances nouvelles, ces 62 enfants ont été revus accompagnés de leurs parents, afin de connaître l'état de santé des parents et aussi les moyens dont ils disposaient pour soigner leurs enfants.

La coexistence de la tuberculose des parents et des enfants a été souvent notée. (1)

Quant aux 62 enfants on peut les classer ainsi :

1 est atteint de lésion pulmonaire avancée et doit quitter l'école pour l'hôpital;

15 sont assez sérieusement touchés quoique leur maladie soit encore fermée. La campagne ou un sanatorium leur conviendrait à merveille.

46, atteints légèrement et surtout d'adénopathie trachéo-bronchique, peuvent continuer à suivre l'école, mais avec un traitement préventif de poudre de viande et d'huile de morue et sous la surveillance attentive du médecin.

Nous avons depuis longtemps la preuve, mes élèves et moi, que ces enfants, adénopathiques des bronches, ou en état de germination tuberculeuse du poumon, s'améliorent très souvent à l'hôpital, avec un peu de suralimentation : pulpe, poudre ou suc de viande, huile de morue quand l'estomac la digère bien. Aussi n'ai-je pas hésité à demander à M. Chautard, qui veut bien se souvenir d'avoir été mon chef de laboratoire, de nous aider à obtenir, de la Caisse des écoles, la subvention nécessaire pour ce traitement préventif.

M. Chautard s'est intéressé très vivement à cette œuvre de *préservation scolaire* et a obtenu les 1500 fr. que coûteront, pour nos enfants malades ou suspects, la poudre de viande et l'huile de morue au cours de l'année. Il ne s'agit, bien entendu, que de l'école de garçons dont je viens de parler. J'ajoute que c'est à l'école même qu'a lieu le petit repas supplémentaire.

L'école des filles de la même rue a été soumise au même examen et au même contrôle de mars en mai 1904.

Voici les résultats : sur 458 fillettes, 131 ont été retenues pour le second examen et 79, définitivement, ont été reconnues malades, soit 17 %.

28 de ces fillettes seraient utilement placées dans des hôpitaux marins où à Forges. Les 51 autres peuvent, au moins provisoirement, rester à l'école et y faire un traitement de suralimentation.

Au total, sur 896 enfants, garçons et filles, 141 sont en état de tuberculose latente ganglio-pulmonaire.

Après mes collaborateurs, j'ai revu minutieusement tous ces enfants et j'ai confirmé les diagnostics portés. Toutes les précautions possibles ont donc été prises pour éviter l'erreur; et cet examen, trois fois répété et contrôlé par nous, donne toute sécurité à nos chiffres de 14 et 17 % d'enfants malades dans ces deux écoles. Car ceux-là seuls ont été déclarés malades qui étaient porteurs

(1) Je ne puis donner de chiffre exact parce que beaucoup de parents n'ont pas répondu à notre appel, mais la moitié, au moins, des parents qui sont venus à l'école avec leurs enfants étaient, eux aussi, atteints de tuberculose.

de signes physiques bien caractérisés : anomalies respiratoires fixes à l'un des sommets du poumon ou aux deux, avec ou sans élévation de tonalité du son; chaîne ganglionnaire du cou, etc... J'ajoute que, le plus souvent, les garçons surtout avaient une petite taille, un périmètre thoracique faible et une grande pâleur du teint.

Bref, pour toutes ces raisons, je considère le pourcentage que je viens de donner plutôt comme un minimum. Combien de lésions profondément cachées dans le hile pulmonaire ont échappé à notre oreille! lésions légères des ganglions que la tuberculinisation seule, si elle était inoffensive, aurait pu révéler! C'est donc peut-être par deux ou trois unités qu'il faudrait multiplier le chiffre 141 que nous avons trouvé. Mais nous entrerions ainsi dans le domaine de l'hypothèse et d'un choix de hasard, et nous avons préféré nous en tenir aux faits certains.

Nous pourrons ainsi, mes collaborateurs et moi, le carnet sanitaire de ces 896 enfants étant dûment établi, surveiller la santé des bien portants pendant leur séjour à l'école, traiter les malades et apprécier les résultats d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

Notre intention n'est pas de borner là notre tâche. Convaincus comme nous le sommes tous de l'utilité de cette œuvre de préservation et d'assistance antituberculeuse à l'école, nous avons commencé l'examen d'une troisième école, et nous continuerons.

Nous continuerons avec l'espoir que le Conseil municipal de la Ville de Paris nous aidera à étendre, à généraliser même, à toutes ses écoles, cette recherche, ce dépistage des enfants atteints de tuberculose pulmonaire à l'état naissant.

Nous espérons aussi que la ville de Paris nous aidera à faire le traitement préventif de ces enfants que la phtisie menace. L'intérêt humanitaire et financier sont ici d'accord pour engager nos édiles à ne pas attendre que la maladie ait progressé. En effet, si l'Assistance publique succombe aujourd'hui sous le fardeau des milliers et milliers de phtisiques qu'elle ne peut secourir, c'est parce qu'elle attend, pour y porter remède, que le mal ait achevé son évolution souterraine.

Mieux vaut aller au-devant de lui, mieux vaut prendre l'*offensive* que d'attendre, l'arme au pied. En matière de tuberculose, la *défensive* est une mauvaise tactique, et c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher; car il devra, plus tard, dépenser des sommes énormes en faveur des phtisiques avérés, et pour un résultat très médiocre.

Il en serait tout autrement si la Ville et l'Assistance publique mettaient leurs soins à préparer une génération vigoureuse, par l'étroite surveillance de la santé des jeunes écoliers. Là, en effet, par un traitement approprié des enfants suspects ou menacés de phtisie, ou atteints déjà de lésions curables, on obtiendra, *pour un minimum de dépenses, un maximum de résultats.*

Qui ne connaît les statistiques des enfants assistés du département de la Seine?

Ces enfants, pris au hasard dans le milieu social le plus pauvre, le plus misérable, et où la tuberculose latente est assurément très fréquente, deviennent robustes à la campagne et, parvenus à l'adolescence, forment une génération vigoureuse où la tuberculose ne compte que des unités (18 sur 20 000!).

C'est quelque chose de semblable qu'il faudrait faire pour les 141 enfants des écoles de la rue de l'Amiral-Roussin et pour tous ceux des autres écoles que nous trouverons atteints de lésions commençantes et fermées.

Car nous n'avons pas l'illusion de croire que le petit repas supplémentaire de poudre de viande et d'huile de morue que nous donnons à ces enfants soit l'idéal du traitement. Nous faisons ce que nous pouvons et ce que nous faisons est un pis-aller, pas davantage.

La Ville de Paris devrait avoir pour tous ces enfants, candidats à la phtisie, déjà bacillifères, et qui sont au nombre présumé de 20 à 25 000, des écoles à la campagne où la vie en plein air, judicieusement associée aux études, guérirait la plupart d'entre eux.

Que si l'assistance et la préservation scolaire paraît irréalisable sous cette forme, la maison de nos cultivateurs et l'école voisine suffiront, comme elles suffisent aux enfants assistés.

Mais nous n'avons pas la prétention, ni mes collaborateurs ni moi, de résoudre au pied levé une question si délicate et si grosse de conséquences.

Nous avons recueilli et nous apportons des faits, des documents, qui nous ont paru dignes d'intérêt.

Ces faits, ces documents imposent, à notre avis, sous une ou plusieurs formes, des mesures de prévoyance et de préservation, pour le grand bénéfice des enfants de nos écoles et de la Ville de Paris.

Voilà tout.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'enseignement de l'anatomie et la scolarité médicale

PAR

M. le prof H. Truc (de Montpellier)

Dans une publication antérieure, sur l'enseignement médical dans les Universités françaises (1), j'ai signalé la durée insuffisante de la scolarité actuelle et l'urgente nécessité d'établir, en sessions de fin d'année, les examens de doctorat.

Avec une scolarité de cinq ans (ce qui diminuerait peut-être le nombre excessif des étudiants, mais allongerait fort peu les études) et en reportant à juillet et novembre les examens définitifs, on pourrait enseigner convenablement la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, la déontologie, l'histoire, etc., qui sont absolument sacrifiées et harmoniser les études et les examens dont la discordance fausse tout l'enseignement médical.

Le programme serait alors le suivant:

1re *année.* — Anatomie, histologie, embryologie.

2e *année.* — Physiologie, physique et chimie médicales, parasitologie, microbiologie. Cliniques imposées.

3e *année.* — Pathologies chirurgicales, médecine opératoire, accouchements. Cliniques imposées.

4e *année.* — Pathologies médicales, anatomie pathologique, thérapeutique et matière médicale. Cliniques imposées.

5e *année.* — Hygiène, médecine légale, déontologie, histoire. Cliniques au choix.

Horaire. — Matin, de 8 à 11 heures, cliniques ; soir, de 1 à 4 heures, laboratoires, de 4 à 6 heures, leçons.

Examens de doctorat. — En sessions de juillet et novembre.

Clinique : médecine, chirurgie, accouchements.

Thèse facultative pour la pratique et obligatoire dans l'enseignement à tous les degrés.

Pour la réalisation de ce programme, il convient d'enseigner l'anatomie, avec l'histologie et l'embryologie, en une seule année.

Vu son importance fondamentale, on pourrait le contester; mais je le crois possible et, tout en m'excusant, je vais essayer de le démontrer.

Actuellement, l'examen d'anatomie ayant lieu après la 6e inscription, l'enseignement correspondant comporte trois semestres. Il y a, en outre, après la 8e inscription, avec l'examen de physiologie, l'anatomie ou histologie microscopique, et, après la 10e inscription, avec la médecine opératoire, l'anatomie topographique.

N'est-ce pas exagéré?

L'anatomie reste toujours la base de la médecine et de la chirurgie, mais ne

(1) *Revue de médecine*, 1900.

constitue pas toute la médecine ni même la chirurgie. Une maison n'a pas que des fondations ; il lui faut des murs, correspondant, si l'on veut, aux pathologies, des cloisons comme sciences annexes, et enfin une toiture, qui serait la thérapeutique et ses applications multiples. Tout compte fait, l'anatomie, avec l'histologie et l'embryologie, absorbe la moitié de la scolarité. L'autre moitié peut-elle vraiment suffire aux diverses études médico-chirurgicales ? Et qu'on ne dise pas que l'étudiant, préparant son anatomie, fait aussi sérieusement de la pathologie, de la clinique, etc.; il ne songe et ne peut songer qu'à son examen immédiat d'anatomie.

Que de fois nos stagiaires en deuxième et troisième année ne nous demandent-ils pas l'autorisation (et ils s'en dispensent souvent) de délaisser les cliniques pour préparer leur examen d'anatomie ou d'histologie !

L'anatomie, pour l'élève, représente presque toute la médecine; l'examen correspondant heureusement subi, le reste ne compte guère. La physiologie n'est qu'un accessoire; les pathologies, en dehors des accouchements, sont affaire de petits manuels; l'hygiène, la médecine légale, la thérapeutique viendront en dernière heure ; quant aux cliniques générales ou spéciales, question de jury à la dernière minute. Peut-être, dans l'ancien régime, avec les examens de fin d'année, les doctorats après la seizième inscription, la bactériologie, la pathologie expérimentale et les cliniques spéciales en moins, une scolarité traînante, on formait encore de vrais praticiens; avec le système actuel, en dehors de l'internat et de quelques laborieux, c'est plus difficile. Beaucoup deviendront bons médecins, avec le temps, l'expérience, la responsabilité; ils ne le seront guère à l'issue de la Faculté.

L'anatomie (avec l'histologie et l'embryologie) comme la physiologie (avec la physique et la chimie biologiques ou médicales), reste toujours le fondement de la médecine, mais ne peut vraiment absorber la moitié de la scolarité. En raison des nécessités nouvelles, son enseignement doit être établi d'une manière plus simple, plus pratique et surtout plus rapide, dans les livres, aux cours, à l'amphithéâtre de dissection.

Les *livres* classiques sont absolument remarquables. Il y en a de grands, de moyens et de petits, surtout des grands, avec un texte soigné, des tableaux, des figures irréprochables.

Tout cela facilite singulièrement l'étude. Mais s'agit-il seulement, en l'espèce, d'anatomie médico-chirurgicale ?

Les praticiens de nos jours ne semblent ni meilleurs anatomistes ni meilleurs cliniciens.

Les *cours* d'anatomie sont d'ordinaire très bien faits; je n'en connais que d'excellents. Parfois, cependant, c'est comme dans les livres : trop de détails et de minuties. Telle ligne d'insertion est fouillée dans sa lèvre externe, sa lèvre interne, son interstice, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs, avec obliquité d'avant en arrière, de dehors en dedans et de bas en haut, sans compter les anomalies.

Hors de là, point de salut.

L'enseignement anatomique, surtout médical, professionnel, n'a pas, en outre, à faire double emploi avec l'enseignement de l'histologie, de l'embryologie, de la médecine opératoire ou de la chirurgie : enfin et surtout il doit presque se borner à des conférences pratiques (1).

L'ostéologie, la syndesmologie, la myologie, l'angéiologie, la névrologie sont affaire de simples démonstrations directes; le système nerveux, les organes des sens, la splanchnologie relèvent, en grande partie, de l'histologie; en dehors de quelques leçons générales ou de quelques points difficiles, seule, l'anatomie topographique mérite une exposition systématique. Tout cela, enseigné en détail, exigerait de longues études; exposé simplement, une année y suffirait largement.

La *dissection* prête particulièrement à la critique. On demande pour elle toujours plus de temps et de sujets. Il y a là une erreur d'appréciation. Ancien aide d'anatomie et prosecteur, j'ai pu le constater jadis : l'étudiant n'apprend guère d'anatomie sur le cadavre, il lui faudrait pour cela de longues années de dissection. Question de mesure.

Presque toute l'anatomie descriptive peut être, d'ailleurs, étudiée sur des pièces préparées d'après la méthode de Laskowski, ou sur des pièces maintenues dans des liquides à conservation presque indéfinie. Seules quelques parties et les régions principales méritent une dissection personnelle ; et cette dissection doit servir systématiquement, à tour de rôle, à de nombreux camarades.

Une année entière me paraît, dans ce sens, largement suffire.

En somme, l'enseignement anatomique, avec les ouvrages, les cours et les dissections actuels, exige un temps excessif et des efforts superflus. Il est trop étendu, trop en dehors de la médecine et de la chirurgie, trop prolongé surtout. Son importance scolaire est disproportionnée avec sa portée scientifique et professionnelle. Cela ne peut durer.

Il y aurait lieu de réduire l'étude de l'anatomie, de lui donner, dans les livres, à l'amphithéâtre et au cours, son vrai caractère applicatif et professionnel. L'anatomie garderait sa valeur et son importance, mais exigerait moins de temps et de labeurs. On pourrait l'enseigner et l'apprendre dans une seule année, avec l'histologie et l'embryologie, de manière que l'examen définitif correspondant puisse être subi en juillet et novembre. On aurait ainsi une répartition plus équitable et plus en harmonie avec les besoins scientifiques et professionnels des étudiants. Cela permettrait, enfin, l'application d'un programme médical rationnel, le parallélisme absolu des études et des examens, et l'étude suffisante de toutes les matières indispensables à la profession médicale.

(1) Il est évident que, dans ces conditions nouvelles, le personnel assistant (aides, prosecteurs) doit être plus nombreux et que les professeurs, assujettis à un enseignement continu, méritent une rémunération double ou triple de celle d'aujourd'hui. Pourquoi persiste-t-on dans la gratuité obligatoire de tous les cours magistraux?

MÉDECINE MILITAIRE

L'aptitude au service militaire et le Parlement

(Suite et fin) (1)

III. — L'aptitude physique au service militaire

Elle est déterminée dans le projet de loi en discussion par l'article 18 ainsi conçu :

« Art. 18 — Au point de vue des aptitudes physiques, le Conseil de revision classe les jeunes gens présents en cinq catégories :

« 1° Ceux qui sont reconnus bons pour le service armé;

« 2° Ceux qui, étant atteints d'une infirmité relative, sans que leur constitution générale soit douteuse, sont reconnus bons pour le service auxiliaire;

« 3° Ceux dont la constitution physique étant trop faible sont ajournés à un nouvel examen, conformément aux dispositions de l'article 19;

« 4° Ceux chez qui une constitution générale douteuse ou certaines infirmités déterminent une impotence fonctionnelle partielle et qui sont exemptés de tout service militaire, soit armé, soit auxiliaire, mais qui peuvent être soumis à l'obligation de la taxe militaire, conformément aux dispositions de l'article 31;

5° Ceux chez qui une constitution générale mauvaise ou certaines infirmités déterminent une impotence fonctionnelle totale et qui sont exemptés de tout service militaire, soit armé, soit auxiliaire, ainsi que de la taxe militaire prévue à l'article 31.

« Il est délivré aux jeunes gens des deux dernières catégories, pour justifier de leur situation, un certificat qu'ils sont tenus de représenter à toute réquisition des autorités militaire, judiciaire ou civile. »

Cette nouvelle conception de l'aptitude physique au service militaire demandait à être précisée. C'est ainsi que M. Lasies demanda ce qu'il fallait entendre par « infirmité relative » et « constitution douteuse ». En réponse, M. le rapporteur fit la déclaration suivante :

Nous vous proposons de classer, dans la catégorie des jeunes gens bons pour le service auxiliaire, ceux dont la constitution générale n'est pas douteuse et qui sont seulement atteints d'une infirmité relative, les rendant impropres à l'accomplissement du service armé. C'est ainsi

(1) Voir le précédent numéro.

que si nous nous trouvons en présence d'un jeune homme qui, sans avoir aucune infirmité, n'a pas le tour de poitrine requis (1), nous ne le classerons à aucun prix dans le service auxiliaire, parce que nous ne voulons pas que le service militaire puisse être pour lui une cause de danger physique. Nous ne voulons pas non plus que ce jeune homme, introduit au quartier, à la caserne, puisse devenir, à un moment donné, une cause de contagion ou de contamination pour ses camarades. Voici, au contraire, un jeune homme parfaitement solide au point de vue de la santé générale; mais il a un doigt de pied légèrement difforme, il est privé d'une phalange, ou atteint d'une myopie qui dépasse le nombre de dioptries aujourd'hui toléré. Nous avons pensé que ce jeune homme, dont la santé générale n'est nullement douteuse, atteint seulement d'une infirmité relative qui ne l'empêche pas de remplir un emploi du service auxiliaire, peut sans inconvénient et même avec avantage être incorporé et versé dans ce service.

Il est bien entendu qu'aucun sujet douteux, au point de vue de la santé générale, ne sera admis dans les rangs de l'armée; mais nous prendrons ces jeunes gens qui, ayant une solide constitution, sont atteints d'une infirmité relative; nous aurons ainsi dégagé les jeunes gens aptes au service armé, pour les appliquer au service actif, à l'instruction, pour donner du corps à nos unités et leur permettre de remplir leur principal rôle du temps de paix, c'est-à-dire de servir d'écoles efficaces d'instruction militaire.

M. Lasies, craignant que l'arbitraire n'intervînt dans la désignation de ces infirmités relatives, demanda qu'elles fussent déterminées par le comité de santé. Même demande de la part de M. Perrache. Et le ministre de la guerre de s'écrier :

Vous pouvez en être certain. A qui m'adresserai-je, si ce n'était au service de santé? (*Très bien! Très bien!*)

Pour épuiser la question, nous donnerons le texte de l'article 19, relatif aux ajournés :

« Art. 19. — Les jeunes gens ajournés à un nouvel examen du conseil de revision reçoivent, pour justifier de leur situation, un certificat qu'ils sont tenus de représenter à toute réquisition des autorités militaire, judiciaire ou civile.

« Ils sont astreints à comparaître à nouveau devant le conseil de revision du canton devant lequel ils ont comparu, à moins d'une autorisation préfectorale spéciale les admettant à comparaître devant un autre conseil.

« Les jeunes gens qui, après avoir été ajournés une première fois, sont reconnus l'année suivante propres au service armé, sont astreints à deux années de service armé.

« Ceux qui, lors de ce nouvel examen, ne sont pas encore reconnus bons pour le service armé, sans que leur état physique justifie pourtant une exemption définitive, sont classés dans le service auxiliaire et incorporés comme tels. Après une année passée sous les drapeaux dans ce service, ils sont soumis à l'examen de la commission de réforme qui décide s'ils doivent accomplir leur deuxième année dans le même service ou s'ils doivent être réformés ou si, au contraire, ils peuvent être classés pour leur deuxième année dans le service armé.

« Les jeunes gens classés par les conseils de revision dans le service auxiliaire et désignés pour être incorporés à ce titre, ont le droit d'obtenir d'office des ajournements d'incorporation, sur la demande qu'ils font d'être admis ultérieurement au service armé, au cas où ils seraient reconnus bons pour ce service avant l'âge de vingt-cinq ans. Ces ajournements ne peuvent, en aucun cas, les dispenser des deux années de service prescrites par la présente loi, qu'ils les accomplissent soit dans le service armé, soit dans le service auxiliaire.

« Les jeunes gens qui, après deux ajournements successifs prononcés d'office par le conseil de revision, n'auraient été reconnus bons ni pour le service actif, ni pour le service auxiliaire, seront tenus de se présenter chaque année, jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, devant le conseil de revision. Le conseil peut les déclarer mobilisables pour le cas de guerre, s'il constate que leur situation physique s'est améliorée. Dans ce cas ils suivent, pour les appels de la réserve ou de la territoriale, comme en cas de mobilisation, le sort de leur classe d'origine. »

En somme, la conception de l'aptitude physique au service militaire adoptée tant au Sénat qu'à la Chambre n'est — nos lecteurs doivent s'en souvenir — que celle exposée ici depuis bien des années. C'est une constatation que nous tenons à faire pour remercier le journal qui, depuis sa fondation, nous a ouvert ses colonnes et donné toute liberté pour défendre des idées trouvées bien hardies au début, mais que l'expérience a depuis démontré bien fondées.

Dr NOEL.

(1) Il est intéressant de faire remarquer que M. le rapporteur ignore que depuis bien des années le périmètre thoracique ne figure plus, dans l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire comme élément d'appréciation de la robusticité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 juin.

Chloroforme et anesthésie

M. A. Trillat. — Les accidents récemment signalés au cours de plusieurs chloroformisations remettent de nouveau sur le tapis la question de la pureté du chloroforme. On impute généralement ces accidents aux impuretés du chloroforme et on a des tendances à faire dépendre la nature et la proportion de ces impuretés du mode de fabrication du chloroforme. C'est ainsi qu'il est d'un usage courant de dire que le chloroforme préparé avec du chloral est plus pur que le chloroforme provenant des divers procédés de chloruration de l'alcool.

Or, les expériences les plus élémentaires démontrent qu'après une simple rectification, les chloroformes obtenus par les divers procédés donnent un produit parfaitement pur.

En deuxième lieu, on ne s'est jamais demandé si, avec un chloroforme chimiquement pur, il ne pourrait pas se produire, au cours même des diverses manipulations de la chloroformisation, des dérivés chlorés toxiques.

Tous les praticiens savent que le chloroforme se décompose facilement à l'air et à la lumière. Je n'insisterai donc pas davantage sur ce sujet, ni sur les réactions qui permettent de reconnaître si un chloroforme est pur et qui sont décrites dans tous les ouvrages spéciaux.

Il est bon cependant d'insister sur ce point que les altérations qui ont été signalées sont absolument indépendantes de la nature du chloroforme et que le chloroforme obtenu par le chloral comme le chloroforme obtenu par la chloruration de l'alcool et aussi le chloroforme préalablement cristallisé se décomposent aussi rapidement les uns que les autres quand on les place dans les mêmes conditions.

Mais à côté de ces causes d'altérations déjà si bien étudiées, il peut en exister une foule d'autres qui proviennent de circonstances beaucoup moins connues et que les expériences que j'ai faites mettent en évidence.

Ce sont celles qui sont dues à des phénomènes catalytiques ou à des actions de contact. Voici quelques-unes des circonstances qui, d'après mes expériences, favorisent la formation de l'oxychlorure de carbone.

Tout d'abord, la nature du verre a une influence sur la conservation du chloroforme : les verres les plus alcalins conviennent le mieux. La propreté des parois du verre baignées par le chloroforme influe sur la rapidité de la décomposition : la présence de débris de liège dans le chloroforme la facilite et l'active, l'emploi des bouchons de liège doit être complètement supprimé. C'est ce que l'on fait déjà. Voilà pour le conditionnement du chloroforme.

Mais ce n'est pas tout : si on admet que le chloroforme est pur au moment même où l'opérateur l'emploie, il ne semble pas être à l'abri de tout danger d'altération. J'ai pu constater qu'en répandant du chloroforme sur une grande surface poreuse on provoquait une légère décomposition avec apparition d'acide chloroxycarbonique.

Une autre expérience consiste à imprégner de chloroforme une feuille de papier filtre et à l'exposer quelques secondes à l'air en ayant soin de renouveler l'opération : comme dans le cas précédent, j'ai pu constater la présence de traces d'impuretés. On a encore le même résultat si on remplace le papier par une étoffe.

Le fait de répandre du chloroforme sur un linge ou sur un tampon de ouate peut donc être déjà une cause de formation de trace d'oxychlorure de carbone. Mais il y a plus.

L'action de la muqueuse comme agent

catalytique a été plusieurs fois mise en évidence. J'ai notamment signalé que l'air chargé de vapeurs d'alcool éthylique se transformait partiellement en aldéhyde acétique au contact de muqueuse fraîche agissant en cette circonstance comme surface oxydante.

En faisant passer dans un long tube en verre contenant des débris de peaux fraîches, un courant d'air chloroformique, on peut encore constater l'apparition des dérivés chlorés nouveaux.

On peut donc admettre que la même action catalytique peut se reproduire vis-à-vis du chloroforme au cours de l'inhalation, et donner sous certaines influences des traces d'oxychlorure de carbone d'autant plus redoutables qu'elles se formeraient à l'état naissant.

Il serait extrêmement intéressant de faire une étude approfondie de cette dernière question, car je n'apporte ici que des observation faites *in vitro*. Mais elles sont assez nettes pour admettre l'hypothèse que, parmi les accidents survenus pendant ou après l'anesthésie, un certain nombre d'entre eux pourraient provenir d'une intoxication provoquée par une action catalytique, au cours même de la chloroformisation.

M. Patein. — M. Trillat, dans son intéressante communication, nous apporte un fait nouveau, que je n'ai pas eu l'occasion de vérifier encore: il s'agit des altérations du chloroforme en cours d'opération. J'ajouterai aux causes citées par notre collègue, celles dépendant de la salle d'opération, dans laquelle brûlent en permanence plusieurs rampes à gaz : pendant deux ou trois heures, le chloroforme envahit le local et subit certainement une décomposition partielle.

M. Chevallier. — M. Patein a eu raison d'attirer l'attention sur l'atmosphère des salles d'opération. Tout récemment, en Allemagne, un chirurgien et ses aides ont été atteints d'accidents sérieux pendant qu'ils opéraient un malade.

Je ne crois pas que l'action catalytique s'exerçant, en présence d'une muqueuse, sur le chloroforme, puisse donner naissance à une quantité appréciable d'oxychlorure de carbone. J'ai soumis des chiens, qui sont très sensibles à l'action de ce gaz, pendant plusieurs heures à la chloroformisation, et n'ai jamais eu d'accidents mortels.

Pour le cas du Dr Blum, dont en ce moment chirurgiens et public s'occupent il y aurait peut-être lieu de songer à une hypothèse; le malade qui a succombé pendant la chloroformisation, présentait des fractures graves des membres inférieurs: il est probablement mort d'embolie graisseuse du poumon: cette complication des fractures est plus fréquente qu'on ne croit.

M. Danlos. — Si le chloroforme est toujours pur, comment expliquer les accidents en séries? Il faudrait donc admettre des idiosyncrasies en séries? Il est plus logique de conclure à l'existence d'impuretés.

M. Laumonier. — L'existence de séries de ce genre est indéniable, mais peut-être y aurait-il lieu de les expliquer par la nature du masque employé: si ce dernier est très poreux et très compact (j'en ai vus autrefois en service qui présentaient cet aspect), une action catalytique peut aisément s'effectuer.

M. Patein. — Les accidents en série ne tiennent pas au degré d'impureté du chloroforme. Je le démontre par l'exemple de Lariboisière : là, un flacon d'un litre, provenant de la Pharmacie centrale, est divisé en flacons de 30 grammes qui sont distribués entre quatre chirurgiens, dont *un seul* a des accidents en série.

M. Raymond. — La nature du masque employé, l'atmosphère des salles d'opération sont des facteurs importants dans la genèse des accidents chloroformiques

M. Crinon. — On est plus sûr de se mettre à l'abri d'accidents en employant une simple compresse.

M. Catillon. — Les accidents en série s'observent le même jour, dans une salle d'opération donnée : pourquoi ne pas incriminer l'atmosphère viciée, l'humidité de l'air, l'inexpérience ou la négligence des aides?

M. Gallois. — Les accidents ne se produisent-ils pas plus fréquemment au moment des changements de service?

M. Bardet. — Je prendrai la question au point de vue purement physiologique. Comment s'étonner d'avoir des accidents chloroformiques et prétendre assurer un jour l'impunité à cette opération? Quoi! vous supprimez la conscience d'un individu, vous en faites presque un cadavre, vous abolissez la cérébration et le mouvement, vous atteignez les limites de la vie purement animale, et vous vous étonnez que parfois l'action inhibitionnante soit dépassée?

La syncope préchloroformique a lieu sous l'action d'un reflexe laryngé; tout corps irritant, et le chloroforme le plus pur est irritant, pourra provoquer cette syncope; c'est à nous, médecins, d'étudier le manuel opératoire, de manière à mettre, autant qu'il dépend de nous, le malade à l'abri de cet accident. L'asphyxie ou la syncope des anesthésies prolongées dépendent de l'état particulier de l'appareil circulatoire et des voies respiratoires.

La question du mode d'anesthésie, au point de vue des procédés accessoires capables de diminuer les chances d'intoxication, reste également entière, et j'avoue que je suis étonné de voir que l'on tient encore fort peu compte des conseils donnés par Claude Bernard et par Laborde, sur les avantages des injections de morphine ou d'atropine, pour mettre à couvert des accidents divers de la chloroformisation. C'est ainsi que l'euphorie provoquée par une petite dose préalable de morphine semble bien diminuer l'irritabilité du sujet et le rendre, par conséquent, moins apte à subir le réflexe laryngé, si redoutable. De même, le début de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, pour continuer ensuite avec le chloroforme, a paru donner de bons résultats. D'autres moyens peuvent être cherchés dans cette voie.

M. Toulouse. — La syncope initiale a pour cause probable l'émotion : ce fait se démontre par les quelques observations de sujets morts subitement, avant même que la compresse ait été appliquée sur leur visage. J'ai, à diverses reprises, observé l'état dans lequel se trouvent des individus allant subir une chloroformisation. Dans l'immense majorité des cas, on trouve un état d'esprit lamentable, une pression sanguine notablement affaiblie. Chez les enfants, on n'observe rien de semblable, et c'est peut-être la cause de l'innocuité de la chloroformisation chez eux.

Sur cet état psychique, des accidents mortels peuvent aisément se greffer, quel que soit le chloroforme employé; ce sont là des faits que chacun peut observer, car tout sujet devant être opéré peut se trouver dans un état de dépression de ce genre : les plus vigoureux ne sont pas à l'abri de ces troubles psychiques.

V. DE H.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 13 juin

Kyste de l'ovaire et grossesse

M. Lepage a observé une femme enceinte de quatre mois chez laquelle apparurent des symptômes de péritonite qui, en s'accusant progressivement, prirent, le troisième jour après leur apparition, un caractère très alarmant.

Le diagnostic de la cause exacte à laquelle ces accidents devaient être rapportés n'était pas sans présenter de difficultés. A l'examen du ventre, le palper permettait bien de reconnaître, au voisinage de l'utérus gravide, une tumeur régulière et assez volumineuse qui devait faire penser à un kyste de l'ovaire et, en présence de cette constatation, il semblait bien que la cause de la péritonite observée chez la malade dut être rapportée à la torsion du pédicule du kyste. Mais, à la réflexion, ce diagnostic était rendu incertain par quelques particularités. La tumeur, qui était très douloureuse à la pression, présentait une consistance plutôt solide que kystique; située en dehors de la ligne médiane, au-dessus et à gauche de l'ombilic, elle était très haut placée dans la cavité abdominale, entièrement au-dessus du fond de l'utérus; à la percussion, une zone de sonorité interposée entre la tumeur et l'utérus indiquait leur indépendance réciproque. Un médecin, qui avait examiné la femme pen-

dant sa grossesse, affirmait que la tumeur perçue par le palper avait toujours occupé la partie haute du ventre et qu'il n'avait pas constaté son ascension dans la cavité abdominale à mesure que le fond de l'utérus remontait au-dessus du pubis.

En présence de ces constatations cliniques et de ces renseignements, on pouvait se demander si la tumeur n'était pas d'origine splénique ou rénale. M. Lepage pensa cependant qu'il s'agissait plus probablement d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu et, considérant que les accidents présentés par la malade commandaient l'intervention par leur nature, par leur intensité et quelle que pût être leur cause, il pratiqua la laparotomie.

Après ouverture du ventre, du liquide rougeâtre s'écoula du péritoine; l'épiploon infiltré et des anses intestinales vascularisées se montrèrent entre les lèvres de l'incision. A gauche et à une certaine distance au-dessus de l'utérus, on trouva un kyste de coloration noirâtre, ayant à peu près le volume des deux poings et dont le pédicule était plusieurs fois tordu. L'ablation de ce kyste ne présenta aucune difficulté.

Il s'agissait d'un kyste dermoïde contenant de la matière sébacée, des poils et un liquide huileux qui se solidifia quelques instants après l'intervention. La paroi kystique était uniformément et extraordinairement épaissie par une abondante infiltration sanguine.

Dans les jours qui suivirent l'intervention, on fit à la malade des piqûres de morphine dans le but de prévenir l'interruption de la grossesse. Le drain, qui avait été laissé dans la cavité abdominale, fut retiré au bout de deux jours.

La malade guérit sans incidents; quand elle quitta l'hôpital, au bout de quinze jours, sa grossesse évoluait normalement et elle commençait à percevoir les mouvements de son enfant.

M. Routier a opéré, dans des conditions analogues et avec autant de succès, une femme enceinte qui avait un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Accès convulsifs survenant tardivement après l'accouchement

M. Bouffe de Saint Blaise. — Deux femmes observées récemment à l'Hôtel-Dieu ont présenté tous les accidents considérés classiquement comme caractéristiques de l'accès d'éclampsie; l'une était accouchée depuis trois jours, et l'autre depuis six jours. Chez l'une d'elles, qui présentait une tare nerveuse, les urines ne furent albumineuses que pendant la période des crises convulsives, et on pourrait, à la rigueur, penser qu'il s'agissait d'une attaque d'hystérie ou d'épilepsie accompagnée d'albuminurie transitoire. Mais l'autre femme, qui n'avait aucune tare nerveuse héréditaire ou personnelle, avait eu de l'albumine pendant les dernières semaines de sa grossesse, pendant le travail et les suites de couches; son enfant, né peu de temps après avant terme, ne pesait que 1010 grammes, et le placenta présentait dans son épaisseur de nombreux infarctus.

Tout s'est donc trouvé réuni, au moins dans le second cas, pour faire admettre que les accidents convulsifs observés pendant le post-partum, étaient bien la manifestation de l'éclampsie. S'agissait-il réellement d'éclampsie? La question serait particulièrement intéressante à résoudre, en raison de la date tardive à laquelle l'éclampsie se serait manifestée après l'accouchement.

On a décrit, sous le nom d'éclampsie puerpérale, des affections très diverses n'ayant comme point commun que leur manifestation clinique par des crises convulsives affectant un type spécial, toujours sensiblement le même et survenant pendant la puerpéralité. Et c'est ainsi que l'on a été amené à confondre l'éclampsie vraie, symptomatique de l'hépato-toxémie gravidique, et les accès convulsifs symptomatiques d'une névrose ou d'une lésion organique du système nerveux.

Des efforts sont faits, de nos jours, pour établir, d'après l'étiologie, une classification des cas de nature diverse, rangés jusqu'ici sous l'étiquette commune d'éclampsie, mais l'observation clinique s'est montrée trop souvent incapable d'établir à elle seule cette distinction.

Dans un au moins des cas ci-dessus, l'allure clinique des accidents et les conditions dans lesquelles ils sont survenus tendraient à faire admettre qu'il s'est agi réellement d'éclampsie, mais la question doit rester en suspens, car les deux femmes ont guéri, et le seul signe pathognomonique et constant de l'éclampsie, c'est-à-dire l'altération du tissu hépatique, n'a pu être constaté.

M. Lucas-Championnière. — Rien ne s'oppose à ce que l'éclampsie se montre tardivement après l'accouchement. L'albuminurie, les troubles urinaires, les conditions qui déterminent l'apparition de l'éclampsie subsistent pendant un certain temps après l'expulsion de l'enfant, et l'éclampsie peut alors survenir au même titre qu'elle survient en dehors de la puerpéralité, à la suite d'une angine scarlatineuse par exemple. L'éclampsie se montre chez la femme enceinte, par suite des conditions spéciales créées par l'état de grossesse, mais elle est indépendante de la présence du fœtus dans l'utérus. La preuve de cette indépendance est fournie par le fait que l'évacuation du contenu de l'utérus chez des femmes enceintes pour lesquelles on craignait l'éclampsie, n'a pas toujours suffi à conjurer les accidents redoutés.

M. Lepage fait remarquer que la mort du fœtus pendant la grossesse met très rapidement les femmes enceintes albuminuriques à l'abri de l'éclampsie.

M. Champetier de Ribes insiste sur le peu de valeur de l'absence d'albumine dans les urines, comme preuve que des accidents convulsifs observés pendant la puerpéralité ne relèvent pas de l'éclampsie; il cite des cas dans lesquels le diagnostic d'éclampsie fut vérifié à l'autopsie, et où l'albuminurie avait fait constamment défaut, même pendant les crises convulsives.

M. Doléris a vu l'éclampsie survenir tardivement après l'accouchement, mais il pense que le diagnostic d'éclampsie peut être affirmé dans les cas seulement où, la femme ayant succombé, l'examen soigneux des viscères montre des lésions rénales et hépatiques caractéristiques, en l'absence de toute autre lésion susceptible de se manifester par des accès dits éclamptiques.

Péritonite due à une entérite dysentériforme pendant la grossesse

M. Le Gendre communique l'observation d'une femme enceinte de trois mois, qui présentait, depuis le début de sa grossesse, des accidents intestinaux graves : constipation opiniâtre, évacuation de matières glaireuses, de sang et de scybales, ballonnement, empâtement et sensibilité du ventre.

Malgré le traitement employé, l'état général devint de plus en plus mauvais. Une péritonite aiguë survint, à laquelle la malade succomba rapidement, quelques heures après avoir expulsé son produit de conception.

A l'autopsie, on trouva du pus dans le péritoine; les anses intestinales, hyperémiées et réunies par des adhérences anciennes, contenaient une grande quantité de matières fécales très dures; il n'y avait pas de perforation intestinale et l'appendice était intact.

Péritonite d'origine annexielle pendant le post-partum

M. Gross. — Une femme, observée à la Maternité de Beaujon, présenta, pendant le travail et les jours qui suivirent l'accouchement, des symptômes fébriles et graves dont le point de départ semblait être dans une affection abdominale. L'examen du ventre, pratiqué sous chloroforme, permit d'éliminer l'hypothèse d'une infection d'origine utérine, mais ne fournit aucun renseignement d'après lequel on eût pu établir un diagnostic; malgré des recherches attentives, on ne parvint même pas à retrouver une tumeur annexielle qui avait été constatée au début de la grossesse. D'après les antécédents de la malade, rien ne permettait, d'ailleurs, de supposer l'existence d'une lésion génitale. En présence de ces constatations négatives, et bien que la séro-réaction eût démontré qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde, on finit par se rallier à l'idée d'une affection médicale. Le septième jour après l'accouchement, la malade mourait, ayant eu, pendant les trois derniers jours de sa vie, des symptômes de péritonite aiguë.

A l'autopsie, on trouva dans la fosse iliaque gauche une petite quantité de pus qui s'écoulait de la trompe du même côté. Cette trompe avait le volume du

doigt; elle était complètement libre d'adhérences; ses parois étaient intactes; sa cavité était remplie d'un pus épais, d'apparence identique à celle du pus trouvé dans la fosse iliaque.

L'exploration de l'ostium abdominale, à l'aide d'un stylet, ne permit pas de constater nettement la communication entre les foyers purulents intra et extra tubaires; mais il est permis de supposer, étant donné l'intégrité des parois tubaires, qu'une partie du pus contenu dans la trompe avait été exprimée dans le péritoine sous l'influence des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux, pendant le travail. L'utérus et les annexes du coté droit ne présentaient aucune lésion.

Une suppuration tubaire peut donc être la cause d'une péritonite mortelle pendant le post-partum, alors même qu'il s'agit d'une lésion annexielle ancienne, peu volumineuse et demeurée latente jusque là. Il en résulte que l'on ne doit pas hésiter à intervenir opératoirement chez une accouchée qui présente des accidents de péritonite dont le point de départ ne peut être précisé, mais se trouve cependant d'une façon certaine en dehors de l'utérus.

M. Lepage fait remarquer que l'application des règles de l'asepsie et de l'antisepsie dans la pratique obstétricale moderne ne doit faire porter qu'avec prudence le diagnostic d'infection puerpérale qu'on ne manquait presque jamais de faire autrefois, et avec raison d'ailleurs, quand des complications fébriles survenaient après l'accouchement.

Spina bifida

M. Gross rapporte un cas de tumeur reliée par un pédicule plein à une membrane fibreuse qui fermait en arrière le canal sacré, dans un fait de spina bifida occulte. Il communique une autre observation recueillie dans le service de M. Porak et se rapportant à une opération de spina bifida qui fut suivie d'un affaissement du périnée avec incontinence du sphincter anal et prolapsus du rectum, sans que rien d'anormal soit survenu du côté de la vessie ni des membres inférieurs.

Dr Sauvage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juin

Syphilis expérimentale de la cornée et de la conjonctive

M. P. Salmon. — I. Sur les cornées de deux singes, nous avons inoculé, avec le scarificateur de Vidal, non pas le pus infecté secondairement d'un chancre induré, mais le virus de syphilomes fermés, pris chez deux syphilitiques atteints l'un de syphilides floridès, l'autre d'une éruption discrète de syphilides papuleuses.

Une seule cornée a réagi sous l'influence du développement du parasite de la syphilis. Le 33e jour apparaît le premier symptôme: la conjonctivite. Le 37e jour, conjonctivite très prononcée: dilatation des vaisseaux, œdème de la muqueuse, larmoiement. Iritis concomitante; changement de couleur de la membrane irienne, pupille rétrécie, peu sensible à la lumière, cercle périkératique. Le 40e jour, l'inflammation du pourtour de la cornée est surtout prononcée à la partie inférieure de l'organe: infiltration, épaississement semi-lunaire. Dans la chambre antérieure, on voit un petit caillot hémorragique. Le 47e jour après l'inoculation, le 14e jour après l'apparition du syphilome, on pratique l'ablation du globe oculaire.

L'examen microscopique montre l'hypertrophie de l'épithélium, réaction pigmentaire, mononucléose, endartérite, etc.

En résumé, nous avons provoqué l'infection syphilitique de la cornée. La nature syphilitique de cette lésion est prouvée par le temps d'incubation (33 jours), la réaction sur l'organe vasculaire et lymphatique: les procès ciliaires (iritis syphilitique primitive). L'examen histologique confirme, au besoin, le diagnostic de syphilis oculaire.

II. Avec le virus qui a donné le résultat sus-indiqué nous avons inoculé un macacus cynomalgus en même temps à la cornée et à la conjonctive du même côté. L'inoculation à la cornée fut négative, elle réussit à la conjonctive qui présenta un chancre induré typique avec ganglion unique sous-maxillaire.

Le chancre est devenu visible quarante-neuf jours seulement après la date d'inoculation, sous l'aspect d'une petite croûte indurée, siégeant au rebord libre de la paupière inférieure. Cinq jours après, le chancre, avec son aspect d'ulcération plane, à bord net, sa couleur spéciale, l'induration visible et tangible, presque cartilagineuse, la paupière légèrement en ectropion, tout rappelait exactement la physionomie du chancre induré de la conjonctive de l'homme. Cinq jours après l'apparition de ce chancre, un deuxième chancre débute à la paupière supérieure.

On pratique l'ablation du premier chancre le cinquante-septième jour après l'inoculation, le huitième jour après l'apparition de cette lésion. La plaie se réunit par première intention.

Le chancre de la paupière supérieure a une tendance à la guérison rapide tout autour, la peau s'hyperpigmente.

Le diagnostic clinique de syphilis primitive de la conjonctive était facile, et le chancre identique d'aspect à un chancre humain. L'anatomie pathologique apporte une preuve supplémentaire. La mononucléose dans le tissu connectif, la leucocytose locale des voies sanguines (mononucléose), l'influence connue de la vérole sur l'hyperpigmentation, l'endartérite et la périartérite, tout confirme le diagnostic de syphilome.

Action comparée de l'atropine, de la pilocarpine, de l'hyoscyamine

MM. **M. Doyon** et **N. Kareff.** — I. L'injection de sulfate d'atropine dans une veine intestinale, à la dose de 1 centigramme par kilogramme d'animal, provoque chez le chien la narcose et une baisse considérable de la pression artérielle. La valeur de la pression peut tomber et se maintenir au-dessous de 2 centimètres de mercure. Le tracé, obtenu dans ces conditions au moyen d'un manomètre inscripteur à mercure, n'est parfois plus représenté que par une ligne droite, on ne constate pas la moindre inflexion. A un premier examen, on est tenté d'admettre l'existence d'un caillot dans la canule placée dans l'artère; toutefois il n'en est rien; le cœur est très accéléré, mais les impulsions communiquées au mercure sont si faibles, qu'elles ne peuvent affecter le tracé. Peu à peu, cependant, les pulsations du cœur augmentent d'amplitude, le tracé se relève, des ondulations réapparaissent. Une nouvelle injection d'atropine détermine la répétition des mêmes phénomènes.

II. Sous l'influence de l'atropine, la respiration est nettement ralentie, l'amplitude des mouvements respiratoires est augmentée. On remarquera l'absence de toute répercussion sur le tracé de pression.

III. Administré aux mêmes doses et dans les mêmes conditions, le chlorhydrate de pilocarpine provoque, en général, une baisse de pression pendant un temps très court. La pression se relève ensuite assez rapidement et peut même (en particulier chez le lapin) dépasser sensiblement la valeur initiale. Exceptionnellement la baisse de la pression se maintient pendant un temps assez long, mais le tracé, très accidenté, diffère toujours nettement de celui qu'on observe après une injection d'atropine. Ajoutons que l'animal intoxiqué dans ces conditions par la pilocarpine est agité et fait de nombreux efforts de vomissements.

IV. Rappelons que l'atropine et la pilocarpine provoquent, à doses faibles, des phénomènes absolument inverses de ceux qu'ils déterminent à haute dose. L'atropine provoque une grande tendance au mouvement; Morat et Doyon ont signalé l'élévation de température et l'accélération du rythme respiratoire. Les animaux intoxiqués par la pilocarpine sont, au contraire, immobiles, mornes, leur température baisse; la respiration est ralentie (Morat et Doyon).

V. L'hyoscyamine, à la dose de 1 centigramme par kilogramme d'animal, détermine les mêmes effets que l'atropine, aux mêmes doses. Chez le chien, nous avons observé l'incoagulabilité du sang.

Physiologie des séreuses

MM. Le Play et **Corpechot.** — Avec M. Charrin nous avons poursuivi une série de recherches concernant les séreuses,

en particulier le grand épiploon, chez des animaux qui, quinze ou trente jours auparavant, avaient reçu, dans le péritoine, des perles en nombres variables, nous avons constaté que, sur deux des épiploons, ces perles, introduites cependant en les disséminant avec soin un peu partout, sont agglomérées en un point déterminé, près du bord libre de la séreuse; toutes ou presque toutes, 35 à 38 sur 40, sont fixées à ce niveau par du tissu fibreux qui tend à les enkyster.

Dans un troisième cas, ces corps étrangers sont dispersés sur toute la surface de la membrane et près de la moitié fait défaut; notons, dans ce cas, l'existence de dépôts fibrineux ou néo-membraneux, indices certains d'adhérences péritonéales. Il paraît, en effet, établi que, pour obtenir ce groupement des perles, la pleine liberté de ce grand épiploon est indispensable. Ce fait concourt à prouver que cette réunion n'est pas uniquement le résultat d'un simple contact, de la pesanteur. Si, d'ailleurs, il en était ainsi, ces petites sphères devraient se fixer plus bas et partiellement au moins sur le feuillet pariétal du péritoine. Sans rejeter complètement, en raison de la situation déclive de ces éléments, une pareille influence, nous admettons, avec Fernand Heger qui a fait de ce phénomène une très intéressante étude, une intervention active de la membrane.

M. Charrin. — J'ai montré, dans mon cours, comment le grand épiploon englobe des greffes déposées dans l'abdomen ou bien des parasites, des particules de différents ordres qui, parfois, sont amenés jusqu'à la glande hépatique.

Une première série de travaux nous a permis de montrer qu'en passant au travers de ces membranes des produits organiques, microbiens ou cellulaires, perdent ordinairement une partie de leur toxicité.

Nous avons, en outre, avec de Renzi, reconnu que, si on lie le pédicule splénique, la mort survient plus aisément, quand en même temps on enlève le grand épiploon. Cette membrane semble destinée à atténuer ou à détruire des substances nocives qui, formées par autolyse dans la rate et à cause de l'obstruction de la veine de ce viscère, tombent en quelque sorte dans le péritoine. En définitive, les attributs antitoxiques de cette membrane sont indéniables.

Ajoutons, comme on le sait, que les lésions des séreuses enveloppantes retentissent sur les parenchymes enveloppés. Les scléroses qui vont des unes aux autres oblitèrent plus ou moins des communications lacunaires ou canaliculaires où circule la lymphe. A ces tares, en particulier pour certains appareils, tels que le poumon, s'ajoutent des désordres moteurs; des adhérences sont susceptibles de provoquer, dix-huit à vingt fois par minute, des tiraillements, un surmenage localisé propice aux stases congestives. Aussi, dans l'opinion qui veut que presque toutes les pleurésies *a frigore* soient initialement tuberculeuses, il n'y a de nouveau que l'exagération. Avec une technique indiscutable, qui exige le bacille, le vrai, non des pseudo-bacilles, non des acido-résistants, et dans l'épanchement du malade et dans les lésions du cobaye inoculé, le germe spécifique se rencontre tout au plus dans la moitié des cas; dans les conditions invoquées, l'acquisition ultérieure du mal n'est que trop aisée à comprendre.

Quoi qu'il en soit, on voit combien est étroite la conception qui, des séreuses, fait des organes exclusivement destinés à fixer des viscères ou à faciliter leurs glissements: comme la muqueuse intestinale, ce sont, pour une part, des glandes étalées.

L'origine hépatique des hémorroïdes

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet. — Le rôle de la congestion, et notamment de la *congestion passive d'origine portale* dans la production des hémorroïdes a longtemps été considéré comme capital. Toutefois, dans ces dernières années, divers travaux sont venus essayer de démontrer l'influence prépondérante des causes locales. D'une part, Gosselin, Verneuil et surtout M. Duret, se basant sur l'étude anatomique des veines hémorroïdales, ont invoqué l'*étranglement sphinctérien* comme l'élément pathogénique essentiel. D'autre part, les recherches d'anatomie et d'histologie pathologiques de M. Quénu l'ont amené à rejeter au second plan le rôle des troubles mécaniques, et à incriminer surtout l'infection locale, entraînant la production d'une *endophlébite* avec altération des parois vasculaires et dilatation veineuse secondaire. Le rôle des affections lointaines, dans la production des hémorroïdes, sans être nié formellement, a été discuté et considéré comme nul dans la grande majorité des cas.

Or, une observation, actuellement fort étendue, nous a conduits à des conclusions opposées, d'après lesquelles le rôle de la *congestion passive portale par altération hépatique* reste prépondérant. Sans doute, l'étranglement sphinctérien et les conditions locales de la circulation peuvent et doivent agir, mais ils n'ont qu'un rôle secondaire, consistant à localiser au niveau des veines hémorroïdales les conséquences de l'hypertension portale. De même, les lésions veineuses ne sont pas discutables, mais elles sont loin de revêtir toujours le type de l'endophlébite; caractérisées surtout par l'épaississement fibreux ou fibro-musculaire de la tunique moyenne, elles ont la signification de lésions réactionnelles d'hypertrophie, opposées à l'hypertension portale, et secondaires à la dilatation veineuse; peut-être aussi doit-on invoquer dans leur production l'action exercée par les altérations hépatiques sur tout l'ensemble du système vasculaire, capillaire, artériel et veineux.

Toute une série d'arguments peuvent, d'ailleurs, être apportés à l'appui de l'origine hépatique des hémorroïdes.

L'*étiologie* montre la fréquence des hémorroïdes dans toutes les affections du foie, qu'elles soient d'origine biliaire ou veineuse, qu'elles soient évidentes ou latentes. Il y a longtemps qu'on a constaté l'existence d'hémorroïdes au cours des *cirrhoses veineuses*; mais, lorsque l'affection du foie reste latente, les hémorroïdes sont souvent, à tort, regardées comme primitives. De même, toutes les affections composant la *famille biliaire* peuvent s'accompagner d'hémorroïdes. La *lithiase biliaire*, enfin, s'accompagne souvent d'hémorroïdes.

Les hémorroïdes peuvent être la seule conséquence de l'hypertension portale ou s'associer à d'autres, parmi lesquelles les *hématémèses*, la *splénomégalie*, la *circulation sous-cutanée abdominale*, l'*ascite*, etc.

Les hémorroïdes sont, d'après notre observation, avec l'*opsiurie*, la conséquence la *plus fréquente* de la pléthore portale; elles en sont aussi une conséquence *précoce*. Cette fréquence des hémorroïdes et leur précocité, comparées aux autres conséquences de l'hypertension portale, se comprennent aisément si l'on réfléchit qu'il s'agit là, en effet, du *point le plus déclive de la circulation portale*.

Quant aux *lésions veineuses*, elles ne doivent pas, selon nous, être interprétées comme des lésions de phlébite primitive.

Réserve faite de quelques exceptions, *tout hémorroïdaire est un hépatique avéré ou latent*, et, par suite, la valeur diagnostique des hémorroïdes est considérable.

Ainsi envisagées, les hémorroïdes ont parfois une *signification pronostique favorable*, puisque le flux sanguin qui en est souvent la conséquence, en diminuant la pléthore portale, peut être fort utile. Quelquefois cependant, par leur répétition, les hémorragies hémorroïdaires, même peu abondantes, créent un état d'*anémie prononcée* qui, dans certains cas, reproduit le tableau de l'*anémie pernicieuse progressive*.

Le *traitement* des hémorroïdes peut s'inspirer de ces données pathogéniques. Il est basé sur le régime alimentaire et les divers moyens thérapeutiques propres à modifier l'état du foie et à rétablir la circulation intra-hépatique. Parmi eux se place le *massage direct du foie*: c'est là une preuve thérapeutique de l'origine hépatique des hémorroïdes, qui doit être ajoutée à celles que nous venons de donner.

Les leucocytes du sang chez les vieillards

M. A. Debrovici. — Il existe, chez les vieillards, une proportion plus grande de leucocytes à noyau polymorphe que chez l'adulte. Si on se rappelle que, chez les enfants, ce chiffre est, au contraire, plus faible que chez l'adulte, on voit que la morphologie du sang subit une évolution d'un bout à l'autre de la vie. Comme le leucocyte à noyau polymorphe peut

être considéré comme le terme ultime de l'évolution de la cellule lymphatique dans le tissu hématopoiétique de la moelle, on voit que, chez l'individu âgé, il y a excès des formes cellulaires qui ont atteint leur maturité, tandis que chez l'enfant, il y a, au contraire, excès des formes jeunes. Il ne serait pas difficile de citer des exemples du même genre, et les résultats que j'ai obtenus se relient peut-être à une loi générale.

Etude expérimentale des phénomènes toxiques provoqués par l'ingestion du naphtol

M. J. **Lesage**, reprenant ses expériences sur l'action du naphtol sur le chien et le chat (1), en tire les conclusions suivantes :

« Ces notions nous semblent suffisantes pour rétablir la légende de la nocuité du *naphtol* et faire considérer ce médicament comme *dangereux*. Il n'est pas démontré, en effet, que l'organisme de l'homme se rapproche plus de celui du lapin que de ceux du chien et du chat. »

Modifications immédiates du sang leucémique sous l'influence de la radiothérapie

MM. Aubertin et Beaujard. — Un certain nombre d'auteurs (Senn, Bryant et Crane, Brown) ont publié récemment des cas de leucémie myélogène guéris cliniquement et hématologiquement par la radiothérapie. Nous suivons, actuellement, un cas analogue, ainsi traité et amélioré dans les services de MM. Vaquez (1) et Beclère. Nous avons constaté, dans ce cas, la diminution progressive du nombre des globules blancs déjà notée par les auteurs américains; mais, de plus, nous voudrions appeler l'attention sur les modifications immédiates du sang après chaque séance de radiothérapie.

En résumé, la radiothérapie de la région splénique provoque, dans la leucémie myélogène, une diminution du nombre des leucocytes, mais cette diminution n'est pas régulièrement progressive. Chaque séance est suivie d'une augmentation brusque et considérable des globules blancs, puis leur taux baisse lentement et progressivement jusqu'au dessous du chiffre primitif. Dans les premières séances, cette augmentation est presque immédiate, puis, au fur et à mesure de l'accoutumance de l'organisme, elle ne se produit plus que le lendemain de la séance et même plus tard. A certain moment, ou plutôt à partir d'une certaine quantité de rayons absorbés, l'augmentation immédiate devient à peine perceptible et la diminution définitive seule appréciable.

Notons, enfin, que ce sont là les premières modifications objectives de l'amélioration par la radiothérapie; en effet, alors que la rate n'a pas encore commencé à diminuer de volume d'une manière appréciable, il existe déjà de profondes modifications dans l'état du sang.

(1) Voir *Bulletin médical*, 1904, n° 45, p. 533.
(2) V. *Bulletin médical*, 1904, n° 46, p. 546.

Des troubles consécutifs à la destruction des glandes surrénales

M. Abelous. — I. La survie des grenouilles après destruction des surrénales peut être notablement prolongée si, après avoir détruit les capsules, on énerve les membres postérieurs, en sectionnant dans l'abdomen les filets nerveux qui vont à ces membres. Les muscles perdent leur tonicité, leur chimisme se réduit considérablement, et par suite l'élaboration de substances toxiques diminue également. Les grenouilles à train postérieur paralysé présentent une survie moyenne de quatre à cinq jours, deux fois plus longue par conséquent que les grenouilles simplement au repos dont les muscles ont gardé la tonicité normale.

Par contre, si, après la destruction des surrénales, on injecte aux grenouilles de faibles doses de strychnine, de façon à ne provoquer que des convulsions légères et de courte durée, la survie est abrégée, elle n'est plus en moyenne que de 36 heures.

Chez le lapin, j'ai constaté des faits qui peuvent s'interpréter de la même façon.

Tous ces faits viennent donc à l'appui des conclusions que nous avons présentées il y a douze ans, Langlois et moi, à savoir que les troubles consécutifs à la destruction des glandes surrénales sont essentiellement d'origine musculaire.

II. Les grenouilles opérées présentent, au bout de quelque temps, une teinte plus foncée qu'à l'état normal. Ces modifications sont évidemment la conséquence d'un changement d'état des chromoblastes. Il est probable que ce changement de couleurs est la conséquence de la suppression de la sécrétion interne des surrénales; l'adrénaline disparaît et la tonicité des chromoblastes s'affaiblit de plus en plus, de même que la tonicité vasculaire.

Influence favorisante du chlorure de sodium sur certaines infections

M. **H. Vincent** (Val-de-Grâce). — Il est actuellement démontré que le chlorure de sodium peut déterminer, même chez l'homme sain (Torindo), des troubles très graves et des néphrites mortelles, lorsqu'il est absorbé pendant longtemps et à dose exagérée.

J'ai constaté que le sel marin peut également favoriser la multiplication de certains microbes pathogènes. Si l'on inocule, en effet, à deux cobayes, du tétanos sans toxine, et qu'on injecte à l'un d'eux, soit au même point, soit du côté opposé, 2 cc de solution hypertonique de NaCl, ce dernier prend un tétanos aigu et mortel. Le cobaye témoin reste sain.

Chez d'autres animaux, l'infection par le bacille typhique a été favorisée, à un degré véritablement remarquable, par l'injection simultanée de 3 à 5 cc de solution à 1/10e de NaCl sous la peau. L'autopsie décèle une multiplication intense du bacille dans le péritoine, la rate, les reins, le sang. C'est même un procédé excellent pour provoquer, chez le cobaye, l'infection éberthique expérimentale, parfois si difficile à réaliser.

Chose remarquable, l'injection de la solution physiologique de NaCl, à la dose de 5 à 10 cc, peut, quoique beaucoup plus exceptionnellement, favoriser l'explosion des symptômes tétaniques chez les animaux dépositaires du bacille. Il n'est donc peut-être pas toujours indifférent d'injecter du sérum artificiel aux sujets atteints de maladies infectieuses.

Le chlorure de sodium ne paraît pas offrir, lorsqu'il est ingéré, les dangers qu'il provoque en injection sous-cutanée. L'action favorisante des solutions hypertoniques s'explique, dans ce dernier cas, par l'altération locale des tissus qu'il détermine, et qui permet la multiplication *in situ* des microbes inoculés. Mais les solutions hypertoxiques agissent surtout par l'action chimiotaxique négative qu'elles exercent sur les leucocytes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin

La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'Ecole parisienne

M. le prof. Grancher a fait sur ce sujet et avec la collaboration de MM. Méry, L. Guinon, Boulloche, Aviragnet, J. Renault, Zuber, J. Hallé, Guillemot, Terrien, Vignalou, Babonneix, Armand-Delille, une communication que nous avons cru devoir donner en tête de ce journal. L'Académie a marqué, du reste, par ses applaudissements, malgré ses habitudes de réserve, l'intérêt qu'elle avait pris à ce travail.

Contribution à l'étude du tétanos dit médical ou spontané

M. Vincent (Val-de-Grâce). — Chez un homme, atteint de tétanos primitif, et qui succomba à la forme suraiguë de cette affection, l'enquête, aussi bien que l'examen bactériologique, sont restés sans résultat sur la cause de l'affection. Cet homme avait eu, une semaine auparavant, une insolation. J'ai fait des recherches expérimentales en vue d'étudier si le coup de chaleur n'exercerait pas une action favorisante sur l'infection tétanique.

Les cobayes mis à l'étuve à 40° jusqu'à ce que leur T. s'élève à 42° ou 42°5, étant inoculés les jours suivants sous la peau, avec quelques spores tétaniques sans toxine, meurent du tétanos rapide, parfois foudroyant, en 9 à 11 heures. Les cobayes témoins ayant reçu les spores et non chauffés, restent indemnes. Chez les premiers, la marche clinique du tétanos est identique à celle du tétanos splanchnique. L'examen microscopique et les ensemencements permettent de constater la présence du bacille de Nicolaïer, non seulement au foyer d'inoculation (seul siège jusqu'ici signalé du bacille dans les cas de tétanos), mais encore dans les

viscères, le foie, la rate, la moelle osseuse et même le sang. Telle est la puissance favorisante de la chaleur qu'elle a permis la généralisation du microbe et qu'elle a déterminé une sorte de septicémie tétanique. De là l'acuité extraordinaire des symptômes qui sont semblables à ceux du tétanos viscéral.

L'action favorisante de l'hyperthermie peut s'exercer trente, quarante et parfois soixante jours après l'inoculation des spores. Mais plus l'action de la chaleur est retardée, plus sont faibles, en général, les symptômes d'infection tétanique. Celle-ci peut manquer chez certains cobayes inoculés depuis longtemps.

Le rôle favorisant, si remarquable, de la chaleur chez les cobayes, s'explique par l'hypoleucocytose et particulièrement l'hypopolynucléose qu'elle détermine. Au moment de la mort, le nombre des leucocytes du sang est descendu à 3000, 2000 au lieu de 9000 à 10000. Ces cellules présentent elles-mêmes des altérations histologiques. L'élévation thermique a donc la propriété de libérer les spores tétaniques vivant à l'état latent dans l'organisme, de l'obstacle phagocytaire qui les immobilise. Ces constatations expliquent la généralisation d'emblée des symptômes tétaniques par la germination simultanée dans tout l'organisme, des spores restées vivantes.

Il paraît hors de doute que l'influence prolongée de la chaleur et du soleil intervienne parfois dans la pathogénie du tétanos chez l'homme Cette maladie est commune et très rapidement mortelle dans les climats tropicaux Elle tue ordinairement en moins de vingt-quatre heures (Burot). Pendant les guerres, Larrey, Thierry, Fournier, Pescay ont signalé la fréquence du tétanos à la suite de marches pénibles en plein soleil. J. More, J. Benton ont également observé le tétanos chez des agriculteurs après une insolation. Le cas que j'ai mentionné plus haut doit être rapproché des précédents.

Il paraît donc utile, surtout dans les pays chauds, d'injecter préventivement du sérum antitétanique aux sujets exposés à un coup de chaleur, lorsque ces malades ont eu antérieurement des plaies ayant pu donner passage au bacille de Nicolaïer.

Surra et Nagana

M. Laveran proteste contre l'identification du surra et du nagana, faite par M. Blanchard dans un rapport lu à la dernière séance. Les travaux faits depuis deux ans par M. Laveran, avec M. Mesnil, démontrent le contraire. Il est vrai que M. Blanchard n'a pas jugé à propos de citer ces travaux.

M. Huchard lit un rapport sur les bains carbo-gazeux, rapport que nous n'avons pas plus entendu que celui de **M. Sevestre** sur l'hygiène-culture, de Mme le Dr **Macaigne**, ou que la communication de M **Bisserier** sur deux cas d'epithéliomas traités par les rayons X.

M. le prof. **Fournier** a présenté de la part du Dr Mendel un travail intitulé : Traitement de la tuberculose pulmonaire par la médication intra-trachéale.

ÉLECTIONS

MM. Tourneux (de Toulouse) et Morat (de Lyon) sont élus membres correspondants nationaux (1re division, médecine).

G.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Le goître intra-laryngé et intra-trachéal

Au lieu de demeurer extrinsèque aux voies respiratoires, le goître peut se développer parfois à l'intérieur du larynx et de la trachée, par prolifération, à la surface interne de ces organes, de tissu thyroïdien. Pour sa part, M. **Von Bruns** (*Beitr. zur klin. Chir.* et *Centralbl. f. Chir.*, 18 juin 1904), professeur de chirurgie à Tubingue, a eu l'occasion d'observer cinq cas de ce genre. Il en a pu trouver six autres dans la littérature médicale. Estimant que cette affection n'est pas si exceptionnellement rare, comme on l'admet, l'auteur s'est attaché à en fixer le tableau clinique. Cette étude lui a montré que le diagnostic du goître intra-laryngé ou intra-trachéal est à établir, avec la plus grande vraisemblance, chaque fois que, chez un sujet bien portant à tous les autres égards, et plus ou moins jeune, on voit apparaître une dyspnée lentement, mais progressivement croissante, l'examen laryngoscopique révélant la présence d'une tuméfaction sous glottique platte, cylindrique, à surface lisse, occupant la paroi postérieure et une paroi latérale de la partie inférieure du larynx ou de la partie supérieure de la trachée. En même temps on constate presque toujours l'existence d'un goître ordinaire plus ou moins développé. Il s'agit, ainsi que l'a montré Paltauf, de la prolifération à l'intérieur du larynx, à travers les membranes inter-cartilagineuses de la trachée et avec conservation absolue de l'intégrité des cartilages, du tissu thyroïdien provenant d'un lobe latéral du corps thyroïde.

Au point de vue du pronostic, il y a lieu, dans les cas de ce genre, de prendre en considération l'éventualité d'une dégénérescence maligne du goître intra-laryngé, fait que l'auteur s'est trouvé à même d'observer une fois.

Le traitement ne saurait consister que dans l'extirpation de la tumeur au moyen de la laryngo-trachéotomie. Au préalable, on pourrait essayer d'obtenir une diminution du goître intra-laryngé, à l'aide de l'opothérapie thyroïdienne.

Emploi de la bande d'Esmarch pour éviter les hémorragies à l'occasion des pansements

Le chirurgien se trouve assez souvent aux prises avec des plaies, accidentelles ou opératoires, qui saignent au moindre contact, chaque nouveau pansement, surtout lorsqu'on panse à sec, pouvant déterminer une véritable hémorragie qui entrave la cicatrisation et crée même des chances d'infection. C'est pourquoi, en pareille occurence, **M. L. Isnardi** (*Centralbl. f Chir.*, 18 juin 1904), chirurgien-chef de l'Hôpital Saint-Giovani et privat docent de chirurgie à Turin, a recours à l'ischémie artificielle au moyen de la bande d'Esmarch à chaque pansement. Ce moyen lui a toujours très bien réussi. Dans les observations de notre confrère — dont le nombre est de trente — les applications répétées du lien constricteur n'ont pas présenté d'inconvénients. En particulier, on n'a jamais noté d'hémorragies consécutives à l'enlèvement de la bande, alors que le sang revenait dans le membre, antérieurement ischémié. Même les plaies etendues ne nécessitent pas de constriction trop fréquemment répétée : 5 à 10 applications de la bande d'Esmarch suffisent généralement, les bourgeons charnus, mis à l'abri de tout traumatisme et de l'infection ne tardant pas à se raffermir au point de ne plus saigner.

La compression élastique du tronc contre les vomissements de la coqueluche

Au récent congrès de l'American Medical Association, **M. T. W. Kilmer** (*Med. Record*, 11 juin 1904) a fait une communication sur les effets favorables exercés par la compression du thorax et de l'abdomen à l'égard des vomissements que provoquent les quintes de la coqueluche. Cette compression est réalisée au moyen d'une jaquette en tissu élastique ou de tours de bande élastique appliqués de façon à recouvrir le tronc depuis les aisselles jusqu'au pubis, comme le corset de Sayre. Sous l'influence de ce bandage, s'il est suffisamment serré, les vomissements cesseraient aussitôt et même les quintes diminueraient de fréquence et d'intensité. Si pareil effet tarde à se produire, c'est signe que la compression n'est pas suffisante, il faut alors resserrer le bandage.

Le pansement au nitrate d'argent contre les ulcérations syphilitiques rebelles

Suivant l'expérience d'un médecin militaire anglais, **M Kelly** (*British med. Journ.*, 18 juin 1904), les ulcères syphilitiques qui résistent au traitement mercuriel ou ioduré interne et aux applications d'iodoforme, guérissent rapidement lorsque, après les avoir lavés avec une solution de sublimé au 1/250, on les panse avec une solution de nitrate d'argent à 3 ou 6 %.

V. DE H.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J.-B. Baillière

Guide pratique d'urologie clinique, par M. J. André. (1 vol. 230 pages)

Le petit livre de M. J. André constitue un excellent précis que le médecin sera

heureux d'avoir dans le cabinet où il fait ses analyses d'urines. Il trouvera, dans ce *Guide pratique d'urologie clinique*, tout d'abord un exposé de la nutrition cellulaire en général et de ses perversions pathologiques. Puis, une étude des principaux rapports urologiques d'après les enseignements de M. A. Robin, avec leur signification clinique et les moyens de les établir. L'auteur aborde ensuite les corps anormaux de l'urine, les diverses variétés d'albumines urinaires, le sucre, l'acétone, les pigments et sels biliaires, la diazoréaction, les principaux médicaments décelables dans l'urine, etc.

M. André ne se contente pas des recherches chimiques, il fait l'examen microscopique des sédiments cristallisés ou organiques, avec quelques indications sur les parasites animaux et les bactéries de l'urine.

Il expose avec soin les procédés destinés à apprécier la perméabilité rénale, la recherche de la toxicité, les diverses épreuves par l'iodure, le salicylate, le bleu de méthylène, la cryoscopie, etc.

En somme, ce petit ouvrage est très au courant des méthodes nouvelles, dont la théorie est exposée brièvement et clairement, et la technique détaillée de façon précise. Il sera très utile à la fois aux pharmaciens, à qui seront confiées les analyses un peu compliquées, et aux médecins qui auront à les interpréter au point de vue clinique.

P. G.

Contre la cigarette,
Par M. H. Poulain de la Fontaine

Brochure de propagande qui a le double mérite d'être peu coûteuse — 0 fr. 50 — et d'exposer les méfaits du tabac sous une forme littéraire et humoristique.

Se trouve dans les bibliothèques des gares.

Vient de paraître

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par G. Pouchet.

Quatrième série. — Antithermiques, analgésiques (antipyrine et ses dérivés, anilides, acide salicylique, aconits et leurs alcaloïdes, renonculacées toxiques).

Cinquième série. — Modificateurs du système nerveux périphérique et névromusculaires (champignons et leurs principes actifs, jaborandi, ciguës, colchique, vératrums, digitale, caféine et caféiques) 1 vol. grand in 8 de 1156 pages avec 190 figures dans le texte : 22 francs. Prix de l'ouvrage complet, en cinq séries : 60 francs. (Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris VI°.)

La Franklinisation réhabilitée, par le Dr Albéric Rousselet. 1 vol. in-18 jésus de 310 pages, avec 12 figures intercalées dans le texte : 4 francs. (Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris-VI°.)

Principes de diététique, par le Dr H. Labbé, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 330 pages : 3 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 29 juin. — *M. Dieuzeide* : Résistivité électrique des liquides de l'organisme. — *M. Morchoisne* : Variations physiologiques du rapport azoturique et influence des régimes alimentaires sur l'élimination azotée. — *M. Poan de Sapincourt* : Du tétanos céphalique à paralysie faciale. — *M. Papegney* : De la multiplicité du chancre syphilitique; statistique de l'hôpital Ricord (ancien Midi).

Jeudi 30 juin. — *M. Voisselle* : Contribution à l'étude de la prostatectomie périnéale. — *M. Daussy* : Contribution à l'étude de la ration alimentaire du nourrisson élevé artificiellement de un à sept mois. — *M. Aubourg* : La rachicocaïnisation. — *M. Legroux* : De la botryomycose. — *M. Joussemet* : Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude. — *M. Permilleux* : Recherches de physiologie expérimentale sur quelques ferments du foie. — *M. Wilmart* : Rupture spontanée non anévrysmatique de l'aorte dans sa portion thoraco abdominale. — *M. Galezowski* : Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux. — *M. Serfaty* : Contribution à l'étude de la salicine. — *M. Mazure* : Fièvre typhoïde et diphtérie, coexistence des deux maladies. — *M. Delmas* : Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire du cou. — *M. Genevoix* : Les uréthrites chez les petits garçons. — *M. Huzard* : Difficultés de diagnostic au début de la pneumonie infantile. — *M. Soullard* : Puérilisme mental.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A Madagascar.
(en activité hors cadres).

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Jourdran, maintenu dans les fonctions de dir. de l'école de méd. et de l'hôp. indigène de Tananarive.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Dourne, au 4e d'inf.
Le méd. aide-major de 1re cl. :
M. Vergne, au 8e d'inf.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :
Au 24e d'inf. à Perpignan, M. Guérin.
Au 23e d'inf. à Paris, M. Faraut.
Au 7e d'inf. à Rochefort, M. Duville.
Au 2e d'art. à Cherbourg, M. Berthier.
Les méd.-maj. de 2e cl. :
Au 22e d'inf. à Hyères, M. Dor.
Au 4e d'inf. à Toulon, M. Ruelle.
Au 8e d'inf. à Toulon, MM. Brochet et Pichon.
Au 2e d'art. à Brest, M. Chaze.
Au 24e d'inf. à Cette, M. Pujol.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
Au 4e d'inf. à Toulon, MM. Chagnolleau et Bourret.
Au 22e d'inf. à Hyères, M. Percheron.
Au 24e d'inf. à Perpignan, M. Comméléran.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Les méd.-maj. de 2e cl. :
A l'hôp. mil. d'Hanoï, M. Lecomte.
A l'ambulance de Phu-Lang-Thuong, M. Lafaurie.
A l'amb. de Yen-Bay, M. Paucot.
A l'amb. de Ha-Giang, M. Mayer.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
A l'amb. de That-Khé, M. Plomb.
A l'hôp. d'Hanoï, M. Mourson.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
Au poste méd. de Thaï-Binh, M. Sarrailhe.
A l'hôp. mil. d'Hanoï, M. Léger.
Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Challier.
A l'amb. de Bac-Kan, M. Arathoon.
En Cochinchine, M. Brimont.
Au 3e tir. tonkinois à Thaï-Nguyen, M. Foll.
Au 10e d'inf. à Phu-Lang-Thuong, M. Poncin.
En Cochinchine, M. Wadoux.

Au corps d'occupation de Chine

Le méd.-maj. de 1re cl. :
Médecin-chef de l'hôp. mil. Tien-Tsin, M. Bellard.

En Afrique occidentale française.

Le méd. princ. de 2e cl. :
Médecin-chef de l'hôp. col. de Dakar, M. Simon.
Les méd.-maj. de 1re cl. :
Médecin-chef de l'hôp. de Kayes, M. Roques.
Médecin traitant à l'hôp. de Dakar, M. Brossier.
Les méd.-maj. de 2e cl. :
Méd. traitant à l'hôp. de Dakar, M. Delassus.
Au bat. de Zinder (3e terr. mil.), M. Bresson.
Méd.-chef de l'amb. de Gorée, M. Bec.
Au 6e d'art., M. Chagnolleau.
Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
A l'amb. de Niamey, M. Gaillard.
Les méd. aides-majors de 1re cl. stag. :
A l'hôp. de Saint-Louis, M. Patterson.
A l'hôp. de Kayes, M. Vielle.
A l'infirm. de Bonaké (Côte d'Ivoire), M. Gallier.

A Madagascar

Le méd. princ. de 2e cl. :
Chef du serv. de santé à Diégo-Suarez, M. Preux.
Le méd.-maj. de 1re cl. :
A l'amb. de Fianarantsoa, M. Guerchet.
Les méd.-maj. de 2e cl. :
A l'hôp. de Tananarive, M. Maurras.
Au 13e d'inf., M. Boullet.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
Au serv. gén. à Fianarantsoa, M. Franceschetti.
Au 3e tirail. sénégalais, M. Cavasse.
Au 1er tiraill. malgaches, M. Garnier.
Au 2e tiraill. malgaches, M. Bernard.

Autorisation de prolongation de séjour

Le méd.-maj. de 1re cl. :
Corps d'occ. de Chine (3e année), M. Bellard.
Le méd.-maj. de 2e cl. :
En Indo-Chine : poste médical d'Hoï-Hoto (Haïnan) (3e année), M. Féray (hors cadres).
Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
A la Guyane : léproserie de l'Acaronamy (3e année), M. Roubaud (hors cadres).

RÉSERVE

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. de réserve.

Les méd.-majors de 2e cl. :
MM. Davillé, Mayolle.

NOUVELLES

La démission des médecins de l'« Union médicale »

Parmi les raisons qui nous ont fait attendre, une mise en demeure par ministère d'huissier pour publier la corres-

pondance de M. le Directeur de l'*Union médicale*, se trouvait la façon toute personnelle dont M. de Verez comprend le droit de réponse, faisant intervenir dans le débat des personnes qui y étaient étrangères jusqu'alors, et les prenant à partie. Il était facile de prevoir que nos confrères, ainsi attaqués, ne tarderaient pas à répondre à leur tour. Cette prévision n'a pas tardé à se réaliser.

Dans le dernier numéro, nous avons publié la réponse de M. Ducor, au nom du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement. Aujourd'hui, nous donnons les lettres suivantes, dans lesquelles MM. les Drs Cauzard et Berruyer protestent contre l'accusation portée par M. de Verez contre les médecins qui se sont retirés de l'*Union médicale*, et indiquent les motifs qui ont déterminé leur démission.

Monsieur et cher Confrère,

J'ai suivi avec intérêt, dans le *Bulletin médical*, l'échange de lettres entre M. de Verez, de l'*Union médicale*, et vous-même.

Dans sa dernière lettre, M. de Verez regrette d'avoir constaté, chez les médecins démissionnaires de l'*Union médicale*, un manque d'indépendance et l'absence de fermeté de caractère.

Ces expressions ne me conviennent pas du tout, et je proteste contre cette façon de juger.

Il y a quelques mois, j'ai adhéré à l'*Union médicale* très facilement, sur la recommandation de quelques amis et, connaissant, certains médecins, chirurgiens, accoucheurs, qui devaient être du groupe médical, mais sans connaître le mécanisme financier de l'affaire.

Présent à l'une des réunions tenues en avril, j'ai désiré savoir quels étaient les confrères adhérents et j'ai été très étonné de ne voir aucun des noms dont j'avais entendu parler. J'ai demandé à M. de Verez des renseignement sur le recrutement des abonnés, sur la répartition des honoraires, et j'ai montré, d'après les réponses qui m'étaient faites, à ceux de mes confrères présents à cette réunion, ce gros danger pour la corporation médicale: l'impossibilité actuelle de réglementer la qualité des abonnés, de refuser à des familles fortunés l'abonnement médical.

Demandant comment se ferait le recrutement, il me fut répondu que des courtiers iraient s'adresser aux boutiquiers, commerçants...

Pour la répartition des honoraires, j'ai de même exposé ce fait que sur un abonnement le médecin traitant qui se dérangerait jour et nuit (et le service de nuit, pour qui st il fait?), était rétribué de façon infime, comparativement à la part réservée pour les frais de gestion, d'administration.

Mon impression fut que le corps médical ferait de la philanthropie pour couvrir les frais généraux, le traitement de Messieurs les administeurs. Que le médecin fasse de la philanthropie par pitié des malheureux, très bien, qu'il en fasse par gloriole, passe encore; mais que, par sa sottise, il fasse de la philanthropie au profit de MM. les Directeurs, Administrateurs, non.

En effet, l'*Union médicale* n'est pas une mutualité, une mutualité d'un degré supérieur, c'est bien une entreprise privée, philanthropique si vous voulez, mais non pas pour les médecins, au détriment desquels cette affaire est organisée.

Ainsi, ce n'est pas par manque d'indépendance, absence de fermeté de caractère, que j'ai pris cette décision d'adresser ma démission de l'*Union médicale*, mais c'est éclairé par ces faits dits plus haut, et les conseils de sages confrères, et parce que je reconnais au corps médical le besoin d'être solidaire, et cela de plus en plus.

Veuillez, etc.

Dr P. Cauzard.

1904, 18 juin.

A Monsieur de Verez, Directeur de l'« Union médicale ».

Monsieur le Directeur,

Dans la lettre que vous avez fait publier dans le *Bulletin médical* du 11 juin dernier se trouve la phrase suivante: « Ce qui est vrai, c'est que ces démissions sont le résultat de la pression exercée par certains groupements médicaux à l'égard des médecins qui nous donnaient leur concours. »

Cette phrase est de nature à faire croire que tous les médecins qui ont renoncé à faire partie de l'Union médicale ont cédé à la contrainte et à un sentiment de peur.

Par suite, elle crée aux médecins démissionnaires qui, comme moi, ont quitté la Société pour les motifs qu'a bien exprimés le Dr Granjux, une situation contre laquelle je tiens à protester.

J'ai l'honneur de vous informer que j'envoie communication de ma lettre au *Bulletin médical*.

Veuillez, etc..

G. Berruyer.

Paris, 18 juin 1904.

HOPITAL COCHIN RICORD

Cours pratique de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes.

M. Queyrat commencera, le 11 juillet, un cours pratique de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes.

Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic clinique et bactériologique, ainsi qu'aux divers modes de traitement de ces affections.

Le cours sera terminé le 6 août.

Le prix d'inscription est de 60 fr.

Pour les heures et le programme des leçons et des exercices pratiques, s'adresser au laboratoire de M. Queyrat, à l'hôpital Cochin-Ricord, 111, boulevard de Port-Royal, tous les jours, de 10 heures à midi.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

(Enseignement complémentaire.)

M. Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le samedi 9 juillet, à 3 heures, son cours d'oto-rhino-laryngologie.

Ce cours sera essentiellement pratique avec maniement des instruments spéciaux, examen de malades, diagnostic, clinique, petites opérations, comprendra 10 leçons et durera trois semaines.

Les droits à verser sont de 50 fr. en s'inscrivant

Prière de s'inscrire les mardi et samedi, de 4 à 6 heures, à la consultation oto-laryngologique de l'Hôtel-Dieu (nombre de places limité).

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHIRURGIE

Quelques remarques à propos d'un cas de suture du cœur

PAR

M. Guénot, Interne des hôpitaux.

Les cas de suture du cœur ne sont plus aujourd'hui des faits exceptionnels. A mesure que les observations se multiplient, les indications et la technique opératoires se précisent, les interventions deviennent des opérations réglées, les résultats sont meilleurs.

Nous avons eu récemment, avec notre collègue Desmarets, l'occasion d'intervenir d'urgence pour un cas de ce genre, et bien que notre malade ait succombé au troisième jour après l'opération, il nous a paru intéressant de publier son observation détaillée, en la faisant suivre de quelques remarques faites après coup et qui modifieraient à l'avenir notre conduite dans des cas analogues (1).

Le 11 mai 1904, à une heure après midi, on apporte à l'hôpital Tenon une jeune femme, Juliette J..., âgée de vingt ans, qui, dans une tentative de suicide, s'est frappée d'un coup de couteau à la région precordiale une demi-heure auparavant.

La malade est sans connaissance; la face est pâle, la respiration est précipitée, irrégulière, désordonnée; le pouls imperceptible. Il existe, au niveau du quatrième espace intercostal gauche, à 4 centimètres en haut et en dedans du mamelon, une plaie linéaire longue d'environ 2 centimètres; la plaie ne saigne pas. A l'auscultation on constate l'absence complète de bruits du cœur. L'état de la blessée paraît extrêmement grave; une intervention immédiate s'impose.

La malade, transportée dans le service de notre maître M. Lejars, reçoit une injection de caféine et une d'éther; elle est endormie à l'éther pendant qu'on nettoie rapidement la région opératoire.

On dessine un large lambeau cutané musculaire, en incisant d'emblée jusqu'au plan costal. L'incision part du bord sternal, suit le bord supérieur de la troisième côte, puis descend verticalement a 2 centimètres en dedans du mamelon jusqu'à la sixième côte et revient horizontalement gagner le bord du sternum à la naissance de l'appendice xyphoïde. Le lambeau est disséqué au bistouri sur ses bords Au moment où on le détache du plan costal au niveau de la plaie cutanée, on entend le bruit caractéristique de la traumatopnée et on voit du sang mêlé d'air s'échapper par une plaie du quatrième espace.

Rapidement on sectionne au bistouri les intercostaux du deuxième espace; les troisième, quatrième et cinquième côtes verticalement un peu en dehors des articulations chondro-costales (fig. 1), enfin les in-

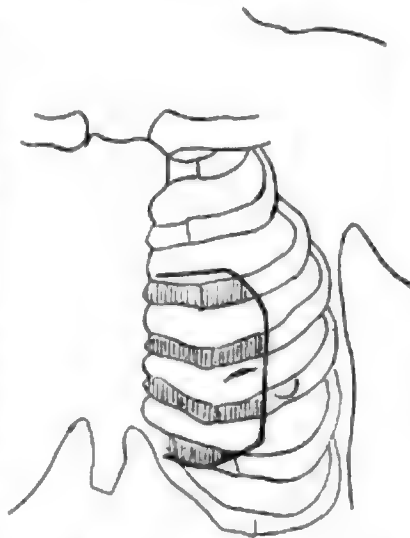


Fig. 1. — Tracé du volet.

tercostaux du cinquième espace et le sixième cartilage costal près de son union au sternum; la plèvre est en même temps largement ouverte. Le volet chondro-musculaire est soulevé par son bord externe et on va par la cavité pleurale ouvrir très facilement les articulations sternales des troisième, quatrième, cinquième et sixième cartilages costaux; le volet ainsi libéré est rejeté en dedans.

La plèvre est remplie de sang liquide et en caillot; le poumon est affaissé, rétracté sur son hile, il porte sur sa languette antérieure, à la partie moyenne, à 1 centimètre du bord libre, une petite plaie linéaire, plaie par transfixion qui ne saigne pas. Les intercostales ne saignent pas. Seule la mammaire interne, sectionnée dans le deuxième espace intercostal, saigne en jet par son bout supérieur; on y place une pince de Kocher.

Le péricarde est mou, affaissé. Il présente au niveau de son bord gauche, bas situé, une plaie rectiligne d'environ 2 centimètres par où s'écoule un peu de sang.

Elle est repérée par deux pinces et agrandie au ciseau sur une étendue de 8 centimètres.

Le cœur apparaît, petit, contracté : il bat régulièrement mais faiblement. Il porte, sur la face antérieure du ventricule gauche, un peu au-dessus de la pointe, une plaie longue d'environ 1 centimètre 1/2 par où s'échappe à chaque systole un petit jet de sang.

On attire la pointe du cœur au dehors au moyen d'une pince de Kocher (fig. 2) et on place rapidement, au moyen d'une aiguille courbe de Reverdin, un point de suture profond (catgut n° 1), on retire la pince de Kocher et on place un second point profond au-dessus du premier. On termine par un petit surjet superficiel : trois points au catgut n° 1. Les battements du cœur sont faibles, assez réguliers; le placement des fils est facile. L'hémorragie s'arrête complètement. On s'assure, en relevant la pointe du cœur, qu'il n'existe pas de plaie sur la face postérieure du ventricule. Le péricarde est nettoyé du sang qu'il contient et suturé par un surjet au catgut n° 0 sans drainage.

On lie la mammaire interne et deux petites veines de la face antérieure du péricarde, les seuls vaisseaux qui saignent. La plaie du poumon est suturée au moyen d'un point en U au catgut n° 1.

On procède alors au nettoyage de la cavité pleurale, à la main et au moyen de compresses : on retire environ un litre et demi de sang liquide et de caillots.

On place au bord inférieur de la plaie deux gros drains qui descendent en avant jusqu'au cul-de-sac pleural; on les fixe à la peau par un crin; le volet costal est rabattu et réuni par quelques points de suture au catgut n° 1; suture de la peau au crin de Florence. Pansement à la gaze stérilisée.

La durée de l'opération a été de vingt-cinq minutes; pendant l'intervention, la malade a reçu dans la saphène interne droite une injection intra-veineuse de trois litres de sérum.

A la fin de l'intervention, les battements du pouls redeviennent perceptibles à la radiale; ils sont très précipités mais nettement frappés. La respiration est toujours irrégulière, fréquente; la malade s'agite, sa figure se recolore.

Nous revoyons la malade à 6 heures. Elle a repris connaissance, la dyspnée est intense, mais le pouls bat 130 pulsations, bien frappées. La température axillaire est à 36°8; sérum, 1/2 litre; une injection d'éther, une de caféine.

12 mai.— La nuit a été agitée; mais au matin la malade est plus calme, elle répond bien aux questions, la respiration est toujours accelérée; temp. 37°, pouls 140. Les compresses à la partie inférieure

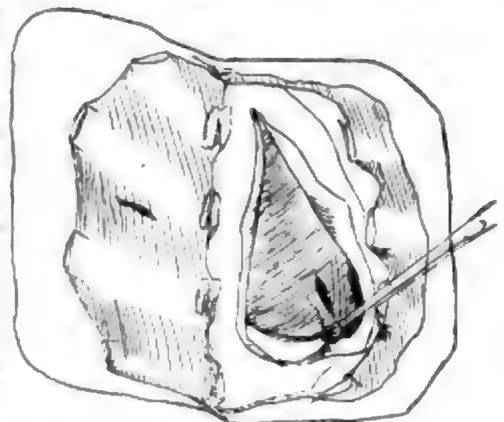


Fig. 2. — Le volet costal est rejeté en dedans, la plèvre et le péricarde ouverts, la pointe du cœur attirée au dehors.

du pansement sont tachées d'un peu de liquide sanguinolent. On les change, sans toucher à celles qui couvrent la plaie et sans remuer la malade. Le soir, la malade est calme; temp. 37°5, pouls 144. La respiration est régulière, moins précipitée. La malade a reçu en injection sous-cutanée

(1) La pièce du cœur a été présentée le 21 mai dernier à la Société de chirurgie, en notre nom et celui de notre collègue Desmarets.

un litre de sérum en deux fois. On prescrit pour la nuit 1 centigr. de morphine. Les urines des vingt-quatre heures sont d'un litre, claires, transparentes. Elles ne contiennent pas d'albumine.

13 mai. — A la visite du matin, la malade est calme, tranquille, elle a dormi quelques heures la nuit. Pouls 130, température 37°8. Respiration régulière. On change les compresses qui entourent les drains. Elles sont souillées d'un peu de liquide séro-sanguinolent.

L'état de la malade paraît donc très satisfaisant et le pronostic favorable. Mais vers midi la malade accuse un peu d'oppression, devient somnolente. Progressivement, la torpeur s'accroît; la dyspnée s'accuse, la traumatopnée reparaît. A 4 heures, la température est à 38°2, le pouls à 144, toujours fort et bien frappé (peut être sous l'influence d'une injection de caféine). Les urines des vingt-quatre heures sont tombées à un demi-litre. Malgré les inhalations d'oxygène et les injections de caféine, d'éther, de sérum (1/2 litre), la malade succombe à 6 h. 1/2.

Immédiatement après la mort, on recueille du liquide pleural. L'examen direct et les cultures sur bouillon et gélose ont montré qu'il contenait en abondance du streptocoque et du staphylocoque blanc et doré. Il contenait, en outre, en assez grande quantité, un bacille long, mince, immobile, prenant bien le Gram, qui n'a pas été identifié. Il n'a pas été fait d'inoculation aux animaux.

Autopsie le 15 mai.

Le lambeau cutané est en partie réuni; on coupe les sutures et on les relève ainsi que le volet costal; à noter un léger chevauchement du cinquième cartilage costal sur sa côte.

La plèvre contient environ 200 gr. de liquide séro-sanguinolent un peu louche. Le poumon est à demi-rétracté. Il concontient un peu d'air; la suture de la plaie pulmonaire est en place. Sur la face interne, au point où le poumon touche au péricarde, existe une mince fausse membrane qu'on décolle facilement.

La suture du péricarde a bien tenu. A son niveau la séreuse est recouverte d'un exsudat membraneux, grisâtre. On ouvre le sac péricardique; la ligne de suture adhère par sa face profonde à la surface du cœur. La séreuse contient un peu de liquide séro-purulent.

Les deux feuillets sont couverts d'un exsudat membraneux, râpeux, jusque sur l'origine des gros vaisseaux : péricardite purulente au début.

Le cœur est petit, grisâtre. La plaie du ventricule gauche est exactement réunie (fig. 3). On ouvre le ventricule en arrière. Sur sa face interne, au niveau de la plaie, entre les saillies de deux piliers musculaires, on voit un tout petit caillot du volume d'une tête d'épingle qui adhère à l'endocarde et répond probablement au siège de la perforation.

L'aorte est toute petite, atrésiée. Les autres vaisseaux sont également peu volumineux. Le poumon droit est distendu, rempli d'air, congestionné. Il ne présente aucun foyer pneumonique ou bronchopneumonique. Il n'existe pas de tubercules au sommet; les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux, l'un d'eux est ramolli et se déchire lorsqu'on détache le poumon de son hile. Les reins sont tout petits, congestifs. Le rein gauche renferme deux nodules peut-être tuberculeux.

Examen histologique (1).

Sur les coupes de la pièce passant au niveau de la plaie suturée, on voit que la plaie était bien perforante. Ses deux lèvres sont exactement affrontées sauf à la partie moyenne où il persiste une petite fissure, large de un demi millimètre, remplie de masses fibrineuses. Sur toute la longueur du trajet est faite une infiltration très abondante de leucocytes mono et polynucléaires, qui semble indiquer une infection primitive de la plaie. Pas de néoformations vasculaires. Le péricarde est tapissé par un exsudat fibrineux rempli de leucocytes. L'endocarde n'est pas altéré; au point où se termine le trajet de la plaie, on voit, entre les coupes de deux piliers musculaires, un très petit caillot fibrineux qui obture le trajet. La pièce a été coupée avec les fils de catgut en place. Autour des fils qui, seuls encore, assuraient la réunion de la plaie, au moment de la mort de la malade, s'est faite une faible réaction leucocytaire.

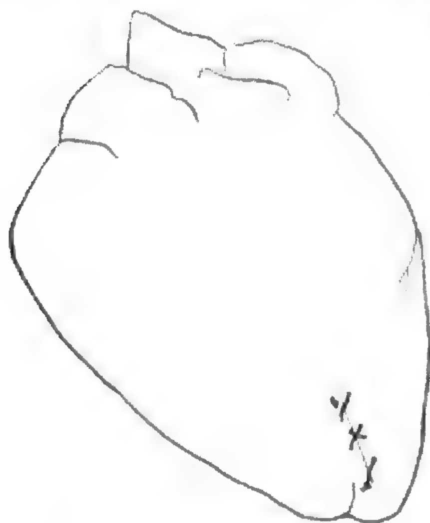


Fig. 3. — Plaie du cœur réunie.

Quelques mots maintenant sur les réflexions que nous a suggérées ce fait.

Le diagnostic, tout d'abord, a été fait d'après le siège de la plaie thoracique, les signes d'anémie aiguë, l'absence de pouls radial et de bruits du cœur, l'irrégularité de la respiration. Ces symptômes nous ont paru suffisants pour poser le diagnostic de plaie du cœur. Nous avons admis d'emblée l'existence d'une blessure de la plèvre certaine et du poumon probable à cause du siège de la plaie, loin du bord sternal, sans perdre de temps à en rechercher les signes.

L'intervention a été faite d'urgence extrême. La malade était apportée à l'hôpital à 1 heure. A 1 heure 20 nous incisions la peau. Dans de telles conditions, il est certain que les préparatifs opératoires ont été précipités, et que nous n'étions pas d'une asepsie irréprochable en abordant la plèvre. Mais l'état de la malade justifiait notre hâte ; elle était mourante; il semblait qu'elle dût succomber d'un moment à l'autre. Peut-être était-ce là une impression fausse, puisque les statistiques de plaies du cœur montrent que la mort n'est foudroyante que dans un quart ou un cinquième des cas. Mais nous manquons d'éléments pour apprécier exactement les conditions du traumatisme, la résistance du blessé, et il est très angoissant de sentir que la vie du malade dépend d'une question de minutes; ce sont des cas où l'on a vraiment la main forcée.

Nous avons eu recours, pour aborder le cœur, à un volet à charnière interne analogue à celui de Rotter. Nous l'avons choisi de parti pris, à cause du siège de la plaie, loin du bord du sternum, qui faisait prévoir une plaie du poumon et une plaie du bord gauche du cœur. Nous l'avons choisi surtout à cause de la rapidité très grande de son exécution. En moins de trois minutes, nous avions ouvert la plèvre, reconnu la plaie pulmonaire, ouvert le péricarde et abordé le cœur. Nous avons eu un jour très suffisant pour explorer le ventricule gauche et suturer la plaie qu'il portait près de la pointe.

Mais il est certain que pour une plaie du cœur située ailleurs que sur le ventricule gauche, le volet à charnière interne ne donne pas un jour suffisant; même en sectionnant, comme nous l'avons fait, la troisième côte, on n'arrive que difficilement sur l'oreillette gauche. Quant à la base du ventricule droit et à l'oreillette droite, ils sont inabordables par ce procédé, à moins de sectionner le sternum et de produire un délabrement considérable.

Nous avons expérimenté sur le cadavre le volet thoracique à charnière externe. C'est certainement un excellent procédé et, ce qui est fort important, applicable à tous les cas de plaie du cœur. Il est plus long à exécuter que le précédent; la taille du lambeau costal demande de grandes précautions pour ne pas ouvrir la plèvre; la section sous-périostée des côtes supérieure et inférieure et la fracture de la côte intermédiaire demandent un certain temps. D'autre part, il est assez difficile de décoller le feuillet pleural de la face

(1) Les coupes ont été faites par notre collègue Bloch et présentées en son nom et au nôtre le 17 juin à la Société anatomique.

profonde du lambeau avant de le relever, même en sectionnant d'abord le sixième cartilage costal, comme le recommandent MM. Terrier et Raymond. Il est assez difficile également de séparer la plèvre du péricarde; nous pensons, du reste, que c'est là une manœuvre inutile. Dans tous les cas où la plaie cutanée est à gauche du sternum, la plèvre est perforée, il y a hémo-pneumo-thorax et le plus souvent blessure du poumon. Il faut donc, dans tous les cas, ouvrir la plèvre pour enlever le sang qu'elle contient et s'assurer de l'état du poumon. Il nous semble qu'il est préférable, après avoir relevé le volet thoracique, d'ouvrir délibérément la plèvre et d'aborder le cœur par voie pleurale, à condition toutefois de suturer ensuite exactement l'ouverture pleuro-péricardique. Au cas — exceptionnel — où l'on voudrait drainer le péricarde, il serait facile de faire une ouverture à la face antérieure de cette séreuse, et de drainer directement sans passer par la plèvre.

Si donc nous avions occasion à l'avenir d'intervenir pour une plaie du cœur, nous ferions le volet à charnière externe, comprenant les troisième, quatrième et cinquième côtes; il nous paraît inutile de descendre jusqu'à la sixième côte, comme l'a fait M. Fontan, et, d'autre part, l'enlèvement de la troisième côte donne beaucoup de jour sur l'oreillette gauche. Le bord interne du lambeau serait directement au contact du sternum, passant par les articulations chondro-costales. La mammaire interne se trouverait sacrifiée, mais elle ne sert de toutes façons en rien à la nutrition du lambeau; il nous paraît avantageux de mettre d'emblée à nu le bord du sternum, on a ainsi beaucoup de jour jusque sur l'oreillette droite. La reposition et la suture du volet thoracique seraient aussi beaucoup plus faciles que si l'on était obligé, pour agrandir le champ opératoire, de sectionner les extrémités restantes des cartilages costaux.

Le placement des fils, dans notre cas, a été très facile. Le cœur battait très faiblement, mais régulièrement. Nous n'avons pas remarqué de modifications du rythme cardiaque pendant le passage de l'aiguille. La saisie de la pointe avec une pince de Kocher nous a beaucoup facilité la pose du premier point profond. Ce serait une manœuvre imprudente au cas de violentes contractions du cœur, et il serait certainement préférable de soulever la pointe avec deux ou trois doigts, suivant la manœuvre habituelle.

La plaie du ventricule était perforante : Il nous a paru de bonne technique, pour renforcer la paroi cardiaque et éviter la production possible d'un anévrysme, de placer deux points profonds au catgut et un surjet superficiel.

L'hémostase a consisté en la ligature de la mammaire interne, par son bout supérieur — nous aurions, du reste, dû en éviter la section — et de deux petites veines péricardiques. Il aurait fallu certainement lier aussi les intercostales sectionnées, qui auraient pu saigner lorsque la tension sanguine est redevenue normale.

En terminant notre intervention, nous avons drainé la plèvre. Nous l'avons fait par mesure de prudence, à cause de la hâte de l'intervention; et l'examen du liquide pleural, contenant du streptocoque et des staphylocoques, semble nous donner raison.

Nous croyons cependant que le drainage de la plèvre est d'une mauvaise technique. Il maintient un pneumothorax ouvert, le champ de l'hématose pulmonaire reste restreint à un seul poumon; la malade est à la merci d'une complication pulmonaire, même peu importante, du poumon sain. D'autre part, il y a dans cette cavité pleurale pleine d'air, contenant peut-être encore un peu de sang, et bientôt un exsudat plus ou moins considérable, un terrain de culture très favorable pour les bactéries introduites au cours de l'opération. De plus, à chaque inspiration, de l'air pénètre dans la plèvre, et, quelle que soit l'épaisseur de l'ouate du pansement, elle ne suffit pas à stériliser ou ne stérilise que pendant quelques heures l'air qui la traverse : il y a là un danger permanent d'infection pour la plèvre.

Nous pensons qu'il faut fermer la plèvre sans drainage, quitte à recourir dans les jours suivants à une thoracotomie postérieure s'il se produit une pleurésie purulente.

HYGIÈNE PUBLIQUE

III

La lutte contre la propagation de la tuberculose chez les enfants (1)

M. Porak a fait le bilan des ressources dont nous disposons pour préserver les enfants de la tuberculose et dans cette étude il a envisagé la question à trois points de vue, suivant que les enfants sont atteints : 1° de tuberculose incurable; 2° de tuberculose curable; 3° les candidats à la tuberculose.

(1) *Bulletin médical*, 1904, n°s 41 et 43.

1° *Tuberculeux incurables*. — Des établissements spéciaux devraient être construits pour ces malades, ainsi qu'il convient de le faire pour les adultes. La même urgence de séparer les tuberculeux incurables des autres malades se pose dans les hôpitaux d'enfants.

2° *Tuberculeux curables*. — « Ce sont déjà des enfants malades, mais ils sont curables et non contagieux. Ils sont atteints de manifestations plus ou moins avérées, plus ou moins graves du rachitisme, de la scrofule ou de la tuberculose. Ils sont atteints de scrofulides cutanées ou ganglionnaires, de tuberculose osseuse ou articulaire. Le poumon présente occasionnellement les premières atteintes du mal, mais il ne s'agit toujours que de tuberculose fermée. »

Pour soigner et pour guérir ces malades, une expérience actuellement longue, de plus d'un siècle, a démontré de la façon la plus incontestable le rôle certainement efficace de la cure marine.

Le premier hospice consacré à soigner au bord de la mer les petits scrofuleux a été créé en Italie et le second en France, à Cette, en 1847. A l'heure actuelle, notre pays compte, en fait d'établissements de ce genre, celui de l'Assistance publique à Berk-sur-Mer et celui que M. de Rotschild a créé dans la même localité; le dispensaire antiscrofuleux et antituberculeux fondé au Havre par le Dr Gibert; l'hôpital Renée Sabran, à Hyères-Giens, pour les malades lyonnais; l'asile de Fort-Thaon, à Nice (réservé aux fillettes); l'hôpital genevois de Cannes (réservé aux enfants originaires de Mulhouse ou de Genève); le sanatorium de Saint-Pol-sur-mer; celui d'Arcachon créé par le Dr Armaingaud; celui de Banyuls-sur-Mer; l'hôpital de Pen-Bron : le sanatorium de Hendaye, appartenant à l'Assistance publique; celui de Saint-Trojan; l'asile départemental Sainte Eugénie à Cap-Breton (Landes).

« Le choix des localités au Nord, à l'Ouest, au Midi pour l'établissement des hôpitaux marins répond à des indications pathologiques spéciales. Les plages de l'Ouest sont plus convenables à la grande généralité des cas. Mais les qualités des plages du Nord sont très différentes de celles du Midi, et il n'est pas indifférent d'envoyer les enfants au hasard dans l'une ou dans l'autre de ces régions.

« Les départements restent inféodés aux plages qui sont les plus voisines. On enverra un scrofuleux, sujet aux congestions, névropathe et arthritique, à Saint-Pol-sur-Mer, parce qu'il est de Lille et peut-être à Banyuls-sur-Mer un scrofuleux torpide, parce qu'il est de Perpignan. Cette critique est assez grave. S'il est cependant possible d'obvier à cet inconvénient, s'il est d'autre part nécessaire de donner plus d'unité à toutes les œuvres qui sont créées au profit de nos petits malades, on le trouvera peut être dans une société qui centralisera tous les efforts et les dirigera dans le sens le plus utile. C'est l'une des missions que pour-

suit l'*Œuvre des hôpitaux marins*, dont le premier président fut le Dr Bergeron, qui a été remplacé par le Dr Bucquoy.

3° *Prétuberculeux, candidats à la tuberculose.* — « Ils comprennent les enfants délicats, anémiés, présentant les stigmates du tempérament lymphatique, les convalescents d'une maladie récente, ceux qui présentent dans leurs plus proches parents des personnes ayant succombé à une des manifestations quelconques de la tuberculose. On peut encore ranger dans cette catégorie les enfants atteints d'engorgements ganglionnaires fermés ou ouverts.

« Je ne puis laisser passer la préoccupation qu'on exprime partout à propos du sort qui attend le tuberculeux à sa sortie du sanatorium, et surtout du sort qui l'attend dans sa famille, parce qu'il devient un danger pour l'enfant dont je dois m'occuper.

« M. le professeur Grancher, dans la brochure que vous avez reçue, soulève ce problème important. Il écrit :

« Pendant ce temps (que passe le tuberculeux au sanatorium), que devient la famille... La femme végète, les enfants grandissent comme ils peuvent et, la misère aidant, ils se contagionnent plus ou moins dans la promiscuité d'un étroit logis.

« Ne pensez-vous pas qu'au point de vue humanitaire bien compris, qu'au point de vue de la race, c'est cette partie encore saine de la famille qui mérite le plus l'attention ?

« Que pensez-vous d'une œuvre qui s'occuperait de ces enfants de tuberculeux, enfants encore sains, qui ferait pour eux ce que l'Assistance publique fait pour les Enfants Assistés, et les placerait chez des cultivateurs en pleine vie des champs? »

Cette grande pensée de M. Grancher est réalisée. « *L'Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose* » est créée.

M. le prof. Landouzy réclame la création de *bourses de santé*, pour que les tuberculeux sortis guéris du sanatorium ne retombent pas dans les conditions de milieux qui furent causes prépondérantes et occasionnelles de la maladie. Il espère libérer ainsi de la tuberculose l'ex-santorié et ses enfants.

« L'œuvre des *Colonies de vacances* compte parmi les moyens qui pourraient être utiles à ces enfants. Qu'on se persuade alors bien qu'elles ne sont pas organisées pour les enfants bien portants, pour récompenser les élèves studieux qui ont remporté, en fin d'année, des succès scolaires. On les a fondées pour empêcher de tomber définitivement malades des enfants en imminence morbide et pour en faire des sujets robustes et travailleurs, pouvant rendre ultérieurement des services à la société.

« Il s'agit de retirer ces enfants du milieu familial où ils ne trouvent pas les conditions satisfaisantes de l'hygiène de l'habitation, ni une nourriture saine et réconfortante, où, aussi bien au point de vue de leur direction morale que de la conservation de leur santé, ils ne sont pas surveillés, où ils peuvent prendre les mauvaises habitudes de leurs parents, le goût, par exemple, des boissons alcooliques. Il s'agit de les placer dans un milieu bien aéré, assez accidenté pour qu'ils y fassent des promenades variées et des exercices raisonnablement proportionnés à leurs forces, dans des conditions où ils seront bien nourris, et où ils apprendront les avantages inestimables de l'hygiène, de la propreté, et comment on évite de devenir tuberculeux.

« Deux systèmes sont actuellement en usage : le placement familial ; le placement colonial.

« Le *placement familial* consiste dans l'envoi des enfants, en très petits groupes, chez des particuliers de bonne volonté qui veulent bien se charger de ces petits pensionnaires.

« Le *placement colonial* consiste dans l'envoi des enfants, soit dans des collèges qui sont libres pendant la période des vacances, soit dans des villas construites spécialement pour les recevoir.

« Les collèges de Melun, de Fontainebleau, de Compiègne, l'École supérieure de Château-Chinon, etc., en offrant un asile aux écoliers parisiens, ont permis d'assurer ces colonies scolaires dans des conditions plus économiques.

« C'est ainsi que Paris a pu envoyer 8.500 de ses enfants pendant les temps de vacances à la campagne, 5.333 enfants dépendant des écoles municipales, le reste dépendant d'institutions privées. Berlin n'a envoyé que 4.700 enfants dans les colonies de vacances qu'il a organisées.

« Mais cependant, l'Allemagne envoie pendant les vacances 32.000 enfants à la campagne.

« La supériorité de l'Allemagne tient à deux causes :

« La première cause résulte d'une organisation qui est inconnue chez nous, à la demi-colonie, c'est-à-dire que, tandis que les enfants indigents profitent d'une gratuité complète, d'autres supportent une partie des dépenses.

« Cette question de la gratuité ou de la demi-gratuité soulève, dans notre démocratie imbue d'idées égalitaires, un problème difficile à résoudre. En France, l'initiative privée peut, seule, organiser les demi-colonies. Certes, on trouvera auprès du Conseil municipal un appui qui ne fait jamais défaut lorsqu'on fait appel à ses sentiments charitables. La solution pourrait encore être facilement obtenue en accordant des subsides à des citadins ayant de la famille à la campagne et que souvent les frais seuls du voyage arrêtent, d'autant qu'on obtiendrait vraisemblablement des différentes compagnies de chemins de fer des réductions à demi-tarif pour le voyage de ces enfants. Le placement des enfants dans leur propre famille aurait beaucoup moins d'inconvénient que leur envoi chez des particuliers qui leur sont inconnus. Dans ce dernier cas, le mot familial accordé au placement est quelquefois inexact. Cette façon d'envisager la question permettrait de l'appliquer à la situation très intéressante de la classe de notre population qui n'est pas indigente, mais qui n'est tout de même pas assez aisée pour supporter des dépenses, quelques minimes qu'elles soient. Les institutions de bienfaisance nombreuses que l'on crée de toutes parts, visent presque exclusivement les indigents, et ne se préoccupent souvent pas assez de ces demi-pauvres, qui, en fin de compte, sont plus malheureux que les indigents qu'on soutient.

« La seconde raison, qui explique pourquoi l'Allemagne envoie beaucoup plus d'enfants dans les colonies scolaires que nous ne le faisons, résulte de ce que les grandes villes ont suivi le mouvement imprimé par la capitale. Leipsig, Hambourg, Dresde, 108 villes de l'Allemagne ont imité Berlin, tandis que chez nous peu de villes de province se sont préoccupées de cette question si urgente de l'hygiène de l'enfance malheureuse. »

En France, l'essor des colonies de vacances a présenté, tout d'abord, un arrêt provenant du sentiment de la responsabilité qui incombait aux administrateurs qui les ont organisées.

Il est possible, en effet, qu'un enfant parti sain de chez lui tombe accidentellement malade — ce qui est grave — qu'une chute lui occasionne un traumatisme quelconque, et — ce qui est plus grave encore — qu'il soit atteint d'une affection contagieuse. Il peut rester infirme toute sa vie à la suite de cet accident, il peut même succomber. L'envoi de l'enfant dans une colonie de vacances, au lieu de lui être utile, peut donc lui être préjudiciable. On conçoit que les bienfaiteurs qui ont préconisé ces institutions, se soient arrêtés devant les risques qu'ils encouraient. Aussi, dans quelques municipalités, a-t-on demandé aux parents une décharge de toute responsabilité.

« Le placement familial présente sur le placement colonial l'avantage du bon marché et du défaut d'encombrement des enfants. Mais il présente quelques inconvénients. Les endroits où sont envoyés les enfants sont quelquefois mal choisis, les logements où on les reçoit sont quelquefois trop étroits et malpropres, l'alimentation est insuffisante, les logeurs peuvent avoir une moralité suspecte. La surveillance des institutions charitables reste souvent difficile, impossible même à cause de l'éloignement des placements. Mais on comprend que tous les inconvénients deviennent incomparablement moindres si on pouvait envoyer les enfants dans leur famille, et simplement acquitter à demi-tarif le prix du voyage.

« Le placement colonial a l'avantage de choisir une localité convenable. Le procédé le plus économique d'atteindre le but est certainement d'utiliser les collèges communaux ou de l'État, libres

pendant les vacances. Les villas construites spécialement par les colonies de vacances offrent des garanties supérieures. On a pu choisir leur emplacement, soit au bord de la mer, soit dans des pays accidentés, soit au voisinage de forêts étendues.

« Nous devons cependant signaler que les divers arrondissements de Paris ont choisi la place de leurs colonies scolaires les unes au bord de la mer, les autres à la montagne, d'autres près des forêts. Il y aurait eu un réel avantage qu'ils aient pu se concerter et envoyer tels de leurs enfants dans une direction, tels autres dans d'autres, suivant les indications de leur état sanitaire. Les enfants suspects de prétuberculose, ceux qui présentent des engorgements ganglionnaires ou des manifestations osseuses suspectes, se seraient bien trouvés de la mer. Les anémiques, les convalescents, ceux qui sont déjà atteints de tuberculose fermée pulmonaire, auraient choisi la montagne. Aux prédisposés héréditaires, aux délicats, le séjour près de la forêt aurait été adopté de préférence. Aujourd'hui, ces indications ne se trouvent pas remplies; on va à la mer parce qu'on appartient à un arrondissement, et dans un collège communal, parce qu'on appartient à un autre.

« L'étendue de la demeure, son exposition, les approvisionnements, la direction par des maîtres dévoués qui organisent et qui surveillent les promenades, les exercices, etc., sont autant de conditions importantes dont il faut tenir le plus grand compte. La proximité de la colonie du point de départ des élèves permettra plus facilement la surveillance des Comités directeurs, la visite des parents et le rapatriement des enfants s'ils tombent malades.

« Ces colonies de vacances sont excellentes. Hélas! un séjour de quelques semaines à la campagne, même renouvelé tous les ans, est-ce suffisant? Il faudrait, pour beaucoup de ces enfants, un séjour bien plus prolongé en plein air. Alors, ce ne sont plus les vacances qu'il s'agirait d'employer, mais ce sont des écoles qu'il faut organiser à la campagne. L'œuvre suivante répond à ce besoin. »

Il s'agit du *sanatorium des Cévennes installé à Vialas*, œuvre protestante ayant pour but de garder à la montagne les petits enfants malades, du mois de juin au mois d'octobre. On les reçoit depuis le moment où ils sont sevrés jusqu'à l'âge de six ans. En 1901, on y a reçu 33 enfants, presque tous atteints de scrofule ou profondément anémiés.

« Il serait évidemment utile qu'entre les sanatoriums pour malades et les colonies de vacances pour candidats à la tuberculose, il y ait une façon de sanatorium-école où des enfants pourraient faire leurs études en pleine campagne. »

MÉDECINE MILITAIRE

L'application dans l'armée de la loi sur la protection de la santé publique

Le président du Conseil vient de faire connaître aux préfets les dispositions qu'il a arrêtées de concert avec le ministre de la guerre dans le but d'établir entre les autorités civiles et militaires une collaboration constante en vue de la loi du 15 février 1902. En voici le résumé :

1° La déclaration de tous les cas de maladies transmissibles observés par les médecins militaires, au dedans comme au dehors des établissements de l'armée, sera faite désormais uniformément et simultanément à l'autorité militaire et à l'autorité civile. Les médecins militaires seront approvisionnés comme les médecins civils, des modèles de carnets nécessaires.

2° C'est à l'autorité militaire seule que doit être maintenu le soin de faire exécuter, à l'intérieur des établissements de l'armée, sous sa responsabilité et son contrôle exclusifs, les mesures de prophylaxie que la situation pourrait comporter.

3° Les municipalités devront — ne serait ce qu'à titre de réciprocité pour les déclarations qu'elles reçoivent des médecins de l'armée — porter immédiatement à la connaissance de l'autorité militaire tous les faits épidémiques parvenus à leur connaissance, tant dans les villes de garnison que dans les localités que la troupe doit occuper ou traverser pendant les marches ou manœuvres.

4° Les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires devront, lorsque cela sera possible, comprendre un médecin militaire désigné comme membre titulaire.

Ces mesures ont eu une bonne presse; notamment *le Progrès*, de Lyon, les a appréciées en ces termes:

Cette obligation réciproque est parfaitement justifiée. Il serait du devoir strict du ministre de la guerre de retirer leurs garnisons aux villes dont l'état sanitaire est insuffisant. La nouvelle loi donne aux préfets pleins pouvoirs pour imposer toutes les améliorations hygiéniques nécessaires aux villes dont la mortalité dépasse le taux moyen fixé par le Comité consultatif d'hygiène de France (il y en a plusieurs dans ce cas dans le département du Rhône). Il serait absolument logique qu'on mit ces villes en interdit quant au passage ou au séjour des troupes. Le nombre des cas déclarés de fièvre typhoïde constituerait la base la plus solide de cette interdiction. L'état sanitaire de l'armée y trouverait son compte; la crainte de voir disparaître une garnison serait, d'autre part, pour les municipalités, un aiguillon de leur ardeur à s'occuper des eaux potables, des égouts et de toutes autres questions d'ordre sanitaire.

Le journal lyonnais a parfaitement raison. Certainement, la peur de perdre la garnison, serait pour les municipalités, le commencement de la sagesse... hygiénique. Mais cette peur ne pourra hanter que les cités représentées par des hommes politiques votant mal ou sans importance. Quel est le ministre présent ou futur qui oserait porter une main imprudente sur le fief d'un rempart du Cabinet? Des hommes pareils, on n'en voit plus. Aussi nous croyons que, comme résultat pratique, il y aura une circulaire de plus, et que ce sera tout.

Nous serions, bien entendu, heureux que la statistique médicale de l'armée vînt bientôt nous contredire de la façon la plus formelle.

Dr Noel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIIIe SESSION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du 21 juin

Présidence de M. le prof. Beaunis (Nancy)

La cure actuelle de l'alcoolisme

M. Legrain. — Il m'arrive de Russie des renseignements très intéressants sur le traitement des alcooliques par l'hypnotisme. Dans les villes de Saint-Pétersbourg, Moscou, Yaroslavl, Kiev, Saratoff, Ekaterinoslav, Astrakhan ont été créés, depuis quelques années, sous les auspices du gouvernement, des dispensaires et curatelles où affluent les malades par centaines, où les soins sont gratuits et où l'hypnotisme est, sinon le seul, au moins le principal agent thérapeutique. On exige des alcooliques qu'ils désirent sincèrement être guéris et qu'ils s'abstiennent de tout spiritueux pendant la durée du traitement. C'est peut-être leur demander un effort colossal puisque, le plus souvent, leur volonté est presque anéantie. Il est vrai qu'on les oblige aussi à accepter une surveillance continuelle. Néanmoins, l'hypnotisme reste un moyen extrêmement précieux et efficace dans la cure de l'alcoolisme; il donne, avec une bonne direction mentale, la vigueur nécessaire au maintien de la bonne résolution de ne plus boire. Pour empêcher les rechutes, il faut, bien entendu, s'appliquer à améliorer les conditions individuelles, familiales et sociales des alcooliques; il faut aussi les encadrer dans des sociétés d'abstinence ou de tempérance, afin qu'ils subissent, à l'état de veille et d'une manière continue, l'influence heureuse d'un bon milieu.

M. Bérillon. — Avec M. Marnay, j'ai déjà opposé à la docilité des buveurs russes, l'indocilité des buveurs français. En France, la cure des alcooliques est beaucoup plus difficile et beaucoup moins durable qu'en Russie; c'est que, chez nous, l'alcoolique s'intoxique avec des essences aussi variées que néfastes; en outre, il accepte rarement de se laisser soigner aussi longtemps qu'il le faudrait pour arriver à une guérison durable.

Alcoolique traité avec succès, contre son gré et à son insu, par suggestion pendant le sommeil naturel

M. P. Farez. — Un homme de vingt-cinq ans, marié, père de famille, boit chaque jour un litre de vin, plusieurs bocks de bière, du rhum, de l'amer, du vermouth et de l'absinthe. Il est ivre plusieurs fois par semaine. D'ordinaire, son ivresse est calme; mais, quand il a bu plus d'absinthe que de coutume, il se livre à des scènes violentes : il brise des meubles ou des objets de ménage, il sort le linge des armoires et le piétine; il injurie grossièrement sa femme, la bat et lui fait faire quelques chutes graves; l'une d'elles est même suivie d'accouchement prématuré. Son intempérance lui a fait perdre un emploi lucratif; il est devenu incapable de tout travail et passe ses journées au café. Il refuse de se laisser soigner d'aucune manière. La suggestion pendant le sommeil naturel est instituée à son insu. Les scènes violentes cessent au bout de quelques semaines, et l'amélioration s'accentue de mois en mois. Le traitement est long, comme il doit l'être dans tous les cas d'alcoolisme, car la cure ne peut être définitive que si l'on prend le temps de restaurer la volonté. Au bout de dix-huit mois, notre homme est tout à fait guéri; il ne va plus jamais au café, et boit aux repas de la bière légère du Nord; il est bon, doux, affectueux et travaille avec zèle. Cette guérison persiste depuis trois ans et demi.

En outre de certains alcooliques, il est des obsédés ou des délirants qui, ou bien ne sont pas hypnotisables, ou bien refusent de se laisser soigner. Grâce à la suggestion pendant le sommeil naturel, ils peuvent, les uns et les autres, être traités malgré eux et à leur insu, sans qu'ils résistent en aucune façon. Formulée pendant cet état d'hypotaxie physiologique périodique qu'est le sommeil naturel, la suggestion se montre tout aussi efficace que si elle s'adressait à un individu profondément hypnotisé.

La suggestibilité des alcooliques

M. Bérillon. — Les buveurs présentent une suggestibilité extrême. Cependant, au cours du traitement hypnotique, un alcoolique cesse un beau jour d'être hypnotisable; c'est que, ce jour-là, il n'était pas à jeun. Dans la pratique, je remets au lendemain ma séance d'hypnotisme, si l'alcoolique a été intempérant pendant la demi-journée qui précède sa venue chez moi. Chez les alcooliques, comme chez les autres malades, j'ai observé que la suggestibilité était en raison directe de la sociabilité.

L'hypnotisme et la suggestion à l'état de veille

M. P. Magnin. — Les fanatiques de la suggestion à l'état de veille proclament la supériorité de cette dernière, parce qu'elle s'adresse à la raison, fait appel au contrôle du malade et agit par persuasion; ils reprochent à l'hypnotisme de faire des suggestions, qui peuvent être bonnes, mais aussi mauvaises, et d'enlever aux malades leur volonté. D'abord, la plupart de ces malades n'ont plus de volonté; nous ne leur enlevons donc pas ce qui leur manque. En outre, nos suggestions ne sont point subies passivement mais acceptées à l'état de veille, préalablement à toute manœuvre hypnogénique. Reste le contrôle? Mais, c'est, le plus souvent, ce contrôle persistant qui met obstacle à la guérison du malade.

Si, à l'état normal, l'impressionnabilité (ou suggestionnabilité) est représenté par 1 et la résistance par 2, dans certains états pathologiques l'impressionnabilité tend vers zéro et la résistance vers l'infini. Dans ces conditions, les malades sont dépourvus de suggestibilité; et aucun isolement, aucune psychothérapie à l'état de veille ne sauraient influencer le malade. Mais, précisément, l'hypnotisme éteint, non pas la volonté, mais cette résistance maladive; il enlève ce qui fait obstacle à la suggestion; il rend éminemment suggestionnable. C'est ce que comprennent bien les malades qui ont erré en vain de maison en maison et n'ont retiré de l'isolement, quelquefois, que l'aggravation de leur état. Ils viennent nous trouver pour être hypnotisés à fond, et ils guérissent précisément parce que, hypnotisés, ils ne peuvent ni raisonner la suggestion, ni la discuter, ni s'y opposer. C'est alors le triomphe de la suggestion impérative. D'ailleurs, le sommeil provoqué, à lui seul, sans aucune suggestion, est un agent à la fois sédatif et réparateur. Quant à ceux qui prônent les résultats qu'ils ont obtenus à l'état de veille, ils ont fait de l'hypnotisme sans le savoir et sans s'en douter.

Un cas grave d'hystérie

M. Bérillon présente une jeune fille hystérique qui, depuis cinq ans, avait chaque jour, pendant une quinzaine d'heures, des attaques hystériques d'une gravité et d'une intensité extrêmes, avec contractures généralisées. Quand l'hystérie atteint de telles proportions, l'hypnotisme, dit-on, ne peut les guérir. Or, je suis parvenu à la débarrasser de ses crises, à rendre sa sensibilité normale, à corriger ses désordres mentaux; par surcroît, je m'applique à restaurer sa volonté et à faire œuvre d'orthopédie suggestive.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. J. Voisin. — Phobie (peur du suicide avec angoisse), guérie par la suggestion hypnotique.

M. Bérillon. — L'onanisme mental et son traitement psychothérapique.

M. Fiessinger. — Le cœur et les émotions : l'influence de la colère sur la production des affections du cœur.

M. Félix Regnault. — L'hypnotisme et les rayons X.

M. Bianchi. — L'ectothérapie cérébrale confirmée par les rayons Charpentier.

M. P. Joire (de Lille). — Présentation du sténomètre, appareil permettant d'étudier le fonctionnement de la force nerveuse

M. Lux. — Phobies survenant à l'occasion du service militaire.

M. Le Menant des Chesnais. — La maladie du demi-sommeil.

M. Demonchy. — Hypnose et sorcellerie.

M. Stembo (de Vilna). — Un cas de mutisme hystérique grave guéri par la suggestion.

Mlle de Majewska. — Délire hystérique traité avec succès par la suggestion hypnotique.

M. Lépinay, médecin-vétérinaire. — Les neurasthénies chez les animaux.

M. Wiazemsky (de Saratow). — L'alcoolisme et son traitement par la suggestion hypnotique.

M. Jaguaribe (de Saô Paulo). — La lutte contre l'alcoolisme au Brésil : applications de la suggestion hypnotique.

M. Maurice Bloch. — Epilepsie unilatérale, d'origine tuberculeuse, traitée par transfusion du sang capillaire.

M. Binet Sanglé. — Le prophète Samuel,

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 21 juin

Le collargol en thérapeutique infantile

M. Guinon. — Je suis resté assez sceptique sur l'action du collargol en thérapeutique infantile, tant que je l'ai employé seulement en frictions; depuis le début de l'année, je l'ai employé également en injections intra-veineuses dans les diphtéries graves infectieuses ou hypertoxiques; j'ai traité six cas de ce genre, qui m'avaient paru des plus graves; dans cinq cas, j'ai constaté une amélioration des plus nettes, qui, dans mon impression, n'aurait pas eu lieu sans cette médication, et la guérison. Je suis donc converti à la médication intra-veineuse par le collargol.

M. Netter. — Pendant l'année 1903, j'ai employé le collargol dans la diphtérie, en supplément des méthodes employées l'année précédente, et sans rien changer à celles-ci. Tout enfant entrant dans le Pavillon reçoit une injection de sérum antidiphtérique et une friction au collargol, avant même d'avoir été vu par nous. Après l'avoir vu, nous prescrivons, dans les cas sérieux, la continuation des frictions, et, dans les cas graves, nous faisons des injections intra-veineuses.

En 1903 (collargol), sur 585 enfants, j'ai eu 73 décès, dont 32 dans les vingt-quatre heures suivant l'entrée, soit 12,4 de mortalité globale et 7,4 de mortalité réduite.

En 1901 (sans collargol), sur 515 enfants j'avais eu 105 décès, dont 46 dans les vingt-quatre heures suivant l'entrée, soit

20,4 de mortalité globale et 12,6 de mortalité réduite. La différence est donc grande ; il faut, il est vrai, tenir compte de la plus grande gravité de la diphtérie en 1901, manifestée par le chiffre plus élevé des décès dans les vingt-quatre premières heures. Mais si l'on compare ma statistique à celle des autres hôpitaux d'enfants parisiens, on note que la mortalité a été moins grande à Trousseau que partout ailleurs, et cela malgré les plus mauvaises conditions où nous nous trouvons à Trousseau, à cause de la grande affluence de malades à cet hôpital, et de l'encombrement qui en résulte; 96 diphtéries bénignes n'ont pu être hospitalisées à Trousseau, et ont été dirigées sur les autres hôpitaux ; aucune n'a succombé, ce qui ramène notre mortalité globale à 10, et notre mortalité réduite à 6,16.

Autre argument, en 1901 les décès par angine hypertoxique sont survenus après une moyenne de huit jours ; en 1903, par les injections de collargol, il y a eu dix-huit jours de survie.

Enfin, j'ai vu guérir, en 1903, plusieurs diphtéries avec paralysie bulbaire, tandis qu'en 1901, sans collargol, une seule avait guéri.

Le collargol me paraît donc être un agent antitoxique, agissant à la façon des ferments, non seulement sur la toxine diphtérique comme le sérum, mais également sur les produits toxiques résultant du contact des toxines avec l'organisme. Il réussit dans les intoxications déjà faites, sur lesquelles l'antitoxine est presque impuissante.

M. Marfan. — Depuis la fin de l'année 1900, la mortalité parisienne par diphtérie est décroissante ; par suite, ma statistique, qui va de mai 1902 à mai 1903, est naturellement moins bonne que celle de M. Netter portant sur 1903 ; ma statistique de mai 1903 à mai 1904 n'est pas encore arrêtée, mais ne me paraît pas devoir être inférieure à celle de M. Netter.

J'ai fait des essais de traitement par le collargol, d'une part sur les angines malignes, d'autre part sur les croups avec broncho-pneumonies. Les malades ont eu tous des frictions tous les deux ou trois jours, et plusieurs des injections intraveineuses, parfois répétées. Sur 7 angines malignes, 5 ont néanmoins succombé. Sur 9 croups avec broncho-pneumonie et hyperthermie durable, 3 sont morts. Ces résultats ne m'ont pas encouragé à continuer.

M. Variot. — La statistique globale de M. Netter ne me paraît pas entraîner la conviction. Dans le vieil hôpital Trousseau, j'avais, il y a sept ans, 14 % de mortalité; dans les locaux incomparablement plus favorables du nouvel hôpital Trousseau, une mortalité un peu plus faible, 12.1 %, ne me paraît pas démontrer l'utilité du collargol.

M. Netter. — J'ai signalé que la diphtérie avait été plus bénigne en 1903 qu'en 1901, mais la diminution de mes décès est telle entre ces deux années qu'il est impossible de l'attribuer uniquement à ce facteur ; elle est incomparablement plus grande que celle que l'on relève entre les mêmes années dans les autres hôpitaux d'enfants.

Stagnations de poids chez les enfants

M. Ausset. — Les stagnations de poids ne s'observent pas seulement à la suite de la guérison des entérites chroniques. J'ai observé le même fait à la suite des broncho-pneumonies. J'ai même vu des stagnations de poids qu'aucune cause ne pouvait expliquer dans le passé pathologique de l'enfant, pas plus qu'aucune cause actuelle, aucun trouble digestif, aucune faute alimentaire. La stagnation de poids dure 1, 2, 3, 4 et jusqu'à 6 mois ; puis, sans cause aucune, sans changement alimentaire, avec le même lait de la Goutte de lait Saint-Pol, l'enfant se met à pousser vigoureusement.

Dans un certain nombre de cas ces stagnations de poids ont eu lieu à l'occasion de poussées dentaires.

Enfin, j'ai observé, chez des enfants de syphilitiques, des stagnations de poids sans évolution de lésions syphilitiques, qui ont cessé dès que le traitement syphilitique a été institué.

Imperforation de l'œsophage

M. Villemin. — Enfant de trois jours chez qui le diagnostic avait été porté par M. Variot; gastrostomie; mais l'enfant rejettait par la bouche gastrique le lait versé dans l'estomac; je parvins à introduire par la bouche gastrique une sonde dans le jéjunum et à y introduire le lait. Malgré cela, l'enfant s'affaiblit et mourut le cinquième jour après l'opération. Un cas semblable de Robineau, récemment publié, a donné le même résultat.

Pour empêcher les vomissements par la bouche stomacale, il faudrait pouvoir attirer au dehors la portion abdominale de l'œsophage et suturer à la peau, non une bouche gastrique, mais une bouche œsophagienne. Je me promets d'appliquer ce procédé à la première occasion.

M. Broca. — A mon avis, le seul service que nous puissions rendre à des enfants ainsi malformés, c'est de les laisser mourir tout seuls.

Ascaris dans des fistules abdominales

M. Villemin relate l'observation d'une fillette opérée pour appendicite alors qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse. Une fistule persistait depuis des mois quand M. Villemin fut appelée à voir la malade. En curettant la fistule il ramena un ascaris lombricoïde. Quatre mois auparavant la fistule avait laissé sourdre quelques débris fœcaux. Il est probable que l'ascaride séjournait dans la fistule depuis quatre mois.

M. Broca. — J'ai opéré une péritonite à pneumocoques; au cours de l'opération, j'ai réséqué l'appendice; pendant la convalescence, une fistule se produisit dans la plaie et un ascaris sortit. Il est difficile de comprendre comment il a pu passer de l'intestin dans la paroi abdominale.

Corps étrangers de l'appendice

M. Villemin présente un appendice, réséqué sur une fillette de quatorze ans. Il contenait huit épingles engagées dans l'appendice, la tête vers le fond du canal, plus un anneau de chaîne de montre.

Stridor laryngé intermittent tardif

M. P. Roger. — J'ai observé un jeune enfant présentant un bruit laryngien très particulier. Il était inspiratoire comme le stridor laryngé congénital que M. Variot a décrit ; mais il n'était ni congénital, car il n'est apparu qu'à l'âge de trois mois, ni permanent, car il paraissait plusieurs heures, puis disparaissait et revenait sans cause appréciable. L'examen laryngoscopique n'a pas montré la malformation laryngée habituelle dans les cas de stridor congénital. La radiographie n'a rien relevé de particulier.

Œgagrophiles expulsés spontanément par l'anus

M. Zuber. — Je présente à la Société trois agglutinats pileux ou œgagrophile qu'un enfant de cinq ans a expulsé par l'anus. Nous avons appris que vers l'âge de sept ou huit mois, cet enfant avait le tic de s'arracher les cheveux et de les porter à sa bouche ; on a dû lui immobiliser les mains et le tic a passé. Il est probable que les corps étrangers séjournaient dans le tube digestif depuis quatre ans. Ils n'ont pu être expulsés tant que le pylore a été trop étroit ; ils l'ont été quand, par suite de la croissance, l'orifice est devenu suffisamment large.

Otites morbilleuses

MM. Bruder et Le Marc'Hadour. — Nous avons relevé dans le pavillon de la rougeole, dirigé par M. Variot, 58 otites moyennes suppurées sur 501 cas de rougeole; 48 concernaient des enfants de moins de trois ans; 20 étaient bilatérales, 14 unilatérales droites, 24 unilatérales gauches, 3 étaient contemporaines du catarre prééruptif, 11 étaient survenues en pleine éruption, 18 après l'éruption, en coïncidences avec des angines secondaires catarrhales (16) ou exsudatives (2), enfin, 26 étaient tardives, par persistance du catarrhe oculonasal, qui est l'*ultimum moriens* de l'affection. Nous avons vu une otite ne survenir que le 31e jour, une autre le 12e jour de la maladie.

MM. Richardière et Teissier relatent un cas de péricardite tuberculeuse hémorragique.

MM. Babonneix et Vitry présentent des pièces de gangrène sèche des orteils par embolie de l'aorte, relatives à l'observation présentée à la séance précédente.

M. Judet explique la technique de la photomensuration des difformités vertébrales.

E. Apert.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin

Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien

M. Reynier. — La communication de M. Chaput (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 568) me permet de rappeler que j'ai employé l'incision rectale pour évacuer ces abcès. Depuis deux années j'en ai ainsi traité cinq cas sans aucun accident, et aussitôt que l'ouverture a donné issue au pus on voit la fièvre diminuer et disparaître. Cette méthode de traitement est simple et n'offre pas les dangers de la laparotomie. J'ai vu, en effet, à la suite de l'incision abdominale, des frissons survenir, la fièvre s'accroître et ces accidents être suivis de mort. D'autres fois il peut persister une fistule difficile à combattre.

Aussi, tout en étant temporisateur dans les cas d'appendicite, j'estime que les abcès doivent être ouverts précocement. Pour le faire par la voie rectale, il est nécessaire que la collection fasse une notable saillie et que, bien entendu, le diagnostic ne soit pas douteux. On peut tout d'abord faire une ponction avec un trocart cannelé et, si le pus paraît, terminer par une incision de un à deux centimètres. Des lavages fréquents doivent être pratiqués.

M. Chaput. — Cette incision rectale donne toujours de bons résultats, contrairement à la laparotomie, qui peut être suivie de mort, ainsi que je l'ai plusieurs fois observé.

Sur l'extirpation totale de la prostate hypertrophiée

M. Hartmann. — Puisque M. Pousson a mis cette question à l'ordre du jour (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 544), je vous communiquerai les résultats de ma pratique à l'hôpital. Sur 126 prostatiques je n'ai eu l'occasion que d'intervenir 36 fois et de ne constater la mort que de deux opérés, l'un très âgé et l'autre porteur de lésions rénales antérieures. Comme complications je n'ai observé qu'une fistule urétrale et plusieurs cas d'orchite. On peut donc en conclure que la prostatectomie est une opération bénigne.

Comme résultats immédiats j'ai noté, dans 15 cas, la chute rapide de la fièvre et l'éclaircissement des urines. Les résultats éloignés ont été les suivants : médiocres après trois opérations de Bottini; excellents dans trois prostatectomies hypogastriques; médiocres dans un cas analogue. Pour 25 prostatectomies périnéales, après lesquelles j'ai suivi les malades opérés pour des rétentions incomplètes ou complètes, la guérison s'est maintenue.

Si l'âge du malade et le volume de la prostate ne sont que d'une importance secondaire pour les suites opératoires, je n'en dirai pas autant de l'état anatomique de la glande; j'ai remarqué que les résultats sont moins bons, quand on est forcé de faire le morcellement.

Les rétentions incomplètes, la cystite, les douleurs, les hématuries, constituent les principales indications opératoires et, dans certains cas, il ne faut pas regarder comme des contre-indications l'inertie vésicale, l'âge des malades et la pyélonéphrite. Les véritables contre-indications sont la cachexie, une double lésion rénale, l'existence d'une prostate dure et petite.

Corps étranger de la bourse séreuse de la patte d'oie

M. Kirmisson. — Cette observation a été recueillie par M. Toussaint sur un jeune homme de vingt-trois ans, qui avait subi un traumatisme, plusieurs années auparavant, à la partie interne du genou gauche. Au bout de quelques jours, le gonflement et la douleur avaient diminué, mais le malade n'en conserva pas moins de la claudication et une tuméfaction qui a augmenté dans ces derniers temps. Notre confrère a alors constaté une tumeur fluctuante, dans laquelle on percevait deux masses dures, siégeant au niveau de la bourse séreuse de la patte d'oie. Une incision a donné issue à environ 15 grammes de liquide et à trois exostoses libres dans la poche. D'après M. Toussaint, qui avait noté une saillie anormale de la crête du tibia, ces corps ostéo-cartilagineux ont dû se détacher de cette crête au moment du traumatisme. Peut-être ne doit-on voir, dans ce cas, qu'un exemple d'exostose ostéogénique.

M. Delbet. — J'ai présenté ici deux corps étrangers plus volumineux, de même nature, retirés de la bourse du psoas.

M. Schwartz. — J'en ai vu trois cas semblables, l'un de ces corps étrangers occupait la bourse olécranienne et les deux autres la bourse prérotulienne.

Un cas de suture de la carotide primitive

M. Lejars. — Cette suture a été pratiquée par M. Launay sur une femme de soixante-cinq ans. Pendant le cours de l'ablation d'une tumeur thyroïdienne la carotide s'étant déchirée sur une longueur de 1 centimètre et demi, notre confrère a fait la suture du vaisseau avec des fils de catgut. La malade a guéri sans accidents et l'on a pu constater les battements dans les branches de la carotide externe. Une année après l'opération le médecin de la malade écrivait à notre confrère qu'aucun accident cérébral ne s'était montré, que les battements de la carotide externe paraissaient un peu diminués, tandis que ceux de la carotide interne étaient augmentés. D'après ce que l'on connaît des sutures artérielles, il y a des réserves à faire pour l'avenir, car on a constaté des rétrécissements. D'ailleurs, je crois que ces sutures seront toujours assez restreintes, car elles sont inutiles pour les petites artères auxquelles la ligature est applicable.

M. Tuffier. — J'ai fait, jadis, des expériences de suture des artères, et je me souviens que les résultats ont été peu favorables. Cependant, je la crois indiquée dans les cas de blessures des carotides ou d'un gros vaisseau avec petite plaie. L'année dernière, on amenait dans mon service un jeune homme, qui avait reçu un coup de couteau un peu au dessus du sommet du triangle de Scarpa. Un pansement compressif fut appliqué, mais le lendemain je constatais un énorme hématome. Les caillots enlevés, j'ai trouvé sur la fémorale une petite plaie longue de un centimètre et parallèle à l'axe du vaisseau. J'ai appliqué trois points de suture au catgut sur l'artère et quelques fils sur la gaine. Le malade a bien guéri, mais j'ignore ce qui surviendra plus tard du côté de l'artère.

M. Guinard. — Je ne vois pas pourquoi l'on préférerait, pour les carotides, la suture à la ligature. On a accusé celle-ci de donner lieu à des ramollissements cérébraux; je l'ai faite une quinzaine de fois sans accidents. D'ailleurs, ces derniers ne se montrent qu'à la suite d'une infection, c'est pour cette raison qu'on les a autrefois notés.

M. Kirmisson. — Je proteste contre cette opinion de notre confrère. Il faut tenir compte de la distribution des artères pour expliquer les troubles cérébraux.

M. Faure. — Dans un cas de ligature de la carotide interne, mon malade a été immédiatement pris de coma et ne s'est pas réveillé.

M. Guinard. — Jamais je n'ai vu survenir d'hémiplégie chez les malades que j'ai opérés.

M. Championnière. — Si je n'ai observé aucune complication dans un cas de ligature que j'ai faite, je sais que plusieurs morts rapides ont cependant été constatées.

M. Reynier. — J'ai vu, dans un cas, une hémiplégie et chez plusieurs autres malades des accidents de parésie.

M. Lejars. — Je connais un exemple d'hémiplégie immédiate, suivie de mort après la ligature. Pour ce qui est de la suture, je répète que ses indications seront peu nombreuses. Les carotides seront peut-être les seules qui la réclameront?

Présentations

M. Quénu. — Homme : *Luxation de l'astragale*. Réduction.

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 juin.

Suralimentation sucrée en thérapeutique

M. Toulouse. — J'ai cherché à déterminer la valeur diététique du sucre dans les divers états morbides où il faut com-

battre l'amaigrissement. Pour cela, j'ai donné le sucre à doses élevées en plus de la ration d'entretien consistant en aliments ordinaires ou dans le régime lacté. Les doses de sucre ont varié de 50 gr. à 300 grammes par jour, représentant, chez des femmes amaigries, jusqu'à 8 grammes de sucre par kilog du corps.

Les résultats ont été remarquables. Les malades grossissaient, dès l'institution du régime, de 100 grammes par jour en moyenne; à certaines périodes et chez certains sujets, cette augmentation de poids était de 500 grammes, par conséquent supérieure au poids du sucre ingéré. Des malades ont ainsi récupéré jusqu'au tiers de leur poids, passant en quelques mois de 35 à 48 kilos. Pendant la suralimentation sucrée, l'examen des urines indiquait généralement un abaissement du taux des matières azotées, sans que les rapports paraissent sensiblement modifiés. C'est avec le régime lacté à trois litres par jour que le sucre a eu l'action la plus intense.

Les inconvénients, plus théoriques que pratiques, du sucre (fermentations stomacales, troubles digestifs), n'ont pas été observés. Ces doses élevées de sucre ne passent pas dans les urines, chez les individus sains. Ces expériences montrent que le sucre est un agent prodigieusement actif et sans inconvénients visibles dans tous les états de dénutrition profonde, notamment dans les cas où les individus s'alimentent mal, même par suite de troubles digestifs.

M. Laumonier. — Un régime alimentaire reconstituant doit viser à augmenter la masse de matière vivante, mais non pas à bourrer l'organisme de graisse seulement. En augmentant la ration de sucre en vue d'un travail à fournir, il faut augmenter en même temps la ration minérale et albumineuse.

M. Catillon. — J'ai établi, dès 1897, qu'en donnant des aliments hydrocarbonés on diminuait les éliminations azotées. En faisant ingérer de la glycérine à des cobayes, j'ai constaté, chez ces animaux, la diminution immédiate de l'élimination de l'urée.

M. Toulouse. — Plus on donne de substances albuminoïdes à un individu qui maigrit, plus il en élimine. L'inverse se produit avec le sucre qui permet de réaliser de la sorte une épargne réelle de matières albumineuses.

M. Burlureaux. — Je demanderai à M. Toulouse comment il donne le sucre à ses malades?

M. Toulouse. — Les malades mis au régime lacté boivent du lait sucré, ceux qui sont au régime alimentaire ordinaire prennent le sucre à la fin de chaque repas, sous forme de sirop.

M. Danlos. — M. Toulouse a-t-il vérifié si, chez ses malades, le sucre ne s'élimine pas en nature, à l'état de saccharose?

M. Toulouse. — Je n'ai pas pratiqué cet examen.

M. Bardet. — Il est bien établi actuellement que la dépense en albumine est infiniment petite pendant le travail. Si vous voulez faire faire du surtravail à un sujet, gardez-vous de lui donner de l'albumine au-dessus de ses besoins, mais donnez-lui du sucre. M. Laumonier a dit qu'en donnant du sucre on ne fixe que de la graisse. Je ne le crois pas : on fixe de l'azote. On peut nourrir les fébricitants en leur faisant ingérer du sucre en grande quantité, comme je l'ai constaté chez les dothiénentériques.

En ce qui concerne la glycérine, je ferai observer à M. Catillon que ce n'est pas un aliment. C'est un médicament comparable à l'alcool.

Cirrhose du foie guérie par l'opothérapie hépatique

M. Hirtz. — Dans une précédente séance (voir *Bulletin médical*, 1904, nº 20, p. 232), j'avais communiqué l'observation d'un malade guéri de sa cirrhose hépatique par l'ingestion de foie de porc. Cet homme continue à bien se porter.

Je vous présente aujourd'hui un autre cirrhotique que j'ai réussi à guérir par le même moyen. C'est un grand éthylique, âgé de cinquante-deux ans, qui remarqua un jour que ses jambes, puis son ventre enflaient rapidement. A son entrée à l'hôpital, il présentait une ascite très considérable avec une tête de Méduse fortement développée, de la congestion de la base des poumons et de la tendance à la dilatation du cœur droit. Le foie était petit, la rate grosse. On le mit au régime lacté et, en plus, on lui fit ingérer, chaque jour, 120 gr. de foie de porc cru, macéré et haché, à prendre dans du bouillon. Plus tard, le malade mangeait du foie légèrement saisi au beurre. Sous l'influence de cette opothérapie, le taux des urines augmenta, en quelques jours, de 400 gr. à 2, puis à 3 litres par vingt-quatre heures. A partir du moment où survint cette polyurie, le malade commença à respirer plus facilement, à mieux dormir. On pratiqua cependant une ponction abdominale. L'ascite ne se reproduisit plus. La tête de Méduse disparut. C'est à peine si on voit maintenant quelques veines dilatées à l'abdomen. La rate est encore un peu grosse. Le foie est petit. Avant le traitement opothérapique le malade n'éliminait que 4 gr. 43 d'urée; il en élimine 19 gr. 23 à l'heure qu'il est.

Cette guérison a été obtenue dans un cas qui, vu le petit volume du foie et la dilatation considérable des veines des parois abdominales (tête de Méduse), paraissait offrir les conditions les plus défavorables pour le traitement. Quoi qu'il en soit, je dois faire remarquer que je ne puis produire jusqu'ici que deux faits à l'actif de l'opothérapie hépatique dans la cirrhose du foie. J'ajouterai que le critérium nous échappe complètement pour juger d'avance quels cas sont susceptibles de guérir ou de s'améliorer par ce traitement.

M. Mathieu. — Je constate que le malade que vient de nous présenter M. Hirtz est très amélioré, mais je ne le crois pas guéri. On voit des cirrhotiques chez lesquels l'ascite disparaît sous l'influence du régime lacté pour se reproduire à la reprise de l'alimentation ordinaire. Je ferai remarquer aussi que chez le malade de M. Hirtz les phénomènes hydropiques avaient débuté par les jambes; on pourrait donc penser qu'ils étaient sous la dépendance d'un trouble général de la circulation.

M. Hirtz. — Je crois que mon malade s'est mal observé en ce qui concerne l'œdème de ses membres inférieurs. L'augmentation du volume du ventre, qui a dû précéder celle des jambes, lui a probablement échappé au début.

Chloroforme et anesthésie

M. Pouchet. — Je ne voudrais pas laisser sans réponse certaines assertions émises au sujet du chloroforme dans la dernière séance de notre Société (V. *Bulletin médical*, 1904, nº 49, p. 576).

En ce qui concerne d'abord l'oxychlorure de carbone auquel on impute les accidents provoqués par le chloroforme, je dirai que si la production de ce corps était un fait constant, aucune chloroformisation ne se passerait sans accidents.

D'ailleurs, la présence de l'oxychlorure de carbone dans le chloroforme se manifeste aux premières inspirations par un hoquet violent, incoërcible. C'est un signe absolument certain d'impureté du chloroforme et qui doit en faire cesser immédiatement l'emploi.

Les chirurgiens ont tort de vouloir toujours attribuer à l'impureté du chloroforme les accidents qu'ils observent au cours de la chloroformisation. L'anesthésie générale équivaut à une grave opération, et les susceptibilités individuelles y jouent un rôle important.

Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin

Tétanos au cours d'une fièvre typhoïde

M. G. Caussade. — Au 20e jour d'une fièvre typhoïde, j'ai constaté un tétanos aigu avec opisthotonos, trismus et rire sardonique. Il se rapprochait du tétanos splanchnique par les contractures qui survenaient essentiellement sous forme de crises, par la prédominance de ces contractions sur les extenseurs, par leur égale intensité sur les deux côtés du corps, par la flaccidité des membres pendant l'agonie.

Malgré des melæna abondants, la température est restée élevée (39.6, 40°), le pouls était à 126 ou 130. La mort est survenue par paralysie bulbaire le 5e jour après le début du tétanos. Le bacille de Nicolaïer fut trouvé dans les selles, la

toxine a tué un cobaye en 48 heures, à la dose de 1/100.

J'ai essayé de déterminer les conditions favorables à l'éclosion du tétanos intestinal, confirmant les expériences de MM. Vaillard et Vincent. J'ai injecté dans l'intestin d'un chien sain 50 cc de cultures virulentes de bacilles de Nicolaïer sans déterminer trace de contracture. Il en a été de même en injectant 20 cc de cultures virulentes dans un intestin de chien dont la muqueuse était ulcérée, mais dont l'ulcération, emprisonnée dans une ligature, était placée bien au-dessous du siège de l'injection. Par contre, avec les mêmes cultures injectées à la dose de 2 cc au niveau même d'une anse ligaturée et ulcérée chez un chien, j'ai reproduit le tétanos splanchnique semblable à celui de mon malade. Donc, pour provoquer le tétanos à point de départ intestinal, il faut une ulcération, un certain degré de stagnation ou de rétention de matières fécales, et l'absorption immédiate de la toxine tétanique à peine produite. Les expériences de G. Carrière et les nôtres démontrent, en effet, que cette toxine est détruite dans l'intestin, et qu'elle l'est rapidement.

L'association de tétanos et de fièvre typhoïde n'a pas été encore signalée. Cependant, on en trouve quelques observations sous une étiquette différente (Artand, thèse, Paris, 1901, et G. Küss.

De plus, il est probable que, faute de recherches sérieuses, on a considéré comme fièvre typhoïde compliquée de méningite artéro-spinale des cas de fièvre typhoïde et de tétanos.

Le bacille de Nicolaïer existe dans l'intestin des herbivores (Sanchez, Toledo et Veillon); il existe aussi dans celui de l'homme qui est plus ou moins végétarien; nous l'y avons trouvé nous-même plusieurs fois et Pizzini a prouvé que sa proportion est de 5 %.

M. Rouget. — Je n'ai observé qu'un cas d'association du tétanos à la fièvre typhoïde. Dans ce fait, la porte d'entrée n'était pas, comme chez le malade de M. Caussade, une ulcération de l'intestin, mais des ulcérations de la fesse; le tétanos se produisit au cours de la convalescence.

Un cas de syringomyélie avec autopsie

MM. J. Belin et Laignel-Lavastine. — Un homme de vingt ans, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, s'aperçoit de l'installation progressive d'une parésie et d'une anesthésie à dissociation dite syringomyélite des doigts avec atrophie. Le mal, localisé aux mains et aux avant-bras pendant dix-neuf ans, envahit alors la ceinture scapulaire et le voile du palais.

A quarante ans, l'examen physique montre une atrophie musculaire type Aran-Duchenne avec anesthésie douloureuse et thermique des territoires radiculaires de C^{v} à D^{II} à droite et à gauche, anesthésie douloureuse dans une partie du domaine de C^{IV} et C^{V} et anesthésie thermique à la main, surtout dans le domaine de C^{II}, mais sans qu'il soit possible de rapporter la topographie de l'anesthésie à une distribution radiculaire ou segmenteuse précises. Après la mort survenue par phtisie, on trouve dans le renflement cervical de la moelle une large cavité syringomyélique, résultat de la destruction par gliose de la presque totalité de la substance grise.

Dans ce cas, le syndrome anatomo-clinique syringomyélie apparaît comme le *stade cavitaire de la gliose médullaire*, affection nettement caractérisée au point de vue histologique, et qui semble, dans cette observation, avoir été la séquelle d'une détermination médullaire de la fièvre typhoïde.

De la fréquence du doigt hippocratique dans la tuberculose pulmonaire chronique

MM. F. Bezançon et J de Jong. — Le doigt hippocratique n'est pas un symptôme banal de la phtisie pulmonaire; extrêmement rare dans les formes aiguës de la tuberculose, il est l'apanage des formes lentes dyspnéisantes, accompagnées de dilatation du cœur droit; de ces formes dans lesquelles les lésions caséeuses de la tuberculose passent pour ainsi dire au second plan et font place soit à des lésions fibreuses, soit à des lésions d'emphysème concomitant. On l'observe, cependant, quelquefois dans des formes à marche subaiguë en apparence banales, mais qui méritent d'être rapprochées des précédentes par ce fait que les malades présentent encore de la dyspnée due soit à la multiplicité et à la diffusion des foyers tuberculeux, soit comme nous l'avons souvent observé, à la coexistence de laryngite tuberculeuse.

La fréquence du doigt hippocratique dans les formes chroniques dyspnéisantes de la tuberculose, est à rapprocher de la notion de l'apparition de doigt hippocratique dans d'autres maladies du poumon, telles que la dilatation des bronches, l'emphysème pulmonaire, la sclérose pulmonaire, toutes maladies qui, elles aussi, s'accompagnent de dilatation du cœur droit; enfin, de la fréquence du doigt hippocratique dans la cyanose congénitale.

Ces faits sont en contradiction avec la théorie qui fait du doigt hippocratique une manifestation d'ordre toxi-infectieux; ils cadrent, au contraire, avec la théorie qui le rattache à des troubles mécaniques de la circulation veineuse périphérique, liés eux-mêmes aux troubles permanents de la circulation pulmonaire.

M. P. Marie. — Il faut bien séparer le doigt hippocratique des autres lésions qui s'en rapprochent. Dans mon service de Bicêtre, où je n'ai pas de phtisies, mais des bronchites chroniques, j'ai constaté, chez ces malades, la déformation du doigt *en verre de montre*.

Résorption des œdèmes et accidents cérébraux

M. Merklen, à propos de la communication de M. Hirtz sur ce sujet (*Bulletin médical*, 1901, n° 11, p. 523), tient à insister sur les points suivants :

1° La résorption des œdèmes cause quelquefois des accidents cérébraux.

2° Ces accidents, très effrayants au début, se terminent souvent par guérison ;

3° Les malades en question sont ou des brightiques ou de vieux asystoliques. L'insuffisance rénale est une condition étiologique nécessaire.

Quand à la pathogénie, M. Merklen ne peut se rallier à la théorie émise par M. Hirtz.

Le nerf de conjugaison (nerf radiculaire spinal

MM. Sicard et Cestan ont étudié la topographie anatomique du nerf radiculaire spinal (Nageotte), c'est-à-dire de ce tronc nerveux, à court trajet d'un centimètre environ, placé au niveau du trou de conjugaison et formé par l'accolement preganglionnaire des racines antérieure et postérieure à leur issue dure mérienne.

Cette étude leur a permis de fixer l'histogenèse de certains processus de pachyméningite tuberculeuse et syphilitique.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Causes et traitement de la gangrène diabétique des membres

D'après le prof. **Hildebrandt** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* et *Muenchener med. Wochenschr.*, 21 juin 1901), chirurgien de l'hôpital de la Charité à Berlin, la gangrène diabétique, alors qu'elle est d'origine idiopathique, c'est-à-dire non inflammatoire, est due à l'artério-sclérose. Le diabète provoque dans les artères et les veines un processus de dégénérescence accompagné de proliférations cellulaires et fibreuses. Il en résulte une diminution progressive de l'apport du sang aux tissus tributaires des vaisseaux dégénérés, des thromboses capillaires et, enfin la gangrène. Même les gros vaisseaux de la jambe peuvent se thromboser ou bien se trouver obturés par des embolies, d'où gangrène encore plus étendue.

Quant aux lésions inflammatoires qu'on observe dans le diabète, elles relèvent d'invasions bactériennes. Comme d'autres auteurs, M. Hildebrandt a pu se convaincre que les microbes pathogènes se développent, en général, mieux sur un terrain sucré que dans des milieux privés de sucre, à condition, toutefois, que la teneur en glycose ne dépasse pas 0.5 %. Avec un taux plus élevé de sucre, il se produit une fermentation acide défavorable au développement des colonies microbiennes.

L'auteur a pu s'assurer également que la virulence des bactéries pathogènes est exaltée, alors qu'on en injecte des cultures mélangées avec une solution de sucre aux animaux.

Quant à l'hypothèse d'après laquelle la gangrène diabétique des membres reconnaîtrait pour cause une névrite particulière, M. Hildebrandt la rejette, n'ayant jamais constaté d'altération névritique dans les cas qu'il lui a été donné d'examiner au point de vue anatomique.

Le traitement de toute gangrène diabétique doit viser d'abord à maintenir le membre malade dans un état d'asepsie aussi complète que possible. Pour cela, on ne fera pas usage des pansements humides, mais on pansera toujours à sec. Des incisions précoces seront pratiquées s'il y a phlyctènes ou suppuration. On ne procédera à l'intervention opératoire qu'une fois la démarcation bien établie. L'étendue de l'opération dépendra de l'état des vaisseaux de l'extrémité atteinte. Le pouls dans les artères tibiales est-il conservé, l'amputation pourra être pratiquée très bas. Au cas contraire, on amputera la jambe, si le pouls est encore satisfaisant dans l'artère poplitée; sinon, on sera obligé d'amputer à la cuisse.

On ne se servira, pour ces opérations, ni de l'anesthésie locale, ni de l'ischémie artificielle au moyen de la bande d'Esmarch.

La sauge contre les sueurs nocturnes des phtisiques

La sauge (*salvia officinalis*) est un ancien médicament antisudoral, complètement délaissé aujourd'hui et que MM. Meurisse et Dassonville ont cependant trouvée efficace contre les sueurs nocturnes des tuberculeux, dans leurs essais cliniques entrepris à ce sujet en 1897. **M. Th. Balmakov** (*Vratch. Gaz.*, 1904, n° 23) vient de faire la même constatation. Ayant administré la sauge sous forme d'une infusion de 8 gr. de feuilles dans 200 gr. d'eau (à prendre 4 cuillerées à bouche par jour) ou de teinture (par prises de 20 à 30 gouttes répétées trois à quatre fois dans la journée) à 20 tuberculeux présentant des transpirations nocturnes très abondantes, il a vu les sueurs disparaître complètement chez 13 de ces malades et s'amender considérablement chez 3 autres. Dans un cas seulement le résultat a été nul.

D'une utilité incontestable en tant que moyen antisudoral, la sauge présente sur les autres antihydratiques le grand avantage d'être dépourvue de toute action nocive. Elle mérite donc d'être employée couramment contre les sueurs nocturnes des phtisiques.

Du traitement de l'eczéma chez les enfants

D'après **M. Ch. Chistovsky** (*Prakt. Vratch. et Med. Obozréniyé*, 1904, 9) le meilleur traitement de l'eczéma infantile consiste en ce qui suit :

Réduire autant que faire se peut la quantité des féculents et de sucre dans l'alimentation.

Ne pas toucher aux croûtes eczémateuses; ne jamais employer de moyens destinés à les faire tomber.

Ne pas laver les parties atteintes; éviter leur contact avec l'eau ou tout autre liquide.

Appliquer sur les placards eczémateux du cuir chevelu une pommade ainsi formulée :

Acide borique finement pulvérisé..	12 gr.
Baume du Pérou..................	2 gr.
Vaseline jaune......................	100 gr.

Sur les placards eczémateux de la face et des autres parties du corps, appliquer une pommade boriquée, également à 12 %, mais sans adjonction de baume du Pérou ou ne contenant que 0,5 % de cette substance.

En cas d'albuminurie, même légère, exclure immédiatement le baume du Pérou de la pommade boriquée.

Lorsque, avec ce traitement, une amélioration manifeste ne survient pas dès le troisième ou quatrième jour, il y a lieu de suspecter l'origine syphilitique de l'éruption et de se servir, dans ce cas, de pommades au précipité blanc ou, ce qui est encore mieux, au précipité rouge.

V. de H.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J. B. Baillière et fils

Nouvelles consultations médicales. Clinique et thérapeutique, par H. Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. (1 vol. de 600 pages.)

Le premier volume de *Consultations médicales*, publié par M. Huchard, a reçu du public médical le meilleur accueil. Trois éditions en ont été tirées en trois ans. Ce succès a engagé l'auteur à faire paraître un second volume (*Nouvelles consultations médicales*), qui sera suivi, prochainement sans doute, d'un troisième (*Dernières consultations médicales*).

La forme de l'ouvrage se rapproche de celui d'un livre de cliniques, mais peut-être avec une liberté d'allures plus grande. Je n'ai pas à présenter M. Huchard à nos lecteurs. Ils connaissent aussi bien que moi ses qualités d'originalité, son sens clinique, son talent d'exposition et l'aisance de son style. Pour les engager à lire son nouvel ouvrage il me suffira de signaler les principaux sujets qui y sont traités.

Il débute par un *Procès du vésicatoire*, qui est un petit cours d'histoire des doctrines médicales, où l'attrait de la forme s'allie au sérieux des idées. En étudiant les *dyspepsies*, M. Huchard insiste sur l'*innocuité de la médication alcaline*. A cet égard, il s'élève contre certaines exagérations doctrinales qui ont abouti à la description d'une cachexie alcaline. Il signale la *pseudo angine de poitrine* des dyspeptiques, décrit le *cancer* et le *faux cancer de l'estomac*, le *cancer du pancréas*, la *lithiase biliaire* et la *péritonite tuberculeuse*.

L'appareil respiratoire fournit une série d'études sur la *bronchite pseudo-membraneuse*, les *bronchites infectieuses* ou *arthritiques*, la *pneumonie cérébrale des enfants*, la *pleurésie diaphragmatique*, la cure de la tuberculose dans les *sanatoria*, et particulièrement dans les stations climatiques françaises.

Quoique M. Huchard ait déjà publié de nombreux travaux sur les maladies de l'appareil circulatoire, il trouve encore à compléter son enseignement sur ces questions où il a une compétence particulière en parlant du *pronostic* de certains symptômes cardiaques, de l'*hygiène* des cardiaques, des *faux cardiaques*, de l'emploi de la *digitale*. Il étudie également l'*artério-sclérose* et l'*aortite syphilitique*. Il établit, en outre, les règles qui doivent présider à l'administration de la *digitale*.

Se souvenant qu'il a écrit un Traité des névroses avec Axenfeld, il fait un intéressant exposé de l'état mental des *hystériques*, des *neurasthéniques* et des *épileptiques*, et décrit les *œdèmes arthritiques* et *nerveux*.

Ancien président de la Société de thérapeutique, il ne pouvait négliger les questions de pratique médicale. J'ai déjà signalé les articles consacrés au vésicatoire, au bicarbonate de soude, à la digitale et au sanatoria. Dans un chapitre spécial de thérapeutique clinique, il étudie les *lavements d'huile* dans la colique hépatique, le *chloroforme* chez les cardiaques, et la *médication hypotensive*.

P. Gallois.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE

LÉGION D'HONNEUR

Tableau de concours de 1904

Pour le grade d'officier.

MM.

1 Leldan, méd.-major de 1re cl., 10e corps.
2 Brachet, méd. pr. de 2e cl., 18e corps.
3 Alphant, méd. pr. de 2e cl., 13e corps.
4 Bodros, méd.-major de 1re cl., 11e corps.
5 Testut, méd. pr. de 2e cl., 14e corps.

Pour le grade de chevalier.

MM.

1 Wickersheimer, méd.-major de 1re cl., 7e corps.
2 Bataille, méd.-major de 2e cl., 13e corps.
3 Rivaud, méd.-major de 1re cl., 19e corps.
4 Bernard, méd. major de 1re cl., 15e corps.
5 Van Gelder, méd.-major de 2e cl., 10e corps.
6 Broquet, méd. major de 2e cl., 2e corps.
7 Boujus, méd.-major de 2e cl., 5e corps.
8 Duvau, méd.-major de 1re cl., 3e corps.
9 Baudry, méd.-major de 1re cl., 1er corps.
10 Perret, méd.-major de 2e cl., 2e corps.
11 Phisalix, méd.-major de 1re cl., 9e corps.
12 Lorimy, aide major de 1re cl., 5e corps.
13 Variot, méd.-major de 1re cl., 7e corps.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

M. Canolle, méd. pr. de 2e cl. de réserve, a été inscrit au tableau de concours de la Légion d'honneur de 1904 pour le grade d'officier.

NOUVELLES

Les démissions des médecins de l'Union médicale

Nous avons reçu du Dr Laval la lettre suivante, que nous publions d'autant plus volontiers qu'elle est motivée par les

lettres de M. le Directeur de l'« Union médicale ».

Monsieur et cher Confrère,

Dès le 30 avril, j'avais donné ma démission de l'Union médicale. Le bruit fait actuellement autour de cette Union et les réponses adressées par son directeur à vos justes observations m'imposent l'obligation de sortir du silence que je m'étais jusqu'ici imposé!

Ceux qui me connaissent ne penseront jamais que ma démission a pu être « le résultat de la pression exercée par certains groupements médicaux » Je ne fais partie d'aucun, en dehors de la Société fraternelle du Caducée, qui ne s'est pas encore occupée de l'Union médicale.

Néanmoins, le jugement porté par M. de Verez contre les médecins qui ont quitté l'Union médicale me force à indiquer publiquement que je ne suis pas de ceux qui se sont séparés de l'Union par « la crainte de l'effet des menaces dont ils ont été l'objet », mais bien pour des raisons de convenance personnelle.

Agréer, etc.

Dr Ed. Laval.

LES INVALIDES CONFIÉS AU SERVICE DE SANTÉ

Par suite d'une de ces bizarreries administratives dont est émaillée notre organisation militaire, l'administration de l'Hôtel des Invalides était, jusqu'à ce jour, confiée à l'Intendance et non au Service de santé. Un décret vient de remettre les choses dans la logique en confiant le soin de veiller sur ces vieux braves à la 7e Direction. C'est un succès personnel pour son directeur, succès qui mérite d'être signalé.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Dr Péchin, délégué de la Société d'ophtalmologie de Paris, au Congrès « contre l'exercice illégal de la médecine », prie ses confrères qui connaîtraient des faits relatifs à l'exercice illégal de l'ophtalmologie, de vouloir bien les lui communiquer.

(Adresser les lettres à sa clinique, 5, place Jussieu, Paris.)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a tenu, le 20 juin, sa 4e assemblée générale semestrielle.

Des questions importantes ont été discutées, notamment celles relatives à la garde facultative des stagiaires dans les hôpitaux, la situation créée par la nouvelle loi militaire aux étudiants en médecine atteints par la limite d'âge et qui vont être rappelés sous les drapeaux.

L'Association corporative également, proteste contre les mots « notes confidentielles » mis dans la circulaire relative au nouveau mode de recrutement des externes, et a décidé de demander à la Faculté la suppression des droits de bibliothèque pour les étudiants de 5e année qui ont fini leur scolarité.

Les membres de l'Association s'étaient rendus, nombreux, à cette réunion, et toutes les décisions prises l'ont été à l'unanimité.

Voyages d'études médicales

(Eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France.)

Voyage de 1904.

Stations du Centre et de l'Auvergne.

Loir-et-Cher, Allier, Creuse, Puy-de-Dôme, Cantal, Saône-et-Loire, Nièvre.

Lamotte-Beuvron (sanatorium), Néris, Evaux, La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Vic-sur-Cère et Le Lioran (stations climatiques) Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré-les-Bains, Pougues.

Du 3 au 15 septembre 1905.

Le voyage d'études médicales de 1904 — comme les cinq précédents — est placé sous la direction scientifique de M. Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e).

Programme

Samedi 3 septembre 1904

Concentration à Lamotte-Beuvron — station de la compagnie d'Orléans, entre Orléans et Vierzon — de tous les adhérents à ce voyage, dans la matinée du 3 septembre, par l'express y arrivant de Paris vers 10 heures (consulter l'horaire des chemins de fer du service d'été).

Après la visite du sanatorium, déjeuner et départ en train spécial à 3 heures pour Chamblet-Néris; arrivée vers 7 heures, installation, dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Néris (Allier).

Dimanche 4

Matin, visite des établissements de Néris; l'après midi, visite d'Evaux; dîner à la Bourboule vers 7 heures; coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : La Bourboule (Puy de-Dôme).

Lundi 5

Matin, visite de La Bourboule; à 2 heures, départ pour le Mont Dore, par La Roche-Vendeix; arrivée vers 6 heures; dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Le Mont-Dore (Puy de-Dôme).

Mardi 6

Le matin, visite des établissements du Mont-Dore; l'après-midi, excursion au Sancy ou aux Roches Sanadoires; retour au Mont-Dore; dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Le Mont-Dore (P.-de-D.).

Mercredi 7

A 7 heures, départ en voiture pour Saint-Nectaire; arrivée vers 10 heures; visite; déjeuner; vers 7 heures retour au Mont-Dore; dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Le Mont-Dore (P.-de-D.).

Jeudi 8

Vers 7 heures, départ pour Vic-sur-Cère; arrivée vers 10 heures; visite; déjeuner. A 1 heure, départ pour le Lioran; visite à 3 h., départ pour Royat; dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Royat (P.-de-D.).

Vendredi 9

Visite de Royat.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Royat (P.-de-D.).

Samedi 10

A 7 heures du matin, départ en voitures pour Durtol et Châtel-Guyon; arrivée à Durtol vers 8 heures, visite; à Châtel-Guyon vers midi, déjeuner, visite; départ pour Vichy; arrivée vers 7 heures, dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Vichy (Allier).

(*A suivre.*)

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

L'ORTHOPÉDIE

DANS LA

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Technique générale des appareils plâtrés orthopédiques

Par MM. P. Desfosses et G. Berruyer

Le Bulletin médical s'est proposé depuis longtemps d'étudier successivement dans chaque spécialité les parties que le praticien peut et doit faire siennes. C'est ainsi qu'ont été passées en revue, dans ce journal, l'otologie, la laryngologie, la rhinologie, l'électrothérapie dans la pratique journalière. L'ophtalmologie est en cours de publication, et nous sommes heureux de pouvoir commencer aujourd'hui l'étude d'une branche nouvelle, « l'Orthopédie dans la pratique journalière ».

Maintes anciennes gravures de médecine montrent le médecin en robe longue, le bonnet carré sur la tête, les gants à la main, donnant à quelque chirurgien inciseur ses ordres pour l'œuvre manuelle dédaignée. Ce temps n'est plus. De plus en plus la chirurgie, au sens propre du mot, l'œuvre des mains, prend une part importante en thérapeutique; ponctions, injections, sont œuvre courante de médecin.

Il est cependant toute une partie de l'art de guérir qui a été jusqu'ici dédaignée du praticien; en présence d'un mal de Pott, d'une coxalgie, le médecin se borne trop souvent à l'expectative, ou bien, intéressé par quelque prospectus de fabricant d'appareils, il confie aux mains inexpérimentées de quelque ouvrier le soin d'appliquer un appareil ordinairement fort coûteux, très souvent inutile.

S'il est extrêmement difficile de mener à bien la guérison d'une coxalgie suppurée, d'un mal de Pott fistulisé, il n'est pas fort malaisé d'empêcher une arthrite bacillaire de passer au stade désespérant des attitudes vicieuses et de la suppuration. La plupart des tuberculoses osseuses ou articulaires chez l'enfant présentent une tendance naturelle vers la guérison. Le médecin peut beaucoup pour hâter cette guérison, en sachant placer son malade dans de bonnes conditions d'hygiène générale, en sachant lui appliquer, dès le début, un traitement local rationnel, en sachant immobiliser, dès l'apparition des premiers symptômes, l'articulation malade.

Les appareils orthopédiques faits par des mains médicales avec le simple plâtre sont de beaucoup supérieurs aux appareils à armature d'acier construits dans les maisons fameuses par des ouvriers incompétents en chirurgie.

Nous allons essayer, dans une série d'articles, d'exposer, aux lecteurs du *Bulletin médical*, la technique des principaux appareils utilisés en chirurgie orthopédique.

***

Le meilleur moyen pour immobiliser une articulation, une colonne vertébrale malades, est, sans conteste, l'appareil plâtré. Moulé exactement sur le corps, l'appareil plâtré s'oppose à tout déplacement, et il remplit parfaitement la première condition du traitement d'une arthrite bacillaire : l'immobilisation en bonne position; il entraîne par cela même une disparition rapide des douleurs et l'amendement du processus inflammatoire.

Un enfant atteint d'un mal de Pott ou d'une tuberculose articulaire, s'il est mis dans un bon appareil plâtré peut, sans difficulté et sans danger, être déplacé, conduit au dehors, dans les jardins, sur la plage, être mis dans de bonnes conditions d'hygiène.

Aussi est il de toute importance, en chirurgie infantile, de bien savoir faire un appareil plâtré. Nous décrirons aujourd'hui la *technique générale des appareils plâtrés*, les règles à observer et le matériel nécessaire étant les mêmes, qu'il s'agisse d'un corset pour mal de Pott, d'un appareil pour coxalgie, pour tumeur blanche du genou, etc., etc.

Le principe le plus important pour tous les appareils plâtrés, et principalement pour les appareils circulaires, est le *modelage parfait* de la surface du corps sur laquelle ils sont placés. La cuirasse plâtrée doit s'appliquer exactement sur le corps, en épouser les formes, elle doit aller comme un gant bien fait, ne permettre aucun déplacement. Ainsi faite, elle sera admirablement tolérée; elle constituera comme un squelette externe analogue au squelette externe des crustacés.

L'appareil plâtré ne doit être ni trop mince, car il casserait; ni trop épais, son poids excessif deviendrait une gêne. Son épaisseur doit être proportionnée à l'âge de l'enfant et au rôle qu'il doit remplir : un appareil de marche exigeant plus de résistance qu'un appareil de repos. Il doit être d'une épaisseur égale partout sauf aux endroits où intentionnellement on le renforce afin de lui donner plus de solidité.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

Pour appliquer un bon appareil plâtré, il est nécessaire de protéger la peau de l'enfant par une couche isolante. On employait autrefois, dans les hôpitaux, des couches d'ouate que l'on maintenait autour du membre ou du tronc par une bande de tarlatane. Ce procédé est défectueux : la couche d'ouate n'est jamais uniforme; d'autre part, elle se tasse inégalement. Un appareil plâtré appliqué sur une couche d'ouate ne moule pas exactement les formes; la face qui se trouve au contact de la peau est inégale et peut déterminer des ulcérations.

Tricot. — Pour isoler la peau du plâtre, on se sert généralement d'un *tricot* de coton fin qui doit s'appliquer sur le corps sans aucun pli, à la manière d'un maillot.

Ce maillot de coton est utilisable pour toutes les éventualités; si on le passe à la manière ordinaire, il sert pour les appareils thoraciques de mal de Pott (fig. 1); si on le passe comme

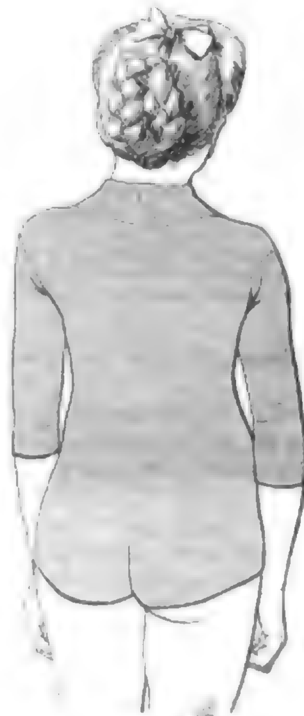


Fig. 1

Maillot disposé pour un corset de Sayre.

Le corps de l'enfant est recouvert du tricot exactement ajusté sur le corps. La partie antérieure et la partie postérieure du maillot sont rattachées l'une à l'autre au-dessous du périnée.

un caleçon de façon à ce que les jambes de l'enfant occupent les manches du tricot, il sert pour les appareils de

coxalgie (fig. 2) ; si on prend une manche seule, on peut l'utiliser pour faire un appareil plâtré du genou.

Ces tricots doivent toujours être achetés plus petits que ne le comporte l'âge de l'enfant ; il est indispensable que le maillot ne fasse pas de plis, soit



Fig. 2

Maillot disposé pour un appareil de coxalgie.

Enfant muni de son maillot; les jambes ont été passées dans les manches, et la coulisse du cou a été serrée au niveau du périnée; par dessus les épaules, la partie antérieure et la partie postérieure du maillot sont rattachées l'une à l'autre par des épingles.

admirablement tendu sur le corps du sujet.

On peut se servir également d'*ouatine*, tissu de coton que l'on fait tailler et coudre en l'appliquant d'une façon précise sur la région à plâtrer.

Certains chirurgiens interposent, entre les diverses couches de leurs appareils plâtrés, des attelles de bois mince ou des attelles métalliques fenêtrées. Cette précaution est en général inutile.

Plâtre. — Le meilleur plâtre à employer est le plâtre à mouler. Il doit être bien tamisé, non éventé. Le bon plâtre se reconnaît aux qualités suivantes : blancheur, douceur et fraîcheur au toucher, absence d'odeur quand il est sec, et odeur de terre de pipe quand il est mouillé ; prise rapide, en 10 à 15 minutes.

Bandes. — Les bandes de gaze apprêtée, dite tarlatane, en usage dans les hôpitaux de Paris, ne sont pas les meilleures. L'apprêt de cette gaze retarde la prise du plâtre et le rend trop rétractile. La gaze non apprêtée, gaze à beurre ou mousseline chiffon, est préférable, à condition que les mailles n'en soient pas trop larges.



Fig. 3

Manière de préparer les bandes plâtrées. — Procédé des deux bouteilles.

La bande passe sous le tas de plâtre, l'attelle enlève le surplus et étale le plâtre à la surface de la bande ; l'infirmière enroule la bande plâtrée.

La largeur des bandes ne doit pas dépasser trois ou quatre travers de doigt : une bande étroite épouse mieux les formes sur lesquelles elle s'applique. La longueur des bandes ne devra pas excéder trois à quatre mètres ; une plus grande longueur donnerait un globe trop volumineux.

Le meilleur procédé pour tailler ces bandes, consiste à rouler soigneusement en entier la pièce de gaze qui doit être employée, et à fractionner au moyen d'un bistouri ou d'un rasoir le rouleau ainsi obtenu, en globes de la largeur désirée.

Plâtrage des bandes. — Le procédé qui consiste à tremper les bandes sèches roulées, dans un lait de plâtre, avant de les appliquer, est mauvais. Plus défectueux encore est le procédé suivant lequel on les applique à sec sur le membre pendant qu'un aide les recouvre au fur et à mesure d'un lait de plâtre.

Les bandes doivent être plâtrées à sec. Pour les préparer, on dispose le plâtre sur une table couverte d'une alèze bien sèche. On déroule une certaine longueur de bande, qu'on saupoudre de plâtre. D'une main on enroule la bande, pendant que de l'autre on continue à saupoudrer de plâtre le reste de la bande, en ayant soin de faire, par friction, pénétrer la poudre de plâtre dans les mailles du tissu. Il faut environ 30 à 40 grammes de plâtre par mètre de bande de 10 centimètres de largeur.

Pour plâtrer les bandes, on peut se servir d'une boîte présentant deux fentes, l'une à moitié hauteur d'une des parois, par où pénètre la bande qui ressort au bas de la paroi opposée, à travers une ouverture dont on peut faire varier les dimensions verticales par une coulisse. La caisse est remplie de poudre de plâtre.

Un procédé simple, dit procédé des deux bouteilles, consiste à mettre sur une table deux bouteilles contre lesquelles on applique une attelle de bois. Sous ce rempart improvisé, on fait passer l'extrémité d'une bande. De l'autre côté, le plein de la bande est recouvert d'un volume suffisant de plâtre ; à mesure qu'on enroule l'extrémité de la bande, l'attelle de bois nivelle et étale le plâtre à la surface du tissu (fig. 3).

Quand les bandes sont préparées à l'avance, elles doivent être enveloppées chacune dans un morceau de papier et conservées dans une boîte en fer-blanc, bien close, placée dans un endroit à l'abri de l'humidité.

Au moment de les employer, on place les bandes de gaze, ainsi imprégnées de plâtre, dans une cuvette pleine d'eau. Un dégagement de bulles d'air se produit aussitôt. Au bout d'un instant, le dégagement de bulles cesse; on sort la bande de l'eau, on l'exprime légèrement pour faire sortir l'excès de liquide; elle est prête à être employée. Il ne faut jamais toucher à la bande tant que le dégagement de bulles d'air n'est pas terminé.

Il est bon, si on doit employer cinq ou six bandes, de ne les mettre dans l'eau que successivement.

APPLICATION DE L'APPAREIL PLATRÉ

Précautions à prendre. — Le sol de la chambre sera protégé, ainsi que les meubles, par des alèzes, des draps ou simplement du papier. La table, si l'appareil plâtré doit être fait sur une table, sera protégée aussi par une alèze.

S'il s'agit d'un corset plâtré, on place le trépied de Sayre au milieu de la chambre. On peut remplacer le trépied par l'anneau qui supporte un lustre ou une lampe à suspension, après s'être assuré de sa solidité.

A côté de la première table on en dispose une seconde sur laquelle sera placée une cuvette remplie d'eau à peine tiède, où seront mises, en temps voulu, les bandes plâtrées.

Avant d'appliquer le jersey ou le maillot on aura soin *de laver* le corps ou le membre de l'enfant et, s'il ne s'agit pas d'un enfant trop jeune, on fera une bonne friction à l'alcool ou à l'eau de Cologne.

Les préparatifs sont terminés. La première bande plâtrée est appliquée légèrement, sans *aucune pression*, en commençant par une des extrémités de l'appareil. Tous les tours de bande doivent être simplement *appliqués*. On déroule la bande d'une main, tandis qu'avec l'autre on moule exactement le plâtre sur les saillies du corps, sur les irrégularités du membre. Le moulage doit être fait avec un soin extrême; c'est le point capital pour l'application d'un bon appareil. Un appareil non moulé peut blesser; il n'immobilise pas; il est inutile. On s'arrêtera dans l'enroulement des bandes quand on jugera la couche plâtrée suffisamment épaisse; en général, 8 à 12 épaisseurs de bande sont suffisantes.

Pendant tout le temps que le plâtre sèche, le chirurgien s'applique à perfectionner son moulage; avec le creux de la main, il modèle tous les contours.

Il ne faut pas faire de renversés suivant la méthode classique, le pli de la bande formerait une sorte de corde. Le renversé doit être fait en ramenant la bande dans une direction contraire à la direction primitive en la repliant sur elle-même (fig. 4 et 5).

Dès que se sera produite l'élévation de température qui indique la prise du plâtre, on pourra lisser, polir l'appareil en frottant à sa surface un savon mouillé. Un bon plâtre est déjà dur au moment où il est terminé.

Il est bon de régulariser les extrémités du plâtre avec un bistouri, de pratiquer les échancrures nécessaires, de dégager les endroits où l'on peut redouter la compression. Puis, on rabattra, on rebroussera la partie du tricot qui dépasse le plâtre, de façon à rendre mousse le rebord plâtré.

Soins consécutifs. — Tout appareil peut être cause d'excoriation ou de sphacèle plus ou moins étendu : 1° par les bords de l'appareil qui peuvent être coupants, particulièrement aux points où la peau repose sur un plan résistant, un os, un tendon; 2° par l'étranglement circulaire arrêtant la circulation veineuse.

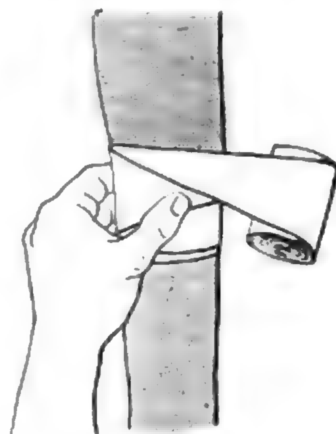


Fig. 4
Renversé classique.
La bande est retournée sur elle-même et forme un pli oblique; ce renversé ne doit pas être utilisé dans la confection des appareils plâtrés.

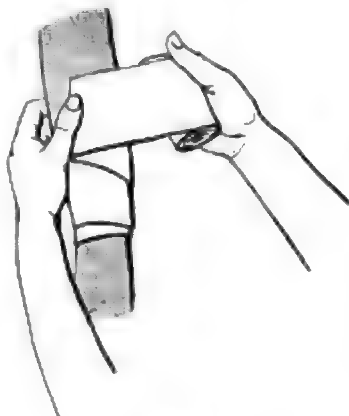


Fig. 5.
Renversé utilisé pour les appareils plâtrés.
La main gauche du chirurgien fixe la portion déroulée de la bande, la main droite replie la bande sur elle-même.

Le premier de ces accidents sera évité sans peine, si on a soin, avant que l'appareil ne soit complètement sec de rebrousser le tricot par dessus le plâtre, de manière à en arrondir les bords. Le second n'existera pas à condition que l'appareil soit appliqué régulièrement et serré d'une façon juste. Si l'on n'a pas pris le pied dans l'appareil, on aura soin de le protéger par une bande de crépon Velpeau.

Le médecin devra revoir de temps en temps le malade, tous les huit jours au minimum; il devra recommander avec insistance aux parents de surveiller l'état du membre de l'enfant.

Si le plâtre devient blessant par ses bords, le chirurgien, avec des pinces coupantes, régularisera les contours. Dans le cas où l'appareil deviendrait trop large ou, au contraire, trop étroit, le chirurgien le remplacerait.

La mère ou la garde de l'enfant devra veiller attentivement, si l'enfant est très jeune, à ce que le plâtre ne soit pas souillé par l'urine; on y parviendra avec un peu de soin.

Ablation de l'appareil. — L'ablation d'un appareil plâtré est assez malaisée.

On a conseillé de faire prendre à l'enfant un bain d'un quart d'heure, d'inonder l'appareil avec une solution concentrée de sel de cuisine.

Avec de l'habitude et de l'adresse, il n'est pas très difficile de couper le plâtre au moyen d'une pince coupante. En agissant sans hâte, on ne blessera aucunement l'enfant et on ne le fera pas souffrir, surtout si on évite de faire passer la ligne de section au niveau des saillies osseuses.

Quand l'appareil a été sectionné dans toute sa longueur, le chirurgien introduit les doigts de chaque main dans la fente entr'ouverte et ouvre l'appareil en séparant les deux valves.

APPAREIL PLATRÉ AMOVIBLE

On peut, utilisant l'élasticité de l'appareil plâtré, l'employer comme on emploie un appareil en cuir moulé. Après avoir coupé l'appareil plâtré construit comme d'ordinaire, on l'enlève avec grande précaution avant qu'il ne soit tout à fait pris et on le laisse sécher. Lorsque le plâtre est sec, on coud de chaque côté de la fente des bandes de cuir munies d'œillets ou de crochets. L'appareil est maintenu par des lacets et peut être enlevé à volonté.

PATHOLOGIE MÉDICALE

La chloruration de l'organisme et les névroses

Par M. le Dr Henri CLAUDE.

Les modifications humorales créées par les variations de la chloruration de l'organisme sont plus importantes qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, et il est possible que la nutrition soit influencée d'une façon sensible par la proportion de chlorures absorbée relativement à la quantité et à la nature des substances qui entrent dans l'alimentation. Il m'a paru, notamment, que, pour expliquer les variations dans les manifestations des névroses dont, en somme, le *primum movens* nous échappe, mais dont les relations étroites avec les troubles de la nutrition chez certains sujets prédisposés ne sont pas douteuses, l'influence du chlorure du sodium devait être prise en considération. Je rapporterai brièvement quelques-uns des cas que j'ai observés à titre de documents sans me croire autorisé à en tirer aujourd'hui des conclusions plus précises.

Le premier cas a trait à une jeune femme chez qui la déchloruration a mis fin à un état de psychasténie chronique avec aboulie subissant des recrudescences graves et qui m'a paru digne d'être relaté. Cette jeune femme, âgée de trente et un ans, très intelligente, sans stigmates hystériques, était atteinte, depuis plus de dix ans, de troubles psychopathiques qui avaient paru débuter après un long séjour au bord de la mer, et dont l'intensité allait croissant d'année en année : idées de doutes, manie du serment, scrupules religieux ou autres, déterminant une perturbation inquiétante des facultés intellectuelles. Il y avait des périodes de rémission de quelques jours, mais rapidement de nouveaux paroxysmes survenaient. Cette jeune femme, de souche neuro-arthritique, légèrement rhumatisante, souffrant de migraine, d'hémorroïdes, n'avait aucune autre altération organique du foie, du cœur ou des reins. Pour combattre la fatigue nerveuse engendrée par le travail continuel de son cerveau, elle était arrivée à prendre 6 et 8 gr. de bromure par jour, sans provoquer ainsi, toutefois, non plus que par l'hydrothérapie continuée pendant des années, une véritable détente de son esprit. En août 190[illegible] elle se rendit, pour traiter des troubles utérins, à Salins (Savoie). A son retour son état mental s'aggrava très rapidement et elle tomba dans un état d'aboulie absolue : pleurs continuels, indifférence, apathie, les scrupules, les serments continuels hantaient son esprit, sans le laisser libre un instant, au point de l'empêcher d'accomplir aucun acte. En même temps l'amaigrissement, l'anorexie, l'insomnie donnaient de vives inquiétudes sur son état physique. Le bromure restait sans action. Frappé par la coïncidence remarquable entre le traitement hydro-minéral, très fortement chloruré et les accidents actuels, je conseillai à la malade le repos au lit, la diète hydrique pendant 24 heures, et je la mis à un régime alimentaire composé de féculents, légumes verts, œufs et un peu de viande, le tout sans sel. Je joignis à ce traitement 1 milligr. de strychnine par jour pendant dix jours. On diminua, en quinze jours, la dose de bromure habituelle (6 gr.) jusqu'à sa suppression complète. Les troubles psychiques se sont peu à peu atténués; en moins d'un mois, cette jeune femme, pour laquelle on agitait la question d'internement, reprenait sa vie ordinaire et, depuis le mois d'octobre 1903, sa santé est parfaite : elle continue à prendre une alimentation ordinaire, pas trop copieuse, mais sans addition de sel et elle a retrouvé toute sa tranquillité d'esprit. Elle s'occupe activement de son intérieur, en même temps que de travaux d'art qu'elle avait dû abandonner complètement l'année dernière. Elle assure que toutes les fois que, par suite de circonstances diverses, elle doit prendre une alimentation salée, pendant plusieurs jours elle est reprise d'une sorte d'état d'anxiété, d'indécision et de tendance aux idées absurdes d'autrefois (scrupules, obsessions). Quelle que soit l'interprétation qu'on donne de ce fait, il reste acquis que cette jeune femme qui, depuis plus de dix ans, avait essayé tous les traitements (même la suggestion hypnotique) pour se débarrasser des troubles psychasthéniques qui donnaient les plus vives inquiétudes pour sa raison, est actuellement, sans l'emploi d'aucune autre thérapeutique que la déchloruration, dans un état de tranquillité d'esprit absolue et de santé physique parfaite. Les poussées congestives de la face, les accès de migraine qui coïncidaient ou alternaient avec les paroxysmes psychiques sont également très atténués. Les troubles utérins n'avaient d'ailleurs pas été modifiés par le traitement hydro-minéral.

J'ai eu recours, également, à la déchloruration, dans le traitement de l'asthme-névrose, l'asthme essentiel, avec un plein succès. Une jeune fille de vingt-cinq ans, nerveuse, fille d'asthmatique, souffrant fréquemment de troubles dyspeptiques, de migraines, de névralgies, fut prise, il y a trois ans, de grands accès d'asthme nettement caractérisés : accès d'étouffement nocturnes avec respiration sifflante, crises terminées par la bronchite sibilante et le rejet de quelques crachats, et périodes de bronchite subaiguë avec râles ronflants, sibilants, avec paroxysmes dyspnéiques. Les accès surviennent de préférence l'été et l'automne, et surtout pendant les séjours à la campagne. Elle fut traitée par l'iodure d'une façon continue, les alcalins, les poudres antiasthmatiques, le datura, etc.; bref, le traitement classique n'amena qu'une sédation passagère des accès, mais la maladie continua à évoluer, et les bronchites et les crises d'étouffements revinrent à intervalles de plus en plus rapprochés. La malade, dans la crainte de ses accès d'asthme, prenait à peu près constamment 0 gr. 50 à 1 gramme d'iodure, et souffrait souvent de l'estomac. L'examen physique ne décelait rien d'anormal, ni au cœur, ni du côté des reins, et les poumons étaient indemnes en dehors des crises. Ayant été frappé par l'abondance de chlorure de sodium contenu dans les crachats (j'ai trouvé 3 à 4 grammes de NaCl dans l'expectoration journalière, pendant les périodes de crises), je conseillai, non le régime lacté, mais le régime alimentaire carné-végétarien sans sel (de façon à faire tomber le NaCl de l'urine à 2 grammes environ), et je fis diminuer progressivement l'iodure (1). J'obtins, pendant l'automne dernier, une disparition à peu près complète des accès d'étouffements, en maintenant seulement une dose de 0 gr. 20 d'iodure par jour. On n'observa plus de grands accès nocturnes, pas de bronchite, et l'asthme ne traduisit plus son existence que par une respiration un peu sifflante à l'occasion de la marche, une toux légèrement spasmodique. Mais la malade était évidemment très soulagée, et, grâce à la diminution des doses d'iodure, son estomac était très tolérant. Pendant l'hiver on ne constata aucune reprise de bronchite dyspnéique comme il s'en produisait les hivers précédents; on cessa l'emploi de l'iodure, et actuellement la

(1) Il est nécessaire lorsqu'on institue le régime déchloruré, de contrôler par l'examen des urines l'*observation stricte* du régime. Bien des malades affirment avoir banni le sel de leur alimentation, qui ont encore 6 et 8 gr. de NaCl dans leurs urines.

malade, qui est depuis six semaines à la campagne, exactement dans les conditions où les années précédentes elle était prise de crises asthmatiques des plus pénibles, ne présente absolument aucun trouble, bien qu'elle ait supprimé complètement l'iodure depuis plusieurs mois.

Pour être fixé sur la question de l'action du NaCl, j'ai obtenu de la malade qu'elle tentât de reprendre l'alimentation habituelle en l'additionnant de sel. Le 11 juin, on commença l'expérience, on ne nota rien d'anormal. La journée du 12 juin se passa également sans incidents, mais dans la nuit du 11 au 12 il y eut une crise de toux avec un peu de dyspnée. La journée du 13, l'état général était satisfaisant, le NaCl de l'urine s'élevait à 11 gr. 20 par vingt-quatre heures. Dans la nuit du 13 au 14, la malade eut une crise d'étouffements terrible, absolument semblable aux crises observées l'année précédente. Le 14 et le 15, l'état resta à peu près identique, bien qu'on eût supprimé le sel de l'alimentation. Ce n'est que le 17 que l'accès se termina sans emploi d'iodure. Depuis la reprise du régime déchloruré, l'état général est parfait et la respiration se montre absolument libre (25 juin).

Le second cas est relatif à une femme de trente-neuf ans, que j'ai vue pour la première fois il y a trois semaines, à ma consultation de l'hôpital Cochin. Depuis vingt ans, cette personne a régulièrement, pendant les quatre mois de juin, juillet, août, septembre, de violentes crises d'asthme survenant surtout la nuit, l'obligeant à rester sur un fauteuil, et pendant toute cette période elle est très oppressée, la respiration est courte, sifflante. Au mois de novembre, les crises disparaissent complètement, et pendant tout l'hiver la malade a la respiration absolument normale. Au moment où nous la voyons pour la première fois (7 juin), elle est en pleine crise, la respiration est brève, sifflante à l'inspiration, bruyante à l'expiration, la toux fréquente, spasmodique. L'auscultation révèle l'existence d'une pluie de râles sibilants, ronflants, dans toute la poitrine; rien au cœur, ni dans les urines. La malade a suivi, depuis de nombreuses années, les traitements classiques, et prend l'iodure d'une façon continue pendant ses crises, sans être soulagée réellement. Nous prescrivons le régime alimentaire ordinaire, carné et végétarien, sans sel, et nous donnons une solution d'iodure et bromure de potassium (0,20 centigr. par jour).

La malade est revue le 13 juin, après six jours de régime déchloruré. Elle a ressenti une amélioration considérable; jamais elle ne s'est trouvée aussi bien, déclare-t-elle; elle a pu se coucher et dormir tranquillement et n'a pas eu d'accès d'étouffement à proprement parler. La respiration est encore un peu courte, mais à l'auscultation on ne retrouve pas, dans la poitrine, le bruit de ramage que l'on y percevait il y a quelques jours. Le 24 juin on supprime l'iodure, la malade est toujours très améliorée, elle dort la nuit sans crise d'étouffement, mais la respiration est encore bruyante, et l'expectoration assez abondante. La malade avoue qu'elle a suivi moins rigoureusement le régime.

Enfin, j'ajouterai que j'observe, actuellement, un cas d'asthme des foins, avec crises d'éternuements très violentes; catarrhe oculo-nasal intense, qui est remarquablement influencé par le régime, bien que celui-ci soit relativement peu déchloruré par suite de la répugnance du malade pour l'alimentation sans sel, toutefois, le chiffre du NaCl urinaire a pu être abaissé de 14 gr. à 6 gr en moyenne.

Cet homme, âgé de 36 ans, de souche neuro-arthritique, fils d'asthmatique, migraineux et hémorroïdaire lui-même, n'a pas eu de crises cette année lorsqu'il reste à Paris et n'a présenté de nouveaux accès d'éternuements, d'ailleurs peu violents, qu'après un séjour de quelques jours à la campagne et en se rendant, par expérience, dans les champs où on battait le foin. Or, depuis l'âge de dix ans, cet homme est en proie, tous les étés, même à Paris, depuis la fin de mai jusqu'à la fin d'août, à des crises de rhume des foins très fortes. L'influence du régime déchloruré, en l'absence de tout autre traitement, paraît assez rationnelle dans cette forme de névrose où l'élément catarrhal, vaso-moteur, joue un rôle si remarquable. En effet, on voit lors de ces crises d'éternuements, les sujets, qui sont toujours des prédisposés neuro-arthritiques, tremper rapidement plusieurs mouchoirs. La quantité de mucosités rejetée en quelques instants est considérable et l'on serait tenté, par la soudaineté et l'intensité de ces phénomènes catarrhaux et vaso-moteurs, de rapprocher ces crises des œdèmes suraigus du poumon. Or, ces mucosités sont, d'après les constatations que j'ai pu faire, très riches en chlorure de sodium; il est difficile de faire des mesures exactes, mais je pense que la quantité de NaCl, ainsi rejetée, s'élève à plus de 5 gr. par jour.

Il me semble donc que la déchloruration est un traitement légitime de l'asthme des foins. Dans cette maladie, comme dans l'hypersécrétion chlorurique de certaines gastrites, où la privation de sel a donné d'heureux résultats, on peut espérer que l'hypochloruration de l'organisme entravera l'élimination du NaCl par la voie anormale (muqueuse gastrique ou muqueuse pituitaire).

Les observations que je viens de rapporter succinctement sont trop peu nombreuses pour que je me croie autorisé à généraliser les résultats obtenus dans ces cas particuliers, par la déchloruration, mais il m'a paru intéressant d'attirer l'attention sur eux pour provoquer de nouvelles recherches. Ces faits paraîtront disparates, ils ont cependant un lien entre eux. Il s'agit de manifestations qui ont le caractère commun de se produire par crises, et chez des sujets appartenant à un groupe morbide bien défini au point de vue clinique (neuro-arthritisme). Chez ces malades nous savons que les perturbations de la nutrition se traduisent à divers moments par des phénomènes nerveux, des poussées congestives et qui alternent entre eux ou se succèdent avec une remarquable ténacité. On peut penser qu'il existe des rapports entre ces accidents, expression d'une nutrition anormale, et la chloruration de l'organisme, car les variations du taux de chlorure de sodium, introduit dans l'alimentation, jouent un rôle important dans les mutations nutritives. En tout cas, dans les faits que nous avons rapportés on ne peut penser que la déchloruration n'ait agi qu'en rendant plus efficace l'action des médicaments, comme chez les épileptiques soignés par le bromure, puisque certains de nos malades ont pu supprimer toute thérapeutique et se contenter du seul traitement diététique.

MÉDECINE MILITAIRE

Un projet de résection du Corps de santé

Le ministre de la guerre vient d'envoyer aux généraux commandant les corps d'armée, une lettre les invitant à étudier un projet de réorganisation — lire réduction — des personnels du service de santé. Il a déjà été beaucoup parlé de cette lettre dans la presse, mais d'une façon toujours incomplète, et quelquefois inexacte. Aussi croyons-nous devoir, avant toute discussion, soumettre le texte de ce document à nos lecteurs.

La nécessité de réduire les dépenses d'ordre militaire au strict indispensable, en raison de l'adoption prochaine du service de

deux ans, m'a conduit à faire étudier un projet de réorganisation des personnels d'officiers du service de santé, lesquels comprennent : 1° des médecins militaires ; 2° des pharmaciens militaires ; 3° des officiers d'administration.

L'opinion a été émise qu'il serait possible de réduire, dans une assez large proportion, l'effectif des médecins militaires en renonçant à la distinction qui est actuellement faite entre les médecins des hôpitaux et ceux des corps de troupe, et en établissant un service unique de médecins de garnison qui serait chargé d'assurer à la fois, dans chaque place, le service régimentaire et le service d'hôpital, et dont l'importance serait, dans chaque garnison, calculée d'après l'effectif total des troupes qui y sont stationnées.

Il y a lieu d'examiner, tout d'abord, la question d'organisation générale du service de santé que soulève ce projet, et je vous prie de me faire connaître votre avis, ainsi que celui des officiers généraux et chefs de corps sous vos ordres, et du directeur du service de santé de votre corps d'armée sur les inconvénients ou les avantages que paraîtrait présenter la substitution d'un service médical de garnison à l'organisation actuelle du service de santé, laquelle repose essentiellement sur l'affectation permanente aux divers corps de troupe, sous l'autorité immédiate des chefs de corps, d'un nombre déterminé de médecins militaires.

Vous voudrez bien, ensuite, avec le concours des commandants d'armes et du directeur du service de santé de votre corps d'armée, établir et m'indiquer le nombre de médecins militaires qui serait nécessaire dans chacune des places de votre corps d'armée, en supposant adopté le service médical de garnison.

Il sera tenu compte, pour cette fixation, non seulement des obligations multiples et précises que les médecins militaires, aux termes des règlements en vigueur, ont à remplir dans les hôpitaux et les corps de troupe, mais aussi des services supplémentaires auxquels ils ont à satisfaire, tels que ceux qui résultent de l'installation de laboratoires spéciaux, du traitement des familles d'officiers et de sous-officiers, ainsi que des gendarmes, de la visite des militaires isolés, des examens aux bureaux de recrutement, de l'assistance au conseil de revision, des soins à donner aux détenus dans les prisons militaires ou les établissements pénitentiaires, etc.

On ne perdra pas de vue, non plus, que si la nouvelle loi sur le recrutement de l'armée doit mettre à la disposition du ministre, un nombre important de médecins auxiliaires, qui pourront suppléer les officiers du corps de santé pour l'assistance à certains exercices de tirs ou à certaines marches militaires, par contre, les obligations purement techniques des médecins militaires ne pourront aller qu'en augmentant sous le régime de la loi en question ; car il sera indispensable de redoubler de vigilance et de précautions pour tout ce qui concerne la santé de la troupe.

Des renseignements dignes de foi nous permettent de préciser un peu plus les idées du ministre. Il compte pouvoir faire disparaître 200 à 300 aides-majors ou majors de 2e classe, en les remplaçant par un même nombre d'étudiants en médecine faisant leur seconde année de service militaire. La réalisation de cette combinaison paraît à l'état-major la chose la plus naturelle du monde. Du moment qu'il s'agit de *personnel en sous-ordre*, peu importe qu'il soit composé de docteurs ou d'étudiants, et que ceux-ci fassent de l'exercice illégal de la médecine!

En revanche, les difficultés se sont montrées quand on a voulu toucher aux majors de 1re classe, qui sont tous *chefs de service*. L'état-major a bien pensé à supprimer les médecins traitants dans les hôpitaux militaires, et à confier leurs malades aux médecins de régiment, mais il a hésité, non pas devant l'impossibilité matérielle qui, cependant, est patente, mais devant les réclamations inévitables des chefs de corps. Aussi, ne pouvant franchir l'obstacle, il tente de le tourner, en créant le service médical de garnison, c'est-à-dire en soustrayant les médecins chargés du service de santé de la troupe à l'autorité immédiate des chefs de corps.

Il est incontestable — et nous l'avons souvent démontré dans ce journal — que le service de santé des corps de troupe ne pourra se faire avec l'indépendance professionnelle nécessaire à sa bonne exécution qu'autant que les médecins seront soustraits à l'autorité immédiate des chefs de corps. Mais dans le cas particulier, ce principe n'est mis en avant que pour permettre d'étrangler le corps de santé; le piège est grossier et le *Temps* a jugé sévèrement ce projet :

La *France militaire*, dit-il, annonce que le ministre aurait demandé aux commandants de corps d'armée des propositions tendant à diminuer, dans une assez large proportion, l'effectif des médecins militaires.

On croirait y arriver, notamment, en renonçant à la distinction actuellement faite entre les médecins des hôpitaux et ceux des corps de troupes, pour établir un service unique de médecins de garnison, qui seraient chargés d'assurer à la fois, dans chaque place, le service régimentaire et le service des hôpitaux.

Outre qu'il nous semble pratiquement difficile que les mêmes médecins puissent soigner les maladies graves des hôpitaux et veiller, par exemple, aux marches et exercices des troupes, on se souvient qu'au contraire, tout dernièrement, à la suite d'études qui ont eu leur écho dans les deux Chambres et qui ont fait ressortir que notre personnel du service de santé était bien moins nombreux qu'en Allemagne, les cadres de ce personnel ont été augmentés.

De pareilles fluctuations dans l'organisation des services les plus importants de l'armée ne pourraient être que sévèrement jugées.

A ces réflexions pleines de bon sens nous n'ajouterons pas un mot et nous arrêterions là notre article si nous ne tenions à mettre en évidence combien l'Etat-major s'est trompé en estimant les ressources que l'incorporation des étudiants en médecine mettra à la disposition du ministre pour l'exécution du service de santé.

***

Dans l'armée, à chaque grade correspond un emploi spécial et jamais un chef n'est chargé d'un service qui est le propre de ses subordonnés. Cette règle s'applique sans exception à toutes les armes, à tous les services sauf un : le service de santé. Le commandement fait remplacer un aide-major par un major de 1re classe et réciproquement sans se rendre compte de l'énormité de la chose et de ses inconvénients sur le fonctionnement du service. Du moment qu'il a son compte de « docteurs » peu lui importe que ceux-ci soient expérimentés ou non, qu'ils aient ou non l'autorité nécessaire. Autant de questions qui lui sont étrangères, et qui sont cependant la base logique sur laquelle doit reposer l'effectif du corps de santé. Aussi est-ce en nous plaçant exclusivement à ce point de vue que nous allons étudier les changements que le « service médical de garnison » pourrait amener dans les cadres du service de santé.

Le service de santé peut se diviser, au point de vue de son exécution, en deux groupes : le premier comprenant les fonctions incombant aux chefs de service, le second celles qui sont le propre des médecins en sous-ordre.

I. — Les fonctions inhérentes aux chefs de service sont les suivantes : (celles qui sont indiquées en lettres italiques ne doivent être assurées que par les chefs de service eux mêmes, qui peuvent, pour l'exécution des autres, user du concours de leurs médecins en sous-ordre).

1° *Conseils de revision*;
2° *Incorporation des recrues*;
3° *Visite journalière des malades*;
4° *Traitement à l'infirmerie*;
5° *Traitement à l'hôpital*;
6° *Recrutement et Commission de réforme*;
7° Vaccination ;
8° Instruction des étudiants, des infirmiers, des brancardiers;
9° Conférences aux officiers et sous-officiers;
10° Soins médicaux aux familles militaires;
11° Surveillance des approvisionnements du service de santé ;
12° Expertise des denrées alimentaires, de l'eau ;
13° Désinfection.

II. — Les services qui incombent au personnel médical en sous ordre sont les suivants : (ceux qui sont indiqués en italique ne peuvent être faits que par des *docteurs en médecine*; les autres peuvent être confiés à des *étudiants*).

1° *Garde de jour et de nuit de la garnison*, c'est-à-dire répondre aux appels faits par les corps de troupe après la visite du matin ;
2° *Service médical du champ de tir*, c'est-à-dire y être présent pendant toute la durée des tirs;
3° *Service médical de la baignade*, c'est-à-dire y être présent pendant les heures de baignade;
4° *Service médical des détachements* (forts, bastions, etc.);

5° *Service médical de la place* (visite des isolés, des permissionnaires, etc.);
6° *Service médical des troupes en marche*;
7° Garde dans les hôpitaux;
8° Garde à l'infirmerie;
9° Marche militaire;
10° Détachement avec les fractions de troupes.

Un simple coup-d'œil jeté sur cette répartition du service, permet d'en tirer de suite les déductions suivantes:

1° Que le service médical soit de garnison ou non, il faut, dans une ville, autant de chefs de service qu'il y a de corps de troupes et de divisions de malades ou blessés à l'hôpital. Pour bien faire, il faudrait même un chef de service en plus par chaque infirmerie de garnison, création indispensable avec le service médical de garnison.

2° Le personnel médico-militaire en sous-ordre nécessaire dans une ville où fonctionne le service médical de garnison, est facile à établir; il doit comprendre un nombre de majors de 2e classe et d'aides-majors suffisants pour assurer les services ci-dessus indiqués (1 à 6), et d'étudiants, pour remplir les fonctions spécifiées (7 à 10).

3° Il s'ensuit que l'adoption du service médical de garnison *a*) ne permet aucune réduction parmi les chefs de service; *b*) n'autorise qu'une réduction légère parmi les médecins en sous-ordre, et, à moins de désorganiser le service, on ne trouvera pas à supprimer 250 d'entre eux.

4° Si, au lieu d'appeler dans les rangs les étudiants en médecine au cours de leurs études, on les convoquait après leur réception au doctorat — ainsi que cela a lieu dans l'armée italienne — on pourrait confier à ces docteurs dans leur deuxième année de service, la plupart des fonctions dévolues aux médecins en sous-ordre, et réduire dans des proportions considérables, les majors de 2e classe et les aides-majors.

5° L'incorporation des étudiants après leur réception au doctorat permettrait donc seule de réaliser l'économie recherchée par le ministre de la guerre sur la solde du Corps de santé.

Dr Noel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juin

Modifications urinaires consécutives à l'ingestion du naphtol

M. J. Lesage. — La coloration intense que prend l'urine à la suite de la médication naphtolée a pu faire croire à certains observateurs qu'ils se trouvaient en présence de la matière colorante du sang; et, de fait, l'hématurie et l'hémoglobinurie, se produisant dans ces conditions, ont été décrites par quelques auteurs.

Nous avons entrepris, sur ce point, un certain nombre d'expériences chez le chien et le chat; elles nous ont fait voir que les modifications urinaires consécutives à l'ingestion du naphtol sont les suivantes :

1° Présence du naphtol dans l'urine dans les heures qui suivent l'administration. La réaction d'Yvon se manifeste déjà une heure après, atteint son maximum de netteté de la sixième à la quinzième heure, devient négative après la dix-huitième heure. Pendant ce temps, l'urine prend une coloration vert olive;

2° Pendant les jours qui suivent, grand excès d'urobiline qui communique à l'urine une couleur rouge orangé;

3° La méthémoglobine ne se rencontre qu'exceptionnellement, lorsque les phénomènes toxiques se sont prolongés et que la mort s'est fait attendre pendant plusieurs jours.

Noir animal contre-poison des naphtols

M. J. Lesage. — En recherchant si les naphtols s'éliminent par la bile, chez les animaux intoxiqués, j'ai constaté que ces médicaments possèdent pour le noir animal une affinité très remarquable.

Les faits, tels que nous les avons constatés, sont les suivants : qu'il s'agisse d'une solution saturée de naphtol α, ou d'une solution saturée de naphtol β, un contact de quelques minutes avec le noir animal suffit pour fixer ces corps, qui ne se retrouvent, ni à la filtration, ni à la dialyse. Le liquide de filtration, pas plus que le liquide extérieur du dialyseur, n'accusent la présence de l'un ou de l'autre des naphtols, par les réactions classiques.

J'ai pensé que ce phénomène pourrait n'être pas sans intérêt lorsqu'il s'agit des accidents d'empoisonnement provoqués par l'ingestion des naphtols; et, effectivement, par l'emploi du noir animal, il m'a été possible d'atténuer les accidents toxiques et d'obtenir de la survie chez des animaux ayant ingéré une dose toxique de naphtol α ou β. Le résultat a été variable, suivant la rapidité avec laquelle était faite l'administration du contre-poison, et, aussi, suivant la dose à laquelle il était donné. Pour être efficace, le noir animal doit être absorbé à forte dose. Dénué de toute toxicité, il n'y a aucun inconvénient à cet égard.

Le charbon végétal fixe aussi les naphtols, mais avec une intensité beaucoup moindre que le noir animal.

Le liquide céphalo-rachidien dans la variole

M. P. Thaon. — L'invasion de la variole étant si souvent marquée par des troubles cérébro-spinaux (rachialgie, parfois même paraplégie, céphalées, vomissements, rahs à distribution métamérique...), j'ai pensé qu'il y avait lieu de savoir si de pareils phénomènes s'accompagnent d'une modification correspondante du liquide céphalo-rachidien.

J'ai pratiqué des ponctions lombaires dans dix cas de variole, parmi lesquels les uns ont débuté par les troubles nerveux habituels, les autres, au contraire, sans ces symptômes.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, à différents points de vue, n'a pas montré de relation constante entre ses modifications et les symptômes cérébro-spinaux.

Des modifications du poids dans la pneumonie. Importance de la rétention de l'eau au cours des infections aiguës

MM. M. Garnier et G. Sabaréanu. — Si on pèse tous les jours, dans les mêmes conditions, un malade atteint de pneumonie, on constate que les variations du poids suivent une marche caractéristique. En effet, pendant les premiers jours, et tant que la fièvre reste élevée, le poids se maintient sensiblement au même niveau ; il n'a pas de tendance à diminuer, ou, si un abaissement se produit dans les formes prolongées, il coïncide avec une rémission passagère des symptômes; le plus souvent, la courbe s'élève légèrement; l'augmentation ne dépasse pas habituellement 500 grammes; nous l'avons vue pourtant atteindre, dans un cas, 2000 gr. en trois jours. L'amaigrissement se montre cependant, mais il n'apparaît qu'au moment de la défervescence; il est, en général, en retard de deux à trois jours sur la chute de la fièvre, surtout quand le thermomètre oscille encore pendant quelques jours autour de 38 degrés. Quand le mouvement de descente est commencé, il continue les jours suivants: la chute du poids atteignit ainsi 5500 grammes en neuf jours dans un de nos cas, 4000 gr. en neuf jours dans un autre, 2500 grammes en trois jours dans un cas bénin où la défervescence eut lieu le septième jour. Puis la courbe de poids remonte; parfois elle le fait de suite, et, dans cette dernière observation, nous l'avons vue prendre une marche nettement ascendante dès le lendemain du jour où elle avait atteint le minimum; le malade prit ainsi 7000 grammes en huit jours de temps. Dans les cas plus graves, le poids reste stationnaire plus ou moins longtemps : sept jours chez un de nos malades, plus longtemps même chez une alcoolique de quarante-cinq ans, dont la convalescence fut traversée par des poussées fébriles, et qui sortit sur sa demande, avant que l'ascension de guérison put être constatée.

Or, si l'ascension de la convalescence s'explique facilement par suite de l'abondance des aliments que prend le malade à ce moment, le maintien et même le relèvement du poids que l'on observe à la période fébrile est plus difficile à comprendre. Les variations de poids dépendent uniquement du rapport qui existe entre les *ingesta* et les *excreta*. Pendant la période fébrile, il y a diminution des *ingesta*; le malade ne prend que deux litres à trois litres et demi de liquide

(lait et limonade), suivant les cas. Puisque, malgré cela, le poids se maintient pendant quatre, sept, dix jours, ou même présente des augmentations notables, c'est que la diminution des *excreta* est suffisante pour contrebalancer le défaut d'apport des aliments. Il en est ainsi, en effet, pendant la période fébrile; les urines diminuent, les sueurs sont absentes, peut-être même l'exhalaison de vapeur d'eau par le poumon devient-elle plus faible. Cette diminution des urines porte principalement sur deux éléments: l'eau et le chlorure de sodium; en effet, la densité est augmentée; le point cryoscopique, bien qu'assez variable, est souvent élevé; les urines, en un mot, sont concentrées.

Il y a donc rétention de l'eau et des sels dans les tissus, et cette rétention paraît être un phénomène actif en rapport avec les nécessités de la défense de l'organisme. En effet, elle cesse seulement au moment où la lutte est terminée, et la guérison est marquée par la polyurie de la convalescence concomitante de la chute du poids. Elle cesse aussi à l'approche de la mort; dans deux autres cas de pneumonie, nous avons vu, au moment de la mort, le poids baisser brusquement, une fois, de deux kilogrammes en vingt-quatre heures, et corrélativement la quantité d'urine augmentait et dépassait 2 litres. Alors, l'organisme est vaincu et laisse échapper ses réserves.

De ces deux éléments, eau et chlorure de sodium, c'est l'eau qui joue le rôle primordial. On s'en rend compte facilement dans la variole où l'œdème de la période de suppuration constitue, comme l'a montré Trousseau, un symptôme favorable. On le reconnaît encore par l'analyse chimique qui a montré à M. Roger et à l'un de nous l'augmentation de l'eau au niveau du foie au cours des infections aiguës, en particulier chez les animaux; comme l'a établi M. Roger, plus un tissu est actif, plus il contient d'eau.

Mais l'eau ne peut être retenue dans les tissus sans maintenir avec elle une certaine quantité de chlorure de sodium, pour satisfaire aux lois de l'osmose. La rétention du chlorure, en permettant celle de l'eau, est donc un phénomène salutaire; les expériences récentes de MM. Gilbert et Carnot confirment cette idée; ces auteurs ont vu, en effet, que dans l'infection par le pneumocoque, le chlorure de sodium injecté à petites doses en *solution étendue* exerçait une action favorable sur la marche de l'infection. Ainsi, la rétention du chlorure est la conséquence de l'appel d'eau qui se fait dans les tissus, et cette rétention de l'eau explique le maintien du poids. Aussi, sur nos tracés, voit-on la courbe des urines s'élever avec celle des chlorures pendant que celle du poids s'abaisse.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. F. Battelli. — Toxicité des globules rouges de différentes espèces animales chez le lapin.

MM. Le Play et *Corpechot.* — Sérum cytotoxique et ophtalmie sympathique.

M. M. Læper. — Sur quelques points de l'histologie normale et pathologique des plexus choroïdes de l'homme.

M. A. Marie. — De quelques propriétés du sérum antirabique.

MM. A. Rodet, Lagriffoul et *A. Wahby.* — La toxine du bacille d'Eberth.

M. A. Werner. — Sur un nouveau procédé pour exalter la virulence du bacille typhique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 juin

Emanations et radiations

M. Berthelot. — L'origine et la constitution des émanations, observées dans tant de circonstances par les physiciens modernes, soulèvent différentes hypothèses relatives à la nature de la matière et à l'existence de corps simples ou composés, dont certains inaperçus jusqu'ici en raison de leur faible proportion : ces études réclament évidemment des éclaircissements nouveaux, poursuivis avec toute l'attention de chimistes exercés.

Peut-être convient-il de ne pas écarter les explications qui rapporteraient quelques-unes de ces émanations aux traces des substances volatiles multiples contenues dans l'atmosphère terrestre et condensables à la surface des corps qui s'y trouvent placés; ou bien encore aux traces des substances amenées à leur surface par le contact direct de ces corps avec les matières organiques et les poussières de toute espèce provenant des êtres vivants. Certaines de ces substances sont fixées telles quelles; d'autres provoquent des phénomènes d'hydratation, d'oxydation, de chloruration, démontrables dans le cas des métaux et alliages mis en contact avec les vapeurs de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, etc.

On les a rapportées quelquefois aux métaux eux-mêmes, supposés volatils; mais elles paraissent aussi, et de préférence, attribuables à des combinaisons de l'ordre des alcalis, hydrures et radicaux organiques, et même de certains sels, dérivées des métaux, zinc, plomb, mercure, cuivre, etc.; combinaisons beaucoup plus volatiles qu'eux. En fait, il n'est presque aucun corps, métallique ou autre, qui ne manifeste, surtout par friction, des odeurs propres, engendrées par des traces de matière presque infinitésimales. Certaines de ces émanations peuvent être vénéneuses, à la façon des arsines, émanées des papiers de tenture renfermant des préparations arsenicales; arsines dont le poids émis par une surface de papier de quelques centimètres carrés, ou contenu dans un volume de quelques dizaines de centimètres cubes d'air, est assurément du même ordre de petitesse que celui des émanations nouvelles.

Sans une longue pratique de la chimie et particulièrement des gaz et des réactions pyrogénées, on ne peut guère soupçonner à quel point les gaz sont susceptibles de tenir en suspension des particules solides et liquides, impalpables, si ténues qu'elles en sont invisibles et presque incoercibles : il suffit de rappeler à cet égard les expériences de Tyndall. Ces particules rendent la purification absolue de certains gaz presque impraticable, même en leur faisant traverser des séries de liquides doués d'affinités énergiques et des tubes remplis de pierre ponce. Ces traces de poussières et de composés volatils sont susceptibles d'accompagner les radiations cathodiques et elles sont particulièrement sensibles aux actions électriques, magnétiques, phosphorescentes et analogues.

En particulier, les réactions physico-chimiques qu'elles provoquent peuvent déterminer à la surface des corps la formation de couches extrêmement minces de composés, capables les uns d'activer, les autres d'entraver la production des radiations et émanations; le flux des particules pondérables semble d'ailleurs souvent dirigé par des influences électriques, qui lui communiquent des vitesses plus ou moins considérables.

Une émanation elle-même n'est pas nécessairement simple; elle renferme le plus souvent des corps très divers. Ainsi l'émanation du phosphore, l'une des mieux connues aujourd'hui, contient à la fois la vapeur du phosphore, la vapeur de plusieurs de ses oxydes, l'ozone, la vapeur d'eau et celle de l'acide azotique; les effets de corps aussi différents ne sauraient être assimilés à ceux d'une substance unique. L'analyse exacte et détaillée des effets de toute émanation est donc indispensable, comme le montrent d'ailleurs les remarquables expériences de Ramsay.

Malheureusement l'existence de semblables condensations, altérations superficielles et émanations est due à des poids de matière si petits qu'ils échappent à toutes nos mesures pondérales. Elle n'en est pas moins rendue incontestable par des phénomènes dont la sensibilité est incomparablement plus grande que celle de ces mesures, c'est-à-dire par des perceptions spectroscopiques, phosphorescentes, magnétiques, électriques et physiologiques diverses.

Pour nous borner à des observations bien connues, il suffira de rappeler comment une lame de plomb, de zinc, de cuivre, d'étain, fraîchement coupée, se ternit à l'instant même sous les yeux de l'opérateur, et comment une surface d'argent et même d'or, récemment décapée, perd rapidement une portion de son éclat; comment une lame de platine ne possède toute son activité pour provoquer les phénomènes dits de contact, que lorsqu'elle vient d'être purifiée en la portant à la température rouge. Et cependant

tous ces changements de propriétés peuvent ne pas affecter le poids des métaux indiqués d'une façon appréciable.

Citons encore la polarisation des électrodes, si souvent étudiée par les physiciens et analysée tout récemment avec tant de précision par M. Rothé. Parlerai-je de la force électromotrice développée au contact du zinc et du cuivre, qui a donné lieu à tant de discussions ? Malgré les précautions les plus minutieuses des opérateurs les plus habiles, on n'a jamais pu démontrer qu'elle ne soit pas attribuable à la différence des chaleurs d'oxydation de ces deux métaux ; comme semble l'indiquer l'évaluation numérique de cette force, ainsi que l'impossibilité d'exclure la présence des dernières traces d'air adhérentes à la surface des métaux : si considérable est l'écart qui existe entre la délicatesse de nos mesures pondérales et celle des mesures électriques !

Certes, les belles découvertes qui se succèdent chaque jour excitent à juste titre l'admiration universelle. Mais, plus elles sont importantes et inattendues, plus il est essentiel de n'introduire dans leur discussion que des observations irréprochables, et surtout de distinguer entre la certitude des faits (sur plus d'un point, reconnaissons-le, insuffisamment constatés) et les interprétations mystiques ou singulières que l'amour du merveilleux tendrait à confondre avec les faits eux-mêmes.

Sur la maturation progressive des fromages

(Note de **MM. Lindet** et **Louis Ammann**, avec la collaboration de **M. Houdet**, présentée par M. Schlœsing).

I. Dans les trois fromages étudiés, camembert, port-salut et gruyère, la transformation de la caséine en matières azotées solubles, et la transformation de celles-ci en ammoniaque et ammoniaques composées, suivent une marche progressive. Ces transformations atteignent un niveau très élevé dans le camembert, beaucoup moins élevé dans le port-salut et le gruyère.

II. La solubilisation de la caséine est fonction de la quantité d'eau contenue dans la pâte; les couches intérieures sont toujours plus humides que les extérieures et c'est là que la caséine est le plus solubilisée.

III. La solubilisation de la caséine est plus rapide dans les pâtes ammoniacales (camembert) que dans les pâtes acides (gruyère); un gruyère, injecté d'ammoniaque aussitôt après sa fabrication, a fourni, en effet, une pâte dans laquelle la maturation a été plus active.

IV. Dans un fromage mûr de camembert, dont les parties sont inégalement hydratées, la caséine solubilisée se répartit proportionnellement à la quantité d'eau et forme, en se diffusant dans toutes les parties, une solution de même concentration, de même que deux solutions sucrées ou salines, mises en contact, parviennent à un équilibre de composition ; le centre, contenant à la fois plus d'eau et de caséine que la périphérie, renferme moins de beurre pour 100 de pâte.

V. L'état filant que prend la pâte de gruyère, quand on la met dans l'eau chaude à 45°-50°, ne vient pas d'une modification spéciale de la caséine, subie au cours de la maturation, mais de ce qu'elle est imprégnée d'acide ; elle cesse d'être filante quand on ajoute à l'eau un peu d'ammoniaque, de même que la pâte du camembert, qui est alcaline, devient filante quand on l'additionne d'acide lactique.

VI. La production d'ammoniaque aux dépens de la caséine solubilisée n'est pas proportionnelle à cette solubilisation ; elle est beaucoup plus grande dans le camembert que dans les deux autres fromages.

Cette production est toujours l'indice d'un état de dégradation avancée de la caséine ; plus la pâte renferme d'ammoniaque, moins la caséine soluble précipite par la chaleur ou les réactifs faibles (acides ou alcalis étendus); la caséine du camembert précipite à peine par l'addition d'un acide, tandis que celle du gruyère donne, dans les mêmes conditions, de volumineux flocons; de même les couches extérieures d'un camembert, qui sont les plus ammoniacales, sont celles qui fournissent les solutions où les réactifs faibles donnent le moindre précipité.

VII. Le fromage de camembert ne renferme pas d'acide lactique, même au début, mais de l'acide butyrique, provenant de la transformation rapide du lactose; cet acide n'est pas brûlé par les moisissures et reste constant pendant la maturation (de 0,09 à 0,07 pour 100 du fromage).

VIII. La maturation du gruyère donne naissance à des quantités régulièrement croissantes d'acides volatils (de 0,08 à 0,64 pour 100 du fromage).

IX. La formation des acides volatils dans le gruyère marche parallèlement à la production de l'ammoniaque, c'est-à-dire à la dégradation de la caséine.

X. La matière grasse ne prend pas part à la maturation ; le beurre n'est pas, comme on le croyait, saponifié par l'ammoniaque produite; les acides gras volatils ne proviennent pas de sa transformation : car un fromage de gruyère, fait avec du lait complètement écrémé, donne autant d'acides gras volatils qu'un fromage témoin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin.

A propos de thérapeutique et de prophylaxie anticancéreuse dans les campagnes

M. Triboulet, qui a déjà traité cette question à la Société médicale des hôpitaux (*Bulletin médical*, n° 46, p. 546), a remis sur ce sujet une note à l'Académie. **M. Perier**, chargé de faire un rapport sur cette question, s'exprime ainsi :

M. Triboulet nous fait savoir qu'il lui semblerait bon d'installer, dans chaque chef-lieu de canton, l'outillage nécessaire pour la production des rayons X, au profit des cancéreux indigents du canton.

Cette question d'assistance étant du ressort des divers conseils départementaux, c'est à eux que doit s'adresser notre confrère, le Dr Triboulet.

En leur soumettant son vœu, il devra leur indiquer les meilleurs moyens d'exécution, le choix, l'achat, l'entretien, le renouvellement des machines et appareils, les responsabilités de ceux qui auront mission ou permission de les mettre en œuvre, le mode de sélection des malades à traiter.

Il lui sera utile de réfuter à l'avance les objections de ceux qui trouveraient plus sûr et moins coûteux de laisser les médecins, bientôt instruits de l'efficacité de la nouvelle méthode, libres d'adresser leurs malades aux confrères de leur choix habitués à la manipulation d'appareils dont ils se servent quotidiennement; puis cette objection possible que le transport des indigents n'est jamais bien onéreux pour les communes, et que la gratuité entrant habituellement pour une large part dans les frais généraux des médecins, il n'y aurait pas de bien grandes difficultés de leur côté.

C'est en suivant cette voie, déjà tracée pour l'installation de salles d'opérations aseptiques dans un nombre croissant de petites villes, que M. Triboulet peut espérer atteindre le but philanthropique visé par lui.

Le diabète pancréatique. Ses lésions. Sa nature

M. Lancereaux. — Cette forme diabétique se lie non pas à une lésion unique, mais à des altérations multiples et variées. C'est que, en effet, si celles-ci aboutissent à la destruction, pour ainsi dire complète, du pancréas, tantôt, au contraire, elles laissent, à cette glande, une certaine apparence d'intégrité. Mais, comme dans ces derniers cas les petits organes connus sous le nom de *follicules de Langerhans*, sont en général plus ou moins profondément altérés ou détruits, il y a lieu d'admettre qu'ils ont pour fonction la sécrétion interne du pancréas et qu'ils jouent le principal rôle dans la genèse du diabète pancréatique.

M. Lancereaux apporte plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir, et pense que, pour arriver à l'admettre définitivement, il est nécessaire de séparer des différentes formes diabétiques, celle qui se rattache spécialement à l'altération du pancréas. Cette dernière, en tout cas, ne lui paraît pas constituer une maladie univoque, mais, en raison de la diversité de ses altérations, il est amené à en faire un syndrome d'insuffisance pancréatique au même titre que l'urémie, l'asystolie, et même la démence, par rapport aux lésions diverses des reins, du cœur et de l'encéphale.

Analgésie et thérapeutique par le radium

M. Foveau de Courmelles. — Le radium peut être employé d'une façon continue sur les tissus morbides dont il calme la douleur, même à faible puissance (240 activités), soit en application intermittente à 10 000 activités. Divers cancers, épithéliomas cutanés ou muqueux (rectum, utérus, bouche) ont rétrocédé avec cessation des douleurs. Pour le cancer de l'estomac, une sonde spéciale le porte *in loco*.

Traitement de l'épithélioma de la langue par la photothérapie

M. Hallopeau lit un rapport sur un travail de M. Bissérié intitulé : *deux cas d'épithélioma de la langue traités par la photothérapie*.

«On sait combien est rebelle cet épithélioma, avec quelle opiniâtreté il résiste à tous les topiques, avec quelle fréquence désespérante il récidive après l'ablation chirurgicale; aussi doit-on accueillir comme un grand bienfait la possibilité de guérir cette redoutable maladie par la radiothérapie. Les deux cas dont M Bissérié rapporte l'histoire sont, à cet égard, pleinement démonstratifs : trois à quatre séances ont suffi pour amener la disparition complète des néoplasies; si, ultérieurement, il se produit des récidives, on en sera quitte pour recommencer. La médication agit vraisemblablement par phagocytose. D'autres maladies sont également justiciables de cette médication, telles sont les leucoplasies linguales, et d'après les observations de M. Bissérié, confirmées par celles de M. Hallopeau, le mycosis fongoïde. Ce grand progrès, n'est dû ni au hasard, ni à l'empirisme, mais bien à l'application médicale d'une des grandes découvertes de la physique contemporaine. »

M. Delorme lit un rapport sur le prix Larrey.

M. le Dr **Guglielminetti** expose les bons résultats obtenus par le goudronnage des routes.

M. **Vidal** (d'Hyères) lit un travail sur le traitement des enfants tuberculeux au sanatorium d'Hyères.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Mortalité par diphtérie et sérothérapie

Dans une récente séance de la Société médicale de Genève, **M. E. Revilliod** (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin 1904) a communiqué une statistique comparée de la mortalité par diphtérie avant et après l'avènement du traitement sérothérapique de cette affection, communication qui a suscité une discussion intéressante.

Les relevés statistiques de l'auteur portent sur la totalité des diphtéries soignées, de 1872 à 1903, à la maison des Enfants malades à Genève.

On y a reçu, pendant cette période, 1131 cas de diphtérie, soit de 1872 à 1894, c'est-à-dire avant l'introduction de la sérothérapie, 491 cas avec 177 décès (mortalité 36 %), et de 1895 à 1903, depuis l'introduction du sérum 640 cas, avec 56 décès (mortalité 8,75 %).

Quant aux *croups opérés*, les résultats ont été les suivants :

De 1872 à 1894 (avant le sérum) : opérés, 246; morts, 121; mortalité, 52,4 %.

De 1894 à 1903 (depuis le sérum) : opérés, 134; morts, 25; mortalité, 20,16 %.

Ainsi cette statistique hospitalière permet, dit l'auteur, de mettre à jour une série de 1131 diphtéries et 370 croups opérés, et de montrer à quel point les résultats ont été améliorés par la découverte du sérum antidiphtérique. On pourra voir aussi, par les chiffres précédents, qu'avant l'introduction de la sérothérapie, la moitié exactement des malades admis pour diphtérie étaient atteints de croup, nécessitant la trachéotomie Au contraire, pendant ces neuf dernières années, les croups opérés ne représentent que le 19 % du total des cas de diphtérie. L'auteur croit pouvoir en conclure qu'un grand nombre de croups ont échappé aux chances de l'opération, grâce au traitement sérothérapique.

M. Gautier, à propos de la statistique de M. E. Revilliod, pense qu'elle demande à être considérée sous son véritable jour, car, avant la sérothérapie, le diagnostic des diphtéries était clinique, depuis il est devenu surtout bactériologique. Ce fait peut fausser la valeur de la statistique.

Pour **M. Andreæ**, on n'envoie pas plus de diphtéries à l'hôpital aujourd'hui qu'autrefois. Anciennement, on avait la crainte des complications graves, et on envoyait vite les enfants à l'hôpital. Actuellement, tout médecin est à même de faire une injection de sérum; il la fait à domicile et souvent avant même d'avoir le diagnostic bactériologique.

M. Bard dit qu'il est du même avis que M. Gautier. On compte actuellement comme diphtériques beaucoup d'angines pour lesquelles on n'aurait pas fait ce diagnostic autrefois, et qui n'ont été reconnues comme diphtériques que grâce à l'examen bactériologique. D'ailleurs, la mortalité de la diphtérie a diminué depuis 1890, et le sérum n'est venu qu'en 1894. La morbidité hospitalière est restée la même, mais la morbidité générale a diminué. Le nombre des diphtéries qui entrent à l'hôpital a augmenté, parce qu'aujourd'hui on envoie les enfants vite à l'hôpital pour leur faire faire l'injection de sérum, autrefois on ne les y envoyait que tardivement, pour la trachéotomie.

Ce que l'on doit surtout à la sérothérapie, c'est d'avoir fait supprimer les thérapeutiques nocives (écouvillonages intempestifs, etc.). On a aussi supprimé la possibilité des infections secondaires par l'isolement des diphtériques. Autrefois, il mourait beaucoup plus de diphtériques de broncho-pneumonie. Le sérum a été appliqué au moment de la décroissance naturelle de la diphtérie (1890-94), puis est venu le diagnostic bactériologique de la diphtérie, qui a augmenté le nombre des diphtéries diagnostiquées; enfin est venue la prophylaxie des affections secondaires. Tels sont les facteurs qui ont contribué à faire attribuer au sérum la diminution dans la mortalité de la diphtérie.

M. E. Revilliod fait remarquer que dans sa statistique il a écarté tous les cas où l'on n'avait pas trouvé le bacille de Lœffler, même ceux de croup et d'angine grave. Il admet que le nombre des cas de diphtérie avait diminué, de 1885 à 1890, mais il a augmenté depuis et surtout il y a deux ans.

M. Bard répond que cela tient au diagnostic bactériologique qui arrive à déceler les bacilles de Lœffler dans les plus légères angines. Ce qui serait intéressant, ce serait la comparaison entre la mortalité totale de la ville et celle de l'hôpital.

M. Du Bois estime qu'on peut discuter les statistiques, mais non pas l'expérimentation. On sait que les cobayes inoculés avec la diphtérie et auxquels on fait ensuite une injection de sérum antidiphtérique ne meurent pas, tandis que les cobayes infectés de diphtérie et non soumis à l'action du sérum antidiphtérique meurent tous.

M. Bard dit qu'il ne s'agit là que d'une septicémie par injection sous-cutanée, qui ne ressemble ni à l'angine diphtérique ni au croup.

L'injection sous-cutanée de quinine incorporée dans la vaseline comme médication préventive de la malaria

Les applications récentes, d'après la méthode indiquée en premier par Gersuny, de la vaseline à certaines prothèses, ayant montré que cette substance n'est que fort lentement résorbée par le tissu sous-cutané, **M. Darker** (*British med. Journ.*, 25 juin 1904), médecin sanitaire de district dans l'ouest africain britannique, eut l'idée de pratiquer des injections hypodermiques de doses élevées de quinine délayée dans la vaseline, pour le traitement prophylactique de la malaria. Il comptait réaliser de la sorte, dans l'organisme, un dépôt durable de quinine, d'où cet alcaloïde pénétrerait dans le

sang, d'une façon lente et continue, assurant ainsi une préservation permanente contre l'affection malarienne. Les quelques essais qu'il tenta jusqu'ici et qui ne concernaient que des enfants d'indigènes, ont pleinement confirmé les prévisions de l'auteur, en ce sens que, pendant toute la durée de la résorption de la masse injectée dans le tissu cellulaire — résorption qui mettait, en moyenne, trois mois et demi à s'effectuer complètement — on n'a jamais pu déceler de parasites de la malaria dans le sang des sujets en expérience.

La dose de quinine (il s'agit de sulfate) est de 1 gramme à 1 gr. 25 par injection. Cette quantité est mélangée avec deux fois et demi son poids de vaseline. On introduit le mélange dans un petit tube métallique qu'on place ensuite, pour un quart d'heure, dans l'eau bouillante, pour le stériliser. Puis, après avoir attendu qu'il se soit suffisamment refroidi, tout en étant encore chaud pour demeurer liquide, on l'aspire dans la seringue, on l'injecte, suivant toutes les règles de l'asepsie, sous la peau du flanc gauche et on bouche la piqûre avec du collodion. Comme la résorption du sel quinique, introduit de cette façon dans le tissu souscutané, ne commence que tardivement, il paraît rationnel, avant de congédier le sujet soumis à cette mesure prophylactique, de lui faire ingérer une dose de quinine.

Sur un syndrome hépato-pancréatique

M. S. Laache (*Norsk. Magaz. f. Lægevid* et *Nordiskt med. Ark.*, juin 1904) signale un syndrome particulier qu'il a eu l'occasion d'observer chez un éthylique, âgé de cinquante-deux ans, et qui, comme le montra l'examen nécroscopique, était dû à la fois à une affection hépatique (cirrhose) et à une affection du pancréas. Cet homme se fit admettre dans le service hospitalier de l'auteur avec une hypertrophie du foie et de la rate, accompagnée d'ictère et de troubles dyspeptiques, mais sans ascite. On notait encore quelques pétéchies sur l'abdomen. Le malade succomba au bout d'une semaine.

A l'autopsie, le pancréas était fortement augmenté de volume. Sur les coupes, il présentait un semis de petits grains de couleur ocre et de foyers hémorragiques du volume d'une cerise. Le foie était nettement cirrhotique. La rate était également tuméfiée. Il y avait, en outre, une légère hypertrophie, avec dilatation, du cœur et de l'œdème pulmonaire. Les reins, un peu gros, ne présentaient pas de foyers hémorragiques.

L'auteur estime que, dans ce cas, il s'agissait, non pas de la coïncidence d'une cirrhose du foie avec une lésion du pancréas, mais bien d'une affection originairement commune à ces deux organes (qui, chez l'embryon, n'en forment qu'un, l'hépato-pancréas), s'étant manifestée cliniquement par un syndrome auquel doit être appliquée l'épithète d'hépato-pancréatique. V. DE H.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J.-B. Baillière

Traitement chirurgical des néphrites médicales par M. A. Pousson, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux (1 vol. *Actualités médicales*, 90 pages).

S'il était nécessaire de démontrer combien nos classifications sont chose artificielle, on n'aurait qu'à citer le titre quelque peu paradoxal du livre de Pousson, *Traitement chirurgical des néphrites médicales*. C'est Reginald Harrison qui eut le premier, en 1896, l'idée d'intervenir dans les cas de néphrites de cause interne. Adoptant une opinion de Renaut, il admit que la congestion du tissu rénal à l'intérieur d'une capsule inextensible devait nuire à la sécrétion urinaire, et pensa qu'un débridement donnerait, dans les néphrites, les mêmes bons effets que dans le glaucome ou l'orchite. Ces idées, adoptées par les uns, critiquées par les autres, ont trouvé dans Pousson un apôtre convaincu. Après avoir publié une dizaine de mémoires sur la chirurgie du rein médical, il fait dans cet opuscule une sorte de revue générale de la question.

Sans entrer dans le détail du manuel opératoire, supposé connu, il étudie les résultats obtenus par la néphrectomie, la néphrotomie, la néphrolyse et la décapsulation du rein dans les diverses formes aiguës ou chroniques du mal de Bright, ou dans leurs complications (douleurs, hématuries, urémie).

Très judicieusement, l'auteur proteste contre les conclusions exagérées que l'on voudrait tirer de ses recherches, et sait faire la part du traitement médical. Voici ce qu'il dit : « Tant que le malade peut s'astreindre aux précautions hygiéniques et au régime dont le lait forme la base, et tant que l'examen fréquemment répété de ses urines indique une dépuration sanguine suffisante, le chirurgien n'a rien à voir dans le traitement du mal de Bright à sa période d'état. Mais si le traitement médical ne peut être fidèlement observé ou si, malgré son emploi, la fonction rénale faiblit, je crois qu'on est en droit d'essayer de la rétablir par une opération, sans attendre l'apparition des accidents urémiques. »

En somme, travail très intéressant, ouvrant une voie nouvelle à la thérapeutique des maladies rénales et pour lequel l'auteur est prié de recevoir les félicitations de son vieux camarade.

Librairie Maloine

Le syndrome adénoïdien (ozène, végétations adénoïdes, appendicite chronique) par J Delacour. 1 vol. 225 p., 1904.

M. Delacour, étudiant l'ozène, constate que la période de rhinite atrophique caractéristique de la punaisie est toujours précédée d'un stade de rhinite hypertrophique. Il compare cette hypertrophie de la muqueuse nasale avec l'hypertrophie amygdalienne et avec les végétations adénoïdes et trouve que dans les deux cas les lésions sont identiques. Mais, poussant encore plus loin ses généralisations, il arrive à cette conclusion que l'appendicite chronique n'est, elle aussi, qu'une sorte de végétation de l'appareil lymphoïde appendiculaire. Ces trois affections, en apparence dissemblables, seraient les manifestations d'une seule et même maladie générale atteignant le tissu lymphoïde annexé aux voies digestives. C'est ainsi qu'il expliquerait la coexistence, assez fréquemment signalée depuis quelque temps, de l'appendicite et de l'adénoïdisme.

Ce vaste syndrome adénoïdien, comprenant l'ozène, les végétations et l'appendicite, serait la conséquence d'une insuffisance relative de la glande thyroïde. C'est une opinion que Hertoghe avait déjà émise en 1898, à propos des végétations adénoïdes qu'il rapprochait ainsi du myxœdème. Des arguments en faveur de cette thèse ont été fournis par Wingrave, Desimoni, Lange, Jeandelize, etc.

Il y a là une tentative très intéressante pour expliquer la genèse, encore si obscure, de deux affections si répandues (les adénoïdes et l'appendicite). La démonstration n'est peut-être pas encore complète, mais une voie est indiquée à l'activité des chercheurs. Indépendamment de l'exposé de cette théorie, discutable et digne d'être discutée, on trouvera dans le travail de M. Delacour un grand nombre de faits et d'observations, et une documentation consciencieuse qui ne seront pas sans profit pour le lecteur.

P. GALLOIS.

Vient de paraître :

Garçon ou fille? Causes déterminant le sexe, par le Dr L. Billon, ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 132 pages. Prix : 2 fr. 50. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 6 juillet. — *M. Lagarde :* La gymnastique respiratoire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (méthode du Dr G. Rosenthal). — *M. Cambier :* Contribution à l'étude des eaux alimentaires : Méthode de recherche du bacille typhique, stérilisation par filtration sur lits oxydants insolubles. — *M. Monjauze :* De l'hydarthrose intermittente. *M. Maurat :* Essai d'un traitement des rétrécissements de l'urètre par la dilatation élastique. — *M. Finelle :* Contribution à l'histoire des paracentèses et injections de liquides dans l'organisme : de l'emploi d'une aiguille Trocart. — *M. Grosset :* De l'éréthisme cardiaque, particulièrement étudié au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. — *M. Bazin :* Contribution à l'étude de l'histoire de la Médecine à la Renaissance. — *M. Russe :* Essai sur les indications opératoires de la méningite tuberculeuse et plus particulièrement de l'hémiplégie qu'elle provoque.

Jeudi 7 juillet. — *M. Cazemajour :* Considérations sur quelques résultats de l'application de la loi sur les accidents du travail en France au point de vue médical. — *M. Belot :* La radiothérapie. Son application aux affections cutanées. — *M. d'Herbomez :* Etude synthétique de l'emploi de la levure de bière en thérapeutique. — *M. Jougla :* Contribution à l'étude chimique, toxicologique et thérapeutique des essences. — *M. Gazave :* Angines syphilitiques secondaires. — *M. Monier :* Contribution à l'étude pathogénique des affections dentaires. — *M. Thobois :* Contribution à l'étude du traitement de l'exstrophie de la vessie par le procédé de Maydl. — *M. Chifoliau :* L'anévrysme de la carotide primitive et son traitement chirurgical. — *M. Boudreaux :* Contribution à l'étude de la fièvre chez les tuber-

culeux à la période de germination et en particulier chez les enfants. — *M. Maire:* Sur une forme spéciale de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse — *M. Foucault:* La gastro-entérite du nourrisson dans les campagnes de Normandie (vallée d'Auge). Essai de thérapeutique par la pepsine pure en paillettes associée à l'eau chloroformée.

NOUVELLES

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

17e Congrès, 17-22 octobre 1904

Le 17e Congrès de l'Association Française de chirurgie, s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 17 octobre 1904, sous la présidence de M. le Dr S. Pozzi, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Traitement chirurgical de la cirrhose du foie; rapporteur : M. Monprofit, d'Angers.

2° Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie; rapporteur : M. Tuffier, de Paris.

3° Décollement traumatique des épiphyses; rapporteur : M. Kirmisson, de Paris.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Dr Walther, secrétaire général, 21, boulevard Haussmann, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Le prochain concours d'internat de l'hôpital St Joseph s'ouvrira le 27 juin.

Ecrire, pour les inscriptions, à M. l'administrateur délégué, à l'hôpital, 7, rue Pierre Larousse (14e arrondissement).

Voyages d'études médicales

(Eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France.)

Voyage de 1904.

Stations du Centre et de l'Auvergne.

Loir-et-Cher, Allier, Creuse, Puy-de-Dôme, Cantal, Saône-et-Loire, Nièvre.

(Suite et fin) (1)

Dimanche 11

Le matin, visite de Vichy; après-midi, visite de Saint-Yorre et environs; retour à Vichy, dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Vichy.

Lundi 12

A 7 heures du matin, départ pour Bourbon-l'Archambault; visite; déjeuner. A 3 heures, départ pour Bourbon-Lancy; arrivée vers 6 h., dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).

Mardi 13

Visite de Bourbon-Lancy.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Bourbon-Lancy.

(1) Voir le précédent numéro.

Mercredi 14

A 7 heures du matin, départ pour Saint-Honoré-les-Bains; arrivée vers 10 heures, visite, déjeuner. A 3 heures, départ pour Pougues-les-Eaux; arrivée vers 6 heures, dîner, coucher.

Correspondance : V. E. M., poste restante : Pougues-les-Eaux (Nièvre).

Jeudi 15

Le matin, visite de Pougues-les-Eaux; déjeuner. Dislocation.

Conditions du voyage

I. — Le sanatorium de Lamotte-Beuvron est pris comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément :

Pour arriver à Lamotte-Beuvron (gare de la Compagnie de chemin de fer d'Orléans), toutes les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes des médecins.

Chaque voyageur peut arriver à Lamotte-Beuvron, à son gré, dans la matinée du 3 septembre.

II. — De Lamotte-Beuvron à Pougues, les voyageurs visiteront, en groupe, les stations thermales et climatiques suivantes : Néris, Evaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Vic-sur-Cère, Le Lioran, Royat, Durtol, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré-les-Bains, Pougues.

Les parcours en chemins de fer se feront en 1re classe et par train spécial

Le prix à forfait est de 250 fr. par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le déjeuner du 3 septembre à Lamotte-Beuvron jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Pougues le jeudi 15 septembre dans la soirée, trajets en chemin de fer, voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le dernier repas pris en commun sera le dîner à Pougues le jeudi 15 septembre.

Pour retourner de Pougues (Comp. P.-L.-M.) à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Lamotte-Beuvron, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer accordent la même réduction aux femmes des médecins.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets de voiture en montagne, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile. Ils devront veiller sur leurs bagages et en demeurent responsables pendant toute la durée du voyage.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi place le point de concentration, Lamotte-Beuvron, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant le point de dislocation, Pougues.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 250 fr., à M. le Directeur du Crédit lyonnais, agence B, compte V. E. M., place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1904, terme de rigueur.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 52 | 10 Centimes le Numéro | SAMEDI 2 JUILLET 1904

LE
BULLETIN MÉDICAL
Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.
S'ADRESSER
Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.
Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. PORTE ET THIOLLIER frères, 54, rue Jacob.

Direction scientifique :
MM. LES PROF. GRANCHER & LANNELONGUE
Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT
Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION
PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.

Ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement a expiré fin juin sont instamment priés de nous faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement annuel en un MANDAT-POSTE adressé au gérant du journal, 4, rue de Lille, Paris.

SOMMAIRE

POSTES MÉDICAUX

Les renseignements relatifs aux postes médicaux, cessions de clientèles, sont donnés à titre de simple indication, sans garantie aucune de l'Administration du journal.

Paris, banlieue immédiate, clientèle rapport. actuell. 25000 fr. Loyer 2400 fr. Jolie maison. Indemnité 20000 partie comptant. Clientèle aisément transmissible. Urgent. S'adresser à MM. Breitel et Goret, docteurs en droit, 1, rue Dante, Paris 5e.

Docteur prendrait suite bonne clientèle Paris. Ecrire D. G. L., 54, rue Jacob, Paris.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

(Hôpital de la Pitié)

M. Albert Robin.

Traitement médical du cancer de l'estomac (1)

I

Vous avez pu voir, couché dans la salle Serres, au lit n° 13, un malade âgé de soixante-cinq ans, dont l'amaigrissement, la teinte jaune-paille tout à fait caractéristique des téguments évoquent, au premier abord, l'idée de néoplasme. Cet homme est, en effet, atteint d'un carcinome gastrique. Depuis un an, il n'a plus d'appétit, il maigrit et il perd ses forces, il se plaint d'avoir souvent des douleurs au niveau de la région stomacale et aussi des vomissements glaireux ou alimentaires.

Je voudrais profiter de la présence de ce malade dans nos salles pour vous rappeler en quelques mots la symptomatologie du cancer de l'estomac et insister surtout sur sa thérapeutique.

Le début du carcinome se fait en général d'une façon lente et insidieuse. Il se manifeste surtout par de l'anorexie avec un dégoût prononcé pour certains aliments, comme la viande et le vin. Cependant j'ai observé un certain nombre de malades chez lesquels il y avait non seulement conservation, mais encore exagération de l'appétit.

Le malade présente des vomissements. C'est un des symptômes les plus habituels du carcinome gastrique. Ils reconnaissent pour cause le siège du néoplasme aux orifices, les troubles du chimisme stomacal, la présence de la tumeur elle-même et l'irritation qu'elle détermine.

Ces vomissements présentent plusieurs variétés. Les plus caractéristiques sont ceux qui se produisent le plus souvent le matin à jeun, ou dans la journée, précédés ou accompagnés d'un état nauséeux, constitués par des liquides glaireux et pituiteux et survenant sans effort, comme une simple régurgitation; ce sont les *Eaux du cancer*.

D'autres fois ce sont des vomissements alimentaires qui se produisent plusieurs heures après le repas. En général, ces derniers procurent un grand soulagement au malade, car ils débarrassent l'estomac des aliments qui l'encombrent. Ceux-ci peuvent être rejetés tels qu'ils ont été pris. Mais dans un grand nombre de cas, les aliments ont subi dans l'estomac des fermentations. Les matières vomies ont une odeur aigre et putride. Au microscope on y trouve des sarcines, de nombreux microbes et, pour Boas, un long bacille auquel certains auteurs accordent une valeur diagnostique particulière. L'HCl libre y fait défaut; les peptones y sont en très minime quantité; les acides de fermentation souvent abondants.

C'est sous l'influence de ces organismes microbiens que se développent ces fermentations, qui donnent naissance bien plus souvent et en plus grande proportion à des produits acides qu'à des gaz; les fermentations acides sont plus fréquentes dans le carcinome que les fermentations gazeuses.

Enfin, il y a des vomissements noirs, couleur marc de café, dus à du sang altéré provenant de l'érosion des vaisseaux de la tumeur. Ils constituent un signe diagnostique de haute valeur. Ils s'accompagnent ou non de méløena et celui-ci peut exister aussi sans vomissements noirs.

Quant aux grandes hématémèses, on les rencontre rarement dans le carcinome gastrique, elles sont plutôt la caractéristique de l'ulcère stomacal.

Un autre symptôme capital est la *douleur*. Elle est très commune, mais elle est loin d'avoir le caractère aigu et dominant qu'elle présente dans l'ulcère. Les affections douloureuses de l'estomac sont, au premier rang, l'ulcère, ensuite la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, enfin vient le carcinome. Les cancéreux ont peu de crises douloureuses, mais ils accusent une pesanteur sourde avec quelques élancements bien localisés au niveau de la tumeur, qui est sensible à la pression. Cette sensation pénible cesse à peine dans l'intervalle des repas; elle n'est pas immédiatement exaspérée par l'ingestion des aliments comme dans l'ulcère, mais augmente lentement pendant la digestion, où elle se complique fréquemment de tiraillements et de pyrosis.

Une douleur très vive provoquée par la palpation de la tumeur est un indice de péritonite partielle péri-gastrique. Notez cependant qu'il est des cas rares où la douleur atteint une grande intensité, quand des filets du pneumogastrique sont envahis par la tumeur.

Les troubles intestinaux manquent rarement, la constipation est la règle. La diarrhée n'apparaît qu'aux époques avancées de la maladie.

Si maintenant nous faisons la palpation de l'estomac, celle-ci pourra nous renseigner sur le siège du néoplasme. Ici nous constatons une tumeur faisant saillie située à la face antérieure et présentant une rénitence indurée et diffuse.

Chez cet homme, l'estomac n'est pas distendu, ce qui prouve que le pylore est intact.

Enfin, pour que votre examen soit complet, vous pourrez faire l'analyse du *chimisme stomacal*.

Lorsque, il y a quelques années, on constata que l'HCl libre faisait défaut dans l'estomac, on crut avoir trouvé un signe pathognomonique du cancer. Mais bientôt d'autres observateurs montrèrent que l'HCl libre manquait aussi dans d'autres affections de l'estomac, dans la gastrite chronique, dans l'hyposthénie gastrique et dans un grand nombre de maladies locales ou générales. D'autre part, il y a un certain nombre de carcinomes dans lesquels on trouve l'acide chlorhydrique non seulement en quantité normale, mais même en excès. J'en connais pour ma part 11 cas dans une statistique qui porte sur 250 malades.

Mais la recherche de l'HCl libre conserve néanmoins une importance relative; son absence donne plus de valeur à tel signe encore douteux; sa présence en quantité notable ou exagérée dans un cas où le cancer se révèle par d'autres symptômes, permet de penser que celui-ci s'est développé sur un ancien ulcère.

Chez presque tous ces malades on trouve en abondance des acides de fermentation et surtout de l'acide lactique. Les Allemands ont voulu faire jouer un rôle important à la présence de cet acide pour le diagnostic du cancer. Mais cette opinion n'a pas de base solide puisque cet acide manque dans un quart des cas de cancer et qu'on le rencontre dans de simples dyspepsies.

Les recherches que l'on a faites sur les *modifications du sang* au cours du cancer de l'estomac semblaient devoir donner de précieux renseignements par l'étude de la leucocytose. Mais de nouveaux travaux ont montré que la formule leucocytaire était des plus variables chez les mêmes malades.

Par l'examen du *chimisme respiratoire*, j'avais pensé trouver un signe de quelque valeur, mais il n'en est rien et je n'ai pas de caractère particulier à signaler. C'est donc encore sur la clinique et sur l'examen du malade qu'il convient de s'appuyer pour faire le diagnostic du cancer de l'estomac.

(1) Leçon recueillie par le Dr Bertherand, assistant du service.

L'étude des signes physiques ne comporte pas seulement un examen de l'estomac. Il faut aussi rechercher *l'état des autres organes* sur lesquels il y a souvent des métastases ou des retentissements de la lésion de l'estomac.

Ne manquez donc pas surtout de rechercher si le cancer n'a pas envahi un autre organe, comme le foie, dont la face convexe présente alors des nodosités et dont le bord est marroné : l'épiploon, le péritoine et l'ombilic. Recherchez aussi les adénopathies. Elles siègent au dessus de la clavicule gauche. Leur valeur pronostique est grave en ce sens qu'elles contre-indiquent l'intervention chirurgicale. Chez notre malade il n'y a pas de ganglions. Enfin, vous examinerez les membres inférieurs pour constater la présence de l'œdème et quelquefois une phlegmatia alba dolens qui se localise surtout aux veines du mollet.

On a pensé trouver dans *l'urologie* des signes applicables au diagnostic du cancer. Rommelære a dit que l'urée était toujours diminuée. Mes recherches me permettent d'affirmer que le cancer n'a rien à voir dans l'élimination de l'azote et de l'urée et que cette élimination dépend uniquement du taux de l'alimentation.

Parmi les autres complications, les plus fréquentes, après celles que je viens de vous énumérer, sont celles qui intéressent l'appareil broncho-pulmonaire.

Enfin quelquefois il existe de la fièvre : elle revêt plusieurs types.

Dans la première forme, il s'agit de poussées irrégulières à 38° ou 38°5, qui passent presque toujours inaperçues et que j'attribue à des poussées de fermentations gastriques.

Dans le deuxième type, la fièvre est intermittente; elle peut atteindre jusque 40°. Elle est due à la résorption stomacale de produits toxiques.

La troisième forme a des allures continues, c'est une sorte de septicémie.

Contre ces deux dernières la thérapeutique est bien désarmée, tandis que le traitement des fermentations gastriques fera rapidement cesser la première.

Chez notre malade, il n'y a pas de fièvre. Enfin il peut y avoir des complications d'ordre toxique, comme le coma, la tétanie, les polynévrites. Elles sont extrêmement rares.

II

Depuis les progrès de la chirurgie stomacale, il semble que le traitement médical du cancer de l'estomac soit nul. Il n'en est rien. Car s'il est vrai qu'il ne comporte en soi aucune espérance de guérison, il peut tout au moins atténuer les symptômes les plus pénibles, diminuer les causes de la douleur. Enfin, il est des cas où des malades sont inopérables à cause de la faiblesse dans laquelle ils sont tombés, et où un traitement médical bien conduit peut les remonter assez, pour qu'une intervention puisse être effectuée.

Existe-t-il un traitement curatif du cancer? On a cherché pendant longtemps et on cherche encore des médications spécifiques. Il importe que vous sachiez quels sont les essais que l'on a faits, parce que ces tentatives, qui n'ont pas conduit à la médication spécifique, ont amené à des médications accessoires qui peuvent rendre des services.

C'est ainsi qu'on a vanté *le condurango*, mais il joue plutôt le rôle de tonique et d'apéritif. Vous pouvez le faire prendre à la dose de X gouttes avant le repas, sous la forme de *teinture* ou d'*extrait fluide*; ou bien encore de la façon suivante :

Ecorce de condurango blanc..	15 gr.
Eau de fontaine............	350 gr.

Porter à l'ébullition et réduire à 150 gr. Donner une cuillerée à soupe une demi-heure avant chaque repas.

Le condurango est réduit maintenant au simple rôle d'apéritif et de tonique.

Le *chlorate de soude* a été préconisé jadis par Brissaud au Congrès de Besançon en 1893. J'ai constaté seulement qu'il améliorait quelquefois et temporairement l'appétit.

L'iodure de sodium, le bleu de méthylène, le bichromate de potasse aux doses de 0 gr. 01 à 0 gr. 05, les préparations de *ciguë* ou de *grande chélidoine, la teinture de thuya occidentalis*, etc., n'ont pas répondu à l'attente de leurs promoteurs. Je les ai tous essayés sans en tirer d'avantages réels, si ce n'est quelquefois une diminution de l'anorexie.

Je n'ai jamais employé les divers sérums anticancéreux qui ont été proposés dans ces dernières années; les médecins, qui se sont servis de ces sérums, ne paraissent pas jusqu'ici avoir obtenu des résultats favorables.

Il y a quelques années, une médication nouvelle, pour le traitement du cancer en général, a été proposée par Fiessinger, puis bien étudiée par Jaboulay; c'est le traitement par le *bichlorhydrate de quinine*. Ce traitement est applicable au cancer de l'estomac : s'il n'a pas plus de valeur curative que les moyens précédents, il m'a paru du moins avoir l'avantage de retarder l'évolution de la maladie et d'améliorer quelques-uns de ses symptômes. C'est sur ce procédé que je vais insister, car je vais l'opposer au traitement chirurgical.

Le bichlorhydrate de quinine s'administre par les voies buccale, rectale et sous-cutanée. La dose moyenne est de 1 gr. par jour. La voie buccale est préférable, mais l'estomac finit par se révolter. Par la voie rectale, le médicament donne souvent lieu à des épreintes. La voie sous-cutanée est quelquefois douloureuse. Aussi ai-je toujours alterné les trois modes d'administration de la manière suivante :

Pendant huit jours, injection sous-cutanée bi-quotidienne au niveau du creux épigastrique de 1, puis de 2 centimètres cubes de la solution suivante :

Bichlorhydrate de quinine.	25 gr.
Eau distillée stérilisée...	50 gr.

Dissolvez.

Les huit jours suivants, 0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine en un cachet, soit à jeun, soit un quart d'heure avant le déjeuner ou la prise de lait, et 0 gr. 50 en suppositoire qu'on place avant de s'endormir.

Puis l'on revient aux injections sous-cutanées et ainsi de suite. S'il survient de l'intolérance par l'une des voies d'introduction, on complète la dose de 1 gr. par les voies tolérantes. Chez certains sujets on peut atteindre 1 gr. 50 et 2 gr. par jour, en combinant d'une façon continue l'introduction par les trois voies. Mais il est tout à fait exceptionnel de rencontrer une tolérance aussi remarquable.

Le bichlorhydrate de quinine me paraît donc être l'un des meilleurs agents de la médication palliative. Ce traitement m'a particulièrement donné de bons résultats chez deux malades de la clientèle, soignés l'un avec le Dr Papillon, l'autre avec le Dr Leval, qui ont vu, sous l'influence d'une médication prolongée, se produire une amélioration marquée.

Je corrobore l'action des sels de quinine à l'aide de deux médicaments qui m'ont semblé avoir une action sur l'évolution de la maladie, *l'arrhénal* et *le bromure d'or*.

Je donne l'*arrhénal* en solution à 5 % pendant cinq jours à la dose de XX gouttes prise en deux fois. Pendant cinq autres jours, je fais prendre une cuillerée à soupe de la solution suivante avant le déjeuner et le dîner :

Bromure d'or....	0 gr. 05
Eau distillée.....	300 gr.

Telle est donc la médication fondamentale du carcinome, médication donnant des résultats modestes, mais qui sont au moins comparables à ceux de l'intervention chirurgicale dans les conditions où elle est pratiquée habituellement.

III

Un second point à étudier c'est la question de l'*alimentation*. On a l'habitude, toutes les fois qu'on fait le diagnostic de carcinome gastrique, de mettre le malade au régime lacté absolu. C'est souvent une faute. Il y a des malades auxquels le régime lacté convient et d'autres chez lesquels il est contre-indiqué.

Il faut mettre au *régime lacté* les malades qui ont de l'intolérance gastrique, ou encore de la sténose pylorique, ceux aussi qui ont un dégoût insurmontable pour les aliments et enfin ceux qui ont des hématémèses. Vous suivrez, pour l'application de ce régime lacté, les règles que je vous ai données maintes fois, en mesurant, bien entendu, la quantité de lait aux capacités du malade et en usant de tous les moyens destinés à assurer sa tolérance.

Afin de savoir quel régime vous devez donner, vous vous baserez sur l'état des fonctions intestinales. Si celles-ci sont plus ou moins troublées, elles ne pourront pas suppléer à l'insuffisance de la digestion stomacale; par conséquent, supprimez leur la viande, pour laquelle ils manifestent d'ailleurs un profond dégoût. Vous insisterez sur le *régime végétal*, en choisissant les féculents azotés pour permettre à ces malades de récupérer une partie de l'azote qu'ils perdent.

Si, au contraire, les fonctions intestinales sont à peu près intactes, ayez recours à une *alimentation mixte* en l'adaptant aux capacités de l'estomac.

Dans ces conditions, en faisant manger le malade, vous parvenez à le maintenir pendant un temps assez long.

Mais pour que le malade mange, il faut qu'il ait de l'appétit, ou au moins que le dégoût absolu qu'il éprouve pour l'alimentation s'atténue. Vous emploierez pour cela la médication apéritive. Les diverses médications que je vous ai indiquées tout à l'heure ont une importance comme médication apéritive et réussissent souvent. Mais leur action s'use si vite que vous devez en avoir beaucoup à votre disposition. Voici d'autres moyens que vous pourrez encore employer :

Le *persulfate de soude* est un très bon apéritif. Vous le donnerez en solution étendue et vous en cesserez l'usage dès que l'appétit tendra à revenir, pour ne pas épuiser trop vite son activité. Cessez-le même si, au bout de huit jours, il n'avait pas modifié l'anorexie. J'emploie la formule suivante :

Persulfate de soude	2 gr.
Eau distillée	300 gr.

Une cuillerée de cette solution une demi-heure environ avant déjeuner et dîner.

Le *métavanadate de soude* jouit aussi de propriétés apéritives. Vous le donnerez de la même façon que le *persulfate* :

Métavanadate de soude	0 gr. 03
Eau distillée	150 gr.

Prendre une cuillerée à soupe de cette solution une demi-heure environ avant déjeuner et dîner.

En cas d'échec, je vous proposerai d'essayer le *vin de trèfle d'eau* :

Trèfle d'eau	10 gr.
Vin rouge bouillant	100 gr.

Faites infuser pendant vingt-quatre heures, laissez refroidir, filtrez et donnez de une à trois cuillerées à soupe avant les repas.

Si vous n'avez pas réussi, vous pouvez encore prescrire le *vin composé thériacal*, qui associe dans une formule unique les principes amers :

Vin de gentiane / Vin de quassia	āā 120 gr.
Thériaque	8 gr.
Extrait de condurango blanc	6 gr.
Trèfle d'eau	10 gr.
Feuilles de Jaborandi	3 gr.
Teinture de noix vomique	XXX gouttes

Mélanger les vins, les porter à l'ébullition, ajouter la teinture de noix vomique, y faire infuser les autres médicaments pendant une demi-heure, puis filtrer. Donner une cuillerée à soupe un quart d'heure avant les repas.

Lorsque le malade est parvenu à manger, vous devez l'aider à digérer son repas; car il n'y a pas à compter sur l'action du suc gastrique. C'est dans ce cas seulement que vous tenterez de réaliser des digestions artificielles avec l'*acide chlorhydrique* en solution et *les ferments digestifs*.

Du milieu à la fin du repas, on donnera, par petites gorgées, un verre de la solution suivante :

Acide chlorhydrique pur	2 gr.
Eau distillée	1 litre

Mêlez.

Au milieu du repas un des cachets ci-dessous :

Pepsine à titre 50	1 gr.
Maltine	0 gr. 10

Mêlez en un cachet.

Enfin, après le repas, deux pilules kératinisées contenant 0 gr. 10 de *pancréatine*.

S'il se produisait des fermentations gastro-intestinales, vous les combattrez à l'aide *du fluorure d'ammonium* :

Fluorure d'ammonium	0 gr. 30
Eau distillée	300 gr.

Une cuillerée à soupe au milieu du déjeuner et du dîner.

Ou bien encore à l'aide du *soufre iodé* et de *l'érytrhol*. *Le lavage de l'estomac*, pratiqué rarement et prudemment, dans certains cas de sténose pylorique, relève quelquefois l'appétit et obvie aux dangers de la rétention et de l'absorption de produits irritants ou toxiques.

Quand les *fermentations* causent des crises douloureuses et de fréquents vomissements, usez de la potion suivante :

Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Acide phénique	XV gouttes
Eau chloroformée	120 gr.

F. s. a. potion dont on donnera une cuillerée à café après les repas et une autre dès la première sensation douloureuse.

Si les douleurs sont trop intenses, vous donnerez, au moment des paroxysmes, une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Codéine	0 gr. 05
Eau de chaux	160 gr.
Eau chloroformée	40 gr.

En cas de plus fortes douleurs, appliquez au creux épigastrique un *vésicatoire volant*, dont vous saupoudrerez la plaie avec 0 gr. 10 de *poudre d'opium brut*.

La substitution du régime lacté absolu à l'alimentation atténue une grande cause de douleurs, en diminuant l'irritation qui résulte du contact des aliments.

Si la douleur est causée par les acides de fermentation et prend la forme du pyrosis, vous donnerez une des poudres suivantes :

Carbonate de chaux précipité / Magnésie hydratée	āā 4 gr.
Bicarbonate de soude	6 gr.

Mêler exactement et diviser en 12 paquets. Le malade prendra une de ces poudres dès la moindre sensation de brûlure.

Vous pourrez aussi user de ces divers moyens contre les *vomissements*. Au cas où ils persisteraient, mettez le malade *au régime lacté absolu* et, avant chaque prise de lait, donnez-lui IV à V gouttes de la mixture suivante :

Picrotoxine	5 centigr.
Alcool pour dissoudre	Q. S.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Bonjean	1 gr.
Eau distillée de laurier cerise	12 gr.

Si l'intolérance gastrique est absolue et ne cède pas à la médication, supprimez même le lait et procédez à *l'alimentation rectale* à l'aide des lavements désaltérants et des lavements nutritifs. Vous prescrirez encore l'ali-

mentation rectale s'il se produit des hématémèses.

Il ne m'est pas possible, au cours de cette leçon, de passer en revue toutes les complications dont la plupart sont justiciables du traitement classique. Néanmoins, rappelez-vous qu'un des meilleurs moyens de remonter l'organisme et de lutter contre la cachexie est l'emploi *des injections de glycérophosphate de soude* à la dose de 0 gr.25 faites pendant vingt-cinq à trente jours, en observant les plus rigoureuses précautions antiseptiques.

IV

Le malade que vous venez de voir est dans un état très grave. Néanmoins, depuis huit jours qu'il est dans notre service, il a gagné 800 gr. de poids.

Il est certain que nous ne le guérirons pas. Mais croyez-vous qu'une intervention chirurgicale amènerait un résultat meilleur?

Sachez bien que, d'après les dernières statistiques, la *pylorectomie* ou *gastrectomie* donne une mortalité opératoire d'environ 26 %. Il est certain que les résultats immédiats de l'opération sont excellents chez les malades qui survivent; les fonctions digestives s'améliorent, les douleurs s'atténuent, le poids augmente. Malheureusement ces résultats ne sont pas d'une longue durée; et si les lymphatiques sont pris, ce qui est la règle, il se fait des récidives dans d'autres organes. La mort survient par récidive, cachexie ou métastase. La plupart des malades opérés que j'ai suivis ont été emportés par des complications broncho-pulmonaires.

Si nous étudions les diverses statistiques, la moyenne de la survie serait d'un an. En traitant les malades par les moyens médicaux, nous arrivons à une survie de huit mois.

Dans ces conditions, pour un bénéfice de trois mois, je trouve inutile de faire courir au malade les chances d'une intervention qui tue environ trois malades sur 10. Notez bien que cette intervention est le meilleur traitement que l'on puisse opposer au cancer de l'estomac quand on peut faire le diagnostic d'une façon précise. C'est ainsi que j'ai vu un malade opéré par Doyen, chez lequel la survie fut de trois ans et demi, mais nous avions pu faire le diagnostic tout à fait au début. La tumeur fut enlevée complètement et la survie a été supérieure à celle qu'on aurait pu obtenir par le traitement médical. Mais ces cas-là sont exceptionnels.

Notre malade est trop faible pour supporter une telle opération. Il faudrait lui pratiquer seulement une *gastro-entérostomie*; mais les risques opératoires sont aussi grands; et l'intervention ne peut que remédier à la sténose pylorique. Quand elle réussit, elle produit quelquefois une amélioration des symptômes et une augmentation du poids; mais les forces ne reviennent pas; la teinte jaune-paille persiste. Cela n'a rien d'étonnant, puisque l'opération n'a pas supprimé le cancer et qu'elle n'a eu qu'un but palliatif : diminuer la stase gastrique. Bientôt la maladie reprend ses droits; les malades sont emportés par une des complications habituelles du cancer. La survie n'est pas plus longue que chez les malades qui refusent l'opération.

En résumé, il n'y a pas de traitement curatif du carcinome, mais il y a un traitement médical palliatif, à l'aide duquel on peut obtenir souvent des survies relativement prolongées. En tout cas, si nous n'obtenons pas toujours une survie très longue, nous disposons de moyens assez importants pour — dans la plupart des cas — calmer les souffrances des malades et leur rendre au moins une certaine espérance. C'est seulement dans les formes douloureuses, où il vous est impossible de soulager les malades par les moyens que je viens de vous indiquer, que vous avez le droit de recourir à la gastro-entérostomie, qui ne demeurera jamais, à mon sens, qu'une opération d'exception.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin

A propos de la ligature et de la suture de la carotide primitive

M. Quénu. — M. Guinard est dans l'erreur lorsqu'il soutient que la ligature de la carotide ne peut être suivie d'accidents cérébraux immédiats. Je me souviens avoir été appelé à Beaujon auprès d'un malade que l'on venait d'opérer d'un épithélioma buccal récidivé. Il y avait une hémorragie abondante par ulcération de la carotide. Le malade était pâle, mais avait toute sa connaissance. J'ai fait la ligature du vaisseau; aussitôt que le fil a été serré, le malade est tombé dans le coma et il a peu après succombé.

M. Lejars. — L'opinion, que M. Guinard a émise sur le pronostic de la ligature de la carotide primitive (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 592) ayant paru trop exclusive à quelques-uns d'entre nous, j'ai fait quelques recherches à ce sujet et j'ai trouvé un certain nombre de statistiques. Parmi les statistiques récentes la plus importante date de 1900 et est due à M. Siegrist, de Bâle; elle comprend 997 faits, dont la plupart sont anciens, mais dont 172 cependant ont été recueillis de 1881 à 1897. Au point de vue de la mortalité, il est à remarquer que celle-ci va en diminuant d'année en année, puisqu'actuellement elle est tombée à 20,3 % au lieu de 43 % antérieurement à 1880.

Sur les 997 cas publiés on compte 371 morts qu'il faut ainsi décomposer : 50 % d'entre elles ne peuvent servir à la discussion de la question, car la mort est due à l'infection ou à quelque cause étrangère. 20 % des autres doivent encore être éliminées à cause de l'absence de la relation clinique. Il reste donc 80 morts survenues rapidement après une période de coma, de paralysies ou d'accidents cérébraux, mais, dans la plupart de ces cas, il existait en même temps une complication cardio-vasculaire ou de tout autre nature. Cependant, dans 16 de ces cas, on n'a rien trouvé pour expliquer la mort rapide après la ligature.

Si l'on départage tous les cas de ligature on constate les résultats suivants : pour l'épilepsie, les affections mentales, 40 guérisons sur 41 cas; pour l'exophtalmos pulsatile, 75 guérisons sur 76 cas; pour les anévrysmes, 171 guérisons, 102 morts et 3 inconnues sur 276 cas; pour des tumeurs 58 guérisons, 49 morts, 8 inconnues sur 115 cas; pour des hémorragies, 145 guérisons, 163 morts, 14 inconnues sur 322 cas.

On voit ainsi que la mortalité, nulle pour ainsi dire dans les premiers groupes, est d'autant plus forte qu'on avance vers les derniers. Comme M. Guinard, je crois la ligature peu dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée sur un sujet sain, indemne de toute lésion artérielle; mais est-il toujours possible de se rendre compte de l'intégrité du système artériel cérébral? Je ne le pense pas, et plus d'une fois les lésions cardio vasculaires nous échapperont. Aussi, si je suis d'accord avec notre collègue au point de vue théorique, pratiquement je me sépare de lui et je maintiens ma conclusion de la dernière séance, en disant qu'en présence d'une petite plaie de la carotide il vaut mieux tenter une suture que de faire la ligature.

M. Le Dentu. — Dans le groupe des exophtalmos pulsatiles cités par M. Lejars, je demanderai à notre collègue s'il n'y en avait pas de traumatiques. J'ai peu fait de ces ligatures; cependant, j'en ai pratiqué une il y a quelque temps, pour un exophtalmos. J'ai trouvé la carotide allongée et jaunâtre; néanmoins, je l'ai liée; immédiatement après, il s'est produit des modifications du côté de la cornée, puis, le lendemain, du coma, de l'hémiplégie, et la mort au bout de trois ou quatre jours.

M. Picqué. — Je rappellerai que j'en ai présenté un exemple, il y a peu de temps, suivi de guérison sans accidents ; mais je ne saurais dire s'il s'agissait d'un exophtalmos traumatique ou spontané.

M. Terrier. — Je n'ai pratiqué que trois fois cette ligature et je n'ai pas eu d'accidents. Je crois qu'il faut avoir grand soin de ne pas prendre, dans la ligature, des filets du grand sympathique. De plus, il y a, pour la genèse des accidents ultérieurs, à tenir compte du siège, en amont ou en aval, des lésions artérielles.

M. Chavasse. — Dans un cas d'origine traumatique, mon malade a présenté une première attaque épileptiforme au moment où je passais le fil sous le vaisseau, et une seconde attaque lors de la ligature.

M. Tuffier. — Chez une malade qui avait un anévrysme de la carotide, j'ai dû lier la carotide primitive et les carotides externe et interne, et il n'y a pas eu d'accident immédiat. L'opérée est morte, quarante jours plus tard, de gangrène pulmonaire.

M. Guinard. — Je répéterai ce que j'ai dit. La ligature est inoffensive, si le système artériel est sain. Il n'en était pas ainsi dans les différents cas de mort ou de paralysie que l'on a cités. Pour les quelques accidents notés après ligature, en cas d'hémorragie abondante, il faut faire intervenir le défaut de pression.

Fistule vésico-rectale par corps étranger. Taille hypogastrique. Guérison

M. Schwartz. — Cette observation, qui nous a été adressée par M. **Jacomet**, de Douai, concerne un enfant de douze ans, auprès duquel il fut appelé pour des douleurs abdominales, de la diarrhée noirâtre et de l'amaigrissement. Le diagnostic restait en suspens lorsque le petit malade expulsa, avec les matières fécales, un petit pinceau de boîte à couleurs. Les jours suivants on constata que les matières étaient mélangées à de l'urine et une injection de bleu de méthylène par la vessie démontra l'existence d'une fistule vésico intestinale.

Notre confrère a fait la laparotomie et, la vessie ouverte, il a aperçu en arrière de l'orifice urétral une petite perforation qu'il a, en vain, tenté de suturer. Les fils ne tenant pas, il s'est contenté d'aviver les bords de la perforation et il a institué un double drainage, abdominal et urétral. Au bout d'une quinzaine de jours l'enfant était guéri.

Est-ce par la voie urétrale ou par la voie buccale que le corps étranger a été introduit? L'enfant affirmait qu'il l'avait avalé, ce qui est probable d'après l'existence antérieure de la diarrhée noirâtre et l'absence de troubles de la vessie...

Abcès appendiculaire ouvert spontanément dans le rectum

M. Felizet. — **M. Breynaert** (Dunkerque), nous a envoyé l'observation d'un jeune homme de quinze ans, chez lequel une première crise d'appendicite grave a donné lieu à une collection purulente, d'abord perceptible dans la fosse iliaque et ensuite dans le rectum où finalement elle s'est fait jour spontanément. La guérison s'est produite sans incidents.

Présentations

M. Terrier. — Femme : *Luxation récidivante de la mâchoire inférieure.* Suture du ménisque. Guérison.

M. Demoulin. — *Perforation de l'œsophage.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juillet

Températures urinaires, buccales, maxillaires et rectales, en particulier chez les tuberculeux

M. Mantoux — La température des urines, dont la prise est d'une extrême simplicité, est, chez l'homme, d'une exactitude supérieure à tous les autres modes d'exploration thermique, sauf à la température rectale.

Il suffit, pour l'obtenir, de faire uriner le malade sur le réservoir d'un thermomètre à maxima.

Les différences qu'elle présente avec la température rectale sont très rarement supérieures à 0,5. Elles sont dues soit à une *prise inexacte* de la température de l'urine (miction insuffisante ou thermomètre peu sensible), soit au *retard physiologique* des variations des températures urinaires sur les variations des températures centrales. Ce retard est fonction de la quantité des urines et de la rapidité avec laquelle varie la température centrale.

Sans être d'une application absolument générale, la méthode des températures urinaires peut rendre de réels services.

Elle est particulièrement indiquée en raison de son extrême commodité et de son exactitude relative chez les tuberculeux qui, au cours de leur traitement, doivent prendre leur température plusieurs fois par jour pendant de longues périodes.

Elle permet d'éviter, chez ces malades, les erreurs dues aux *températures émotives* ; mais, par contre, ne peut renseigner sur les variations thermiques, brusques et passagères, qui suivent, chez certains sujets, l'exercice musculaire.

De l'insuffisance de la respiration nasale

M. Lermoyez. — J'ai présenté, il y a quelques années, une malade, dont le nez était perméable, et chez qui cependant la respiration nasale était impossible. Comme il s'agissait d'une hystérique, un de nos collègues pensant à la simulation, ferma la bouche de la malade qui eut un accès de cyanose. Ne connaissant pas la cause réelle de cette absence de respiration nasale, nous rangeâmes ce fait sous l'étiquette de « pseudo-obstruction nasale ». Aujourd'hui, nous savons qu'il s'agit d'insuffisance de la respiration nasale. Ces malades ne savent pas respirer par le nez.

C'est à ce mécanisme qu'est dû le fait suivant : sur 10 malades bien opérés de végétations adénoïdes, 1 ne respire pas mieux après l'opération qu'avant ; les 9/10e restant sont longs à reprendre entièrement la respiration nasale. S'ils y arrivent, c'est que, sans le savoir, les parents font à leurs enfants de la rééducation de la respiration nasale. Il vaudrait mieux que cette rééducation fut faite par les médecins d'autant que l'on obtient rapidement de très bons résultats.

Ramollissement de l'hemi-bulbe droit par thrombo-artérite syphilitique. Syndromes de Jackson et sympathique oculaire

MM. Laignel-Lavastine et P. Causard présentent une femme de quarante-deux ans, syphilitique, qui, au septième mois d'une grossesse, fut prise brusquement d'aphonie avec troubles de la déglutition. On constate actuellement, quatre mois après le début des accidents, les signes suivants : myosis unilatéral droit (reliquat d'un syndrome sympathique oculaire ayant consisté, en plus du myosis, en exophtalmie et rétrécissement de la fente palpébrale), anesthésie de la lèvre supérieure droite, paralysie de la moitié droite du voile du palais, diminution de l'acuité auditive droite avec Rinne négatif sous la dépendance probable de la paralysie du péristaphylin interne droit, paralysie et atrophie de la moitié droite de la langue, formant, quand elle est tirée hors de la bouche, une courbe à concavité droite, paralysie de la corde vocale droite en position cadavérique, paralysie enfin, des chefs supérieurs du trapèze droit, sans troubles anesthésiques, asynergiques ou paralytiques des membres.

Les auteurs rapportent ce syndrome à un ramollissement par thrombose sous la dépendance d'une artérite syphilitique de l'artère centrale bulbaire qui vascularise les noyaux de l'hypoglosse et du spinal, et dont les ramifications sont terminales.

Le doigt hippocratique

M. Béclère, à propos de la communication de MM. Bezançon et J. de Jong (1) sur le doigt hippocratique, dit que ce symptôme est le résultat d'une lésion qui témoigne de la rétention dans le sang veineux du doigt des déchets qui devraient être éliminés par le poumon.

M. Nageotte présente quelques observations à propos de la communication de MM. Sicard et Cestan (2).

G.

(1) *Bulletin médical*, 1904, n° 50, p. 594.
(2) *Ibid.*

BULLETIN DE L'ETRANGER

Infantilisme par insuffisance pancréatique

Nous connaissions les arrêts de développement par insuffisance de la fonction du corps thyroïde (crétinisme, idiotisme, nanisme myxœdémateux) et leur traitement rationnel, le plus souvent efficace, par l'opothérapie thyroïdienne. Or, d'un fait observé récemment par **M. Byrom Bramwell** (*Scottish med. Journ.* et *Morgagni*, 25 juin 1904), il paraît résulter qu'une insuffisance fonctionnelle du pancréas, se produisant pendant l'enfance, est susceptible d'entraver également l'évolution de l'organisme et cela au point de créer le type pathologique connu sous la dénomination d'infantilisme qui, dans l'espèce, serait justiciable de l'opothérapie pancréatique.

Cette observation concerne un jeune homme, âgé de dix-huit ans, mais ayant l'aspect d'un garçon de dix ans. Cependant, tous ses membres étaient bien proportionnés; le développement intellectuel correspondait à l'âge réel. La taille ne mesurait que 1 m. 30, le poids du corps était de 35 kilogr. seulement. Les urines ne contenaient pas de sucre. Le ventre était gonflé par suite de tympanisme. Mais ce qui attirait particulièrement l'attention, c'est que, depuis neuf ans déjà, le malade souffrait de diarrhée incoercible. Il avait chaque jour cinq à six selles liquides qui, comme le montra leur examen chimique, étaient chargées de substances grasses alimentaires non digérées.

Attribuant cette diarrhée grasse, de si longue durée, de même que l'arrêt de développement, à une affection du pancréas ou à une insuffisance fonctionnelle de cette glande, l'auteur soumit son malade à l'usage méthodique de l'extrait pancréatique glycériné. Le succès de cette médication, commencée en décembre 1901, et qui fut continuée, sans interruption, jusqu'à ce jour, confirma pleinement les suppositions de M. Bramwell sur la cause de l'affection dont on se trouvait en présence. En effet, dès le début de l'opothérapie pancréatique, les garde-robes diminuèrent de fréquence et perdirent leur caractère diarrhéique. Actuellement, on ne compte pas plus de deux selles par jour, dont une au moins moulée. La taille du malade, demeurée stationnaire depuis plusieurs années, a augmenté de 11 centimètres au cours du traitement opothérapique; son poids s'est également accru de 10 kilogrammes. Les organes génitaux, qui, auparavant, se trouvaient à l'état infantile, commencent à prendre un aspect plus viril : le pubis se recouvre de poils, la verge et les testicules augmentent de volume. Enfin, la voix est devenue plus grave.

Tuberculose miliaire consécutive à un traumatisme du poignet

Le réveil, sous l'influence de traumatismes intéressant la cage thoracique ou même d'autres parties du corps, de tubercules plus ou moins latents, est un fait que les recherches cliniques de ces dernières années ont bien mis en évidence. Mais, parmi les observations de ce genre, il serait difficile d'en trouver de plus démonstrative que celle de **M. Fuerbringer** (*Aertztl. Sachverst. Zeitung* et *Morgagni*, 25 juin 1904), dans laquelle une plaie relativement insignifiante est devenue le point de départ d'une granulie mortelle.

Un ouvrier âgé de quarante ans, qui, jusque-là, avait présenté toutes les apparences de la santé, se blesse au poignet droit au cours de son travail. La plaie contuse, assez profonde, ne se ferme pas, s'enflamme, le poignet se tuméfie et la fièvre s'allume. Après une intervention opératoire, la plaie se cicatrise, mais la fièvre n'en persiste pas moins et se complique de dyspnée, puis de diarrhée; enfin, apparaît un épanchement pleurétique droit. Le malade succombe six semaines après le traumatisme. A l'autopsie, on trouve une tuberculose miliaire aiguë avec pleurésie hémorragique; on constate aussi l'existence d'anciennes adhérences et callosités pleurales, ainsi que des vestiges d'ulcérations intestinales, d'origine apparemment tuberculeuse, ce qui fait supposer que, au moment du traumatisme, le malade devait se trouver en puissance d'une tuberculose chronique.

Devant le tribunal, l'auteur défendit l'opinion que, dans ce cas, une infection provenant de la plaie purulente et s'étant manifestée par la fièvre et par la tuméfaction de l'articulation radio-carpienne, donna un coup de fouet à la tuberculose chronique latente qu'elle transforma en granulie aiguë. Le tribunal accepta cette manière de voir et attribua une pension à la veuve du malade.

Stomatite blennorragique aiguë chez un adulte

Les observations de stomatite à gonocoques étant encore peu nombreuses et ne se rapportant, pour la plupart, qu'à des nouveau-nés, le cas de cette affection observé, chez un adulte, par **M. Juergens** (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juin 1904), assistant de la clinique médicale du prof. Krause à Berlin, mérite d'être relaté. Il concerne un jeune homme atteint de chaude-pisse et qui présentait en même temps une stomatite intense. Toute la muqueuse buccale était tuméfiée, ramollie, et très rouge. Ces altérations étaient particulièrement prononcées aux bords des gencives où s'était formé un véritable bourrelet de tuméfaction gingivale, recouvert d'un dépôt gris-verdâtre, fétide, qui se laissait enlever facilement, mais non sans provoquer un suintement sanguin assez considérable. La tuméfaction de la muqueuse buccale était si forte et si douloureuse que c'est à peine si la bouche pouvait être entr'ouverte. La sécrétion, très abondante, mouillait la taie d'oreiller et empêchait le malade de dormir. Les irrigations de la cavité buccale, avec une solution de chlorate puis de permanganate de potasse, n'exercèrent aucune influence appréciable sur les phénomènes de stomatite, qui ne commencèrent à s'amender, pour se dissiper bientôt complètement, que par l'effet des lavages avec une solution de sublimé au 1/7000. Des cultures pures de gonocoques purent être obtenues avec les produits de sécrétion buccale.

V. DE H.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes, par M. le Dr Felix Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Tome II, grand jésus de 800 pages avec 218 figures et 12 planches.

M. le professeur agrégé Lagrange ne nous a pas fait attendre trop longtemps le tome II de son beau « Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes », traité qui représente un labeur considérable et a exigé un travail soutenu pendant de longues années. Par cette mise au point de toutes les questions relatives aux tumeurs de l'œil, faite surtout avec des documents personnels et une compétence incontestable, M. Lagrange a édifié une œuvre originale qui réalise un progrès considérable dans cette partie de la pathologie chirurgicale.

On retrouve, dans ce volume, les qualités qui ont assuré le succès de l'ouvrage dès son apparition, et sur lesquelles nous avons déjà attiré l'attention dans notre analyse du tome I, donnée, en 1901, dans les colonnes du *Bulletin médical*. Plus encore que dans son premier volume, l'auteur a eu l'occasion de mettre en relief, à côté de ses connaissances spéciales en ophtalmologie et en anatomie pathologique, son grand sens chirurgical dans la discussion des indications opératoires et dans l'exposé et le choix des procédés d'intervention dont quelques-uns lui sont personnels.

Ce tome II, très documenté, est divisé en cinq livres composés d'une série de chapitres qui sont, chacun, de véritables monographies dont l'étendue est bien proportionnée à l'importance des sujets traités.

Le livre VI, qui est le premier du volume, traite des tumeurs du nerf optique, si particulièrement fréquentes chez l'enfant, qu'on peut les regarder, dans certain nombre de cas, comme étant d'origine congénitale, et dont le type est le sarcome muqueux. Développées le plus souvent aux dépens des enveloppes du nerf optique, elles présentent, comme caractères, d'être toujours contenues et entourées par la gaîne extra-dure-mérienne de ce nerf, de ne jamais envahir le globe de l'œil et de respecter l'orbite, faits importants au point de vue clinique et opératoire. M. Lagrange préconise, en conséquence, l'extirpation simple avec ou sans énucléation du globe, suivant que l'œil est ou non intact, en employant son procédé transpalpébro-conjonctival, de préférence à celui de Krönlein.

Dans le livre VII, un des plus étendus et des plus intéressants du volume, sont décrites les tumeurs de l'orbite et de ses parois. On ne doit considérer comme telles que les néoplasmes développés en arrière de la capsule de Tenon. Pour les kystes séreux, l'auteur enseigne que si

la théorie courante de l'inclusion fœtale de la muqueuse lacrymale s'applique à la majorité des cas, celle de l'enkystement colobomateux de Van Duyse peut, seule, expliquer certains faits, et même que, pour quelques autres, la théorie de l'angiome kystique, qui lui est personnelle, est seule admissible. Le diagnostic des tumeurs de l'orbite, qui y est présenté et discuté d'une manière absolument remarquable, sera basé sur les deux grandes périodes de leur évolution : exophtalmie sans tumeur apparente, exophtalmie avec tumeur. Un peu attristante est cette conclusion que dans un bon nombre de cas le diagnostic restera incertain. N'a-t-on pas vu de simples hydropisies ténoniennes être prises pour des tumeurs orbitaires et opérées en conséquence.

M. Lagrange expose, dans le chapitre VI de ce livre VII, le traitement chirurgical de ces tumeurs, en étudiant d'abord les opérations applicables aux diverses tumeurs orbitaires, et ensuite les indications particulières de chacune des opérations : extirpation totale pour les kystes dermoïdes et, autant que possible, pour les kystes hydatiques ; électrolyse pour les angiomes, en réservant l'ablation pour les angiomes caverneux ; ligature de la carotide primitive pour l'exophtalmie pulsatile ; pour les ostéomes, il s'élève contre l'abstention conseillée en principe par Panas et montre, par une statistique de 150 cas, avec seulement 6 % de décès, que depuis l'ère antiseptique les résultats se sont modifiés et qu'il faut délibérément intervenir : dans les tumeurs malignes on fera l'exentération de la cavité.

Nous ne pouvons étendre davantage cette analyse et nous nous bornerons à signaler les livres VIII et IX, qui comprennent les tumeurs de l'appareil lacrymal et celles des paupières et, enfin, le livre X, dans lequel sont étudiées les tumeurs des sinus seulement dans leurs rapports avec l'orbite et dans la mesure où elles peuvent intéresser l'ophtalmologie.

Cette analyse, très sommaire, ne met qu'imparfaitement en relief la valeur et l'importance de cet ouvrage, édité avec luxe et illustré de belles et nombreuses figures et planches, dont quelques-unes sont destinées à être regardées avec un appareil stéréoscopique. Ce traité a sa place marquée dans la bibliothèque de tout médecin soucieux des progrès de son art.

Prof. CHAVASSE.

Vient de paraître :

Traité pratique d'hypnotisme et de suggestion thérapeutique. Procédés d'hypnotisation simples, rapides, inoffensifs, à l'usage des médecins, pharmaciens, professeurs, instituteurs, et des gens du monde, par M. Géraud Bonnet, préface du Dr Cotar. 1 vol in-18 de 334 pages. Prix : 3 fr. 50. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince.)

Hématologie et cytologie cliniques, par le Dr E. Lefas, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur à la Faculté de médecine. Préface par P.-E. Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in 18 de 200 pages, avec 5 planches en couleurs et figures, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MM. les méd. de 1re cl. Roby, du port de Toulon, prof. à l'école d'appl. des médecins stagiaires, et Gombaud, du port de Rochefort, secrét. arch. du conseil de santé de Toulon, sont autorisés à permuter de port d'attache, pour convenances personnelles.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Couteaud, 4 Cognes, 5 Laffont.

MM. les médecins principaux :

1 Thamin, de Bonadona, Julien-Laferrière, Gazeau, Rousseau, Mercier, Thémoin, Michel, Bourdon, Damany.

11 Négretti, Gauran, Bourrit, Durand, Mazet, Valence, Labadens, Ménier.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Barrat, Bonnefoy, Viancin, Sisco, Glérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius.

12 Audiat, Hernandez, Barrau, Pernet, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Titi, Viguier.

22 Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Baret.

32 Castaing, Merleau-Ponty, Cruzet, Giraud, Liffran, Abeille de la Colle, Maillin, Mourron, Delaporte, L'Eost.

42 Duranton, Penon, Dargein, Rolland.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Le Moignic, 2 Bourges.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ. de 1re cl.

1 Le Corre, 2 Primet, 3 Lidin.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Brou-Duclaud, 2 Gouzien, 3 Clavel, 4 Cassagnou.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Piron, 2 Alquier, 3 Pierre, 4 Clouard, 5 Birolleau.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Jouvenceau, Legendre, Parazols, Daniel, Rapin, Damond, Abbatucci, Lefèvre, Contaut, Chartres.

11 Fraissinet, Henric, Letonturier, Boudriot, Reboul, Brouillard.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 David, Donnet, Lamandé, Mongie, Augé, Jousset, Léger, Rousseau, Latour, Leclerc.

11 Chagnolleau, Verdier, Lamoureux, Fuynel, Le Hardy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

(Rattaché à la Faculté de médecine de Paris.)

L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session 1904 commencera le 17 octobre et sera terminée vers le 25 décembre.

Peuvent s'inscrirent. — Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

Dispositions générales — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-médecine, dans les laboratoires suivants : parasitologie, hygiène.

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique.

L'enseignement clinique deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'hôpital d'Auteuil.

Programme des cours

I. — Technique bactériologique et hématologique, par M. le prof. Chantemesse (15 leçons et démonstrations pratiques).

Stérilisation; milieux de culture; méthodes de coloration; méthodes de culture; analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc.; analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. — Parasitologie, par M. le prof. Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques).

Parasites animaux; examen du sang de l'homme et des animaux; analyse des matières fécales; parasites du sang; fièvres palustres; filaires; bilharzia; nématodes; cestodes, etc.; animaux venimeux; parasites végétaux; mycoses.

III. — Chirurgie des pays chauds, par M. le prof. Le Dentu (6 leçons), à l'Hôtel-Dieu.

Hépatite suppurée; splénomégalie et splénite paludique; éléphantiasis; la filariose et ses diverses manifestations; conservation des instruments et des appareils.

IV. — Maladies des yeux dans les pays chauds, par M. le prof. De Lapersonne (4 leçons), à l'Hôtel-Dieu.

1° Ophtalmies; 2° manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc.; irido-choroïdites infectieuses; 3° héméralopies; les amblyopies toxiques; 4° Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil; hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. — Pathologie et hygiène tropicales, par M. le prof. Chantemesse.

M. le Dr Wurtz, agrégé, chargé de cours :

Pathologie exotique (17 leçons) : peste; fièvre jaune; choléra; dysenterie, diarrhée des

(1) Accès par : 1° tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt), Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); 2° chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); 3° bateaux-mouches (Point-du-Jour).

pays chauds; fièvre de Malte; fièvre récurrente; fièvres paludéennes; fièvre hémoglobinurique; filariose, bilharziose, dracunculose; lèpre (distribution géographique et bactériologie); béribéri; ainhum; verruga, pied de Madura; maladie du sommeil; fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons); 3 de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes.

Diagnostic bactériologique : 20 exercices appliqués aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

VI. — Affections de la peau, par M. le prof. Gaucher.

Huit leçons de dermatologie tropicale.

Quatre leçons par M. le prof. Gaucher : lèpre; boutons d'Orient; ulcères des pays chauds.

Quatre leçons par M. Jeanselme, agrégé : syphilis exotique; pian ou framboesia; dermatomycoses exotiques : tokelau, caratés; dermatoses produites par des parasites animaux; hygiène de la peau sous les tropiques; technique histologique et bactério clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

La 1re leçon (par M. le prof. Gaucher) aura lieu le mercredi 19 octobre, à 10 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique).

Les quatre leçons de M. Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du Laboratoire municipal).

Droits à verser. — 1 droit d'immatriculation, 20 fr.; 1 droit de bibliothèque, 10 fr.; 1 droit de laboratoire, 150 fr.; 2 examens (gratuits).

Conditions d'admission. — Envoyer les demandes, par écrit, au doyen de la Faculté de médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 1).

NOUVELLES

Le conseil des professeurs a proposé pour la place de professeur de pathologie expérimentale, en :

1re ligne, M. Roger (17 voix).
2e ligne, M. Vidal (13 voix).

MONUMENT PANAS

Dimanche, 26 juin, a eu lieu, à 10 heures du matin, l'inauguration du monument élevé par souscription, à l'Hôtel-Dieu, à la mémoire du prof. Panas, premier titulaire de la chaire d'ophtalmologie créée par la Faculté de médecine de Paris.

Ce monument, dû au ciseau du sculpteur Bouchez, a été placé dans la salle de la clinique d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, clinique qui, désormais, portera le nom officiel de *Clinique Panas*.

Des discours ont été prononcés par M. le prof. Guyon, président du comité du monument; M. le ministre de Grèce en France; M. le directeur de l'instruction publique; M. le prof. de Lapersonne, son successeur à la chaire d'ophtalmologie; M. le prof. Jaccoud; MM. Van Duyer, de Louvain, Nélaton, et M. le ministre de l'instruction publique, qui avait tenu à présider cette cérémonie et à associer le gouvernement à l'hommage rendu à la mémoire du prof. Panas.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

Ce Congrès, organisé sous les auspices de la Société française d'hygiène à l'occasion de l'Exposition internationale de 1904, aura lieu à Paris, au Grand Palais des Champs-Elysées, du 15 au 20 octobre 1904, sous la présidence de M. Janssen, membre de l'Institut. Parmi les présidents d'honneur, se trouvent M. le Président du Conseil, les ministres de l'Instruction publique, de l'Agriculture, du Commerce et de la Marine, ainsi que les sommités médicales de l'hygiène en France.

Les congressistes bénéficieront de réductions de 50 % sur tous les grands réseaux de chemins de fer français pour se rendre au Congrès et rejoindre leur résidence.

Le Congrès a pour but d'étudier les conditions hygiéniques dans lesquelles sont construits et installés tous les locaux destinés à l'habitation, de rechercher les améliorations susceptibles d'être introduites dans la construction, l'aménagement et l'entretien de ces locaux et de déterminer les moyens pratiques d'obtenir l'application des principes de l'hygiène par les municipalités, les propriétaires et les armateurs, les architectes et ingénieurs, les entrepreneurs, ainsi que par les occupants mêmes de ces locaux.

Il comprendra l'étude, à ce point de vue, des maisons urbaines et rurales, des habitations ouvrières, des hôtels meublés et logements loués en garni et des locaux scolaires et celle de l'aménagement des navires en vue de l'habitation.

Le Congrès comprendra six sections :

Section I. — Habitations urbaines; rapporteur : M. Juillerat, chef du bureau de l'assainissement et du casier sanitaire des maisons de Paris.

Section II. — Habitations rurales. Rapporteurs : MM. F. Marié Davy, ingénieur agronome, membre de la commission d'hygiène du XIVe arrondissement, secrétaire de la Société française d'hygiène; M. Le Couppey de la Forest, ingénieur agronome, ingénieur des améliorations agricoles au ministère de l'Intérieur; Pion, vétérinaire sanitaire du département de la Seine.

Section III. — Habitations ouvrières; rapporteur : M. Cacheux, ingénieur civil.

Section IV. — Habitations louées en garni; rapporteur : M. A. Joltrain, secrétaire général de la Société française d'hygiène.

Section V. — Habitations scolaires; rapporteur : M. le Dr Mangenot.

Section VI. — Habitations flottantes; rapporteur : M. le Dr Henry Thierry, inspecteur général adjoint de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation.

Il sera perçu un droit d'admission au Congrès qui a été fixé à vingt francs.

Cette cotisation donne droit :

1° De participer aux travaux de toutes les sections; 2° de recevoir les publications du Congrès; 3° d'être invité à toutes les fêtes données à l'occasion du Congrès et de prendre part aux excursions; 4° d'entrer gratuitement à l'Exposition pendant la durée du Congrès; 5° de recevoir un insigne artistique; 6° d'obtenir une réduction de 50 % sur les réseaux français.

Les dames des membres du Congrès seront invitées à la séance d'ouverture et à toutes les fêtes.

Elles pourront assister aux séances et prendre part aux excursions.

Les adhésions, communications et demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e arrond.).

La Société de préservation contre la tuberculose décernera, en mars 1905, un prix de 500 francs à l'auteur du mémoire (16 à 20 pages in-8) jugé le plus capable de servir la cause de l'éducation populaire antituberculeuse.

Pour les conditions du concours, s'adresser au secrétariat général, 33, rue Lafayette, Paris.

LA GRÈVE DES MÉDECINS DE LEIPZIG

Depuis cinq mois les médecins de cette ville avaient, pour protester contre les exigences des sociétés de secours mutuels, refusé d'accorder leurs soins aux membres de ces associations.

Les comités des sociétés de secours mutuels refusèrent longtemps d'accepter les conditions des médecins, mais ne pouvant se procurer les 98 praticiens de district nécessaires au bon fonctionnement de leurs services ils furent contraints de céder.

Et nunc erudimini! (*Progr. méd. belge*).

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

VIN GIRARD

DIPLOME d'HONNEUR MEMBRE du JURY

Médailles d'Or d'Argent et de Bronze

DE LA CROIX DE GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT
22, Rue de Condé, PARIS

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :

Iode bi-sublimé..............	0gr 075 milligr.
Tannin pur......................	0gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux.....	0gr. 75 centigr.

ANÉMIE — FAIBLESSE GÉNÉRALE — MALADIES de POITRINE — SCROFULE, RACHITISME, RHUMATISME, ALBUMINURIE — AFFECTIONS CARDIAQUES

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

Xéroforme Remplace avantageusement l'**Iodoforme sans en avoir l'odeur.** Il n'est pas toxique et ne produit **jamais d'eczéma.** — C'est un bon **analgésique** et **hémostatique** et un **épidermisant** infiniment **supérieur à l'Iodoforme**; un remède éminemment **siccatif et désodorisant.** Il possède une action spécifique dans la guérison des **Ulcères de Jambes** et des **Eczémas humides.**
Notice et Renseignements : **L. BARBERON, 15, *Place des Vosges, PARIS.***

L'ÉPREUVE DU TEMPS ET DE L'EXPÉRIENCE
A PROUVÉ QUE LE

BROMIDIA

est le meilleur et le plus sûr des hypnotiques
APPROUVÉ PAR LES MÉDECINS DU MONDE ENTIER
DOSE : **Une demi ou une cuillerée à café entière dans de l'eau ou du sirop toutes les heures.**
BATTLE & C° ST-LOUIS U. S. A.
Dépôt pour la France : ROBERTS & C°, 5, rue de la Paix, PARIS.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatharrhale et antineurasthénique, 3 à cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

Dans les **CONGESTIONS**
et les ***Troubles fonctionnels*** du **FOIE**,
la ***DYSPEPSIE ATONIQUE***,
les ***FIÈVRES INTERMITTENTES***,
les ***Cachexies*** d'origine ***paludéenne***
et consécutives au long séjour dans les pays chauds
On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy,
de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (FRANCE)
Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger.

EN DÉPOT :
PARIS, Pharmacie SABATIER, 71, Avenue d'Antin, PARIS.
TRAUMATOL

PARIS, Pharmacie LIMOUSIN, 2 bis, rue Blanche, PARIS
GARGARISME CITROL

---

4 à 6 cuillerées à café par jour
CHARBON NAPHTOLÉ GRANULÉ FRAUDIN
Désinfectant — Antiseptique
Pharmacien de 1re classe
Boulogne-Paris

ARRHÉNAL ADRIAN

CHIMIQUEMENT PUR

1° **Solution,** Une goutte représente 2 millig.
2° **Ampoules stérilisées,** Un cent. cube = 50 mill^{r}
3° **Granules** dosés à 1 centigramme.
4° **Comprimés** dosés à 25 milligrammes.

VENTE EN GROS : SOCIÉTÉ FRANÇAISE, 9, RUE DE LA PERLE, PARIS.

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôtel-Dieu de Lyon.)

Traitement de l'insuffisance rénale. Effets de l'opothérapie (rénothérapie et sérothérapie rénales) (1)

Par M. le prof. TEISSIER

A tout bien considérer, l'ensemble des moyens journellement employés pour combattre *la grande urémie*, symptôme ultime de l'insuffisance rénale complète, qu'il s'agisse du réveil de la fonction éliminatoire rénale par les diurétiques ou les médicaments cardiaques; de la mise en jeu de certaines fonctions vicariantes par les purgatifs ou les sudorifiques, ou enfin des procédés plus radicaux de la saignée ou de la ponction lombaire; ces moyens, malgré leur apparente diversité, concourent tous à un but identique et exclusif : restreindre la toxémie, résultat nécessaire de l'imperméabilité glandulaire, en favorisant l'élimination des poisons retenus, par les émunctoires naturels, ou en cherchant à les soustraire, directement, du sang circulant

Il était donc naturel de se demander si la thérapeutique n'était pas à même de faire plus ou de faire mieux, c'est-à dire de neutraliser directement ces poisons dans le milieu sanguin ou dans les tissus imprégnés par les œdèmes toxiques; si, en définitive, l'opothérapie, née des mémorables recherches de Brown-Séquard sur les sécrétions internes, et systématiquement employée dans le traitement du mal de Bright, n'était pas en état de réaliser ce résultat? Or, nous estimons que l'opothérapie rénale n'a pas failli à ses promesses. Si elle n'est pas encore entrée dans le domaine de la pratique courante, c'est qu'on a voulu lui demander plus qu'elle était rigoureusement susceptible de donner. L'expérience nous a appris d'autre part, qu'employée à son heure, dans des conditions nettement arrêtées, elle avait ses indications et son efficacité réelles. C'est à déterminer les conditions légitimant son emploi, les espérances qu'on peut fonder sur elle, comme à l'étude des meilleurs procédés permettant de la réaliser utilement, que nous devons nous appliquer aujourd'hui.

Il n'y a pas lieu de revenir sur les origines même de la méthode, on sait comment la doctrine de Brown-Séquard reçut, en ce qui concerne le rein, sa confirmation probante dans les expériences de Meyer, de Toulouse (1), d'abord, de Witzoü, de Bucarest (2), ensuite; et comment, reprenant nous-mêmes (3) la question sur la demande de Brown-Séquard, au point de vue clinique, nous avons démontré, dès 1894, avec le Dr Frenkel (4), les effets physiologiques et antitoxiques des injections d'extrait glycériné de rein chez des malades atteints d'insuffisance urinaire. Mais j'estime qu'il est préférable de ne pas s'arrêter aux questions historiques, qui ne présentent d'ailleurs qu'un intérêt secondaire, et de se cantonner sur le terrain de la pratique pure.

Trois procédés principaux ont été successivement mis en œuvre pour suppléer la fonction rénale défaillante, et remplacer le rôle de la sécrétion interne supprimée. Nous les étudierons successivement en suivant leur ordre chronologique d'apparition.

I

L'opothérapie rénale a été réalisée d'abord à l'aide de l'extrait *glycériné de rein*. C'est Dieulafoy qui, le premier, faisant à la clinique l'application de la doctrine de Brown-Séquard, eut l'idée d'y recourir dans un cas d'urémie brightique arrivée à la période de coma ultime, et où il ne pouvait guère espérer qu'une amélioration transitoire. L'extrait dont se servit Dieulafoy provenait de la macération, cinq heures durant, dans un vase plongé dans de la glace, de 200 gr. de la substance corticale d'un rein de bœuf minutieusement hâchée et triturée dans 300 gr. de glycérine et 280 gr. d'eau salée à 5 %, et dont le liquide passé à la bougie stérilisée à l'autoclave, donna un résidu de 55 gr. Ce liquide résidual reçut le nom de *Néphrine* et on en injecta 3 gr. 50 par jour. Les injections parurent un peu douloureuses, mais il ne semble pas qu'elles aient entraîné la production d'aucun accident local.

L'extrait glycériné auquel nous eûmes recours deux ans plus tard avec le Dr Frenkel, fut préparé sur notre demande par le Dr Léon Jacquet, pharmacien très expérimenté, et qui depuis a consacré à l'étude de la néphrine une monographie importante (1). C'est l'extrait glycériné du Dr Jacquet qui nous a toujours servi dans nos recherches hospitalières et que nous avons utilisé plus tard dans notre pratique privée. Voici comment est préparé cet extrait :

On utilise le rein de porc soigneusement recueilli en vase stérilisé, puis au laboratoire, ce rein coupé en rondelles minces, macère dans de la glycérine pure à 30°. Au bout de vingt-quatre heures la glycérine marque 20° Baumé, ce qui indique qu'elle a soustrait au rein macéré 30 % de suc, de telle sorte que l'extrait glycériné a la constitution suivante :

Glycérine anhydre....	67
Eau de glycérine......	3
Suc rénal............	30

Cet extrait, additionné d'eau chlorurée pour rendre l'injection moins douloureuse, séjourne ensuite deux heures dans le stérilisateur-filtre d'Arsonval sous pression d'acide carbonique à 60 atmosphères, puis on filtre à travers la bougie poreuse d'Arsonval à pareille pression. Le liquide ainsi filtré sort absolument limpide : on l'enferme alors dans des ampoules scellées au chalumeau et qui contiennent, par centimètre cube, tous les principes solubles renfermés dans 10 ou dans 25 centigr. de substance rénale, suivant que l'extrait glycériné primitif a été dilué dans 10 ou dans 5 parties d'eau salée. C'est la dilution au cinquième qui nous paraît être la solution préférable pour les usages thérapeutiques. Le vieillissement altère peu les extraits ainsi préparés; tant que le liquide conserve sa limpidité il reste utilisable.

Bien qu'on ait dit que pareille substance ne contenait pas les éléments essentiels de constitution glandulaire, à en juger par les effets réalisés, il nous paraît difficile de refuser à ces extraits une action physiologique réelle. Les deux observations si complètes que nous avons publiées avec Frenkel semblent ne laisser aucun doute à ce sujet. Chez la première malade, une maraîchère de cinquante-quatre ans, atteinte depuis cinq ans de néphrite interstitielle et compliquée, depuis deux mois, d'accidents sérieux d'auto-intoxication se traduisant par des céphalées, des troubles de la vue, des vomissements, de l'œdème et enfin une diminution énorme de la toxicité urinaire appréciée suivant la technique du

(1) Leçon professée à la Faculté de médecine de Lyon le 5 février 1904.

(1) Meyer. — Travaux du labor. de physiologie de la Faculté de méd. de Toulouse (*Arch. phys.*, janv. 1894).

(2) Vitzoü. — Sécrétion int. des reins (Biblioth. Alliance scient. universelle, Bucarest, 1895).

(3) Teissier. — *Province méd.*, Lyon, 21 avril 1894.

(4) Teissier et Frenkel. — *Arch. de physiol.*, janv. 1898.

(1) Léon Jacquet. — Des effets de l'extrait glycériné du rein (néphrine) dans le traitement de l'insuffisance rénale (Th. Lyon, 1898).

prof. Bouchard et représentée par un coefficient urotoxique de 0,136 à 0,216, nous voyons, le second jour du traitement opothérapique, ce coefficient monter à 0,368, l'urée et les sels subir une légère augmentation et surtout l'acide phosphorique s'élever de 0,28 1 gr. 24, alors que les doses d'albumin éliminées sont à peu près invariables Et en même temps que ces modifications importantes se produisaient dans la sécrétion urinaire, l'atténuation des signes de l'auto-intoxication s'accentuait d'une façon tellement rapide que, trois mois après, l'albumine ayant à peu près complètement disparu, la malade pouvait quitter l'Hôtel-Dieu dans un état très satisfaisant. A part une légère rechute survenue au bout de quelques semaines à la suite d'un peu de surmenage ou de quelques écarts de régime, l'amélioration ne s'est pas démentie, si bien qu'encore après trois ans, malgré une vie laborieuse et parfois assez fatigante, la patiente revue par nous se trouvait en parfaite santé; c'est à peine si l'élévation de sa tension artérielle et la présence d'un léger galop présystolique trahissaient un certain état d'infériorité relative de son système circulatoire et l'irritation sourde de ses appareils glomérulaires.

Les mêmes modifications heureuses de la sécrétion urinaire furent notées chez notre seconde malade, jeune femme de trente et un ans, mère de treize enfants et atteinte, depuis sa dernière couche, de néphrite tuberculeuse grave : relèvement de la toxicité urinaire (coefficient urotoxique moyen montant de 428 à 502), élévation modérée du taux d'élimination de l'urée et des chlorures, élimination des phosphates presque doublée, disparition de l'albumine. Toutefois, comme la malade est dans un état de cachexie tuberculeuse déjà avancée, elle finit par succomber aux progrès de l'infection qui la mine, mais sans que l'albumine ait reparu d'une façon appréciable, en tout cas sans avoir à aucun moment présenté des accidents urémiques.

M. Jacquet a reproduit avec beaucoup de soin nos expériences, répétées d'ailleurs bien des fois depuis dans notre service hospitalier, et tous ses résultats ont été concordants : c'est-à-dire surélévation notable du coefficient urotoxique, accentuation sensible du taux de l'acide phosphorique, mais variations peu appréciables de l'urée et de l'azote total ; dans quelques cas, légère augmentation du coefficient d'oxydation, mais bien souvent persistance du rapport azoturique préalablement noté; enfin et surtout *fixité très remarquable dans l'élimination des chlorures*. Ces faits méritent d'être retenus; ils devront être interprétés plus tard. Pour le moment nous nous bornerons à faire remarquer que cette *hypertoxicité urinaire* est bien le fait d'une action spéciale et *personnelle* des produits injectés, et non le résultat d'une élimination plus grande de déchets tenant à une suractivité des combustions que l'analyse urologique démontre absente. D'autre part, une série d'inoculations faites sur des animaux témoins, avec de l'urine normale additionnée de néphrine *à des doses très supérieures à celles injectées d'ordinaire à des malades*, ont prouvé que l'élimination du médicament n'était pour rien dans cette élévation remarquable de la toxicité urinaire.

Les résultats cliniques des injections sous-cutanées de néphrine ont confirmé bien des fois sous nos yeux les justes espérances qu'avaient fait naître dans notre esprit nos premiers essais; nous possédons de nombreuses observations où l'emploi systématique du médicament a combattu efficacement les accidents les plus pénibles de l'insuffisance rénale : crises de dyspnée subintrantes, céphalées urémiques tenaces, phénomènes gastro-intestinaux, indices d'une auto intoxication des plus graves. Et à notre avis, une des meilleures preuves de l'utilité du procédé, c'est l'instance avec laquelle, plus d'une fois à l'hôpital, un de nos malades ainsi traités a réclamé l'injection fortuitement oubliée, alors qu'en dehors des habitués de la morphine, les médications hypodermiques trouvent peu de faveur chez nos hospitalisés.

La place n'est pas ici aux observations détaillées; il me paraît difficile pourtant de ne pas rappeler l'histoire d'un négociant de Saône-et-Loire, venu nous consulter, il y a quelques dix ans, pour une néphrite chronique avec hypertension, cœur énorme, foie volumineux, œdèmes remontant mi-cuisses et menaçant d'envahir les grandes séreuses; à peine arrivé à Lyon, notre patient est pris d'accidents redoutables, de dyspnée urémique, il est obligé de s'aliter et pendant quelques jours les choses vont en s'aggravant de telle façon que je redoutais une issue fatale à brève échéance. J'eus alors l'idée de recourir aux injections de néphrine et, assisté du Dr Chatin, je lui fis injecter, matin et soir, deux centimètres cubes d'extrait glycériné au cinquième. Le soulagement fut rapide: les premiers accidents une fois conjurés, et le régime lacté aidant, associé aux diurétiques cardiaques, inhalations d'oxygène et autres moyens usuels, l'amélioration au bout de trois semaines fut telle que le départ put être décidé. A plusieurs reprises il se produisit des rechutes qui chaque fois furent conjurées par les mêmes moyens, c'est-à-dire par des séries de douze à quinze jours d'injections de néphrine. Mais petit à petit les choses s'accentuèrent dans le sens d'un rétablissement durable; et aujourd'hui, après dix ans, ce malade, toujours à la tête de son commerce, dirige ses affaires et semble pour tout le monde jouir des attributs extérieurs de la santé.

J'ai encore noté d'aussi remarquables résultats, bien que moins durables, chez une malade encore jeune, atteinte d'urémie gastro-intestinale, avec tendance au coma, et que j'ai considérée depuis comme affectée de dégénérescence kystique des reins. De nombreuses tentatives thérapeutiques avaient été faites sans résultat, et la situation paraissait éminemment grave, lorsque je proposai de pratiquer chez elle des injections bi-quotidiennes de 2 cc de néphrine. L'amélioration obtenue fut tellement rapide et complète que tout l'entourage était dans la joie d'un rétablissement qu'on n'osait presque plus espérer. Mais la néphrine qui avait combattu si heureusement les accidents toxémiques, n'avait eu aucune action sur le fonctionnement même du rein, dont l'imperméabilité restait très prononcée, avec un coefficient $\frac{\Delta}{\delta}$ d'environ deux unités pour une diurèse moléculaire totale n'atteignant pas 2000; si bien que, malgré la très grande amélioration obtenue, nous avions réservé notre pronostic et formulé très nettement nos craintes relativement à un retour offensif de l'intoxication; ce qui arriva d'ailleurs au bout de quelques semaines, et sans qu'on ait pu rien faire pour en conjurer l'issue.

Donc, en ce qui me concerne, et en tenant compte tant des faits expérimentaux que des observations cliniques, il me semble difficile de refuser à l'opothérapie rénale, réalisée à l'aide de l'injection d'extrait glycériné de pulpe rénale, une action appréciable dans les accidents de l'imperméabilité rénale.

On peut même se demander avec raison quels sont les motifs qui ont retardé la diffusion d'un procédé, somme toute, d'application facile et peu dispendieuse? Est-ce septicisme théra-

peutique? Est-ce insuccès trop souvent constatés en face d'accidents d'habitude si redoutables? La raison principale, à mon sens, c'est que le plus souvent on s'est adressé à la néphrine, seulement en désespoir de cause et alors que la néphrite était arrivée à la dernière phase de son évolution. Or, si l'on considère que le médicament ne saurait avoir la prétention de régénérer le parenchyme détruit, que même d'après les analyses minutieuses précédemment rappelées, son introduction dans l'économie n'exerce sur les fonctions glandulaires qu'une action à peine appréciable (1) et qu'en conséquence il ne saurait s'agir que d'une action directe sur les tissus, dont la néphrine augmenterait la résistance ou l'inaptitude à fixer les poisons, ou bien encore d'une action sur ces poisons mêmes, transformés dans leur constitution chimique, et rendus par suite plus facilement éliminables; donc il est bien évident que la néphrine ne saurait être envisagée comme douée d'une puissance curative proprement dite. C'est un moyen de combattre temporairement les désordres causés par les substances toxiques de la rétention, jusqu'à l'heure où le rein, devenu plus facilement perméable, les laissera filtrer, ou jusqu'à ce que les organes vicariants les aient éliminées ou détruites.

Les heureux effets de la médication ne devront être légitimement espérés au cours d'une évolution brightique que dans les cas d'urémie relevant d'une imperméabilité réalisée par la suppression fonctionnelle momentanée ou contingente de territoires restés relativement sains à côté des zones glandulaires détruites, et susceptibles en conséquence de récupérer, momentanément au moins, leur fonctionnement.

C'est faute d'avoir insuffisamment catégorisé les faits et pour avoir voulu trop généraliser, qu'on s'est préparé des déceptions qui, pour certains, ont fait croire à l'inefficacité de la méthode.

II

L'idée de suppléer à l'insuffisance des sécrétions internes par l'*injection d'une certaine quantité de sérum sanguin extrait de la veine rénale*, découle directement aussi de la conception de Brown-Séquard dont elle est, somme toute, l'application la plus rationnelle. Mais c'est seulement après la discussion générale, soulevée au Congrès de Montpellier, sur les effets de l'opothérapie, que cette idée a pris corps et nous est apparue comme susceptible d'application pratique (1). Bra (2), toutefois, dès 1895, avait nettement posé la question en se demandant « si le sang qui sort d'un organe, et qui contient par conséquent les produits de sécrétion interne de cet organe, n'aurait pas d'effet plus utile que les sucs extraits de la totalité de l'organe? »

C'est cette même idée qui, du reste, avait conduit Meyer à combattre la dyspnée de ses chiens urémiques par l'injection de sang veineux rénal, et que confirmèrent depuis, sans contestation possible, et Witzoü, de Bucarest, en conjurant les accidents de l'intoxication urinaire chez ses animaux néphrectomisés, par l'injection de sang défibriné de la veine rénale, et Turbure, médecin chef de l'hôpital de Pantélimon, en enrayant des troubles urémiques en évolution dans le cours d'une néphrite interstitielle grave, avec ses injections de 12 cc de sang veineux rénal défibriné.

Partant de ces notions tant expérimentales que cliniques, je songeai à utiliser systématiquement ce nouveau mode d'opothérapie rénale avec l'espoir de réaliser des effets thérapeutiques plus énergiques et surtout plus rapides, de façon à pouvoir, le cas échéant, parer aux accidents de l'urémie suraiguë contre laquelle les injections de néphrine sont souvent insuffisantes. Cette espérance, d'ailleurs, ne fut pas déçue : ayant prié le Dr Guinard, alors chargé de cours à l'Ecole vétérinaire et attaché au laboratoire de notre collègue M. Arloing, de vouloir bien extraire, à notre intention, une certaine quantité de sérum veineux rénal de chèvre dans toutes les conditions d'asepsie désirables, et largement approvisionné par lui, nous fûmes en état, dès le début de juin 1898, d'appliquer systématiquement le procédé et d'en étudier les effets avec toute la rigueur nécessaire. Ces premiers essais furent des plus encourageants : c'est ainsi que nous eûmes la satisfaction d'assister à une sorte de résurrection soudaine chez un jeune sujet de quinze ans, atteint d'anurie scarlatineuse, avec albuminurie massive, cylindres granulo-graisseux, céphalées intolérables, vomissements rebelles et dont la mort paraissait imminente, par l'injection dans le tissu cellulaire du flanc droit de 20 cc de ce sérum. Dès le soir de l'injection, l'amélioration était telle que la partie pouvait être considérée comme gagnée, et que le 9 juillet, soit moins de cinq jours après l'intervention, le malade paraissait en pleine convalescence : la céphalée et les vomissements avaient cessé, les cylindres avaient disparu et les urines, remontées à près de trois litres en vingt-quatre heures, s'accompagnaient d'une décharge de chlorures variant de 18 à 20 gr. par nyctémère.

Sans doute, si nous n'avions que cette seule observation pour étayer notre méthode, nous serions tenu à une plus grande réserve, car nous n'ignorons pas que les phénomènes urémiques même les plus accentués, sont parfois spontanément susceptibles de rétrocession soudaine, surtout lorsqu'il s'agit d'urémie survenue au cours d'une néphrite aiguë, et plus spécialement d'une néphrite scarlatineuse. Mais d'autres faits non moins probants peuvent être invoqués. Sans parler de l'observation de Turbure (1), intégralement traduite dans la thèse de notre élève de Lignerolles (2), et où l'on peut suivre pas à pas les effets de l'injection de sang veineux défibriné rénal, son influence sur la sécrétion urinaire, les variations de l'albuminurie, la toxicité de l'urine, et aussi l'évolution des symptômes correspondants, en même temps que se convaincre de l'efficacité de l'intervention dans un sens toujours identique, à chaque nouvelle agression de l'intoxication rénale, six fois reproduite, du 17 février au 6 avril 1896, je signalerai surtout les observations I et III de la thèse de De Lignerolles visant des malades de notre service de l'Hôtel-Dieu, et où les effets de l'injection de sérum veineux rénal nous apparaissent incontestables. Dans l'observation I, où il s'agit de dyspnée urémique avec œdème aigu du poumon et

(1) Ce fait vient d'être bien mis en lumière dans une observation toute récente de MM. Roque et Lemoine : dans ce cas où les injections de néphrine semblent avoir été suivies d'excellents effets et contribuèrent à vaincre une crise prolongée d'urémie que n'avaient pu modifier ni le régime lacté, ni les émissions sanguines, une amélioration notoire, prélude d'une guérison bientôt définitive, suivit rapidement l'usage de l'opothérapie; mais, fait d'une importance capitale à signaler, cette amélioration ne fut accompagnée d'aucune modification de la sécrétion urinaire et, en particulier, de la glycosurie phloridzique qui resta constamment négative, alors que, quelques semaines plus tard, l'épreuve de la chlorurie alimentaire avait facilement réveillé cette propriété des épithéliums glandulaires (voir Soc. méd. des hôp., Lyon, mai 1904).

(1) Congrès de Montpellier : Discussion des rapports sur l'opothérapie; de Cérenville, etc. (avril 1898).

(2) Bra. — Thérapeutique des tissus, 1895.

(1) E. Turbure. — Accès urémiques traités par le sang de veine rénale défibriné, (Spitalul, Bucarest, nº 25, 15-31 décembre 1896.

(2) De Lignerolles. — Des injections de sérum de la veine rénale dans le traitement de l'urémie (Thèse de Lyon, 1898).

péricardite brightique, le soulagement fut tel au bout de quatre injections, qu'en moins de trois semaines, la malade, complètement libérée de ses troubles respiratoires, et ayant gagné près d'un kilog, malgré la disparition de ses œdèmes, demandait à quitter le service, n'ayant plus que quelques râles discrets aux deux bases et un très léger frottement péricardique. Elle sortit donc malgré les craintes qu'on lui fit entrevoir de la possibilité d'une rechute, craintes justifiées d'ailleurs, car elle devait rentrer le mois suivant, et succomber à une crise d'asystolie dont on ne put triompher.

Les effets immédiats de la sérothérapie rénale furent aussi concluants dans l'observation III, concernant une malade de soixante-deux ans atteinte d'une néphrite chronique avec gros cœur, galop présystolique net, imperméabilité notable au bleu de méthylène, forte proportion d'albumine, et présentant en même temps des troubles nerveux marqués (troubles de la parole, hémiparésie droite, etc.). Dès le surlendemain de la première injection, l'amélioration est frappante, l'albuminurie se réduit au minimum, les symptômes nerveux s'amendent, la malade parle correctement et peut faire usage de sa main droite, au point de pouvoir porter un verre à sa bouche, alors qu'il lui était précédemment impossible de tenir un crayon.

Donc, les bons effets de la sérothérapie rénale pratiquée dans les conditions que nous venons de rapporter, ne nous paraissent pas contestables; et la technique à laquelle nous avons eu recours nous semble pouvoir être conservée. Voici cette technique :

Turbure avait employé le sang veineux rénal du chien après simple défibrination, estimant que les principes toxiques contenus dans le sang circulant résident exclusivement dans le plasma; et il en injectait de 12 à 14 cc, sans que, entre ses mains, l'injection ait produit de réaction locale bien prononcée. Nous avons préféré recourir au sérum extrait, par aspiration, de la veine rénale de la chèvre, animal réfractaire généralement à la tuberculose, et dont le sérum est relativement peu toxique (moins que celui de l'homme). Nous avons injecté d'emblée 20 cc à la fois, sous la peau de l'abdomen. L'injection a toujours été bien tolérée, bien qu'ayant provoqué assez souvent une réaction fébrile passagère, parfois même intense (il n'est pas rare de voir, en effet, pendant la journée qui suit l'injection, le thermomètre monter à 39 ou 40 degrés). Or, MM. Guinard et Dumarest ayant démontré que le sérum perd son action toxique en vieillissant sans perdre ses propriétés antitoxiques (1), qu'il conserve de longs mois après la prise, nous pensons qu'il est préférable de ne pas employer du sérum frais.

Les effets de l'inoculation sont, le plus souvent, tout à fait rapides. Les troubles symptomatiques (vomissements, dyspnée, céphalée rebelle), s'atténuent au bout de quelques heures, malgré la réaction fébrile que nous venons de signaler et qui s'accompagne assez fréquemment de diarrhée. Simultanément apparaissent des modifications importantes de la composition des urines, c'est d'abord la diminution parfois très remarquable, de l'albuminurie; puis, et cela constamment, avec le relèvement de la diurèse, l'augmentation notable du taux de l'urée et des chlorures, *l'atténuation légère des phosphates*, et, dans le plus grand nombre des cas, la diminution, *immédiate tout au moins, mais très sensible, de la toxicité urinaire.*

Ce dernier fait mérite toute l'attention. Nous y avons longtemps réfléchi, sans en trouver la raison rigoureuse; mais il est constamment indiqué dans les analyses de Turbure; il figure aussi dans presque toutes les observations de la thèse de de Lignerolles, et sans qu'il puisse y avoir de confusion possible, ou d'erreur d'interprétation. Les chiffres sont significatifs, car ils indiquent de fortes différences. Turbure signale une chute de toxicité de 264 à 162, de 726 à 245; de Lignerolles inscrit, de son côté, des coefficients urotoxiques tombant de 340 à 132, de 111 à 78, de 310 à 132, etc. Ces faits sont d'autant plus importants à signaler, qu'ils sont d'une interprétation plus délicate, apparaissant comme paradoxaux, en tout cas, comme contradictoires, si on les rapproche des indications fournies plus haut, sur les effets des injections de néphrine, dont l'influence se traduit, au contraire, par l'élévation formelle de la toxicité urinaire.

Certes, l'interprétation de semblables divergences est malaisée, car on est forcé de rester sur le terrain des hypothèses, et la seule conclusion qui s'impose, c'est que les deux procédés, tout en arrivant à des résultats analogues, réalisent ces résultats par des voies sûrement différentes. La néphrine, avons-nous dit, paraît n'avoir sur la cellule des tubuli, aussi bien que sur la circulation glomérulaire, qu'une action insignifiante ou nulle : ici il n'en saurait être de même. L'active modification de la fonction rénale qui se manifeste par la forte élimination de l'urée et des chlorures, s'accompagne, très vraisemblablement aussi, de l'exaltation de la fonction endo-sécrétoire des épithéliums, et conséquemment de leur valeur antitoxique interne; peut-être aussi, les antitoxines contenues dans le sérum injecté, sont-elles susceptibles de neutraliser, pour une certaine part, les produits usés et les déchets retenus dans la circulation; peut-être enfin ce sérum, capable d'entraîner des réactions générales intenses, provoque-t-il dans l'organisme des phénomènes défensifs en sollicitant, par exemple, la suractivité fonctionnelle de certains organes destructeurs de poisons, comme le foie, dont l'intervention plus active cadre bien avec l'hyperazoturie constatée? Toutes conditions réunies qui peuvent avoir logiquement et comme conséquence nécessaire, le résultat d'atténuer sensiblement la toxicité du sang circulant, et consécutivement celle des urines, double phénomène marchant habituellement de pair avec l'amélioration des accidents.

Le problème est donc infiniment complexe, et il ne nous appartient pas de le résoudre définitivement, dans l'état actuel de nos connaissances. Mais ce que nous ne pouvons pas contester, ce sont les effets réalisés, et, quelle que soit l'interprétation qu'on en puisse fournir, la clinique doit les enregistrer avec intérêt.

III

Le troisième procédé mis en œuvre, pour suppléer à l'insuffisance fonctionnelle du rein, consiste à utiliser directement la pulpe de l'organe cru et à administrer par voie gastrique la macération de la glande dans toutes ses parties. C'est ce que nous pourrions appeler l'*opothérapie intégrale*. Dès 1895, Chipérowitz (1), de Saint-Pétersbourg, avait préconisé cette méthode et l'avait appliquée à un certain nombre de malades; quelques praticiens français, même à notre connaissance, y avaient eu recours accidentellement, à défaut d'extraits glycérinés; mais la méthode ne s'était pas généralisée, et il ne fallut rien moins que les retentissantes communications de nos collègues Dubois (2) et Re-

(1) Guinard et Dumarest. — Atténuation spontanée de la toxicité des sérums normaux et pathologiques (Soc. biol., 1897).

(1) Chipérowitz. — In *Gazette* de Botkine (Saint-Pétersbourg, 1896).

(2) Dubois. — Antitoxine rénale et albuminurie (Société de biologie, 1903).

naut (1) pour attirer sur elle l'attention du public et des médecins.

L'opothérapie intégrale a été réalisée indifféremment avec des reins de mouton, de porc ou de veau. Chipérowitz est allé jusqu'à faire ingérer quotidiennement la pulpe de vingt à trente reins de mouton. Dubois avait prescrit la macération de trois reins de porc par jour, et pendant deux semaines consécutives. Renaut conseille aussi d'absorber deux ou trois reins de porc par vingt-quatre heures, mais seulement pendant dix jours, pour éviter les accidents d'intolérance qui sont loin d'être rares.

Voici la manière de procéder adoptée par M. Renaut, et développée par lui en longs détails dans son mémoire académique : deux ou trois reins de porc sont décapsulés, bien lavés, puis hâchés menu et triturés dans un mortier. On ajoute à la pulpe, ainsi préparée, 450 grammes d'eau salée à 7 °/₀₀; on laisse macérer quatre heures, puis on décante minutieusement. Le liquide ainsi recueilli, et qui représente le volume de trois à quatre tasses à thé, contient la grande majorité des éléments glandulaires vraiment utiles, et il suffit de l'administrer dans un peu de lait ou de bouillon, en trois ou quatre fois.

En général, les malades éprouvent un peu de répugnance à absorber la préparation : cependant, en mettant un peu de bonne volonté, on arrive assez facilement à surmonter les premiers dégoûts ; d'autant qu'à notre avis, il n'est pas nécessaire de recourir à des macérations aussi concentrées ; un seul rein de porc nous ayant paru plusieurs fois réaliser l'effet thérapeutique recherché, avantage qui n'est pas à dédaigner, étant donné la toxicité certaine des macérations d'organes.

Mais cet effet, dans un certain nombre de cas, ne saurait être contesté ; et, sans compter les exemples sur lesquels M. Renaut a cru pouvoir étayer sa démonstration, il est à notre connaissance plusieurs faits cliniques où l'amélioration de l'état général ou des symptômes toxémiques a nettement suivi l'ingestion de la macération glandulaire en même temps que du côté de l'urine se constatait une diminution progressive du syndrôme albuminurique.

Malheureusement, la méthode n'est pas d'une application toujours facile : certains malades, d'abord, ne peuvent surmonter leur répugance ; chez d'autres, l'existence de troubles gastro-intestinaux graves rend toute ingestion par la voie stomacale impossible ; il en est, enfin, qui présentent des signes d'intolérance, ou des accidents toxiques variés (urticaire, diarrhée, éruption varicelleuse, etc.) qui forcent à suspendre l'administration du remède. Je connais même un certain nombre de cas où le symptôme albuminurie s'est trouvé tellement exalté, que la médication a dû être arrêtée d'urgence (1). Mais peut-être une technique nouvelle supprimerait-elle ces inconvénients divers qui relèvent, sans doute, de la présence, dans le liquide absorbé, de substances toxiques élaborées ou condensées dans les cellules glandulaires, et que la stérilisation des produits de macération ou leur filtration sous pression, feraient peut-être disparaître.

Quoi qu'il en soit, des effets indéniables ayant été obtenus, il importe de chercher à en démêler le mécanisme, comme nous l'avons fait précédemment pour les extraits glycérinés et les injections de sérum stérilisé de la veine rénale.

Les observations publiées par M. Renaut ne sont, malheureusement, pas assez explicites ; l'absence de renseignement précis sur l'état de la perméabilité rénale, avant et après l'application de la sérothérapie, le silence presque constant sur le taux d'élimination des chlorures, l'absence de toute recherche cryoscopique ou de toxicité urinaire ne nous permettent pas d'établir un parallèle serré entre ce procédé opothératique et les deux modalités précédentes, ce qui aurait pourtant un grand intérêt. Nous ne pouvons donc faire que des rapprochements incomplets ; or, à cet égard, nous serions tenté de croire que la macération du rein agit plutôt comme la néphrine que comme le sérum de la veine rénale, c'est-à-dire en diminuant les signes de la toxémie, en agissant directement sur les tissus ou sur les poisons, et sans modifier sensiblement les fonctions du rein lui-même. Car les seules analyses complètes qui soient à notre connaissance (faits de Roque et de Lemoine), attestent une sorte d'immobilité dans l'élimination des chlorures et des différences, à peine accusées, des valeurs cryoscopiques de l'urine examinée avant et après la cure opothérapique.

M. Renaut a tenté une explication fort ingénieuse des effets de la sérothérapie intégrale, bien qu'encore toute hypothétique. Notre collègue admet qu'à la faveur des produits de la macération rénale, on introduit dans le torrent circulatoire, pour être fixés ensuite par la cellule des tubulis en vertu d'une sorte de propriété élective, des organites particuliers, dits « grains de sécrétion » (Gurwitz), ou de ségrégation (Renaut), organites jouant dans la cellule épithéliale saine le rôle de véritables *condensateurs de poisons*. Ces organites altérés ou detruits dans les dégénérescences rénales, et n'exerçant plus leurs propriétés fixatrices sur les substances toxiques à éliminer, les poisons retenus dans le sang seront désormais libres d'exercer leur influence nocive, jusqu'au moment où de nouveaux grains de ségrégations, artificiellement introduits, les condenseront à nouveau dans le protoplasma chargé d'élaborer leur élimination.

Sans doute, cette conception repose sur des faits histologiquement démontrés. L'existence des grains de ségrégation ne saurait être discutée ; les travaux de R. Heidenhain, de Tridonneau, de Gurwitz, font autorité, et les recherches toutes récentes de Regaud, sur la structure du rein des ophidiens, ont mis en relief, grâce à de magnifiques préparations, et avec une admirable netteté, ces grains vacuolaires accumulés dans la région supranucléaire des épithéliums, en même temps qu'elles en fixaient avec une précision achevée, les différents aspects évolutifs sous l'influence des imprégnations

(1) J. Renault. — In *Bulletin acad. de médecine*, décembre 1903.

(1) Bien que l'existence des cytotoxines rénales ne soit pas encore démontrée, il n'en est pas moins vrai que toutes les expériences récemmment poursuivies à ce sujet prouvent la très grande toxicité des macérations d'organe. En ce qui concerne le rein, les recherches de Ramond et Halot, de Castaigne et Rathery, etc., ne laissent aucun doute : l'injection sous-cutanée ou intra-péritonéale de deux reins de cobaye à un lapin entraîne rapidement la mort, chez les lapins néphrectomisés ; et l'injection d'un rein de lapin par kilogr. d'animal, non seulement ne retarde pas l'évolution des phénomènes urémiques, mais précipite considérablement la terminaison mortelle.

A un autre point de vue, les expériences de Néfédieff, Albarran et Léon Bernard, ont démontré que les sérums néphrotoxiques (sérum d'animal préalablement injecté avec une macération de rein provenant d'un animal d'espèce différente) sont susceptibles d'entraîner, chez les animaux inoculés de la congestion du rein, avec albuminurie, et peut être même des lésions cellulaires des épithéliums. Dans ces conditions, il n'est pas impossible que l'ingestion de macération de rein de porc ou de veau, puisse, chez certains sujets plus sensibles, faciliter la congestion du rein, et entraîner la recrudescence de l'albuminurie (consulter le mémoire d'Albarran et Léon Bernard (in *Archives méd. expér.*, janvier 1903), et les faits anatomiques que plus récemment MM. Le Play et Corpechot ont produits devant la Société anatomique. (*Bull.*, février 1904).

colorées (1). D'autre part, les naturalistes compétents adhèrent tous aux doctrines d'Overton et de Gurwitz, et admettent que les substances appelées à pénétrer la cellule rénale, en franchissent la paroi soit à la faveur des éléments lipoïdes pour les substances dites vitales (Gurwitz), soit par simple voie osmotique pour les substances dissoutes *afin de se condenser* ensuite dans le protoplasma de la cellule, les premières dans la zone infranucléaire sous forme de vacuoles lipoïdes, les autres sous forme de grains de ségrétion entre le noyau et le plateau de la cellule. Les investigations toutes récentes de MM. Regaud et Policard, tout en différant sur quelques points secondaires, n'ont fait que confirmer l'importance de ces doctrines.

On conçoit donc combien un histologiste de marque comme le professeur Renaut devait être séduit par des faits aussi sérieusement contrôlés et comme il devait être tenté d'appliquer à la clinique les résultats d'une conception fortement étayée par les remarquables travaux émanés de son laboratoire. Mais il faut bien reconnaître que de semblables notions ne sauraient être appliquées sans réserve à la pathologie humaine. D'abord les grains de ségrégation, bien que vraisemblablement présents aussi dans le rein de l'homme n'y ont pas été démontrés. Il ne semble pas non plus que M. Renaut ait même isolé, dans les produits de la macération rénale préparée pour l'ingestion, ces grains ségrégateurs condensateurs des poisons; et en admettant même qu'une propriété, analogue à celle qui, suivant la conception de Metchnikoff, fixe les néphrolysines sur les éléments du rein, à l'exclusion des autres parenchymes, appelle en pareil cas au niveau du rein malade, les grains ingérés *et parvenus intacts dans la circulation*, on aurait encore peine à comprendre comment des éléments histologiques *représentant des organites constitués* seraient susceptibles de franchir, sans modification préalable, les enveloppes de cellules altérées et dont le protoplasma est devenu inapte à les retenir.

Quoi qu'il en soit de cette discussion rendue nécessaire par l'autorité du principal vulgarisateur de la méthode, et par la faveur avec laquelle furent accueillis les premiers résultats cliniques publiés, il n'en reste pas moins acquis que, dans certains cas, l'ingestion de macération de rein de porc a paru combattre nettement les accidents de l'insuffisance rénale et réduire corrélativement l'importance de l'albuminurie. La méthode doit donc entrer dans le domaine pratique, à la condition toutefois de l'appliquer avec prudence et discernement, de réduire la dose du parenchyme macéré et de ne point oublier que les macérations d'organes sont douées de propriétés toxiques qui imposent de ne les employer qu'avec ménagement.

IV

Il ne nous reste plus maintenant qu'à établir les indications cliniques auxquelles l'opothérapie rénale doit satisfaire, et aussi les règles qui fixeront notre choix en ce qui concerne la préparation à employer. D'une façon générale, l'opothérapie semble devoir trouver son application dans tous les cas d'insuffisance rénale quelles qu'en soient l'importance, l'acuité ou la signification. Mais, comme nous l'indiquions déjà plus haut, on n'est autorisé à compter sur des effets vraiment utiles, que si le parenchyme n'est pas trop gravement désorganisé et s'il s'agit surtout de phénomènes urémiques tenant à *une brusque suspension de l'activité rénale* (néphrite aiguë, congestion intense du rein produisant de l'oligurie passagère, anurie calculeuse, etc...) ou à la suppression fonctionnelle, dans un rein préalablement malade, des portions de parenchyme restées jusque-là perméables, mais momentanément inhibées sous l'influence d'un surmenage soudain ou sous le coup d'un refroidissement intense (tels les coups d'urémie passagère relevant de poussées fluxionnaires sur un rein polykystique ou primitivement frappé de néphrite interstitielle). On conçoit qu'en pareille circonstance la rénothérapie puisse rendre de sérieux services en contrebalançant l'action toxique des produits de rétention, jusqu'au jour où, par suite de la médication employée (saignée générale ou locale, révulsifs, diurétiques, etc.), les voies d'excrétion s'ouvriront à nouveau, rétablissant, dans la perméabilité de la glande, l'équilibre relatif que l'accident en cours avait rompu.

De la sorte, la rénothérapie nous apparait surtout comme *un excellent moyen d'attente* permettant aux médications rationnelles de faire leur œuvre, moyen s'adressant en somme à la défaillance rénale, comme la digitale s'applique à la crise d'insuffisance cardiaque, mais sans être plus en mesure de réparer les désordres anatomiques réalisés dans le rein par le processus brightique, que la digitale n'est capable de restaurer les lésions du myocarde ou de réparer les altérations valvulaires.

A n'en pas douter, et d'après nos observations personnelles, c'est le sérum de la veine rénale en injections sous-cutanées qui nous paraît doué des propriétés les plus actives et les plus efficaces. C'est à lui qu'il nous semble préférable d'avoir recours dans les cas suraigus et immédiatement menaçants où il importe surtout d'agir vite. On nous objectera peut-être que la méthode n'est pas d'application facile et que le sérum veineux rénal n'est pas une préparation courante : ceci n'est pas une difficulté insurmontable, étant donné la multiplicité des établissements sérothérapiques actuellement institués, et la longue conservation des propriétés antitoxiques dans ces sérums vieillis. Mais à défaut de sérum, on n'hésitera pas à recourir à l'injection de néphrine (2 cc matin et soir si le temps presse) ou à l'ingestion de macération directe de viscère, si l'état des voies digestives du malade le permet. Car, alors même que la situation semble immédiatement compromise, l'action antitoxique de l'extrait glycériné exerce toujours, partiellement tout au moins, ses effets modérateurs sur les symptômes les plus pénibles de l'urémie et, en particulier, sur les céphalées, les vomissements et les crises dyspnéiques; dans quelques cas même, on aura la satisfaction d'assister à la disparition complète des accidents et au rétablissement du malade. Ces faits heureux ne sont pas rares et nombreux sont les médecins qui en ont recueilli des exemples. C'est ainsi qu'à côté de nos observations personnelles, qu'à côté de celles des professeurs Dieulafoy, Dubois et Renaut, de MM. L. Jacquet, Gonin, Roque (1), Capitan, Cassaët, etc., on peut rappeler encore, avec les faits déjà anciens et si remarquables de Chiperovitch et de Donovan, les observations plus ré-

(1) MM. Regaud et Policard ont, en effet, montré dans une série d'investigations minutieuses, que ces grains de ségrégation fixaient les colorants avec une intensité progressive et croissante, et qu'il y avait en somme une sorte d'accumulation de la matière colorée jusqu'à maturation; alors, si l'on écrase la cellule ainsi préparée les grains mis en liberté apparaissent absolument incolores, comme dégagés de l'atmosphère humide où ils baignaient, et qui, elle, retient et conserve la masse colorée dissoute. Le grain ne se colore donc pas lui même, il ne fait que fixer à sa surface la matière qu'il est destiné à retenir. (Consulter à cet égard les auteurs, in *Arch. d'anatomie microscopique*, t. II et III, 1903, et thèse Policard, Lyon, 1903.)

(1) Roque. — Soc. med. des hôp. de Lyon mai 1904.

(2) Capitan. — *Médecine moderne*, 1904.

centes d'Obolenski, de Spolverini à la clinique de Rome ou de Taruella (1) à Barcelone. Ces différents témoignages me paraissent suffisants pour attester qu'entre les effets réalisés et la médication prescrite, il existe une relation nécessaire et que les faits favorables ne sont point seulement attribuables à des coïncidences trompeuses.

Mais si l'on considère, d'autre part, que les lésions épithéliales étendues s'accompagnent toujours d'un amoindrissement général des forces, d'asthénie cardiaque, de phénomènes anémiques marqués, on est bien tenté d'admettre que la sécrétion interne n'a pas seulement une action antitoxique, mais qu'elle exerce aussi une influence excrémentitielle, qu'elle agit sur l'activité des échanges et peut-être encore sur les actes fermentatifs de la vie intracellulaire. D'où la pensée légitime que les extraits opothérapiques peuvent et doivent trouver leur application rationnelle pour contrebalancer, chez les brightiques débilités, le déficit des actes endo-sécrétoires. Nous pensons donc qu'on peut utilement, dans l'évolution des néphrites épithéliales, conseiller de temps en temps et par périodes régulières, une cure opothérapique en dehors même des complications urémiques. Et c'est ainsi que bien des fois il nous est arrivé de prescrire (douze ou quinze jours consécutifs tous les deux mois) une injection quotidienne de 1 cc de néphrine, à titre de médication tonique ou réparatrice. A ce même titre, chez certains malades mêmes, nous avons cru pouvoir substituer aux injections de néphrine (notre provision étant épuisée) des injections de liquide orchitique ou, plus souvent, chez les malades répugnant aux injections hypodermiques, la solution de Pœhl, préparée pour ingestion gastrique, à la dose de X gouttes deux fois par jour, dans un peu d'eau de Vichy : les effets obtenus ont été très analogues; nous avons constaté l'amélioration des forces, le relèvement de la pression artérielle et quelquefois la diminution sensible de l'albuminurie. Ces effets de l'*opothérapie orchitique* appliquée au traitement du mal de Bright sont intéressants à signaler, car ils éclairent d'un certain jour le rôle des sécrétions internes et le sens de leur influence sur les phénomènes intimes de la nutrition.

D'une façon générale, ce sont les malades affectés de néphrite mixte ou parenchymateuse, chez lesquels l'épreuve de la glycosurie phloridzique reste négative qui me paraissent particulièrement justiciables de cette application prolongée et systématique de l'opothérapie rénale.

Pour conclure, l'opothérapie rénale, quelle que soit la forme sous laquelle on l'applique, constitue un procédé thérapeutique dont le praticien aurait tort de se priver. A condition de mettre les choses à leur vraie place, de ne pas demander à la méthode des effets définitivement curateurs et de la considérer seulement comme un adjuvant parfois puissant, presque toujours utile des moyens habituellement employés pour parer aux accidents de l'insuffisance rénale quelle qu'en soit l'expression, le médecin trouvera dans son emploi autre chose que des déceptions. Quant au choix du procédé à employer, il sera subordonné aux exigences de la situation, à l'intensité ou à la soudaineté des accidents, comme aussi à la tolérance du malade.

(1) Taruella. — Opoterapia renale (*Rev. de med. y chir.*, n° 1, 1901, Barcelone.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juin

Sur l'action toxique des vers intestinaux

(Note de **MM. L. Jammes et H. Mandoul**, présentée par M. Giard.)

Différents auteurs ont attribué, dans ces dernières années, une partie des troubles que provoquent, sur leurs hôtes, les vers intestinaux à l'action de substances toxiques sécrétées par ces derniers. Les expériences sur lesquelles se basent ces auteurs n'ont pas donné, toutefois, des résultats entraînant la certitude et récemment, Cao, Jammes, Bézy, Ricardo Lynch, etc. ont déclaré, en se basant sur les faits cliniques ou sur l'expérimentation, n'avoir pu constater les effets toxiques signalés par leurs devanciers. Nous avons institué de nouvelles recherches en vue de préciser cette question si controversée des toxines helminthiques.

De ces recherches, que nous nous proposons d'exposer en détail dans un prochain mémoire, découlent les conclusions suivantes :

1° La production exceptionnelle de troubles chez les hôtes de vers intestinaux vulgaires et l'innocuité des liquides extraits du corps de ces derniers tendent à démontrer que les manifestations morbides observées sur les hôtes ne peuvent être rapportées à des propriétés toxiques, habituelles, des vers qu'ils hébergent.

2° Il semble plus rationnel de rattacher les troubles à des actions d'ordre essentiellement mécanique. Celles-ci sont suffisantes pour expliquer les phénomènes observés. Les irritations causées par les vers sur la muqueuse intestinale peuvent être, en effet, le point de départ de désordres nombreux; la symptomatologie de ces derniers ne différant, d'ailleurs, en rien de celles des troubles digestifs ordinaires. L'aspect des accidents revêt les formes les plus variées et se présente avec des intensités très différentes en rapport, d'une part, avec l'action du parasite : nombre, siège, mode de nutrition, déplacements, etc., d'autre part, avec la nature du terrain : degré de sensibilité des hôtes.

A ces causes mécaniques essentielles peut s'ajouter, pour les ascaris, l'action de la substance volatile, irritante dont les effets sur les muqueuses (conjonctive, pituitaire) ont été souvent signalés. Cette substance agit, peut-être, aussi, sur la muqueuse intestinale; mais, s'il en est ainsi, elle a un rôle qui reste inappréciable dans la grande majorité des cas et son action est très localisée.

Les vers intestinaux doivent, en somme, être considérés non comme la cause efficiente des troubles qui coïncident parfois avec leur présence, mais comme des agents provocateurs, à rôle indirect, pouvant devenir, dans certaines conditions, la cause occasionnelle de manifestations morbides variées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juin

Sur quelques effets physiques de la rétention de l'urée dans l'organisme malade

MM. Ch. Achard et G. Paisseau. — Cette rétention n'est pas rare dans les maladies les plus diverses : affections aiguës, cardiopathies, néphrites.

Chez les sujets en état de rétention, l'ingestion d'urée peut augmenter la pression artérielle.

L'ingestion d'urée peut provoquer la fixation d'eau dans les tissus, et même l'œdème.

La rétention de l'urée dans les tissus — comme l'excès de toute autre substance, d'ailleurs — peut entraîner une rétention secondaire des chlorures. Sans doute, la quantité d'urée qui s'accumule dans les tissus n'est pas considérable; mais, si le phénomène se poursuit d'une façon continue, et si d'autres produits de désassimilation que l'urée sont en même temps retenus, on conçoit que ce facteur de rétention chlorurée ne soit pas négligeable.

Lorsque cesse la rétention d'urée, la rétention de chlorures qui en est la conséquence doit également prendre fin, et c'est vraisemblablement pourquoi la crise chlorurique suit assez fréquemment la crise azoturique.

Sur des culicides recueillis

I. Dans les régions du Tchad et du Chari

M. A. Laveran. — M. le Dr Decorse a bien voulu me confier, pour en faire l'examen, des échantillons de culicides recueillis par lui, au cours du voyage de la mission Auguste Chevalier, dans les régions du Tchad et du Chari.

Les faits les plus intéressants résultant de l'examen de ces échantillons de culicides, peuvent se résumer comme il suit:

1° Les anopheles abondent dans les localités notées comme les plus insalubres du Bas-Chari ou des rives du Tchad; dans certaines localités (Kouka, Dougia), la proportion des anopheles par rapport aux culicides recueillis est de 100 °/o.

2° Tous les anopheles recueillis dans le Bas-Chari et au voisinage du Tchad appartiennent aux deux espèces les plus communes dans les régions de l'Ouest africain : A. costalis et A. funestus; c'est A. costalis qui est, de beaucoup, l'espèce dominante.

3° Au fort Archambault l'espèce dominante est une mansonia, les anopheles sont très rares (1 seul sur 30 culicides); il est vrai de dire que, dans ce poste, les culicides ont été recueillis au mois de novembre, tandis que les autres échantillons ont été recueillis d'août à septembre.

II. Dans le Haut-Tonkin

M. le Dr Kermorgant, inspecteur du service de santé des troupes coloniales, a bien voulu me remettre récemment des échantillons de culicides provenant de différentes localités du Haut Tonkin. Les culicides du Haut-Tonkin sont encore peu connus, et la plupart des envois provenaient de postes militaires dont il importe de connaître le degré de salubrité.

Presque tous les anopheles trouvés dans ces échantillons se rapportent à deux espèces : A. sinensis et A. Vincenti.

Au point de vue pratique, la grande fréquence des anopheles dans le Haut-Tonkin est importante à noter; c'est dans les localités les plus insalubres que ces culicides ont été trouvés en plus grand nombre. Des mesures de protection contre ces culicides s'imposent dans les postes déjà construits et, à l'avenir, il y aurait lieu, avant d'installer un poste, de faire une enquête sur l'abondance et sur la nature des culicides qui s'y rencontrent.

Sur un cas de tuberculose humaine transmis à une vache

M. E. Huon fait entrer dans son service de vaccination jennerienne une vache tarentaise, âgée de six ans, destinée à l'entretien des veaux vaccinifères. L'animal, soumis à l'épreuve de la tuberculine, donne une réaction nulle. Mise dans un local isolé de tout contact d'autres animaux, elle est confiée aux soins d'un employé, ancien alcoolique, atteint depuis plusieurs années de broncho-pneumonie. Au bout d'une année, M..., mourut après une courte maladie, d'une tuberculose à marche subaiguë. Quelques jours après, on soumit de nouveau la vache à une seconde épreuve de tuberculine dont le résultat fut nettement positif. A l'autopsie de la vache, on pu se rendre compte que la tuberculose était uniquement localisée à la cavité pulmonaire et siégeait dans les ganglions bronchiques et pulmonaires et sur la séreuse pleurale. De cette observation, M. Huon a conclu que cette vache avait été contaminée par son employé. Cet homme avait la mauvaise habitude de cracher partout, et c'est par les expectorations desséchées que la maladie s'est transmise. (*Réunion biologique de Marseille*).

Séance du 2 juillet

Nanisme expérimental

MM. Charrin et Le Play. — Il est aisé de voir quelles considérables différences (on poids environ 400, au lieu de 1400 gr.) offrent les photographies, les squelettes complets, montés avec les os séparés que nous montrons. Or, série par série, ces animaux ont tous appartenu à une même portée et ont vécu dans les mêmes conditions. Toutefois, les moutons ont reçu sous la peau des produits intestinaux de nouveau-nés.

Leurs os ont moins de chaux, de phosphore, les radiographies présentées les révèlent plus transparents. Le foie, les reins, le sang, etc., sont lésés, de même les organes génitaux, le corps thyroïde ; comme ces viscères actionnent par eux-mêmes l'évolution, leurs tares interviennent dans le genèse du nanisme. Il y a donc complexité dans le mécanisme de ces accidents, action sur les échanges et les cellules en général, action sur certains appareils spéciaux Par surcroit, on voit comment les poisons digestifs agissent sur d'autres viscères.

Tous les extraits organiques ne sont pas aptes à engendrer ces anomalies. Mais les principes générateurs de ces désordres existent dans les intestins des nouveau-nés sains aussi bien que dans ceux des sujets malades ; la production de ces insuffisances évolutives est liée à l'état de la muqueuse, qui contient des éléments propres à atténuer ces principes.

En somme, si on se souvient qu'ici, avec M. Gley, nous avons présenté des nains obtenus en imprégnant les ascendants de toxines variées, on verra que l'expérimentation nous a permis de reproduire les types les plus communs des arrêts de développement enregistrés par la clinique, types en rapport avec les gastro-entérites, types en rapport avec les infections des générateurs (para-syphilis, para-tuberculose).

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 13 juin

Quelques recherches de cryoscopie

M. Uteau. — Il semble rationnel de penser que, dans l'urémie, les substances qui ne s'éliminent plus par le rein sont retenues en deçà dans le sérum sanguin dont le point Δ doit se trouver, par conséquent, abaissé. V. Koranyi, le premier, l'a démontré de par la clinique et l'expérimentation, et Kümmel (1) a généralisé ces constatations et en a tiré une méthode qui consiste à déterminer le point Δ du sang. Lorsque celui-ci descend au-dessous de — 0,58 à — 0,60 on doit considérer l'activité éliminatrice des reins comme insuffisante. En particulier, lorsque ce fait est observé chez des sujets atteints d'une affection rénale unilatérale, telle que la tuberculose ou le cancer, on est en droit de conclure que le rein opposé au rein malade est lui même insuffisant et que la néphrectomie est contre-indiquée. On connaît également la théorie de L. Bernard, basée sur la cryoscopie comparée du sang et de l'urine, et d'après laquelle il établit le rapport $\frac{\Delta o}{\Delta s}$ dont il multiplie le quotient r par V (volume de l'urine émise en vingt-quatre heures, soit $r \times V = R$ qui représente l'élimination moléculaire.

Ces théories présentent certaines causes d'erreur que nous n'avons pas à apprécier ici, et si la méthode de L. Bernard, à quelques exceptions près, reste encore une des méthodes cryoscopiques les plus satisfaisantes, il n'en est pas de même de celle de Kümmel (2) dont les conclusions chirurgicales qu'il en tire nous paraissent en dépasser la portée.

De toutes les causes d'erreurs signalées, nous n'en retiendrons qu'une seule, c'est que (3) « le rein est quelquefois altéré sans qu'il y ait augmentation du point Δ ». N'y a-t-il pas des cas même plus difficiles à expliquer où la perméabilité se montre normale, mais où l'oligurie entraîne la diminution de l'élimination moléculaire globale et, cependant, Δs reste normal et L. Bernard (4) cite à l'appui l'obs. XXIII et l'obs. XXIV (p. 108).

Claude et Balthazard (5) disent dans le même sens, à propos de la méthode de Kümmel : « Cette conclusion nous semble hasardée, car les cas sont loin d'être rares où l'urémie ne s'accompagnait pas d'une augmentation de la concentration moléculaire du sang », ainsi que l'a démontré Richter à la Société médicale de Berlin en août 1899.

(1) L. Bernard. — Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale.

(2) L. Bernard. — Loc. cit.

(3) L. Bernard. — Loc. cit.

(4) L. Bernard. — Loc. cit.

(5) Claude et Balthazard. — La cryoscopie des urines.

Aussi voyons-nous L. Bernard (1) écrire, dans son article sur « la cryoscopie et ses applications cliniques » : « Tout le problème pathogénique de l'urémie n'est pas compris dans la rétention, au niveau du sang tout au moins, des substances non éliminées comme les doctrines classiques auraient pu permettre de le supposer. »

Il résulte de ces quelques considérations que, dans certains cas d'urémie, les produits non éliminés ne se retrouvent pas dans le sang, que faut-il donc en conclure? C'est qu'ils sont peut-être autre part et il nous est déjà fourni une réponse par cette hypothèse : « La rétention des produits ne s'effectue pas dans le sang, mais dans les tissus. »

Cette hypothèse est très en harmonie avec ce que nous savons actuellement de la physiologie du sang et cadre très bien avec les dernières recherches de F. Bezançon et de M. Labbé (2) qui écrivaient tout récemment :

« Cette tendance que possède le sang à rétablir sans cesse cet équilibre physiologique, est une notion qu'il faut avoir toujours présente à l'esprit lorsqu'on se livre à des recherches sur le sang; elle nous rappelle qu'il ne faut pas s'attendre à trouver dans le sang les premiers indices des perturbations pathologiques de notre organisme. On voit, en effet, que des microbes, ou des corps toxiques, la strychnine, par exemple, introduit dans le sang, sont rapidement éliminés de la circulation; les premiers sont arrêtés par le poumon, le foie ou la rate, les seconds se fixent sur les organes sensibles, à la variété de poison injecté, de telle sorte que l'examen du sang est incapable de révéler l'infection ou l'intoxication.

Il en est de même lorsque, au cours de certains états pathologiques, l'insuffisance fonctionnelle de l'émonctoire rénal amène la rétention de l'organisme, de diverses substances éliminées à l'état physiologique par le rein; il avait semblé *a priori*, que la diminution de ces matériaux dans les urines devait avoir pour corollaire leur rétention dans le sérum, et que la comparaison des deux liquides pouvait apporter des notions utiles au point de vue du diagnostic. Si la recherche de la toxicité comparée, du sérum et de l'urine, si celle de la cryoscopie de ces de ces deux liquides ont fourni des résultats interessants; ces méthodes n'ont cependant pas donne tout ce que l'on attendait d'elles. Leur échec partiel s'explique par cette notion de la tendance qu'a le sang à rétablir son équilibre physiologique. Sans doute, les substances toxiques, trouvant les émonctoires fermés se sont bien accumulés dans le sang, mais elles n'ont fait le plus souvent que traverser ce milieu inhospitalier, qui a cherché à s'en défaire et les a fixées dans les viscères et le tissu cellulaire.

Le passage de ces substances dans le sang n'est que transitoire, il se fait par décharges, a moins que l'examen du sérum n'ait porté précisément au moment de celles-ci, il ne révèle le plus souvent aucune modification de l'état humoral. »

Après toutes ces considérations il semblait donc naturel de chercher ailleurs que dans le sang les molécules non éliminées.

Un moyen nous semblait offert par les travaux de Sabbatani, sur la cryoscopie des organes.

Dans un article, en date de 1901, dans le *Journal de physiologie et de pathologie générales*, Sabbatani expose une nouvelle méthode, qui lui a permis de déterminer le point de congélation des organes animaux.

Tout d'abord il démontre, en se servant de sang, puis de blanc d'œuf liquide ou coagulé, que l'état solide ou liquide d'une solution n'influe pas sur sa constitution moléculaire ; puis, à l'aide du cryoscope de Beckmann, il détermine le point approximatif de congélation des différents organes du chien.

Voici ses résultats :

Sang........	0,57		
Cerveau.....	0,65	>	*Fixes et basses.*
Muscle......	0,68		
Foie........	0,97	>	*Variables élevées.*
Rein........	0,94		
Poumon.....	0,65(?)	<	*Difficiles.*
Rate........	0,65(?)	<	

Nous avons repris à notre tour ces expériences, mais nous nous sommes servi de lapins au lieu d'employer des chiens. Nous avons également utilisé le cryoscope à glace, de Bousquet, et non celui de Beckmann. Voici, d'ailleurs, comment nous avons procédé pour toutes nos observations. Nous recherchions tout d'abord la carotide du lapin, nous la sectionnions et dirigions le jet de sang dans le tube même du cryoscope. Aussitôt nous procédions à la recherche de son point Δ, tandis qu'on éviscérait les différents organes du lapin dont nous avions besoin.

Bien entendu, l'agitateur était inutile.

Pour les organes durs, tels que le foie, nous taillions un bloc grossièrement, de la forme et du calibre du tube du cryoscope et, après y avoir fait un trou au bistouri, nous faisions glisser au fond en secouant fortement le tube. Pour les organes mous, comme le cerveau, nous ne faisions pas de trou à l'avance, le thermomètre s'y frayant facilement un chemin lui-même.

Nous avons reconnu la nécessité, au cours de nos manœuvres, d'ajouter la glace un peu avant que le thermomètre soit au zéro.

La colonne de mercure doit, du reste, être attentivement surveillée, car elle descend assez vite et ne remonte pas toujours. D'ailleurs, le temps d'arrêt, précédé d'un ralentissement dans la marche, est parfois très court.

Voici quels sont les résultats de nos observations.

Observation I. — Cryoscopie de quelques organes d'un lapin normal de 2500 grammes

Le 31 décembre 1903, ouverture de la carotide droite. Mort à 3 h. 25.

Sang......	0,56
Foie......	0,96
Muscle....	0 86
Poumon...	0,62
Cerveau...	0,70
Rein......	1,22

En même temps, nous provoquions de l'urémie, chez des lapins, par ligature double consécutive des deux uretères, suivant le procédé de Strauss et Germont. Nous opérions ainsi : incision dans le triangle costo-lombaire, recherche du rein, toujours mobile, et qu'il est commode de fixer par une main ventrale, l'organe est amené au dehors, dans le pédicule, on isole l'uretère, sur lequel on jette un fil dans la profondeur ; le rein est remis en place et on suture. Il y a avantage à lier d'abord l'uretère droit, car le rein de ce côté est plus difficilement accessible, par suite de sa situation plus haute. Huit jours après, même opération de l'autre côté, et environ quarante-huit heures après, saignée du lapin par la carotide, et cryoscopie immédiate, car, d'après les recherches de Sabbatani, le point de congélation varie assez rapidement après la mort, qui détermine une augmentation de pression osmotique.

Voici nos résultats.

Obs. II. — Le 27 janvier 1904, ligature de l'uretère droit d'un lapin gris, et le jeudi 4 février, ligature de son uretère gauche (opération terminée à 4 heures de l'après-midi).

Le 6 février 1904, cryoscopie de ses organes. Mort à 3 h. 20.

Résultats :

Sang......	0,48
Foie......	1.10
Muscle....	0,92
Poumon...	0,80
Cerveau...	0,94
Rein......	1,60

Si l'on en jugeait seulement d'après ces deux premières observations, on pourrait croire démontrée la proposition que nous émettions au début, à savoir que les molécules se trouvaient retenues, non dans les organes, mais dans les tissus dont le point Δ se trouve abaissé.

Une nouvelle série d'observations devaient malheureusement nous démontrer que la cryoscopie des organes était une méthode trop infidèle pour qu'on puisse conclure de par ses résultats. En effet, pour ne citer que deux observations de cryoscopie chez des animaux normaux, on verra déjà quelles différences parfois énormes on observe en se plaçant cependant dans les mêmes conditions d'expérimentation.

Obs. III. — Le 15 février 1904, cryoscopie d'un lapin normal :

Sang......	0,60
Foie......	0,90
Muscle....	1,06
Poumon...	1,44

(1) L. Bernard. — *Rev. de méd.*, 1902.

(2) F. Bezançon et M. Labbé. — Considérations sur l'hématologie (*Presse méd.*, 6 janv. 1904).

Cerveau...	1,11
Rein......	2 3

Obs. IV. — Le 25 février 1901, cryoscopie d'un lapin normal :

Sang......	0,60
Foie......	1,04
Muscle....	0,90
Poumon...	?
Rein......	1,90

Quand on voit des points de congélation comme celui du muscle, par exemple, que Sabbatani classe parmi ceux à plus grande fixité, passer dans les mêmes conditions, à trois diverses reprises, par les chiffres de — 0,86 — 1,06 — 0,90, on ne peut, croyons-nous, attribuer à la méthode une valeur scientifique suffisante, pour baser des recherches sur elle.

En conséquence, si l'étude de la cryoscopie des organes ne nous a pas permis d'atteindre le but poursuivi, nous avons été amenés à démontrer, par ces recherches, qu'elle est une méthode variable dans ses résultats, imprécise et trop infidèle pour qu'on puisse, à l'avenir, baser sur elle de nouvelles expérimentations.

M. Minet. — M. Uteau prend des organes saignés. Il me paraît qu'il vaudrait mieux prendre des organes remplis de leur sang, qui est le milieu normal de leurs éléments.

Atrophie des deux testicules après contusion

M Groussin rapporte le fait d'un malade aujourd'hui âgé de vingt quatre ans, dont la première et la seconde enfance furent traversées de nombreux incidents pathologiques, dont il faut noter surtout deux attaques d'oreillons, l'une à six ans, l'autre à quatorze ans. C'est dix-huit mois après cette seconde attaque qu'une chute de wagon sur le pommeau d'une canne contusionna le testicule droit qui s'atrophia après deux mois et demi de séjour au lit. A vingt et un ans, seconde chute en montagne, en Suisse. Le testicule gauche, pressé entre un couteau dans la poche et une boîte à peinture, contusionné à son tour, s'atrophie aussi après deux mois de lit nécessités par l'orchite traumatique.

Appelé à voir le malade, et constatant cette atrophie plus marquée encore à droite qu'à gauche, M. Groussin tenta les injections de suc orchitique. Ces injections, après avoir paru donner à gauche quelques résultats, furent ensuite vainement continuées, et le sont encore : ultérieurement il sera possible de juger s'il est survenu quelque amélioration, bien qu'elle paraisse très douteuse. L'érection et l'éjaculation étaient conservées chez ce malade, chez lequel on ne peut relever aucun antécédent blennorragique.

M. Uteau. — Les oreillons peuvent être en cause. Le malade ne s'est-il aperçu de rien d'anormal avant sa première chute ?

M. Minet incline à penser que de telles orchites sont vraisemblablement tuberculeuses plus que traumatiques. Pour les oreillons, elles seraient bien tardives. Il aurait été intéressant d'examiner la prostate.

M. Desnos partage cette manière de voir.

M. Manson. — Il y a des orchites traumatiques, mais sans altération du cordon, surtout chez les porteurs d'ectopie testiculaire, avec torsion spontanée et disparition du testicule.

M. Lelu aurait voulu voir examiner les produits d'éjaculation, ce qui eut permis de voir s'il restait quelque portion saine de l'un des testicules. D

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet.

Sur un travail de M. Billon relatif à la stovaïne

M. Reclus. — Le travail de M. Billon sur la stovaïne montre que ce nouvel anesthésique est deux fois moins toxique pour les animaux que la cocaïne. Les expériences que je poursuis depuis octobre 1903 et qui portent sur plus de 100 opérations pratiquées à l'aide de la stovaïne me permettent de donner les deux conclusions suivantes :

1° La stovaïne possède un pouvoir analgésique chez l'homme au moins aussi considérable que celui de la cocaïne, bien plus considérable que celui de tous les médicaments qu'on a proposés pour supplanter la cocaïne. Je suis arrivé à cette conclusion en faisant deux opérations similaires sur un même sujet que j'analgésiais d'un côté avec la cocaïne et de l'autre avec la stovaïne; ou bien en analgésiant la moitié d'une longue ligne d'incision avec la stovaïne et l'autre moitié avec la cocaïne.

2° La toxicité de la cocaïne n'existe plus avec les doses employées couramment, les seuls symptômes observés sont, dans quelques cas très rares, une légère pâleur de la face, un peu d'anxiété précordiale. Sauf un cas, je n'ai pas observé ces phénomènes avec la stovaïne, qui peut être employée à une dose beaucoup plus élevée que la cocaïne (20 centigr.), ce qui semble prouver que sa toxicité est moindre.

La stovaïne est, à l'inverse de la cocaïne, un vaso-dilatateur. Cette action permettra peut-être d'analgésier les malades dans la position assise.

M. Pouchet. — La stovaïne possède une action reconfortante sur le myocarde, d'après les expériences que j'ai faites. D'autre part, ces expériences ne me permettent pas de dire, comme M. Reclus, que la stovaïne est un vaso-dilatateur. Après une injection intra-veineuse chez le chien, on voit la tension s'abaisser d'abord, et remonter rapidement à la normale, sans vaso-dilatation véritable.

M. Huchard. — J'ai traité avec succès un certain nombre de névralgies faciales et de sciatiques rebelles, par des injections sous-cutanées de stovaïne.

Traitement des anévrysmes par la gélatine

M. Lancereaux rappelle les insuccès habituels du traitement chirurgical des anévrysmes des gros vaisseaux, et montre les bons résultats obtenus par les injections de sérum gélatiné. Cette méthode, appliquée sur plus de 17 malades, n'a été suivie d'aucun accident sérieux, et a donné des succès incontestables.

Après quelques injections, on constate la cessation des souffrances ordinairement très vives, qui accompagnent les anévrysmes aortiques, le durcissement de la poche anévrysmale et son retrait.

Certains malades, à la suite de ce traitement, ont pu reprendre leur profession à la condition d'éviter tout effort qui pourrait favoriser le décollement des caillots et une nouvelle poussée sanguine.

La solution dont se sert le Dr Lancereaux est la suivante :

Eau distillée.........	1000 gr.
Chlorure de sodium..	7 gr.
Gélatine............	25 gr.

La gélatine employée doit être une gélatine de choix, et la solution doit être stérilisée une ou même plusieurs fois à l'autoclave sous pression, à une température de 110 à 115° centigrades; une injection de 200 grammes de cette solution est pratiquée tous les quatre ou cinq jours.

Ces injections n'ayant jamais été suivies d'accidents sérieux entre les mains de MM. Lancereaux et Paulesco, M. Lancereaux fait valoir que les accidents imputés à ce mode de traitement sont dus à un défaut de préparation dont la méthode ne peut être rendue responsable.

M. Lancereaux conclut :

1° La méthode des injections gélatinées appliquée au traitement des anévrysmes de l'aorte n'est nullement dangereuse, si on a le soin de se servir de solutions de gélatine de bonne qualité et bien stérilisées;

2° Ces injections ont la propriété de favoriser la coagulation du sang dans le sac anévrysmal, et, de cette façon, elles contribuent à la cure des anévrysmes si redoutables des gros vaisseaux;

3° Les accidents tétaniques ou autres constatés à la suite de l'application de cette méthode ont toujours été l'effet, ou bien de l'emploi de solutions de gélatine de mauvaise qualité, ou bien d'une stérilisation insuffisante des solutions usitées.

M. Reynier insiste sur l'innocuité des injections de sérum gélatiné et rappelle deux cas, l'un d'anévrysme de la crosse de l'aorte avec usure du sternum, l'autre d'anévrysme du sinus caverneux qu'il a traités avec succès par la méthode de M. Lancereaux.

Sur l'appendicite

M. Lucas Championnière. — L'appendicite est réellement une maladie nouvelle et relativement fréquente, alors que la ty-

phlite ou la colique de miserere d'autrefois étaient des maladies rares. L'appendicite paraît en certaines régions, en certaines familles, elle suit la grippe et coïncide avec une fréquence infiniment considérable des infections intestinales.

La grippe paraît bien être le point de départ de l'appendicite. Mais, même due à la grippe, l'appendicite se développe à peu près uniquement dans les pays où on use de l'alimentation carnée. Elle est plus grave chez les individus qui en abusent. Peut-être pourrait-on prévenir son apparition par le régime semi-végétarien et par le retour à l'usage périodique de la purgation.

Le travail de M. Lucas-Championnière repose sur de très nombreuses observations recueillies, non seulement en France, mais à l'étranger.

En France, par exemple, l'appendicite est rare dans les populations végétariennes. Le nombre des cas grossit à mesure qu'augmente l'usage de la viande. Le fait est évident en Bretagne, dans les populations des montagnes. L'examen des statistiques de plusieurs établissements d'enseignement, de couvents, de prisons, donne le résultat suivant : peu d'appendicites là où le régime est très végétarien, et pas du tout là où il est exclusivement végétarien.

Les mêmes observations ont été faites en Roumanie, à la Nouvelle-Calédonie, etc.

Cancer de la face guéri par les rayons X

Le Dr **Ch. Monod** présente au nom du Dr **Du Boucher** et au sien une malade, âgée de cinquante-trois ans, atteinte de cancer de la face, traitée et guérie par l'action des rayons X.

Le début du mal remontait à dix ans, mais ce n'est que l'an dernier qu'il a pris des proportions considérables. En mars 1904, il se montrait sous forme d'une tumeur ulcérée, saignante, adhérente au squelette, qui ne pouvait être opérée qu'au prix d'une perte de substance étendue, difficilement réparable.

Soumise, par les soins du Dr Du Boucher, à l'action des rayons X, l'ulcération s'est peu à peu comblée, se recouvrant d'un tissu de cicatrice, en même temps que la base indurée disparaissait.

La durée du traitement a été de trois mois. Les séances ont été courtes, espacées et d'intensité moyenne, avec protection exacte des parties voisines, de façon à éviter les radiodermites, si fréquentes en pareil cas.

La durée totale d'application des rayons a été de 70 minutes environ, ce qui est d'accord avec ce qui a été précédemment observé. Dans la plupart des faits analogues, cette durée a été de une heure en moyenne.

Un point intéressant est que l'apparence du mal n'a pas été seule modifiée, mais que la texture histologique des parties primitivement malades a aussi été transformée. En effet, M. Macaigne qui, sur un fragment prélevé avant le traitement, avait porté le diagnostic d'*épithéliome pavimenteux*, n'a plus, dans le tissu en voie de guérison, trouvé trace ni d'épithélium normal ni de boyaux épithéliomateux, mais seulement un tissu conjonctif en voie d'organisation fibreuse avec allures vaso-formatives, et vaisseaux capillaires de nouvelle formation.

Il est donc permis de compter, dans ce cas, sur une guérison définitive.

Dr G. Berruyer.

MÉDECINE MILITAIRE

Le conseil de revision « nouveau jeu »

Les dispositions votées récemment par la Chambre des Députés au sujet du recrutement de l'armée, la théorie émise à propos de la responsabilité à longue échéance des experts médicaux, ont été si spirituellement et si justement critiquées par un confrère, qui signe « Dr Logique », que nous croyons devoir reproduire partie de son article (1).

L'adjonction d'un médecin civil au Conseil de revision a été repoussée à une très forte majorité, mais un article de la nouvelle loi porte qu'à l'avenir tout conscrit pourra présenter tous les certificats médicaux qu'il jugera convenable, que ces certificats, longuement examinés, seront annexés au procès-verbal de la séance, et que les membres du Conseil, tiendront le plus grand compte de leurs conclusions.

Si cet article doit être voté, il est inutile que nos honorables perdent leur temps à discuter plus longuement la loi de deux ans. Voici un texte de loi bien plus court, bien plus net, bien plus logique, que je leur conseille de renvoyer au vote du Sénat :

Article premier. — *Le service militaire obligatoire est aboli.*

Art. II. — *Seront acceptés comme soldats, pour un temps qu'ils fixeront eux-mêmes, tous les u biltes qui pourront présenter un certificat d'aptitude physique signé d'un médecin de leur choix.*

Art. III. — *Les médecins militaires sont supprimés, une expérience déjà trop longue ayant prouvé qu'ils sont la cause directe de toutes les maladies du soldat.*

Art. IV. — *Tout soldat malade ou blessé sera remercié et prié d'aller se faire soigner et panser dans sa famille.*

Avec un tel mode de recrutement, je ne sais si nous aurons une armée nationale, orgueil des vrais patriotes, une armée de métier rêve des bons bourgeois, ou des milices chères aux purs socialistes, mais je suis sûr que nous aurons une armée solide. Elle ne sera peut-être pas *très nombreuse*, peu importe, la qualité remplacera la quantité!

L'histoire nous fournit de tels exemples qu'on ferait preuve d'une singulière routine à ne pas s'engager dans cette voie. Qui ne connaît l'aventure de Samson assommant à lui seul cent mille Philistins, avec, comme arme, une mâchoire d'âne ; Léonidas, avec trois cents hommes, n'arrêta-t-il pas la cohue des Asiatiques aux Thermopiles ; plus près de nous, Bayard ne défendit-il pas, seul contre une armée, le pont du « Garigliano? »

Peu convaincus de la supériorité des petits effectifs, et bien à tort, en contradiction flagrante avec les enseignements de l'histoire, nos honorables voteront la loi de deux ans. Tous les conscrits se présenteront au conseil de revision avec des certificats suffisants pour les faire refuser par une compagnie d'assurances ou par une simple administration, comme celle des postes.

Le résultat sera le même pour la réduction des effectifs.

En peu d'années, n'entreront à la caserne que quelques vagues chemineaux, qui n'auront pas su, dans le courant de leur vingtième année, économiser cent sous pour se payer un certificat d'incapacité physique.

Voici, d'ailleurs, un spécimen de certificat que je met gratis à la disposition de tous les confrères embarrassés et consciencieux :

« Je soussigné déclare que le conscrit « X... présente des dispositions à contrac- « ter la tuberculose pulmonaire, la fièvre « typhoïde et l'appendicite. »

Médicalement parlant, ce certificat est absolument logique, inattaquable, pas un médecin civil ne doit le refuser à un client, pas un médecin militaire ne doit incorporer le jeune *prédisposé*.

D'après l'*Officiel*, M. le rapporteur de la loi ne s'est-il pas exprimé ainsi : *Vous voyez que la responsabilité des médecins militaires serait gravement engagée le jour où ils passeraient outre à des certificats de ce genre, sans un examen très minutieux.*

Or, comme un examen encore plus minutieux que trop court, ne pourra me dire si X.. ne deviendra pas tuberculeux dans un mois ou dans un an, s'il ne contractera pas une fièvre typhoïde, s'il ne fera pas une appendicite, je l'exempte de tout service, car, *son certificat qui suivra partout son dossier et à l'encontre duquel un médecin militaire se sera prononcé, engagera la responsabilité de ce dernier, si ce certificat vient à être reconnu exact.*

Pas plus malin que cela, le médecin militaire sera responsable de toutes les maladies du soldat. Pour échapper à cette responsabilité, le moyen est aussi simple que radical, exempter tout le monde du service ou encore accepter notre projet de loi sur le recrutement d'une armée peu nombreuse, mais solide.

N.

(1) Futurs conseils de revision. — Lettre ouverte à MM. les députés (*Le Petit Fureteur*, Marseille, 30 juin 1904).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 13 juillet. — *M. Auby* : De l'influence de l'insertion du placenta au segment inférieur sur la grossesse et sur l'accouchement. — *M. Chanteloup* : Du traitement des hémorragies post partum. — *M. Sorlin d'Origny* : Lésions dentaires consécutives à des affections du sinus maxillaire. — *M. Chancel* : Luxation trapézo-métacarpienne. — *M. Darin*: Les médecins et la mutualité. — *M. Beauvy*: Recherches cliniques sur l'acétonurie (en dehors du diabète et de la puerpéralité). — *M. Rabier* : Du rôle social du médecin. — *M. Gangloff* : Contribution statistique à l'étude de la tare héréditaire (vésanique, nerveuse et toxique chez les aliénés. — *M. François* : L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde. — *M. Guilloteau* : Des calculs salivaires du canal de Warton et de la glande sous-maxil-

laire. — *M. Nau* : Les scolioses congénitales. — *M. Mignardot* : Des rétrécissements et des traumatismes des voies respiratoires supérieures dans leurs rapports avec la tuberculose (trachéotomie et tuberculose). — *M. Moguilowsky* : De la médication duodénale. — *M. Comte* : Les auxiliaires médicaux et les « Districts-nurses ». — *M. Lieutier* : De l'action de la belladone sur la sécrétion gastrique et de son application au traitement de l'hyperchlorhydrie. — *M. Disser* : Des résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la gangrène pulmonaire. — *M. Miquel* : De la valeur nosologique de la maladie de Dercum. — *M. Weill* : Le développement de l'hystérie dans l'enfance. — *M. Yuzbachian* : Considérations étiologiques et anatomo-pathologiques sur les phlébo-scléroses.

Samedi 16 juillet. — *M. Fabre* : La migraine chez les enfants. — *M. Raynaud* : Pseudo-rhumatismes infectieux et rhumatismes tuberculeux. — *M. Archaronni* : Congestion broncho-pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde. — *M. Guerder* : Etude clinique sur le traitement local de la tuberculose par un extrait de foie de morue. — *M. Gardner* : Opérations plastiques et anastomoses dans le traitement des rétentions du rein. — *M. Pouret* : De l'hallux valgus et de son traitement. — *M. Cacoult* : Sur une variété d'albuminurie gravidique : Les albuminuries massives. — *M. Boncour* : Pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées. — *M. Malbec* : Des variations du périmètre thoracique dans quelques maladies des voies respiratoires; utilité de la mensuration. — *M. Hubert* : La loi sur les accidents du travail et le secret professionnel. — *M. Bérault* : La maison de tolérance considérée au point de vue hygiénique et social. — *M. Drain* : La tuberculose à Saint-Quentin, de 1889 à 1903. Prophylaxie et traitement. — *M. Maziol* : Des luxations exceptionnelles de la hanche. — *M. Le Louet* : Les gommes tuberculeuses profondes. — *M. Dubrac* : De l'absence congénitale du péroné. — *M. Croyn* : Le traitement non sanglant des fractures de l'olécrâne. — *M. Demontmerot* : De la forme paraplégique du tétanos chronique. — *M. Beauchef* : Cirrhose alcoolique hypertrophique. — *Mme Gourevitch* : L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE

Professeur : M. Cornil.

M. Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, fera du lundi 18 au samedi 30 juillet 1904, un cours sur le bacille de Koch et le diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire.

Le cours aura lieu tous les jours à 2 h. 1/2 et sera suivi d'exercices pratiques.

Le droit à verser est de 60 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Les démissions des médecins de l'Union

La publication, dans le *Bulletin médical* du 22 juin, des lettres des Drs Cauzard et Berruyer, écrites en réponse aux accusations portées par le Directeur de l'*Union médicale* contre les médecins démissionnaires de cette Société devait, au point de vue logique comme au point de vue légal, être le dernier acte de la polémique soulevée par ledit Directeur.

Néanmoins, celui-ci m'a fait sommation par ministère d'huissier, d'insérer les lettres qu'il avait écrites à nos confrères au sujet de cette démission.

Conformément à l'avis de mon avocat-conseil, j'ai refusé : 1° parce que le droit de réponse n'existait plus pour M. le directeur de l'Union ; 2° parce que la correspondance échangée avec un tiers ne peut être publiée sans l'autorisation de ce tiers.

M. le directeur de l'Union médicale — qui ne me connaît pas et me juge probablement d'après lui — affirme que ce sont là des arguties derrière lesquelles je me retranche pour fuir le débat.

Dans ces conditions, j'ai demandé à nos confrères les Drs Cauzard et Berruyer, l'autorisation de reproduire les lettres que M. le directeur de l'Union leur a écrites. Mes confrères, aussi désireux que moi de voir la lumière se faire aussi grande que possible sur les actes de l'Union médicale et de sa direction, m'ont donné l'autorisation demandée.

Voici les lettres qui sont, du reste, un argument de plus en faveur de tout ce que nous avons avancé :

Paris, le 22 juin 1904.

Monsieur le docteur Cauzard,
2, rue de la Bienfaisance, Paris.

Monsieur,

Je reçois ce matin seulement votre lettre datée du 20 juin.

Je m'empresse de vous exprimer mon étonnement de votre intervention dans une polémique où vous n'aviez que faire.

En effet, le 13 avril dernier, vous m'écriviez la lettre de démission ci-après :

« Monsieur, je prévois qu'il me sera très « difficile d'accomplir mes fonctions de mé- « decin de quartier dans le quartier de l'Eu- « rope — mes occupations augmentent chaque « jour et de plus en plus je suis obligé de m'ab- « senter soit 12 heures, soit 24 heures de Paris « — ce qui peut s'allier avec ma spécialité « seulement

« Avec mes regrets, je vous prie donc de « me considérer comme démissionnaire de « ces fonctions qui n'existent pas encore d'ail- « leurs ».

« Agréez, etc... »

A cette lettre le 15 avril, je répondis en ces termes :

« Monsieur, bonne note est prise de votre « démission en conformité de votre lettre du « 13 courant.

« Cette détermination est d'autant plus re- « grettable que nos divers services entrent « en fonctionnement la semaine prochaine.

« Agréez, Monsieur, etc... »

Dans cet échange de lettres il n'est donc nullement question des considérations si longuement détaillées dans votre communication à M. le docteur Granjux.

Votre démission était simplement motivée par des raisons personnelles plausibles, et elle était acceptée parce que nous pouvions facilement pourvoir à votre remplacement.

Quant au récit de votre attitude à l'une des réunions de vos confrères il est plein d'inexactitudes.

Vous saviez fort bien que « l'Union médicale » avait à rémunérer, en dehors des médecins de quartier, le concours des médecins spécialistes, des chirurgiens et des accoucheurs, sans oublier la rétribution des courtiers dont vous rappelez vous-même le rôle.

Il me suffira donc de vous rappeler que ces diverses allocations montant ensemble à 85 %, il reste 15 % pour couvrir les frais généraux et payer les intérêts des capitaux engagés.

Enoncer ces simples chiffres, c'est faire justice de toutes les déductions tendancieuses de votre lettre au *Bulletin Médical*.

J'ajouterai en terminant que si cette lettre est publiée dans ce journal, ma réponse se bornera à lui demander l'insertion de ma présente lettre.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le directeur,
de Verez.

Paris, le 21 juin 1904.

Monsieur le docteur Berruyer,
160, rue Jeanne-Darc prolongée, Paris.

Monsieur,

J'ai bien reçu votre lettre du 17 de ce mois, à laquelle des préoccupations d'ordre privé m'ont empêché de répondre plus tôt.

Votre lettre de démission, en date du 5 mai dernier, placée sous mes yeux, est ainsi conçue :

« J'ai le regret de vous informer que, pour « des raisons particulières, je renonce à faire « partie du personnel médical de l' « Union « médicale ».

« Je vous prie d'accepter ma démission et « de la transmettre au Dr Guépin. »

« Veuillez agréer, etc... »

Vous reconnaîtrez avec moi que ces mots « pour des raisons particulières », seul motif donné à l'appui de votre décision, ne sortent pas de la généralité la plus banale et que l'on ne saurait pas y trouver, même avec la meilleure volonté du monde, la formule d'un acquiescement anticipé *aux motifs qu'a bien exprimés le docteur Granjux* et que vous voudriez faire vôtres dans votre lettre précitée du 17 courant.

Je le répète et ce sera là ma seule réponse, le vague de cette expression « pour des raisons particulières » laissait la porte ouverte à toutes les interprétations.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le directeur,
de Verez.

Paris — Imp. Jean Gaincre, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

(*Hospice de la Salpêtrière*)

M. le prof. RAYMOND

Un cas (probable) de syphilis héréditaire des centres nerveux (forme méningée bulbo-spinale)

Messieurs,

Je désire étudier avec vous, dan ma leçon d'aujourd'hui, le cas d'un jeune malade dont l'histoire pathologique est particulièrement intéressante. Dès sa naissance, il a présenté une tare dystrophique importante, véritable estampille de dégénérescence due à ses générateurs. Malgré cela, il s'est développé, à peu près normalement, jusqu'à l'adolescence. Mais, depuis cette époque — et il a à peine vingt ans — divers épisodes pathologiques, ayant le système nerveux pour siège, sont survenus et l'ont, peu à peu, réduit à un état d'impotence presque absolue.

Le problème à résoudre, en clinique, est complexe. Il va falloir, tout d'abord, étudier les manifestations nerveuses que présente le malade; rechercher leur signification pathologique, établir, de par les syndromes engendrés, les lésions en cause. C'est là le diagnostic anatomique; il est important, mais il en est un autre qui précise celui-ci : je veux parler du diagnostic étiologique, lui seul peut fournir une base certaine à la thérapeutique à mettre en œuvre pour guérir la maladie. Or, dans le cas particulier, je suis convaincu qu'un diagnostic exact, comprenant les deux termes du problème à résoudre, conduira à une thérapeutique active et efficace. J'en ai l'intime conviction; je vous en donnerai tout à l'heure les raisons. Ceci dit, en manière de préambule, laissez-moi d'abord vous présenter le malade

***

C'est un nommé M..., âgé de vingt ans, employé de bureau. Il est entré la salle Prüss, le 13 janvier 1904, où il a déjà séjourné, une première fois, l'année dernière, pendant de longs mois

Dans ses antécédents héréditaires, qu'il serait tout à fait important de connaître d'une façon précise, je note que le père a succombé à soixante-neuf ans, quinze jours après avoir été frappé d'un ictus apoplectique. Je n'ai malheureusement pas d'autres renseignements à vous fournir; en particulier, je n'ai pu savoir s'il était un buveur, s'il avait été atteint d'une affection transmissible par voie d'hérédité, etc. Quoi qu'il en soit, la mère est vivante et bien portante. Notre malade est fils unique. Il semble être né à terme. L'accouchement, paraît-il, a été des plus laborieux à cause du développement anormal de la tête de l'enfant; dès sa naissance, il avait une grosse tête; il était hydrocéphale. Il a marché tard, à vingt mois seulement. Pas de convulsions. Son développement, quoiqu'il fut chétif, se fit normalement. Il suivit les cours de l'école primaire et il obtint son certificat d'études sans difficulté.

La première manifestation pathologique, un peu sérieuse, se produisit à l'âge de treize ans. A vrai dire, déjà depuis quelques années, il avait, de temps à autre, des maux de tête, venant, indifféremment, dans le courant de la journée ou de la nuit, à des heures indéterminées, maux de tête assez pénibles pour l'empêcher de travailler, s'ils se produisaient dans la journée, ou de dormir s'ils apparaissaient la nuit. Un jour, étant à l'école, il fut pris vers les quatre heures du soir, d'une céphalalgie violente avec vertiges et faiblesse générale. L'enfant fut reconduit chez lui. On lui mit de la glace sur la tête; il dut garder la chambre pendant trois semaines environ. Il se rappelle fort bien que le médecin, appelé auprès de lui, prononça le nom de « méningite ». Au bout de vingt et quelques jours étant beaucoup mieux, il put se lever et retourner à ses études. Mais, comme autrefois, seulement encore plus accentués, les maux de tête se reproduisirent de temps à autre, avec une violence assez grande pour empêcher tout travail pendant quelques heures. Malgré cela, ses études étant terminées, il entra dans un bureau comme employé aux écritures

Au mois de juin 1902, à l'âge de dix-huit ans, sans aucune espèce de raison apparente, il fut pris de douleurs vives dans le côté droit du cou; la tête, immobilisée par les douleurs, intenses surtout lorsque le malade voulait la déplacer en un sens ou dans l'autre, se penchait à droite. Cette sorte de torticolis, qui le fit beaucoup souffrir, dura un mois environ. Le mois suivant, en juillet, il eut des douleurs sourdes, d'abord dans l'épaule droite, ensuite dans l'épaule gauche; de temps à autre, de véritables élancements très pénibles se produisirent dans ces mêmes régions. Vers la même époque, il éprouva également des douleurs assez violentes au niveau de l'hypocondre et du rein du même côté.

Trois mois après la première apparition des douleurs au cou, en septembre 1902, la main droite commença à s'affaiblir; il ne pouvait plus l'ouvrir et la fermer facilement; il lui était impossible de prendre un objet, de le tenir. Assez rapidement la paralysie fut complète. Le mois suivant, en octobre, la main gauche devint également impuissante et, bientôt, elle fut tout aussi paralysée que la main droite. Remarquez, Messieurs, qu'en quelques semaines — et le fait a, dans l'espèce, une certaine importance — les deux mains furent à peu près impotentes. Depuis cette époque — septembre 1902 — la situation, au point de vue de la paralysie des membres supérieurs, a subi quelques fluctuations. Elle est plutôt allée en diminuant. Il faut ajouter que, de temps à autre, le malade a ressenti des douleurs dans le côté gauche de la tête et dans le bras du même côté, mais il semble bien que ces douleurs n'ont jamais été aussi accentuées que celles qui ont marqué le début de la paralysie. Telles sont les étapes principales, sommairement rappelées, que la maladie a suivies depuis son début, jusqu'aujourd'hui 5 février 1904. Voyons maintenant la situation actuelle.

***

Voici le malade devant vous. Examinons-le d'abord debout. Il se présente la tête inclinée en avant et à droite, en légère rotation vers l'épaule de ce côté. De taille un peu au-dessus de la moyenne, il est légèrement voûté; la région cervico-dorsale décrit, en effet, une courbe à concavité antérieure assez accentuée. Les bras pendant le long du corps sont assez maigres et vous pouvez cependant voir que, par comparaison, les mains sont encore plus amaigries; en réalité, elles sont très atrophiées. Le malade incline son tronc, en totalité, du côté droit du corps. Surmontant son buste, la tête, inclinée comme je vous le disais à l'instant, est énorme; son diamètre antéro-postérieur mesure 21 centimètres; son diamètre transversal 17 centimètres. Le front est large, saillant, bombé; par contre, les arcades sourcilières sont fuyantes, comme reportées en arrière.

Ces constatations générales faites, procédons, avec méthode, à l'examen psychique et somatique. Tout d'abord, il importe que vous remarquiez que le malade parle avec facilité, avec intel-

ligence; sa mémoire, son jugement, son raisonnement, etc., sont intacts. L'examen des yeux, pratiqué par mon collaborateur, M. Dupuy-Dutemps, montre que, dans les mouvements d'élévation et de latéralité des globes oculaires, il existe un nystagmus saccadé, lent, certainement de nature parétique, car l'étendue des mouvements des yeux est limitée des deux côtés, aussi bien pour les mouvements d'élévation que pour les mouvements en dehors; donc certaines branches de la troisième paire ainsi que la sixième présentent encore des signes indéniables de parésie. Pourtant, il n'existe pas de diplopie. C'est que, chez ce malade, on note, en outre, une atrophie papillaire bilatérale beaucoup plus accusée pour l'œil droit que pour l'œil gauche. L'œil droit compte les doigts à 1 m. 50; l'œil gauche a une acuité d'un tiers. Les contours papillaires ne sont pas nettement limités et il existe une étroite zone de dépigmentation péripapillaire de la choroïde. Ce caractère, de l'aveu de tous les oculistes, indique que l'atrophie partielle, aujourd'hui réalisée, et depuis longtemps stationnaire, est consécutive à une névrite optique aiguë qui se serait développée, d'après les renseignements que je vous ai donnés tout à l'heure, à la suite d'un processus intra-cranien datant, sans doute, des environs de la treizième année. C'est un point sur lequel j'aurai à revenir ultérieurement. Eh bien! l'amblyopie de l'œil droit et l'ancienneté des lésions expliquent l'absence actuelle de diplopie. Il en est toujours ainsi en pareil cas. Si j'ajoute que les pupilles, légèrement inégales, réagissent également bien à la lumière et à l'accommodation, qu'il n'existe pas d'hémianopsie, je vous aurai dit tout ce qui ressort d'essentiel de l'examen des yeux.

Voyons maintenant les particularités symptomatiques que vont nous présenter les membres supérieurs. La main droite est flasque, ballante, sensiblement amaigrie. On constate une atrophie très nette de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar. Malgré cela, dans son ensemble, la main donne une sensation de mollesse, de pseudo-œdème, de succulence, pour employer un mot à la mode. Les premières phalanges des doigts sont en extension; les deuxièmes et troisièmes légèrement fléchies. Les mouvements d'opposition du pouce sont abolis; à peine si le malade peut esquisser un léger mouvement d'adduction. Il est capable d'exagérer la flexion de la seconde phalange sur la première, mais quand on cherche à écarter le pouce de l'index, le malade n'oppose aucune résistance. Si on lui dit de fléchir les doigts, il exagère un peu la flexion de la seconde phalange sur la première et de la troisième sur la seconde, mais la flexion des premières sur le métacarpe est impossible. Il en est de même de l'extension des deux dernières.

Quand on le prie d'écarter les doigts, l'index s'éloigne un peu du médius, mais les autres doigts restent immobiles. De même, il est impossible au malade de rapprocher du médius les doigts écartés. Vous pouvez vous rendre compte également que les mouvements d'abduction et d'adduction de la main sont impossibles; de même, pour les mouvements de flexion et d'extension de celle-ci sur l'avant-bras. Au contraire, la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras se font relativement bien, car si je m'oppose à ces mouvements, le malade résiste, moins toutefois que dans les conditions normales. Par contre, les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont normaux ainsi que les divers mouvements de la ceinture scapulaire.

Je passe à l'examen du membre supérieur gauche. Il existe un léger amaigrissement des éminences thénar et hypothénar, amaigrissement beaucoup moins prononcé qu'aux régions correspondantes de la main droite. Les doigts sont normalement dans l'extension; le petit doigt et l'index ont cependant une légère tendance à la flexion des deux dernières phalanges. Les mouvements d'opposition du pouce se font bien. Le malade peut fléchir les doigts vers la paume de la main et l'on éprouve une certaine difficulté à les relever lorsqu'ils sont fléchis. Par contre, quand les doigts sont étendus, je puis les fléchir facilement sans qu'il oppose de résistance. D'ailleurs, comme il le dit lui-même, et comme vous pouvez le voir, les mouvements d'extension sont difficiles. Ceux d'abduction et d'adduction des doigts se font très bien. Il en est de même des mouvements d'abduction et d'adduction de la main. Quant à la flexion de celle-ci sur l'avant-bras, elle est bonne alors que l'extension, au contraire, est défectueuse. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont normaux, ainsi que les divers mouvements de la ceinture scapulaire. Je prie le malade de soulever les épaules; vous voyez que l'élévation de l'épaule droite est meilleure que celle de l'épaule gauche. Remarquez que le chef supérieur du trapèze à gauche est beaucoup moins développé, aussi l'épaule est-elle abaissée de ce côté, par rapport à la droite; elle est nettement tombante. Je lui fais mettre les bras en croix; en arrière et à gauche, vous apercevez une fossette assez profonde, résultat de l'atrophie des muscles de la région. Par contre, les mouvements de flexion, d'extension et de rotation du tronc sont normaux.

Regardez maintenant marcher le malade. Il soulève, avec difficulté, le membre supérieur gauche et il oscille assez fréquemment à droite; de plus, il festonne et talonne très légèrement: d'ailleurs, il se plaint d'éprouver assez fréquemment des sensations vertigineuses, plus que de véritables vertiges. Je le prie de s'arrêter et de fermer les yeux, immédiatement il chancelle et il tomberait si je persistais à le priver de la vue; mais il n'y a aucun trouble de l'équilibre volitionnel statique.

Il me faut maintenant compléter notre étude symptomatique, déjà passablement minutieuse, par l'examen de la réflectivité, de la sensibilité et des troubles des réactions électriques. J'aurai à vous indiquer aussi le résultat de la ponction lombaire. Le réflexe rotulien gauche est *aboli*, tandis que le droit est normal. Les réflexes achilléens existent des deux côtés, mais ils sont très faibles. Les réflexes du poignet ainsi que les réflexes olécraniens ont disparu des deux côtés. J'ajoute que le réflexe cutané plantaire est en flexion, à droite comme à gauche; que le réflexe crémastérien semble perdu; je dis semble, car il y a des hernies rendant sa recherche aléatoire. Les réflexes cutanés abdominaux sont plus forts à droite qu'à gauche. Quant au réflexe pharyngien il est nul.

Relativement aux troubles de la sensibilité et des réactions électriques, je vais vous reproduire textuellement les notes de mon collaborateur M. Huet qui, depuis le début, a longuement, et à diverses reprises, étudié cette partie de la symptomatologie chez le malade.

Réactions électriques (examen du 15 octobre 1902). — A gauche : D. R. partielle dans l'éminence hypothénar et dans l'éminence thénar. A l'avant-bras, légères manifestatisns de D. R. dans les palmaires et les fléchisseurs, dans les extenseurs commun et propres, dans le long supinateur. Au bras, pas de D. R. dans le biceps, traces légères de D. R. dans la partie externe et la partie interne du triceps, pas dans la longue portion.

A l'épaule, pas de D. R. dans la partie antérieure du deltoïde, mais traces de D. R. dans la partie posté-

rieure de ce muscle et dans le sous-épineux. Réactions bien conservées dans les autres muscles de la ceinture scapulaire (grands pectoraux, etc.).

A droite : réactions bien conservées dans les divers muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main pas de D. R., si ce n'est de légères traces dans les muscles de l'éminence hypothénar.

27 octobre 1902. — Le malade ressent fréquemment des douleurs contusives et lancinantes sur l'épaule gauche, principalement à la hauteur de l'empreinte deltoïdienne; pas de douleurs entre cette région et le coude; pas de douleurs sur le moignon de l'épaule; légères douleurs sur la partie latérale et supérieure du cou suivant le bord externe du trapèze (fig. 1).

En outre, depuis quelques jours, sensation de brûlure avec élancements sur la partie externe de la face postérieure de l'avant-bras; ces douleurs commencent à la hauteur du coude et s'étendent sur la main jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne des 2e, 3e et 4e doigts; elles n'existent pas du côté du pouce ni du petit doigt (fig. 1 *bis*).

Examen de la sensibilité. — Le tact ne paraît pas altéré. La sensibilité à la piqûre présente une notable diminution aux membres supérieurs, sur des régions difficiles à délimiter d'une façon précise, mais paraissant correspondre à celles figurées sur le schéma (fig. 2 et 2 *bis*).

Le chaud et le froid sont assez mal perçus à gauche, sur les régions figurées.

9 mars 1903. — Depuis environ six semaines, le malade éprouve, sur toute la partie gauche du thorax, en avant et en arrière, une sensation douloureuse caractérisée par une sorte de constriction « comme s'il avait une demi-cuirasse » (fig. 3 et 3 *bis*). Sur l'omoplate, au niveau de la fosse sous-épineuse, la sensation est particulièrement pénible et se prolonge dans le sens antéro-postérieur, jusqu'au devant de l'aisselle, « comme s'il était transpercé par un corps dur. »

La sensation de constriction n'existe pas sur la partie inférieure du cou, mais elle reparaît en haut, derrière l'oreille gauche, et s'étend le long du bord du maxillaire inférieur, et sur le cou dans une zone de quelques centimètres parallèlement au maxillaire.

Il existe également des troubles de la sensibilité subjective sur le membre supérieur gauche. Le malade se plaint, en effet, de ressentir dans la partie

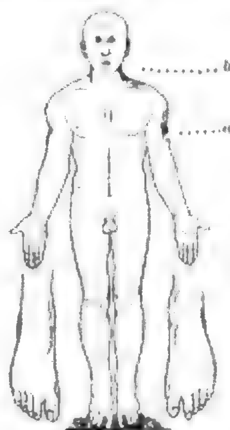


Fig. 1

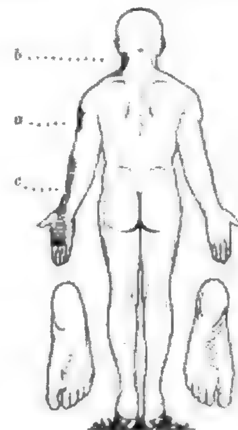
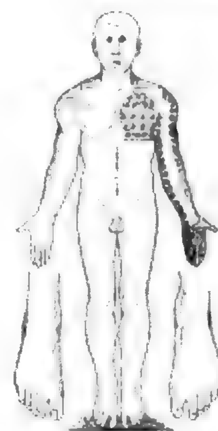


Fig. 1 *bis*

Fig. 1 et 1 *bis* (27 octobre 1902) :
a et *b*, douleurs contusives et lancinantes;
c, sensations de brûlure et élancements douloureux.


Fig. 2

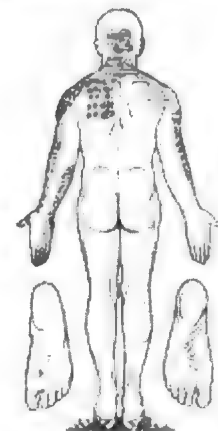
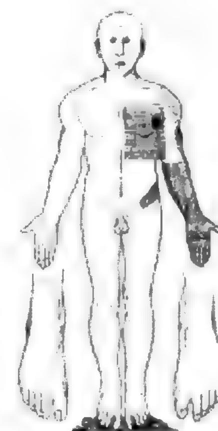

Fig. 2 *bis*

Fig. 2 et 2 *bis* (27 octobre 1902) — Hypoesthésie à la piqûre. ∷ Thermohypoesthésie.


Fig. 3.

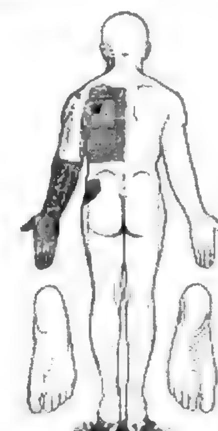

Fig. 3 *bis*

Fig. 3 et 3 *bis* : Troubles de la sensibilité subjective au 9 mars 1903 et au 5 février 1904.
● Douleur pongitive.
Douleurs constrictives.
Sensation d'un gantelet de fil.

Le 3 mars 1903, la douleur constrictive n'existe pas sur la hanche gauche; également sur l'avant-bras, entre le coude et le poignet, il n'existe pas de troubles subjectifs; la sensation d'un gantelet de fil correspond à l'examen du 5 février 1904; à cette époque, la douleur constrictive sur la hanche gauche existe depuis plusieurs semaines; par contre, la douleur de l'épaule gauche a disparu, les douleurs du thorax, de la main et du cou se sont atténuées.

supérieure de la face interne du bras, des sensations analogues à celles qui existent sur le thorax (sentiment de constriction).

Des sensations semblables existent aussi sur la face externe du moignon de l'épaule et sur la moitié supérieure de la face externe du bras. Dans cette dernière région, ce n'est pas seulement une sensation de constriction, mais de plus, par moments, un sentiment de cuisson avec picotements. De semblables sensations existent d'une façon continue sur toute la main et sur tous les doigts (y compris le pouce et le petit doigt).

Dans le domaine moteur l'état de la main gauche est à peu près le même qu'en octobre, au point de vue de l'atrophie et au point de vue des mouvements. Mais, à droite, les troubles ont beaucoup augmenté et maintenant ils sont plus prononcés de ce côté que du côté gauche. Ainsi actuellement, à droite comme à gauche, la main a les apparences de la main simienne. A droite, la flexion et l'extension des doigts et du poignet sont devenues à peu près nulles; à gauche, une légère flexion des doigts reste possible.

A droite, l'opposition du pouce est presque nulle, tout au plus peut-elle être faite à la première phalange de l'index; à gauche, l'opposition du pouce est mauvaise, mais elle peut être faite jusqu'au quatrième doigt. La flexion de l'avant-bras sur le bras est toujours possible des deux côtés; elle est même relativement assez bonne quoique faible.

L'élévation du bras sur l'épaule est également possible des deux côtés.

Réactions électriques. — A la main gauche, les manifestations de D. R. sont moins nettes que précédemment. L'excitabilité faradique est conservée, mais diminuée dans les muscles de l'éminence thénar, de l'éminence hypothénar et dans les inter-osseux; l'excitabilité galvanique est également diminuée, mais les contractions sont assez vives, sans inversion polaire prononcée.

A la main droite aussi, malgré la perte des mouvements et l'atrophie des muscles, on ne constate pas de D. R. l'excitabilité faradique est diminuée mais conservée; l'excitabilité galvanique est modérément diminuée et ne présente pas de modifications qualitatives nettes. Sur les avant-bras, à droite et à gauche, on ne constate pas non plus de D. R., ni du côté des fléchisseurs, ni du côté des extenseurs et du long supinateur; au point de vue quantitatif, l'excitabilité faradique et l'excitabilité galvanique ne sont que modérément diminuées.

Aux bras, pas de D. R. sur le biceps ni sur le triceps

Pas de D. R. sur les deltoïdes.

Les grands pectoraux sont assez atrophiés, surtout dans leur partie supérieure et davantage à gauche qu'à droite; on n'y constate pas de D. R., et les réactions faradiques et galvaniques sont assez bien conservées en quantité.

Sorti de la Salpêtrière le 16 juin 1903, il continue à venir suivre le traitement électrique.

24 janvier 1904. — Le malade a demandé à rentrer dans les salles, parce que depuis un mois il ressent des douleurs assez vives dans la hanche gauche, au niveau de la fosse iliaque externe et sur la partie externe du pli de l'aine. Ces douleurs le gênent beaucoup pour se tenir debout et pour marcher.

Aux membres inférieurs, les réactions électriques ne présentent pas de modifications accentuées; on constate de la diminution de l'excitabilité faradique et galvanique, mais pas de D.R. (fesses, cuisses et jambes).

Aux membres supérieurs, il y a plutôt amélioration, principalement à gauche pour les mouvements de la main. L'excitabilité faradique persiste dans les divers muscles, elle est assez diminuée: l'excitabilité galvanique est aussi notablement diminuée, mais on ne constate pas actuellement de modifications qualitatives de D. R.

5 février 1904. — L'état de la sensibilité subjective et objective est indiqué sur les figures 3 et 4.

J'ai peut-être, Messieurs, fatigué votre attention par ce long et minutieux examen; mais il était nécessaire au point de vue du diagnostic et du traitement.

***

Pour arriver à ce résultat, il me faut rechercher la signification de l'ensemble symptomatique que je viens de vous exposer. Le syndrome réalisé se résume essentiellement dans l'hydrocéphalie, les manifestations du côté de la vue, la paraplégie incomplète des membres supérieurs portant principalement sur les mains, paraplégie accompagnée d'atrophie musculaire, de troubles de la sensibilité, des réflexes, des réactions électriques; de la difficulté de la marche, le tout ayant évolué en diverses étapes, chez un malade dont l'intelligence et la parole sont normales. Comment comprendre ce syndrome? Comment l'interpréter?

Il me paraît nécessaire tout d'abord de chercher à déterminer la signification des troubles de la sensibilité.

Vous avez sous les yeux les schémas de sensibilité tracés à diverses périodes de l'évolution de la maladie par M. Huet. Ils ont, comme vous pouvez vous en rendre compte, une topographie nettement radiculaire surtout quand on les envisage dans leur évolution: de plus, ils présentent manifestement une ébauche de dissociation des sensibilités, le froid et le chaud étant assez mal distingués, lors même que le tact et la douleur le sont assez bien. Je vous ferai remarquer, en outre, les variations que ces troubles ont présentées pendant la longue période de temps durant laquelle ils ont pu être exami-

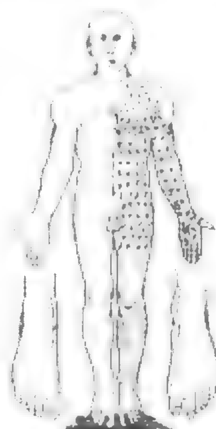


Fig. 4

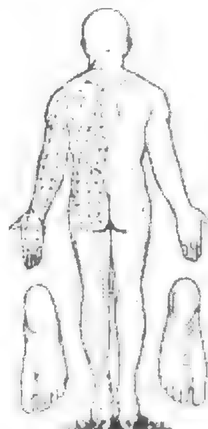


Fig. 4 *bis*

Fig. 4 et 4 *bis* : Troubles de la sensibilité objective au 5 février 1904.

Hypoesthésie au tact et à la piqûre.

::: Hypoesthésie plus prononcée.

Il existe de plus de la thermo hypoesthésie sur les deux bras, les les épaules, le cou et sur la hanche gauche.

nés, près de deux ans. D'ailleurs, les réactions électriques ont, elles-mêmes, suivant les divers moments, offert de ces variations. Donc déjà de par les troubles de la sensibilité subjective et objective, de par les troubles des réactions électriques, nous pouvons orienter le diagnostic vers des lésions matérielles, définies du système nerveux. Mais il existe d'autres signes de ces lésions, non moins expressifs. Dans l'espèce, ils sont représentés par l'*hydrocéphalie congénitale*. Une semblable augmentation du volume de la tête, suivant ses deux diamètres antéro postérieur et transversal, rendant celle-ci à la fois brachycéphale et scaphocéphale, constitue une tare pathologique congénitale dont il faut tenir le plus grand compte pour l'appréciation exacte des faits. Je vous rappelle — et vous avez pu vous en convaincre aisément — que malgré le développement anormal de la tête, l'intelligence, chez notre malade, était intacte. J'examinerai, dans un instant, la genèse probable de cette hydrocéphalie.

J'envisage maintenant les symptômes relevant de l'examen des yeux; en l'espèce, ils ont une grande valeur. Vous vous le rappelez, ils consistent en des paralysies incomplètes de certaines branches de la troisième paire, des quatrième et sixième paires craniennes, donnant lieu à du nystagmus paralytique, à secousses relativement lentes. En outre, il existe une atrophie papillaire bilatérale, beaucoup plus accusée à droite qu'à gauche, dont les caractères ophtalmoscopiques indiquent une atrophie partielle, aujourd'hui réalisée, et depuis longtemps stationnaire. Cette atrophie est la suite d'une névrite optique aiguë développée dans le passé. Voilà, Messieurs, une constatation capitale. A quelle époque de la vie du malade s'est développée cette névrite aiguë? N'oubliez pas ce qui s'est passé aux environs de la treizième année. Déjà, depuis quelques années, le malade avait des douleurs de tête assez vives qui le prenaient tantôt le jour, tantôt la nuit, et qui, cependant, notez le fait, ne l'ont jamais arrêté dans ses études, lorsqu'un beau jour, à l'école, celles-ci redoublent d'intensité et s'accompagnent de vertiges. Il est obligé de rester couché pendant trois semaines avec de la glace sur la tête et le médecin qui le soigne prononce, devant lui, le nom de « méningite ». Eh bien! je crois que celui-ci était dans la vérité et qu'en effet, à cette date, le malade a eu de la méningite. Celle-ci n'a pas été accompagnée de convulsions, ni de vomissements; elle a eu pour symptôme prédominant les maux de tête et les vertiges; comme reliquat, elle a laissé, à sa suite, des paralysies parcellaires des muscles des yeux et de l'atrophie des papilles. Où donc siégeait-elle? Très certainement à la base du crâne, surtout aux environs de la région pédonculo-protubérantielle. En la plaçant ainsi, on comprend très bien les symptômes révélés par l'examen des yeux. Je dis qu'il s'est agi d'une inflammation méningée (j'en chercherai tout à l'heure la nature) et non de tumeur; une tumeur, en effet, ne serait pas allée en décroissant mais bien en progressant, si bien que les symptômes auraient dû, eux aussi, s'accentuer de plus en plus, et c'est tout le contraire qui s'est produit. Je ne crois pas non plus qu'il faille rapporter à l'hydrocéphalie congénitale seule les altérations des nerfs optiques, ni les paralysies oculaires, quoique cela se voie quelquefois, car, dans ces cas, les lésions datent des premiers temps de la vie et ne s'accompagnent pas d'épisodes aigus de ce genre; elles sont fixes. Je le répète, l'hydrocéphalie a été suivie, vers la treizième année, d'une poussée de méningite de la base et la chose s'est vue assez fréquemment.

Voyons maintenant la signification de la paralysie flasque et atrophique des deux mains. Je vous ferai remarquer, tout d'abord, que la paralysie a eu pour prélude des douleurs vives dans le cou, dans les bras, etc.; elle a précédé l'atrophie musculaire, celle-ci n'est survenue que consécutivement à celle-là. L'atrophie musculaire est, elle aussi, à distribution nettement radiculaire; elle est comprise dans le domaine des quatrième, septième, huitième cervicales et première dorsale. De plus, elle est accompagnée de troubles profonds des réactions électriques, allant, pour certains muscles, jusqu'à la réaction de dégénérescence. Enfin, je vous rappelle que le réflexe osseux et le réflexe du poignet sont abolis; il en est de même de la perception stéréognostique de la main gauche. Un pareil ensemble symptomatique implique nécessairement une localisation des lésions à la région médullaire cervicale, localisation méningée ou myélitique, ou localisation à la fois méningée et myélitique. Vous savez combien il est difficile parfois de déterminer, avec le syndrome réalisé chez ce malade, la part qui revient, dans la constitution de ce syndrome, aux racines d'origine des nerfs périphériques et celle afférente à la moelle, en supposant celle-ci atteinte par la lésion. Néanmoins, en prenant en considération la paralysie siégeant surtout aux extrémités des membres supérieurs, paralysie flasque, principalement motrice, paralysie accompagnée d'atrophie musculaire avec troubles des réactions électriques, ceux-ci ayant d'ailleurs été variables à divers moments, c'est-à-dire s'étant présentés avec une intensité différente à plusieurs mois d'intervalle, on peut arriver à conclure, en prenant en considération les muscles paralysés et atrophiés, à une compression des racines *antérieures* des septième, huitième cervicales, première dorsale, troisième et quatrième cervicales. Sans doute, les racines postérieures correspondantes ont été, elles-mêmes, soumises à la compression, j'en veux pour preuve le torticolis douloureux et les douleurs pseudo névralgiques qui ont précédé, de quelques semaines, l'apparition de la paralysie, mais cette compression n'a pas dû être aussi intense que celle exercée sur les racines antérieures, car on ne trouve pas de bandes anesthésiques ou hypoesthésiques très prononcées dans les territoires innervés par ces racines, mais seulement des troubles de la sensibilité, à disposition radiculaire, avec dissociation partielle. Ces troubles, dans tous les cas, prouvent que certaines racines postérieures sont lésées. Donc, je crois qu'il y a, chez notre malade, surtout compression des racines antérieures et aussi, quoique à un moindre degré, des racines postérieures. Quel est l'agent de cette compression? L'évolution des accidents en deux temps : phase douloureuse d'abord, phase de paralysie ensuite après la disparition pour ainsi dire totale de l'élément douleur sans retour offensif de celui-ci depuis des mois, indique qu'il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une pachyméningite de la région cervicale. Ainsi donc, de même qu'une méningite a frappé la base de l'encéphale, en laissant les reliquats que je vous ai fait connaître, de même une autre poussée inflammatoire a frappé les méninges cervicales.

Vous m'objecterez peut-être que l'on connaît, que l'on a publié des exemples d'hydrocéphalie congénitale — et c'est le cas chez notre malade — s'étant accompagnés, à un moment donné de leur évolution, d'hydromyélie, laquelle peut se traduire par un ensemble symptomatique du côté des membres supérieurs, assez semblable à celui que nous observons chez notre malade. Je vous rappelle, en quelques mots, les deux exemples que je vous ai cités dans ma dernière leçon lorsque j'ai

étudié le diagnostic différentiel de la syringomyélie et de l'hydromyélie à propos d'un malade atteint de cette affection. Le premier cas de *Gerlach-Wold* était ainsi caractérisé : l'affection avait débuté, dans le jeune âge, par une paraplégie spasmodique. Peu à peu, en même temps, l'hydrocéphalie qui existait devint considérable. Puis des symptômes de la syringomyélie surviennent : cyphose, dissociation typique de la sensibilité.

A l'autopsie on a trouvé de l'hydrocéphalie ventriculaire allant jusqu'au quatrième ventricule ; une cavité médiane qui occupait toute la hauteur de la moelle; cette cavité tapissé par un épithélium, sans prolifération *névroglique*, ni altérations vasculaires *appréciables*, ressemblait au canal central très dilaté.

Le second est le cas de *Bullard et Thomas*. L'affection, chez un enfant, commence à l'âge de trois ans, par des symptômes rappelant ceux de l'hydrocéphalie ou d'un néoplasme cérébral (céphalalgie, vomissements, paralysie du muscle droit externe avec nystagmus, amaurose). Quelques mois après se développe une paraplégie subite avec troubles sphinctériens : les membres supérieurs se paralysent et, après des périodes d'amélioration et d'aggravation, l'enfant meurt.

A l'autopsie, hydrocéphalie ventriculaire; dilatation énorme de l'aqueduc de Sylvius qui se continue avec une cavité médiane tapissée d'épithélium et occupant toute la longueur de la moelle. A la région cervicale, la cavité unique est très grande; plus bas, elle devient double. Sa paroi névroglique est peu épaisse : même en certains points les bords sont constitués par la substance médullaire taillée à pic. Il existe, par places, quelques petites cavités anciennes, plus ou moins anfractueuses.

J'avoue, Messieurs, que la lecture de ces cas ou d'autres semblables, publiés dans la littérature, doit imposer quelques réserves. Pourtant, étant donné l'épisode bruyant, vers la treizième année seulement, l'hydrocéphalie datant de la naissance et l'évolution ultérieure des accidents, je penche plutôt pour un processus méningé que pour un processus médullaire qui serait, dans le cas particulier, une hydromyélie consécutive à l'hydrocéphalie. Pour les mêmes raisons, en m'en référant surtout aux phénomènes oculaires, j'éloigne le diagnostic de syringomyélie.

Reste encore à interpréter quelques symptômes qui rendent le cas de notre malade si difficile et si intéressant : je veux parler de la perte du réflexe rotulien gauche et du réflexe cutané de ce côté, ainsi que des troubles moteurs du membre inférieur gauche. Ces troubles, vous vous en souvenez sans doute, consistent surtout en de l'incoordination motrice, peu prononcée il est vrai, mais cependant certaine, car vous avez vu que le malade talonne du pied gauche ; en outre, il y a perte de l'équilibre s'il est debout et si les yeux sont fermés. En somme, il s'agit là, du côté de cette jambe, de troubles tabétiformes. N'oubliez pas qu'ils ont été précédés de douleurs pseudo-névralgiques dans le domaine des dernières dorsales et des premières lombaires. Ces douleurs, comme celles de la région du cou, ont disparu tout à fait et elles ont été suivies des troubles en question. Très vraisemblablement il s'est produit, dans cette partie de la région dorso-lombaire gauche, une inflammation méningée analogue à celle de la base de l'encéphale, analogue à celle de la région cervicale. Cette poussée méningitique a dû surtout englober les racines postérieures lesquelles, à la suite de cette compression, ont amené la dégénérescence d'une partie du cordon postérieur gauche, créant ainsi les phénomènes tabétiformes que nous observons chez notre malade. Etant donnée la succession des accidents, je crois inutile de faire intervenir les troubles de développement des ganglions spinaux chez les nouveau-nés syphilitiques héréditaires signalés par Sibelius (1) en 1901. En somme, je pense que, sous l'influence d'une cause qui reste à déterminer, il s'est fait, chez notre malade, des localisations méningées de même nature, à siège multiple, face inférieure du cerveau, moelle cervicale, partie gauche de la région dorso-lombaire.

***

Il s'agit maintenant de résoudre le point le plus important du problème relativement à l'avenir de notre malade celui relatif à la nature des diverses localisations méningées que je crois réalisées chez lui. A quelle maladie plus générale se rattache l'inflammation chronique des méninges? Deux seulement demandent à être discutées dans le cas particulier, étant donnés la longue durée des accidents, les temps d'arrêt de l'inflammation, ses reprises, ses localisations multiples : la tuberculose et la syphilis.

Relativement à la première maladie, la tuberculose du système nerveux, je vous ferai remarquer que ce n'est pas ainsi qu'elle procède, sous sa forme méningée chronique. D'abord, du côté de l'encéphale, elle se localise d'ordinaire à la convexité et non à la base ; ensuite, quand elle atteint les méninges spinales, il est rare, il est tout à fait exceptionnel qu'elle ne procède pas d'un processus osseux, qu'elle ne se traduise pas par des douleurs autrement violentes, continues, durables et à reprises, contrairement à ce qui a été observé chez notre malade; qu'elle ne s'accompagne pas, à un moment donné de son évolution, de complications du côté des autres organes, de la moelle, des poumons, etc.; ou bien qu'elle ne survienne pas chez un malade déjà entaché de tuberculose locale, en un point quelconque de son économie. Enfin, presque jamais elle ne procède par poussées aussi espacées dans leur apparition que celles qui ont marqué l'évolution de la maladie actuelle. Pour toutes ces raisons, je crois devoir éliminer la tuberculose. Reste la syphilis.

S'agit-il de syphilis acquise contractée de bonne heure par un procédé quelconque de contagion? S'il en était ainsi, elle n'aurait traduit sa présence chez notre malade que par des localisations nerveuses; dans tous les cas, prise après la naissance, elle ne serait pour rien relativement à la malformation congénitale, à son hydrocéphalie, et l'hydrocéphalie de naissance, de l'avis des syphiligraphes les plus autorisés, relève ordinairement de la syphilis héréditaire. De plus, il existe chez lui des signes oculaires sur lesquels j'ai insisté et des stigmates dystrophiques. Sans doute, ceux-ci ne sont nullement symptomatiques de la syphilis, puisqu'ils peuvent se rencontrer à la suite d'une série d'infections ou d'intoxications des générateurs, en particulier de l'alcoolisme chronique, des professions insalubres, etc., mais rapprochés des lésions oculaires, des inflammations méningées chroniques multiples, ils sont de forts éléments de probabilité en faveur de l'existence, chez notre malade, de la syphilis héréditaire, celle-ci ayant surtout frappé le système nerveux.

Je vais plus loin : la disposition même des lésions, leur siège, leur topographie militent en faveur de l'opinion que j'émets, à savoir que, dans l'espèce, il s'agit de syphilis héréditaire du système nerveux. Quelques mots de digression sur ce sujet ne seront pas inutiles pour vous faire comprendre toute ma pensée. Je vous

(1) Sibelius. — *Deutsch Z. f. Nervenheilk.*, XX, 1901.

rappelle d'abord qu'en 1896, le 8 mai, dans une leçon sur la forme amyotrophique de la syphilis héréditaire (1), j'ai déjà longuement étudié la syphilis héréditaire du système nerveux. On le sait bien aujourd'hui, celle-ci est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Elle peut être congénitale, précoce ou tardive. Mon ancien chef de clinique Gasne, dans son excellent travail sur ce sujet, a cité un cas où elle ne s'est révélée qu'à l'âge de quarante-huit ans. Chez notre malade, elle a créé l'hydrocéphalie pendant la vie intra-utérine, probablement par le mécanisme indiqué par Salevzeff, à la Société neurologique de Moscou (9 octobre 1898) (troubles circulatoires engendrant des troubles du développement des vésicules cérébrales). Les autres manifestations datent de la treizième et de la seizième année. Ces manifestations, comme cela est habituel, siègent surtout à la partie supérieure de l'axe nerveux, à la base de l'encéphale et au niveau de la moelle cervicale; dans tous les cas, en ces points, les lésions atteignent leur maximum d'intensité; elles doivent être, d'après les symptômes observés, beaucoup moins marquées à la région dorsolombaire. En quoi consistent-elles? Etant donnés leur ancienneté, leur mode d'évolution, il ne me paraît pas douteux qu'elles consistent surtout en pachyméningite scléreuse ou scléro-gommeuse, les lésions de la syphilis héréditaire du côté du système nerveux, ne différant pas de celles que l'on rencontre dans la syphilis acquise. Pour les raisons que je vous ai données, je les crois sans grand retentissement sur la moelle, du moins jusqu'à présent, à part, bien entendu, la dégénérescence d'une partie du cordon postérieur gauche; par contre, elles ont atteint fortement certaines racines antérieures en les comprimant, et d'une façon moins active quelques racines postérieures. En résumé, c'est donc surtout d'accidents méningés multiples, engendrés par la syphilis héréditaire qu'il s'agit chez notre malade; en outre, celle-ci est la cause génératrice de son hydrocéphalie congénitale et de ses tares dystrophiques. Je veux vous faire remarquer encore que l'étude du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire n'a rien donné. Cela n'a rien de surprenant à cause de l'ancienneté des lésions et des adhérences des méninges.

***

La conclusion que je viens de formuler est consolante au point de vue du pronostic. Notre malade, à part les manifestations nerveuses de la syphilis héréditaire, ne présente pas de lésions des autres viscères et ce sont celles-ci qui, en l'espèce, font ordinairement la gravité du pronostic. Il n'a rien du côté de son foie, de ses reins, de son cœur, de ses poumons; il n'est donc pas menacé dans sa vie. Je vais plus loin et je pense que l'action curative du traitement doit s'exercer chez lui avec une réelle efficacité, du moins je l'espère; cependent, je ne dois pas vous laisser ignorer que les formes scléreuses de la syphilis sont relativement peu influencées par celui-ci. Dans tous les cas, je vais agir vite et énergiquement. Il devra être soumis au traitement spécifique mixte et intensif, en en surveillant l'emploi avec soin. Je vous tiendrai au courant des résultats obtenus (1).

(1) Clinique des malad. du syst. nerveux, 2e série, p. 473.

(1) 28 juin 1901. — Sous l'influence du traitement spécifique, il s'est produit, lentement, une amélioration progressive qui est, aujourd'hui, considérable.

THÉRAPEUTIQUE

Du soi-disant état naissant en thérapeutique

Par M. D. Tommasi, docteur ès-sciences.

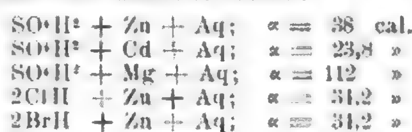
On désignait, il y a bien longtemps, en chimie, sous le nom d'état naissant, l'état des corps, et plus spécialement de l'hydrogène, au moment même où ils se dégagent de leurs combinaisons.

C'est ainsi, par exemple, qu'à l'état libre, les affinités de l'hydrogène sont très peu prononcées, mais au moment même où il se dégage de ces combinaisons, il possède un pouvoir réducteur très énergique. Il réduit les sels ferriques en sels ferreux; les acides arsénieux et sulfureux en hydrogène arsénié et sulfuré; il transforme l'indigo bleu en indigo blanc, etc., etc.

Toutes ces réductions étaient autrefois attribuées à un état spécial de l'hydrogène : *l'état naissant.* Aujourd'hui, le pouvoir réducteur de l'hydrogène prétendu naissant n'a plus rien de mystérieux et s'explique au contraire fort bien par des considérations purement thermochimiques.

Il résulterait, en effet, des recherches que j'ai faites en 1877, que si l'hydrogène à l'état naissant est doué d'une plus grande affinité qu'à l'état ordinaire, cela tient uniquement à ce que l'hydrogène, au moment où il sort d'une combinaison, se trouve accompagné de toute la quantité de chaleur qui s'est produite pendant sa mise en liberté. Par conséquent, l'hydrogène naissant est synonyme de H + calories. Et les différences que l'on observe dans l'hydrogène provenant de diverses réactions chimiques tiennent à ce que ces réactions ne développent pas les mêmes quantités de chaleur.

Si l'on représente l'hydrogène naissant par cette formule : $H + \alpha$ (α désignant la chaleur dégagée par la réaction chimique qui produit l'hydrogène), on aura pour α les valeurs suivantes :



$$SO^4H^2 + Zn + Aq; \quad \alpha = 38 \text{ cal.}$$
$$SO^4H^2 + Cd + Aq; \quad \alpha = 23{,}8 \text{ »}$$
$$SO^4H^2 + Mg + Aq; \quad \alpha = 112 \text{ »}$$
$$2ClH + Zn + Aq; \quad \alpha = 34{,}2 \text{ »}$$
$$2BrH + Zn + Aq; \quad \alpha = 34{,}2 \text{ »}$$

Pour l'amalgame de sodium α serait égal à environ 112 calories.

Par des considérations analogues, on arrive à expliquer la plus grande activité qu'ont les corps au moment où ils sortent d'une combinaison, par suite d'une décomposition chimique ou électrolytique, c'est-à-dire quand ils se trouvent, comme l'on disait jadis, à l'état naissant (1).

Ce que je viens de dire à propos de l'hydrogène s'applique également bien à l'oxygène soi-disant naissant.

En effet, si l'oxygène est plus actif au moment même où il se dégage du peroxyde d'hydrogène ou de tout autre peroxyde métallique, cela ne tient nullement à son prétendu état naissant, mais simplement à ce que ces divers peroxydes sont des composés *endothermiques* (2), c'est-à-dire formés avec absorption de chaleur et dont, par conséquent, la décomposition dégage de la chaleur. Pour le peroxyde d'hydrogène, cette quantité de chaleur est de 21,6 cal. Or, c'est précisément à cette production d'énergie calorifique, qui prend naissance en même temps que l'oxygène, qu'est due la plus grande activité de ce corps, c'est-à-dire sa plus grande aptitude à entrer en combinaison.

Il résulte donc de ce qui précède que, si les applications, qu'on a faites en thérapeutique, de la propriété que possèdent certains peroxydes, notamment ceux de sodium et de magnésium, de se décomposer avec dégagement d'oxygène au contact du suc gastrique, peuvent être considérées comme très importantes au point de vue médical, la théorie que l'on en a donnée est totalement fausse, car non seulement elle ne repose sur aucun fait sérieux, mais encore elle est en complet désaccord avec les nouvelles théories chimiques.

(1) D. Tommasi. — Voir, pour plus de détails : le *Traité d'électrochimie*, p. 105; le *Traité des piles électriques*, p. 121, et le *Formulaire physicochimique*, p. 412.

(2) A proprement parler, il n'y a pas de composés *endothermiques*, ainsi que je l'ai fait déjà remarquer, mais bien des réactions *endothermiques*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet

A propos de la ligature et de la suture de la carotide primitive

M. Chavasse. — J'ai recueilli le fait, que j'ai brièvement mentionné à la dernière séance, sur un homme de vingt ans qui avait reçu un coup de fusil, chargé à plomb, dans la région cervicale droite. Les téguments avaient été dilacérés, le maxillaire brisé et la plaie saignait abondamment. Les caillots enlevés, j'ai fait la ligature de l'artère faciale; trois jours après une hémorragie veineuse se produisit et se renouvela plusieurs fois; on reconnut qu'elle provenait de la jugulaire, un tamponnement l'arrêta, mais quarante-huit heures plus tard du sang rouge réapparut et la recherche du vaisseau étant impossible dans la plaie, j'ai fait la ligature de la carotide primitive à son point d'élection. Je rappelle qu'au moment où j'ai passé le fil au-dessous du vaisseau, le malade eut une attaque épileptiforme qui réapparut et dura quelques secondes lorsque j'ai serré le fil, et cependant je suis sûr que l'artère était bien dénudée et qu'aucun filet nerveux n'avait été pris. Le lendemain une nouvelle hémorragie s'est produite et le malade a succombé. A l'autopsie nous avons trouvé une perte de substance de 2 centimetres de long sur la jugulaire, de petites échancrures de la carotide externe et interne par chute d'eschares. Quant à la carotide primitive liée, le fil n'avait pas sectionné la tunique interne.

M. Djemil-Pacha. — Je rappellerai que j'ai déja publié deux cas de déchirure de l'artère axillaire guérie après suture. Sur un autre malade j'ai fait, avec le même résultat, la suture de l'artère iliaque externe. Je suis convaincu que cette pratique est bonne pour les grosses artères.

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum

M. Quénu. — Les rétrécissements syphilitiques du rectum présentant différentes variétés, le traitement qui leur est applicable doit également varier. Chez quelques malades la dilatation suffit, mais à la condition que les manœuvres soient toujours faites avec beaucoup de soin. J'en ai vu quelques cas qui ne se sont pas aggravés pendant plusieurs années.

Chez d'autres malades l'anus iliaque est indiqué; après sa création on voit disparaître divers accidents tenant à la suppuration, ainsi que les accès de fièvre et les phénomènes d'arthrite à distance que l'on note quelquefois. Il se produit, non seulement une amélioration dans l'état général, mais encore une amélioration locale; j'ajoute, d'après ce que j'ai observé, que l'anus iliaque ne doit pas être supprimé, et qu'on doit, chez quelques sujets dont le bout inférieur reçoit encore de temps en temps des matières fécales, fermer ce bout inférieur. Il se produit, dans la suite, une atrophie de ce bout qui paraît se transformer en un cordon fibreux.

Dans quelques cas particuliers il y a moyen de faire plus; c'est de pratiquer l'extirpation du rétrécissement. Chez une malade atteinte d'un rétrécissement siégeant à 8 ou 10 centimètres de l'anus, la dilatation ayant été insuffisante à diminuer la suppuration et à arrêter l'amaigrissement, j'ai fait avec succès l'extirpation.

J'ai commencé par créer un anus artificiel, puis, au bout de cinq semaines, j'ai ainsi extirpé le rétrécissement : après avoir decollé la muqueuse sur toute la surface en rapport avec le sphincter, j'ai fermé la muqueuse par une ligature en bourse et, la région sphinctérienne dilatée, j'ai attiré et abaissé la portion rétrécie, puis, la section intestinale faite audessus, j'ai suturé la tranche sectionnée à la peau. Un peu de suppuration s'est produite, mais, cinq semaines plus tard, la cicatrisation était complète. J'ai attendu encore cinq semaines avant de toucher à l'anus artificiel et j'ai procédé à son occlusion. Actuellement la continence est parfaite.

Ablation d'une tumeur de la cavité de Reitzius. Section de l'uretère. Trajet fistuleux urinaire sacré. Abouchement de ce trajet dans le rectum

M. Chaput. — J'ai eu à opérer un homme de cinquante ans atteint d'une volumineuse tumeur, paraissant fluctuante, de la cavité de Reitzius. L'abdomen ouvert, j'ai trouvé une tumeur dure et adhérente à tous les organes de voisinage. Ne voulant pas continuer l'opération, j'ai essayé de suturer l'incision abdominale; mais cette suture n'ayant pu avoir lieu, j'ai fait une incision médiane de la tumeur, dans laquelle j'ai trouvé un magma épais. Après avoir vidé la poche, j'ai pu en faire l'extraction, pendant laquelle l'uretère a été sectionné très haut. Comme il était impossible d'aboucher ce dernier dans la vessie, dans l'intestin ou à la peau, j'en ai tenté la ligature aseptique et j'ai fait un drainage par la région sacrée. La ligature n'ayant pas tenu, il s'est produit une fistule uretérale sacrée, que j'ai supprimée plus tard en établissant une communication de cette fistule avec le rectum. La plaie sacrée a été drainée et s'est fermée, et le malade a guéri en déversant son urine dans le rectum.

Corps étranger de l'œsophage

M. Sébileau. — **M. Suarez de Mendosa** nous a communiqué l'observation d'une jeune fille qui, après avoir avalé une épingle, fut prise de suffocation. La malade, immédiatement transportée dans un service de clinique, subit la radiographie, qui montra que l'épingle devait se trouver en regard de la cinquième vertébrale cervicale. On pratiqua aussitôt la thyrotomie, mais toute recherche de l'épingle resta infructueuse. La plaie fut suturée et se cicatrisa par première intention. La malade ayant présenté, dans la suite, de l'enrouement, M. Suarez de Mendosa pratiqua l'examen laryngoscopique et découvrit, au niveau de l'angle rentrant du cartilage thyroïde, une petite excroissance charnue, dont il a fait l'ablation. Quant à l'épingle, elle est toujours restée invisible.

Imperforation de l'œsophage chez un nouveau-né. Gastrostomie. Mort.

M. Demoulin. — Cette observation nous a été communiquée par **M. Villemin**, qui l'a recueillie sur un nouveau-né. L'enfant vomissant le lait avec accès de suffocation, le cathétérisme fit découvrir une imperforation de l'œsophage, siégeant à 12 centimètres de l'arcade maxillaire. Notre confrère a fait une gastrotomie qui a été bien supportée, mais le lait introduit dans l'estomac n'etait pas conservé et était rejeté par les voies aériennes. La mort survint cinq jours après l'opération, huit jours après la naissance. A l'autopsie on a constaté, outre l'occlusion du bout supérieur de l'œsophage, l'abouchement du bout inférieur dans la trachée. C'est un fait déjà signalé dans ces cas de malformation, contre lesquels la chirurgie est restée jusqu'alors impuissante.

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet.

Des effets du régime hyper et hypochloruré dans l'hystérie

M. H. Vincent (Val-de-Grâce). — Le chlorure de sodium, absorbé en excès, n'a pas seulement une influence fâcheuse sur la muqueuse stomacale, ainsi que je l'ai montré, et sur le filtre rénal. Il paraît encore aggraver l'état des sujets atteints d'affections essentielles du système nerveux, telles que l'hystérie.

Si l'on fait prendre à des hystériques, outre le régime alimentaire habituel, 12 à 15 grammes de NaCl par jour, on voit leurs troubles nerveux s'accentuer et parfois le nombre de leurs attaques augmenter. Le chlorure de sodium paraît même avoir la propriété d'évoquer des attaques d'hystérie chez les sujets atteints de l'affection à l'état latent. En même temps, ces sujets accusent des douleurs gastriques vives, de l'insomnie, et les stigmates d'hystérie (troubles sensitifs, rétrécissement concentrique du champ visuel, etc.) s'accentuent notablement.

Au contraire, sous l'influence du régime *hypochloruré*, les troubles stomacaux peuvent régresser, les attaques d'hystérie peuvent cesser. L'un de ces malades, hystérique latent, soumis à ce dernier régi-

me augmenta de 5 kilos en quinze jours; à sa sortie de l'hôpital, le champ visuel était devenu presque normal et l'hémi-analgésie gauche avait disparu.

Le chlorure de sodium en excès paraît donc, à l'exemple de l'alcool, du plomb, du mercure, etc., se comporter comme un agent toxique, susceptible d'éveiller l'hystérie latente. Chez les hystériques avérés, il peut aggraver les troubles nerveux déjà existants. Enfin, chez ceux qui sont en même temps hyperchlorhydriques, le régime alimentaire hypochloruré amène une détente sensible des symptômes gastriques et peut être un adjuvant précieux du traitement général.

M. H. Claude. — Nous savons que dans certaines maladies le NaCl s'élimine insuffisamment, et que cette rétention favorise la production des œdèmes ; nous avons lieu de croire que le sel dans certaines proportions est nuisible à diverses catégories de malades et, au contraire, utile à d'autres, mais, jusqu'à présent, aucun principe scientifique n'a guidé au point de vue diététique les médecins dans l'emploi de l'hypochloruration ou de l'hyperchloruration.

Ayant eu l'occasion de signaler déjà les bons effets de la déchloruration dans certaines affections, expressions d'un trouble fonctionnel du système nerveux (psychoses, asthme) relevant d'un état dyscrasique bien caractérisé (neuro-arthritisme), nous nous sommes proposé de rechercher si le NaCl introduit en excès, exclu de l'alimentation, pouvait faire varier sur l'homme en état de bonne santé, les mutations nutritives. Dans ce but, nous avons fait deux séries d'expériences pendant lesquelles nous avons étudié les urines d'un sujet adulte soumis au même régime alimentaire, privé de sel pendant cinq jours, et additionné de NaCl (10-12 gr.) pendant les jours suivants.

Sous l'influence de l'alimentation réduite au seul NaCl faisant partie de la substance des aliments, nous avons vu que le taux du chlorure des urines diminue progressivement, l'urée baisse brusquement et remonte parfois certains jours, les phosphates sont augmentés et les rapports de l'acide phosphorique à l'urée et à l'azote total indiquent une exagération de la désassimilation ou de la déperdition phosphorique. Le coefficient d'utilisation azotée s'abaisse également d'une façon notable.

La cryoscopie indique une diminution globale des éliminations. Ces faits indiquent donc, ainsi que les troubles de l'état général ressenti par les sujets pendant la déchloruration (lassitude, inaptitude au travail, crampes, troubles dyspeptiques) que la proportion de NaCl par rapport à la quantité et à la nature des aliments absorbés n'est pas sans influence sur la nutrition et qu'il y a lieu de rechercher, dans les maladies générales, la quantité de NaCl qu'il convient d'introduire dans une alimentation donnée pour le meilleur fonctionnement de l'économie.

Rhumatisme tuberculeux ankylosant

MM. H. Barbier et H. Français présentent un malade de sept ans atteint de rhumatisme chronique ankylosant dont le début remonte à six mois et qui a déjà rendu le malade presque impotent. L'affection a débuté par l'articulation tibio-tarsienne, puis elle a gagné les genoux et les hanches, puis les épaules, les coudes, les poignets, les mains et enfin les articulations de la colonne cervicale. Ces arthrites s'accompagnent de positions vicieuses, de limitation des mouvements, de déformations des parties et, en particulier, des poignets et des doigts de la main.

La radiographie montre une intégrité des os, mais un arrêt de développement de certains os du carpe, dont le point d'ossification apparaît vers l'âge de cinq ou six ans.

Ce rhumatisme paraît être un rhumatisme tuberculeux. Dès le début, il y a eu de la fièvre, des sueurs, de l'anémie, de l'amaigrissement, portant surtout sur les masses musculaires, et enfin une évolution subfébrile continue. Il y a des adénopathies volumineuses de l'abdomen, de l'aisselle, du médiastin. Enfin, le malade a réagi à la tuberculine.

Splénomégalie chez une cholémique avec cyanose et polyglobulie transitoires

MM. L. Guinon, E. Rist, L.-G. Simon présentent une enfant de dix ans, atteinte, depuis plusieurs années, d'une splénomégalie considérable, dont l'apparition a été précédée d'un subictère chronique qui persiste encore. Le foie n'est pas augmenté de volume, ce qui semble faire rentrer ce cas dans le cadre de l'ictère chronique avec splénomégalie décrit par M. Hayem, plutôt que dans celui de la maladie de Hanot.

Les sels et les pigments biliaires se retrouvent dans les urines et dans le sang; la résistance globulaire est augmentée, ainsi que le pouvoir protecteur du sérum contre l'action hémolytique des sels biliaires. Les auteurs interprètent la splénomégalie comme étant fonction de la cholémie dans le sens d'une réaction d'immunisation contre l'intoxication biliaire, suivant la théorie récemment émise par MM. Rist et Ribadeau-Dumas.

L'enfant offre, de plus, de la polyglobulie avec cyanose, phénomène qu'on n'avait pas jusqu'ici noté au cours des splénomégalies d'origine biliaire. La polyglobulie explique la cyanose, mais la polyglobulie elle-même est d'interprétation très délicate. Pourtant, ce fait qu'elle est transitoire et atteint son maximum au moment de poussées d'ictère semble prouver qu'elle représente un des éléments du processus d'immunisation.

Tumeur de l'S iliaque

M. Leroy présente un homme âgé de cinquante-deux ans qui, à la suite d'une grippe infectieuse, présenta des troubles intestinaux, une phlébite, une détérioration générale de l'organisme, une tumeur de l'S iliaque, qui conduisirent au diagnostic de néoplasme de l'intestin. M. Leroy soumit alors le malade au traitement anticancéreux de Jaboulay : 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine aux deux principaux repas; injection journalière de cacodylate de soude, magnésie le matin à jeun. Sous l'influence de ce traitement les phénomènes locaux et généraux s'atténuèrent et le malade guérit.

M. Gaillard fait remarquer qu'il s'agit d'un diagnostic purement clinique, discutable, car les symptômes présentés ont été surtout ceux de l'obstruction intestinale, et que, dans ces conditions, on ne pouvait parler de guérison de cancer.

M. Le Gendre appuie cette observation et fait remarquer que la Société médicale des hôpitaux ne pourrait publier l'observation de M. Leroy sous le titre de « Cancer de l'intestin guéri ».

M. Hirtz a employé ce traitement dans un cas de cancer de l'intestin et n'en a rien obtenu.

M. Balzer a eu un échec complet de cette méthode dans un cancer de la langue.

M. Barth rappelle que le diagnostic de cancer de l'estomac porté par Vulpian chez le comte de Chambord, et accepté par les médecins allemands, a été infirmé à l'autopsie. On ne peut donc se baser seulement sur les signes cliniques pour affirmer un cancer des organes de l'abdomen.

M. Leroy n'a rien obtenu du traitement de Jaboulay dans le cancer de la langue; il ne l'emploie que dans les cancers à marche lente. Il est prêt à remplacer, dans le titre de sa communication, le mot de « cancer » par « tumeur canciriforme ».

M. Ménétrier a montré les pièces anatomiques d'un homme entré dans son service, avec les symptômes d'une tumeur du cervelet (démarche ébrieuse, tendance à la chute) et mort au bout de quinze jours.

G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Le microbe phtisiogène de Schrœn

Dans une lettre ouverte au professeur de Renzi, le professeur **Schrœn** (*Nuova rivista clinico-terap.*, juin 1901), de Naples, donne la description d'un microbe de la phtisie — non pas de la tuberculose — qu'il prétend avoir découvert.

On sait que, depuis l'avènement du bacille de Koch, la conception dualiste de la tuberculose pulmonaire, d'après laquelle on admettait deux lésions distinctes, les tubercules proprement dits et les infiltrations phtisiques caséeuses,

a fait place à une interprétation purement uniciste. Or, le microbe phtisiogène de M. Schrœn, qui, dans le poumon tuberculeux, évoluerait à côté et à la faveur du bacille de Koch, nous ramène à l'ancien dualisme en cette matière.

En effet, d'après les recherches de ce savant, les dépôts caséeux qui forment la partie essentielle des lésions pulmonaires chez les *phtisiques*, ne représenteraient pas, comme on l'a admis jusqu'ici, des reliquats de tissus morts par nécrose de coagulation, mais seraient constitués, en grande partie, par un microbe arborescent, d'une organisation relativement élevée, qui se substituerait au tissu pulmonaire, sans y provoquer au préalable de nécrobiose. Ce microbe prendrait naissance sous forme de tout petits filaments qui, en croissant, deviennent tortueux, se ramifient et se réunissent en un amas lichénoïde. Ces colonies arborescentes fructifient : elles développent des capsules, rappelant les sporanges, dont le contenu granuleux ne tarde pas à se transformer en filaments minuscules. Ces derniers ne sont autre chose que de jeunes microbes phtisiogènes; ils quittent la capsule où ils sont nés, pour envahir d'autres parties du tissu pulmonaire, s'attaquant surtout aux cellules épithéliales des alvéoles, dans lesquelles ils pénètrent peu à peu. Ces cellules, que les microbes phtisiogènes entourent à l'instar d'une tête de Méduse, et dont bientôt il ne subsiste plus que le noyau atrophié, deviennent, de la sorte, des centres de cultures microbiennes qui anastomosent, fusionnent entre elles, puis subissent la dégénérescence graisseuse et muqueuse, se transforment en détritus caséeux et amènent la production de petites solutions de continuité, de cavernules dans le tissu pulmonaire. La cavernule une fois formée, s'étend par pénétration incessante de microbes dans les tissus avoisinants, et devient bientôt une caverne.

Dans une caverne phtisique, les parties périphériques représenteraient les phases évolutives du microbe phtisiogène, tandis que les parties centrales en figureraient, au contraire, les transformations involutives. Souvent la surface interne de la caverne est encore revêtue d'une couche de bacilles de la tuberculose. D'autres fois, on n'y trouve plus de ces bacilles qui, d'ailleurs, peuvent aussi manquer dans les crachats, très abondants, de certains phtisiques à grosses cavernes.

De ce qui vient d'être dit, il résulterait que la phtisie et la tuberculose sont deux entités morbides différentes, bien que fréquemment associées. La tuberculose peut, pendant longtemps, exister et évoluer sans être accompagnée de phtisie, comme, d'autre part, la phtisie peut prédominer sur la tuberculose au point qu'on ne constate plus de bacilles tuberculeux ni dans les parois des cavernes ni au sein des infiltrations caséeuses encore fermées. Ces faits n'infirment en rien la préexistence de tubercules dans un tel poumon. Pour sa part, M. Schrœn n'a pas encore rencontré de poumon phtisique sans traces de tuberculisation progressive antérieure. Il ne saurait donc admettre une phtisie primitive ou originaire. Par contre, il peut affirmer que, dans la majorité des cas au moins, le bacille de la tuberculose est le précurseur, le pionnier du microbe phtisiogène.

L'auteur a obtenu des cultures pures de son microbe en goutte pendante seulement, pas encore *in vitro*; mais il possède, *in vitro*, des cultures symbiotiques de ce parasite et du bacille tuberculeux, permettant de constater clairement les différences structurales et évolutives de ces deux agents pathogènes.

Si la découverte du professeur Schrœn venait à se confirmer, elle ne manquerait pas de susciter des essais de traitement sérothérapique de la phtisie par les toxines du microbe phtisiogène, les sérums, préparés avec les toxines du bacille tuberculeux, ne pouvant exercer d'action curative sur des lésions qui relèvent d'un autre agent pathogène, du microbe de Schrœn.

A propos de la mort par le chloroforme

A l'heure où la question des dangers du chloroforme a été remise sur le tapis, à propos d'un fait de mort survenue à Paris, un autre accident chloroformique mortel, observé récemment à la clinique chirurgicale du professeur Bobrow, à Moscou, et que relate **M. I. P. Aleksinsky** (*Med. Obozréniyé*, 1901, 11), présente assurément quelque intérêt. Il s'agissait, dans cette observation, d'un homme, âgé de trente ans seulement, et vigoureux, qui devait être opéré pour sarcome du creux poplité gauche. Il fut soumis aux inhalations de chloroforme, après avoir reçu, au préalable, 1 centigramme de morphine en injection sous-cutanée. Au bout de douze minutes, alors que le malade n'avait inhalé que 15 grammes d'anesthésique, les mouvements respiratoires s'arrêtèrent complètement, le cœur continuant encore à fonctionner. Pour rétablir la respiration spontanée, c'est en vain qu'on pratiqua la respiration artificielle, puis la faradisation du diaphragme et des injections sous-cutanées de solution de saline, de caféine et de camphre. Sur ces entrefaites, le cœur cessa de battre. On fit alors la laparotomie pour masser le cœur à travers le diaphragme, mais sans résultat. On eut recours, ensuite, au massage direct du cœur, après ouverture du thorax. A cet effet, on sectionna les quatrième, cinquième et sixième cartilages costaux, d'une part, près de leurs insertions au sternum et, d'autre part, à leur union avec la partie osseuse des côtes. On forma de la sorte un lambeau musculo-cartilagineux qu'on réclina, puis on incisa le péricarde. Le massage du cœur à pleine main, continué pendant un quart d'heure, échoua également. A l'autopsie, on constata les signes de la mort par asphyxie ; cependant, on trouva dans les poumons de nombreux noyaux métastatiques du sarcome, et même un certain degré d'infiltration du parenchyme pulmonaire par des cellules sarcomateuses.

L'analyse chimique du chloroforme employé en démontra la pureté absolue. D'ailleurs, ce même chloroforme avait servi la veille à endormir une femme âgée, emphysémateuse, à cœur gras, chez laquelle on dut réséquer une partie de l'intestin pour hernie étranglée. L'opération dura deux heures ; elle nécessita l'absorption de 50 grammes de chloroforme, et pourtant elle s'effectua sans la moindre alerte.

La mort, dans l'observation de M. Aleksinsky n'était-elle pas due à la morphine ? Cette supposition, d'abord admissible, ne paraît pas, cependant, vraisemblable, vu la dose modérée d'alcaloïde injecté. Du reste, nombre de chirurgiens et de physiologistes recommandent l'injection de morphine, précisément comme moyen d'éviter les accidents chloroformiques, notamment ceux du début. Quoi qu'il en soit de cette question de l'anesthésie mixte (morphine-chloroforme), un point semble bien établi dans l'observation de M. Aleksinsky, c'est la pureté du chloroforme dont on s'était servi. Ceci paraît donner raison aux partisans de l'explication biologique de la mort par le chloroforme, contre ceux qui invoquent des causes d'ordre chimique.

L'observation relatée par M. Aleksinski est le premier cas de mort par le chloroforme survenue sur 3000 grandes opérations qui furent pratiquées à la clinique du professeur Bobrow. Or, ces chiffres correspondent exactement à la statistique générale de la mortalité par anesthésie chirurgicale, laquelle est, comme on sait, de 1 : 3000 environ.

Pareille coïncidence ne témoignait-elle pas aussi en faveur de l'hypothèse des causes biologiques de la mort par le chloroforme ?

Dr VLADIMIR DE HOLSTEIN.

REVUE DE THÈSES

Du développement de la tête de l'enfant dans les six premiers mois de la vie, par Louis CLAUDO. (Thèse de Paris, 1901.)

Ce travail, inspiré par le Dr Boissard, accoucheur à la maternité de l'hôpital Tenon, traite un sujet tout nouveau. Les nombreuses observations personnelles citées dans le cours de la discussion des faits, les longues et patientes recherches de l'auteur, donnent à cette thèse une réelle valeur. De l'étude minutieuse des mensurations prises se dégagent les conclusions suivantes :

1° La tête de l'enfant sain progresse d'une façon à peu près régulière du premier au sixième mois; les diamètres antéro-postérieurs sont ceux qui se développent davantage et le plus rapidement.

2° La maladie retentit toujours sur le volume de la tête. La mensuration de la circonférence horizontale totale permet d'apprécier suffisamment pour la clinique, l'intensité de l'atteinte.

3° Toujours pour une même cause, l'effet produit est exprimé avec le même signe. Dans quelques cas, cette affirmation est contredite par les faits, mais cette contradiction n'est qu'apparente.

4° La suralimentation sans accidents s'accompagne d'un développement excessif de la tête. Cette action s'atténue progressivement avec l'âge, en sorte qu'au sixième mois la tête n'en porte pour ainsi dire plus de traces. On peut donc, sans inconvénient, laisser un nouveau-né augmenter de poids plus que ne l'y autorise la courbe théorique de Sutils, à la condition expresse, toutefois, qu'il ne présente aucun trouble gastro-intestinal.

L'hypo alimentation, les troubles digestifs, les affections broncho-pulmonaires, en somme toutes les causes pathologiques, entraînent une diminution du volume de la tête de l'enfant, d'autant plus marquée que ce dernier est plus jeune, que l'atteinte est plus intense, plus durable ou de répétition fréquente.

La syphilis influe d'autant plus sur la tête du nouveau-né, que les accidents, chez le père ou chez la mère, se sont manifestés à une date plus voisine de la procréation ; que la mère n'a pas été traitée pendant sa grossesse ; que le petit malade est plus jeune, qu'il a été soigné plus tardivement ou d'une façon trop timide.

5° La céphalométrie est un procédé d'investigation assez exact, qui complète ou corrige les données fournies par la balance, qu'elle pourrait même, à *l'extrême rigueur*, remplacer.

6° Elle semble pouvoir permettre le diagnostic de certaines affections latentes ou à leur début (hydrocéphalie syphilitique ou tuberculeuse), apparaissant chez des enfants dont l'état de santé est florissant en apparence.

7° Par le degré de persistance des modifications de la tête qu'elle permet d'apprécier, même après guérison apparente ou complète, et par sa valeur diagnostique dans quelques cas, elle semble pouvoir donner des indications précieuses pour le pronostic et le traitement.

L'auteur, sur les conseils de son maître, le Dr Boissard, a terminé son travail par un essai de craniographie. Démonstration brève, mais fort intéressante, et capable d'ouvrir la voie à des tentatives fructueuses. « Simple jalon posé en vue de travaux futurs. »

Dr G.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Doin

Traité de pathologie mentale, publié sous la direction de M. Gilbert-Ballet. (Volume de 1600 p. avec 215 fig. et 6 planches en chromo-lithographie. Paris, 1903.)

Le *Traité* comprend dix livres, qui exposent dans l'ordre logique la somme totale de nos connaissances théoriques et pratiques en psychiatrie : 1° l'histoire, l'étiologie générale, le diagnostic et la séméiologie des affections mentales ; 2° les syndromes mentaux, tels que la manie et la mélancolie ; 3° les troubles mentaux dans les intoxications et les infections ; 4° les psychoses constitutionnelles ; 5° les névroses envisagées au point de vue des troubles mentaux qu'on y observe ; 6° psychopathies organiques ; 7° troubles mentaux dans les lésions cérébrales, congénitales ou infantiles ; 8° troubles mentaux, congénitaux ou acquis dans les lésions du corps thyroïde ; 9° notions générales sur le traitement des affections mentales ; 10° la pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire.

Le *livre premier* est écrit par MM. Gilbert-Ballet, Anglade et Séglas. M. Ballet s'est appliqué à raconter l'évolution de la pathologie mentale à travers les civilisations qui se sont succédées et à montrer comment, à la conception métaphysique de la folie, se sont substituées les notions positives qui constituent aujourd'hui le domaine de la psychiatrie.

L'étude de l'étiologie générale des affections mentales est faite par M. Anglade, qui passe en revue toutes les causes innées ou acquises, durables ou accidentelles, qui sont de nature à entraver, passagèrement ou d'une façon prolongée, le fonctionnement régulier du *cortex*.

Dans le même livre, M. Séglas a écrit deux chapitres, un sur le diagnostic général, un autre sur la séméiologie des affections mentales. Dans ce dernier chapitre, il étudie successivement, à l'aide de nombreuses figures, les signes morphologiques, somatiques et psychiques. Il insiste particulièrement sur les troubles du langage des aliénés, leurs hallucinations, et donne une description détaillée de leurs diverses idées délirantes.

Le Livre II comprend les syndromes mentaux : la manie et la mélancolie, dont l'histoire est exposée par MM. Gilbert-Ballet et Anglade.

Le livre III traite des troubles mentaux dans les intoxications et les infections. M. Roubinovitch s'attache à démontrer, dans la première partie de ce livre, que ces deux processus morbides entrent fréquemment en jeu en pathologie mentale et qu'ils présentent une parfaite analogie au point de vue pathogénique. Il passe ensuite en revue les délires fébriles, les délires des septicémies, et le délire du collapsus. M. Anglade a décrit dans le même livre le délire aigu et la confusion mentale. La troisième partie du Livre III est consacrée à l'étude des troubles mentaux dans les intoxication d'origine externe ou interne. M. Roubinovitch y expose, dans un premier chapitre, la physionomie clinique, la marche et l'évolution des troubles mentaux d'origine toxique ; dans le chapitre suivant, il traite les ivresses (alcoolique, oxycarbonée, celle du hachisch, etc...) ; dans le troisième chapitre, il étudie les intoxications cérébrales par usage habituel et prolongé des poisons d'origine externe (alcoolisme, chloralisme, morphinisme, cocaïnisme, saturnisme, etc...) ; dans le chapitre IV, sont envisagés les troubles mentaux dans les auto-intoxications (diabète, urémie insuffisance hépatique, insuffisance thyroïdienne).

Dans le livre IV, M. Arnaud expose l'histoire clinique des psychoses constitutionnelles, qu'il divise en deux groupes : *a)* celles qui surviennent chez des sujets à prédisposition latente et qui sont : 1° les délires systématisés primitifs, aigus et chroniques, et 2° les folies périodiques et circulaires ; *b)* celles qui se développent chez des sujets à prédisposition apparente, et dont les formes cliniques sont : 1° les obsessions et les impulsions ; 2° les folies morales et les folies raisonnantes ; 3° la manie et la mélancolie raisonnante, les délires d'emblée, le délire des persécutés-persécuteurs.

Dans la troisième partie du même livre, M. Arnaud étudie la démence vésanique tantôt tardive, tantôt précoce.

Les névroses envisagées au point de vue des troubles mentaux qu'on y observe, font l'objet du livre V écrit par MM. H. Colin et A. Duthil.

M. Dupré a fait, dans le livre VI, la revue des troubles psychiques liés à des lésions encéphaliques, et qui sont : la paralysie générale progressive, les encéphalopathies à lésions circonscrites simples ou multiples, méningites aiguës, méningite tuberculeuse, abcès encéphaliques, neuro-cérébrite toxique ou psychose polynévritique, méningites cérébrales chroniques, tumeurs de l'encéphale, tabes, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, diverses myopathies, encéphalopathies chroniques de l'enfance, psychopathies syphilitiques, tuberculeuses, encéphalopathies d'origine vasculaire.

Dans le livre VII, M. Roubinovitch expose les troubles mentaux dans les lésions cérébrales congénitales ou infantiles ; il étudie ainsi les diverses formes de l'idiotie. Le myxœdème et le crétinisme sont passés en revue par le même auteur dans le chapitre I du livre VIII, dont le second chapitre est consacré, par M. Duthil, aux troubles psychiques dans le goître exophtalmique.

La thérapeutique des affections mentales est exposée dans le livre IX par M. Anglade.

Enfin, le dernier livre, écrit par M. Vallon, comprend les notions administratives et judiciaires se rattachant à la pathologie mentale.

Malgré que le Traité soit l'œuvre de neuf auteurs qui ont conservé chacun leur indépendance et leur liberté dans la rédaction des articles dont ils ont accepté la charge, on peut dire que les vues générales qui ont présidé à la conception et à l'ordonnance de l'ouvrage sont communes à tous ceux qui y ont participé. Tous, en effet, sont d'accord pour rattacher la pathologie mentale à celle du système nerveux et des autres viscères, et tous sont des partisans convaincus des méthodes d'études exemptes d'éléments métaphysiques.

Tel qu'il est, ce Traité représente un magnifique effort de la jeune école psychiatrique française, et reflète très justement les progrès réalisés dans ces dernières vingt années, dans le domaine si intéressant de la pathologie mentale.

G.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

M. le médecin-inspecteur Claudot est nommé inspecteur général.

Liste des départs des officiers du corps de santé militaire :

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Lemoine, au 159e d'inf.; colonie demandée : sans préférence.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Cultin, au 1er cuirassiers; col. dem. : Tonkin.

M. Dénommé, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie; col. dem. : Tonkin.

M. Sicard, au 16e esc. du train; col. dem. : Tonkin, Madagascar.

M. Masson, au 29e dragons; col. dem.: Tonkin.

M. Bertelé, au 2e d'inf.; col. dem. : Tonkin.

M. Perrin, au 74e d'inf.; col. dem. : Tonkin, Madagascar.

M. Chassin, aux hôp. mil. de la div. d'Oran; col. dem.: Tonkin, Madagascar.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Deyrolle, au 4e bat. d'inf. lég. d'Afrique; col. dem.: Tonkin, Madagascar.

M. Le Tainturier de la Chapelle, au 39e d'inf.; col. dem : Tonkin.

M. Delbru, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie; col. dem.: sans préférence.

M. Laplanche, au 16e d'inf.; col. dem.: Tonkin, Madagascar.

M. Talabere, au 113e d'inf.; col. dem.: Tonkin.

M. Garnier, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie; col. dem.: Tonkin.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Des concours pour trois emplois de professeur dans les écoles annexes de médecine navale seront ouverts au port de Brest le 5 octobre 1904 :

A. Concours pour la chaire d'histologie et de physiologie à l'école annexe de Rochefort.

B. Concours pour la chaire de physique biologique à l'école annexe de Rochefort.

C. Concours pour la chaire de chimie biologique à l'école annexe de Brest.

Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest sera également ouvert dans ce port le 28 septembre 1904.

MM. les méd. de 2e cl. Mielvaque, du port de Lorient, en service à l'école de Bordeaux, et Lebeaupin, du port de Cherbourg, en service au bataillon des fusiliers marins à Lorient, sont autorisés à permuter de port d'attache.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine vacantes le 15 mai 1905 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 17 octobre, à 4 heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

NOUVELLES

CONCOURS DES HOPITAUX

Médecine

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Papillon, Griffon et L. Bernard.

CONCOURS POUR LE CLINICAT

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinicat obstétrical

Chefs de clinique titulaires : MM. Herrenschmidt, Jeannin, Sauvage.

Chefs de clinique adjoints : MM. Guéniot, Le Lorier, Mouchotte.

Clinicat des maladies mentales

Chef de clinique titulaire : M. Juquelier.

Clinicat chirurgical

Chef de clinique titulaire : M. Guibé.

Chef de clinique adjoint : M. Léo.

Clinicat chirurgical infantile

Chef de clinique adjoint : M. Tridon.

Clinicat des maladies des voies urinaires

Chef de clinique titulaire : M. Cathelin.

Chef de clinique adjoint : M. Iselin.

Clinicat médical

Chefs de clinique titulaires : MM. Nattan-Larrier, Glaka.

Chef de clinique adjoint : M. Crouzon.

Clinicat médical infantile

Chef de clinique titulaire : M. Terrien.

Chef de clinique adjoint : M. Armand-Delille.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques

Chef de clinique titulaire : M. Paris.

Chef de clinique adjoint : M. Sabatié.

Bibliographie de l' « Union médicale »

Ceux de nos lecteurs dont la religion à propos de l' « Union médicale » ne serait pas suffisamment édifiée, pourront se documenter à nouveau aux sources suivantes:

L'Union médicale.— *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine*, 15 juin 1904, p. 125 et 133.

Médecine commerciale. — Dr de Saravel. *La médecine pratique*, juin 1904.

L'Union médicale. — Dr Goureau. *L'Actualité médicale*, 15 juin 1904.

L'Union médicale. — *Bulletin officiel des Sociétés médicales d'arrondissements* 20 juin 1904, VIIe arrondissement, p. 436. XIe arrondissement p. 437. XVe arrondissement, p. 438.

A propos de l' « Union médicale ». — Dr Archambault. La *Revue médicale* du 29 juin.

Les Fausses mutualités. — Dr Dejace. *Le Scalpel* (Belge), 3 juillet 1904.

ENGINS PARAGRÊLES

M. Vidal a donné lecture à l'Académie des sciences du compte rendu suivant, signé par le colonel et des officiers du 22e régiment d'infanterie coloniale, concernant une observation relative à l'action des engins paragrêles sur les phénomènes orageux :

Le 2 avril 1904, vers 8 h. 30 du matin, une violente bourrasque de neige, venant de l'est est tombée sur tout le territoire d'Hyères. Les flocons en étaient serrés et, par moments, plus larges qu'une pièce de cinq francs.

Au bout de quelques minutes, nous avons entendu M. le Dr Vidal, dont la propriété est voisine de la caserne du 22e colonial, tirer quatre ou cinq de ses pétards paragrêles.

L'effet en a été pour ainsi dire instantané; la neige a cessé de tomber sur nous ainsi que sur la propriété du Dr Vidal, tandis qu'elle continuait à tomber, pendant plus de quinze minutes, sur les propriétés plus éloignées, formant ainsi les parois d'un immense puits de 500 mètres à 700 mètres de diamètre, dont le poste de tir était incontestablement le centre.

Cette intéressante et très concluante expérience a eu pour témoins une grande partie des officiers du 22e colonial et le reste du personnel de notre régiment.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

CLINIQUE INFANTILE

(*Hôpital des Enfants-Malades*)

M. MARFAN.

L'angine diphtérique et ses deux formes : forme commune et forme maligne

(1re LEÇON.)

Il y a deux formes de l'angine diphtérique: la forme commune et la forme maligne; entre les deux, il existe des états intermédiaires qui conduisent de l'une à l'autre; mais, si on considère les types extrêmes de la série, on trouve entre eux des différences si grandes qu'on pourrait être tenté de les regarder comme dépendant de deux maladies distinctes, si la forme commune et la forme maligne n'avaient un même caractère essentiel : la présence, sur la gorge, de fausses membranes dans lesquelles on trouve le bacille de la diphtérie (B. de Klebs-Lœffler).

Je me sers à dessein, pour désigner les deux formes de l'angine diphtérique, des expressions: forme commune et forme maligne. J'insiste sur ce point, parce que quelques-uns d'entre vous sont peut-être surpris de ne pas me voir adopter les expressions de *diphtérie toxique et hypertoxique, diphtérie associée ou strepto diphtérie*, à la mode aujourd'hui. Mais, comme j'espère le démontrer, ces expressions représentent de simples hypothèses, en fréquent désaccord avec les faits cliniques; il est pour le moins prématuré de s'en servir.

I. — L'ANGINE DIPHTÉRIQUE COMMUNE.

Voici le tableau de l'angine diphtérique commune tel que nous l'observons chez le plus grand nombre des enfants qui entrent au Pavillon.

En interrogeant les parents, nous apprenons que le début a été le plus souvent insidieux; l'enfant a d'abord perdu l'appétit, a paru fatigué, mais a pu rester deux ou trois jours sans prendre le lit; ce n'est que par exception qu'on nous dit que le petit malade a été pris brusquement et que, dès le début, il a eu des frissons, une forte fièvre et s'est plaint de la tête. Pareillement, il est rare que l'enfant, même un peu grand, accuse au début de la douleur pharyngée et de la gêne de la déglutition; ce n'est qu'un peu plus tard que l'on peut constater ces troubles fonctionnels; encore faut il ajouter qu'il est des cas où ils ne se montrent à aucune période de l'affection. Par contre, il n'est pas rare que l'on puisse constater, dès les premiers jours, une occlusion nasale incomplète avec hypersécrétion muqueuse (enchifrènement).

Ce début insidieux explique pourquoi il est rare que l'on puisse étudier l'état de la gorge dans les premières phases de l'angine. Cependant, dans la pratique privée, quand on fait l'examen de la gorge chez tout enfant qui a du malaise ou de la fièvre, on peut assister parfois à l'éclosion des lésions pharyngées. Alors on aperçoit, dès le début, un enduit opalin, peu adhérent, siégeant tantôt sur une amygdale, tantôt sur les deux, tantôt sur la paroi postérieure du pharynx, à droite ou à gauche, au voisinage des gouttières latérales. Mais cet enduit primitif change rapidement de caractère; il devient très vite une *pellicule blanche adhérente*, c'est-à-dire une fausse membrane.

Dans certains cas, dont je m'occuperai surtout à propos du diagnostic, l'angine diphtérique peut simuler au début une angine lacunaire banale; l'exsudation est d'abord limitée aux cryptes de l'amygdale, et ce n'est que plus tard que les points lacunaires s'étalent pour former, à la surface des tonsilles, des îlots pseudo-membraneux.

Quel qu'ait été le mode de début, à la période d'état, l'angine diphtérique commune est essentiellement caractérisée par la présence, sur le pharynx, de fausses membranes dues à une exsudation de fibrine qui se coagule.

En général, les enfants qui entrent au Pavillon ont déjà, sur le pharynx, des fausses membranes bien caractérisées; ce sont des pellicules blanches, cohérentes, adhérentes, dont la surface est régulière et comme veloutée. Elles siègent le plus souvent, au moins au début, sur les amygdales; tantôt elles forment, sur chacune d'elles, une tache unique, de dimensions variables, mais qui peut en recouvrir toute la surface; tantôt elles forment des îlots isolés plus ou moins nombreux; tantôt elles forment des bandes allongées. Dans quelques cas, elles se développent d'abord sur la paroi postérieure du pharynx, au voisinage des gouttières latérales, soit d'un seul côté, soit des deux côtés. Elles y forment des îlots ou des bandes verticales. Tout autour des fausses membranes, la muqueuse a souvent une apparence à peu près normale; elle est à peine rouge et tuméfiée; un des caractères de l'angine diphtérique commune est d'être peu inflammatoire; nous verrons que c'est le contraire dans la forme maligne.

Autrefois, avant le traitement par le sérum antidiphtérique, la maladie suivant son évolution naturelle, nous constations trop souvent que ces fausses membranes avaient une grande tendance à l'extension; nées sur les amygdales ou sur la paroi postérieure du pharynx, elles ne tardaient pas à s'étendre, à envahir les piliers du voile du palais, le voile du palais lui-même, la luette qui était engainée comme un doigt de gant; finalement, tout le pharynx était recouvert par cet exsudat confluent.

Si pour l'étudier plus complètement, nous cherchons à enlever, avec une pince, un fragment de l'exsudat (1), voici ce que nous constaterons :

Tout d'abord, nous serons frappé de l'adhérence de l'exsudat, qui est telle que l'on ne peut l'arracher sans faire saigner la muqueuse, bien que celle-ci paraisse peu altérée au-dessous; puis nous pourrons nous assurer que la fausse membrane est formée d'une substance qui a une grande cohésion, qui ne s'écrase pas facilement et qui ne se dissocie pas dans l'eau; enfin, nous constaterons que l'exsudat se reproduit avec rapidité.

Si un fragment de fausse membrane est écrasé entre deux lamelles de verre, et si, après dessication, fixation et coloration avec une solution de bleu de méthylène ou de violet de gentiane, on l'examine au microscope, on voit que c'est un exsudat composé de *fibrine* fibrillaire ou granuleuse, de cellules épithéliales plus ou moins reconnaissables, de leucocytes, de débris cellulaires et de microbes qui ont la forme de bâtonnets. Quand on a l'habitude de regarder des préparations de ce genre, on reconnaît que ces bâtonnets sont les bacilles de la diphtérie; on les trouve sous leurs trois formes : bacilles longs, bacilles moyens, bacilles courts, habituellement associés, mais avec prédominance fréquente de l'une d'elles. Je reviendrai là-dessus en étudiant le diagnostic bactériologique de la diphtérie. A ces bâtonnets sont parfois associés des cocci ordinairement peu nombreux.

L'exsudat de l'angine diphtérique est donc un exsudat fibrineux provoqué par le bacille de Klebs-Lœffler; il revêt, en général, la forme d'une pseudo-membrane bien caractérisée. Toutefois, il y a quelques cas, d'ailleurs ex-

(1) Autrefois, on faisait cette ablation dans un but thérapeutique; depuis l'emploi du sérum, nous avons exclu complètement cette pratique du traitement de l'angine diphtérique et de toutes les angines aiguës.

ceptionnels, où l'enduit fibrineux n'a pas nettement l'aspect d'une fausse membrane, c'est une cause de difficultés pour le diagnostic ; aussi est-ce à propos du diagnostic que j'étudierai ces angines diphtériques où l'exsudat fibrineux a des caractères anormaux (formes à exsudats indéterminés).

Très souvent, l'existence de ces fausses membranes de l'angine diphtérique commune, ne provoque que fort peu de troubles fonctionnels; chez les enfants un peu grands, qui peuvent nous renseigner sur leurs sensations, nous pouvons nous assurer que la déglutition n'est qu'assez rarement très difficile et très douloureuse; les nourrissons tètent généralement assez bien, quand ils n'ont pas d'occlusion nasale. La voix est tantôt normale, tantôt amygdalienne, tantôt nasonnée.

Dans l'angine diphtérique, l'*adénopathie cervicale* est à peu près constante; mais, dans la forme commune, elle est souvent peu marquée. Elle siège, de préférence, sur les ganglions angulo maxillaires, qui reçoivent les lymphatiquesde l'amygdale (ganglions amygdaliens); elle peut atteindre aussi les ganglions sous-maxillaires où aboutissent les lymphatiques du naso-pharynx. Dans l'angine commune, l'adénopathie se manifeste par un gonflement ordinairement peu accusé et bien limité; les ganglions sont durs, roulent sous le doigt et sont nettement séparés les uns des autres; ils ne sont pas unis, comme dans la forme maligne, par l'œdème du tissu conjonctif qui les entoure.

A ces symptômes locaux, se joignent des *symptômes généraux* qui n'ont rien de bien caractéristique. La fièvre, à peu près constante, est, en général, modérée; elle oscille entre 38° et 39°; il est exceptionnel qu'elle atteigne 40°. Le pouls est accéléré et sa vitesse est en rapport avec l'élévation de la température. Le sujet est abattu, sans appétit, mais n'éprouve pas de grands malaise.

L'*albuminurie* existe dans plus de la moitié des cas, mais elle est ordinairement peu accusée; dans la forme commune, il est exceptionnel que le taux de l'albumine que renferme l'urine dépasse 0 gr. 50.

Tel est le tableau de l'angine diphtérique commune, arrivée au deuxième ou troisième jour de son évolution. C'est, somme toute, semble-t-il, celui d'une maladie bénigne. Etudions maintenant sa marche.

Ici, il est indispensable de distinguer deux ordres de faits : il faut considérer, d'une part, l'évolution de l'angine diphtérique commune non traitée par le sérum; je vous la décrirai d'après ce que nous observions avant 1894 ; il faut considérer, d'autre part, l'évolution de l'angine diphtérique commune lorsqu'elle est traitée par le sérum ; c'est celle que vous observerez quotidiennement au Pavillon.

Avant l'emploi du sérum, sans aucun doute, l'angine diphtérique commune guérissait assez souvent, mais la maladie était assez longue : elle durait au moins une semaine; parfois elle n'était terminée que vers le quinzième jour. Le patient en sortait très affaibli, avait une convalescence traînante, au cours de laquelle les paralysies diphtériques étaient plus fréquentes qu'aujourd'hui. Mais l'issue n'était pas toujours favorable ; l'angine diphtérique commune tuait un assez grand nombre de sujets ; chez les jeunes enfants, la mortalité était même très élevée (près de la moitié). La mort survenait de diverses manières :

1° Par transformation de l'angine diphtérique commune en angine diphtérique maligne; c'est ce qui s'observait surtout chez les adultes. C'est ainsi que j'ai vu mourir un de mes camarades d'internat.

2° Par envahissement secondaire du larynx : c'est ce qui se voyait surtout chez les enfants âgés de moins de six ans; alors le croup, avec tous ses dangers et toutes ses complications, s'ajoutait à l'angine et déterminait la mort.

3° Plus rarement, la mort survenait du fait d'une infection secondaire (suppurations diverses).

4° Enfin, dans quelques cas exceptionnels, la mort pouvait être la conséquence d'une paralysie diphtérique particulièrement grave.

Telle était l'évolution de l'angine diphtérique commune avant l'emploi du sérum. Aujourd'hui, avec ce remède, les choses ont complètement changé; sous l'influence du sérum, comme je vous le dirai plus tard, l'évolution s'arrête brusquement, les fausses membranes tombent en deux ou trois jours, la température s'abaisse au bout de vingt-quatre heures ; la maladie ne s'étend pas au larynx, et les complications, particulièrement la paralysie diphtérique, sont beaucoup plus rares. Il n'est pas exagéré de dire que, traitée méthodiquement et assez tôt par le sérum, l'angine diphtérique commune doit se terminer toujours par la guérison.

Pour compléter ce tableau, il faut ajouter que la *diphtérie nasale* est souvent associée à la diphtérie pharyngée. Si on comprend dans le nez la région rétro-nasale (cavum pharyngien), on peut avancer qu'il n'existe pas de diphtérie pharyngée ou laryngée sans diphtérie nasale; c'est un point sur lequel je reviendrai en étudiant le croup. Mais, dans l'angine diphtérique commune, il est rare que la diphtérie envahisse la région antérieure des fosses nasales, et qu'on aperçoive des fausses membranes en regardant l'intérieur des narines; ici, tout ce qu'on constate, c'est un léger écoulement muqueux ou muco-purulent, comme dans un coryza simple; mais cet écoulement coïncide avec des signes d'occlusion nasale plus prononcés que dans la rhinite simple (bouche ouverte, ronflement), et, de plus, on constate parfois des érosions des narines. Enfin, un dernier caractère qui doit attirer l'attention et faire penser qu'il ne s'agit pas d'un coryza ordinaire, c'est la prédominance unilatérale de l'écoulement et des érosions. Comme ces lésions peuvent représenter le premier et parfois unique stade de la diphtérie, comme leur nature est ordinairement méconnue et qu'elles constituent, par conséquent, un danger de contagion, il en résulte que, surtout dans les milieux suspects, tout coryza un peu anormal doit être surveillé, et que sa nature doit être déterminée par l'ensemencement du mucus nasal.

II. — L'angine diphtérique maligne.

Je vais maintenant retracer le tableau de l'angine diphtérique maligne. Celle-ci est beaucoup plus rare que l'angine diphtérique commune, et sa fréquence relative est subordonnée aux épidémies. Ainsi, en 1901 et au commencement de 1902, nous en avons observé un très grand nombre au Pavillon (sur 900 angines diphtériques, il y en eut 143 de forme maligne); en 1903, elles ont été beaucoup plus rares et en 1904 nous n'en rencontrons que quelques cas isolés. Je décrirai l'angine maligne d'après ce que j'ai observé (1) au Pavillon, particulièrement en 1901-1902.

L'angine diphtérique maligne peut débuter de deux manières: tantôt les caractère de la malignité se montrent d'emblée et sont évidents dès le premier examen, même quand celui-ci est fait très près du début ; tantôt l'angine maligne succède à une angine com-

(1) Marfan. — Les angines diphtériques malignes observées en 1901 et 1902. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 juillet 1902.)

mune ; cette transformation, fréquente autrefois, est devenue absolument exceptionnelle depuis l'emploi du sérum : ainsi, au Pavillon, au plus fort de l'épidémie 1901-1902, je n'ai vu que trois cas d'angine qui ne paraissait pas maligne à l'entrée et dont l'évolution ultérieure fut pourtant celle des angines malignes. Cette absence de transformation de l'angine commune en angine maligne depuis que nous employons le sérum, est un des arguments les plus puissants en faveur de l'efficacité de ce remède.

Dans les angines graves que nous avons soignées au Pavillon, les caractères de la malignité existaient dès l'entrée du malade. Il nous est assez difficile d'être fixés sur le mode de début de ces angines malignes d'emblée.

D'après les renseignements fournis par les parents, il semble que, dans certains cas, ce début est aussi lent et insidieux que celui de l'angine diphtérique commune. Mais le début peut parfois être brusque et violent. C'est ce que M. Louis Martin a bien montré ; dans l'épidémie d'angine maligne qui a sévi en 1897 à Privas, ayant pu observer par lui-même les commencements de la maladie, il a constaté un début subit et à grand fracas : fièvre intense, douleurs abdominales, vomissements, rougeur de la gorge précédant l'exsudation fibrineuse qui, cependant, recouvrait la gorge de fausses membranes en moins de vingt-quatre heures ; tels sont les symptômes initiaux qu'il a observés avec les médecins de Privas, symptômes qui peuvent faire penser à la scarlatine et égarer le diagnostic durant les premières heures(1). Quoiqu'il en soit, la fièvre tombe vite et l'évolution est ensuite presque apyrétique.

Voici, maintenant, le tableau de l'angine maligne, lors de l'entrée des malades à l'hôpital.

La *gorge* est couverte de fausses membranes et la diffusion de l'exsudat fibrineux à toutes les parties du pharynx est le caractère qui frappe au premier abord ; les amygdales, les piliers, le voile du palais, le palais et la luette, la paroi postérieure du pharynx sont revêtus d'une couenne continue, épaisse, à surface inégale, dont la teinte grisâtre présente souvent, par places, des taches brunâtres dues à un suintement sanguin. Contrairement à ce qui se passe dans la forme commune, l'inflammation de la muqueuse pharyngée est très intense ; la tuméfaction des parties sous-jacentes est considérable ; aux limites de la fausse membrane, on constate que la muqueuse est très rouge et très gonflée ; l'isthme du gosier est très rétréci. La déglutition est souvent douloureuse, toujours difficile, quelquefois impossible. La bouche, presque toujours ouverte exhale parfois une odeur repoussante Souvent les lèvres sont fissurées et saignantes.

Les *fosses nasales* sont presque toujours prises ; les narines sont rouges, tuméfiées, érodées, et laissent écouler une sérosité roussâtre ou du pus teinté de sang, ou du sang pur qui suinte d'une manière continue ; la zone sous-nasale de la lèvre supérieure est souvent rouge et tuméfiée. Cest altérations ont ordinairement une prédominance d'un côté, qui contribue à donner un caractère spécial à cette rhinite. Toutefois, il est rare que l'inspection des narines montre le signe le plus décisif de la diphtérie, à savoir la présence d'une fausse membrane ; en effet, les exsudats fibrineux siègent surtout à la partie postérieure des fosses nasales et dans la partie supérieure du pharynx ; on n'en constate l'existence que lorsqu'on assiste au rejet par le nez de fausses membranes plus ou moins étendues, dont la forme décèle l'origine ; ce rejet n'est pas rare après les injections de sérum.

Plus ou moins accentuée, l'adénopathie sous-maxillaire ne manque jamais ; elle est ordinairement caractérisée par le degré considérable de l'œdème du tissu cellulaire qui enveloppe le ganglion ; cet œdème fusionne les glandes, ne permet pas de les isoler les unes des autres, et donne, lorsqu'il est très marqué, l'aspect du « cou proconsulaire. » Cet *œdème périganglionnaire du cou* est un des meilleurs signes de la malignité.

A l'entrée, la température est quelquefois entre 38 et 39° (température rectale) ; les jours suivants, elle s'abaisse ; ailleurs, elle est très voisine de la normale. Passés les deux premiers jours, elle reste au-dessous de 38°. Les extrémités sont froides et légèrement cyanosées. Le pouls est fréquent et dépressible, mais encore bien frappé. Les malades conservent leur connaissance, mais sont souvent prostrés, anéantis ; ils restent immobiles, sauf à certains moments où ils s'agitent et offrent des signes visibles d'angoisse. Ils ne manifestent souvent aucun désir de manger et même de boire. Leurs traits sont tirés, leurs yeux cernés ; le teint est pâle, avec quelques taches rouges ou un peu violacées.

L'albuminurie ne manque presque jamais ; mais son degré est très variable ; parfois, les urines ne renferment que des traces d'albumine, même dans les formes le plus sûrement mortelles ; par contre, nous avons vu se terminer favorablement des cas où elle était très abondante (10 à 12 gr. par litre). En somme, une albuminurie dont le taux dépasse 2 gr. par litre ne s'observe guère que dans les angines malignes ; mais la malignité peut exister avec une très faible albuminurie.

Tels sont les symptômes qu'offrent le plus constamment les angines diphtériques malignes au moment des premiers examens. En ce qui concerne leur évolution, plusieurs cas peuvent se présenter. Il y a deux formes qui tuent presque sûrement dès les premiers jours, quoi qu'on fasse, même quand on injecte du sérum deux fois par jour et à doses élevées ; heureusement ces deux formes sont assez rares. La troisième évolution, qui est la plus commune, est caractérisée par sa lenteur ; le sérum a certainement enrayé le mal, mais il ne parvient pas toujours à le vaincre, et la mort survient dans près de la moitié des cas.

1° La forme la plus grave et la plus rapide est caractérisée par l'*extension de la diphtérie maligne à l'arbre respiratoire*. C'est une notion généralement admise, que le croup s'observe surtout dans les diphtéries peu toxiques et relativement bénignes. Cependant, nous avons observé l'envahissement du larynx, dans l'angine maligne, 30 fois sur 143 cas, soit dans 20 % des cas. Dans cette forme, la diphtérie, déjà confluente au pharynx, s'étend aux voies respiratoires suivant le même mode ; elle gagne le larynx, la trachée et les bronches ; ni la sérumthérapie, qui est, sans doute, appliquée d'une manière trop tardive, ni le tubage, ni la trachéotomie, ne soulagent alors les malades, qui meurent asphyxiés autant qu'empoisonnés. Dans les deux tiers des cas, la mort survient moins de vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital ; dans les autres, elle arrive avant le troisième jour.

2° La seconde forme grave à marche rapide est celle qui est caractérisée par des *hémorragies et surtout des ecchymoses* ; elle est aussi fréquente que la précédente (environ 20 % des cas d'angine maligne) ; elle est aussi grave qu'elle, mais son évolution est un peu plus lente. L'épistaxis, le saignement des lèvres et parfois de la gorge au moment de la chute des fausses membranes, s'observent dans presque tous les cas d'angine maligne ;

(1) M. Louis Martin. — Etude clinique à propos de 443 cas de diphtérie (*Soc. méd. des hôp.*, 20 mai 1904.) (Voir *Bulletin Médical*, 21 mai 1904.)

ils ne suffisent pas à caractériser la forme hémorragique. Ce qui est spécial à celle-ci, ce sont les véritables hémorragies par le nez, par la gorge et la bouche, parfois par l'estomac, l'intestin, les voies urinaires (hématémèse, mœlena, hématurie); mais surtout, ce qui est caractéristique, c'est l'apparition d'*ecchymoses cutanées*, d'une couleur verdâtre ou noirâtre qui se voient principalement sur les membres inférieurs, qui peuvent aussi se rencontrer aux bras, sur le tronc et sur le front; elles se produisent spontanément ou à la suite d'un traumatisme même léger; le moindre choc contre les barreaux du lit suffit à les provoquer.

Quelles que soient les doses de sérum employées, les malades tombent très vite dans une anémie profonde; leur pouls est très faible; ils ont des vomissements et parfois une diarrhée d'odeur infecte ; la mort survient très peu de temps après l'apparition de ces symptômes ; elle est précédée de coma ou de convulsions, ou bien d'agitation, d'angoisse, de dyspnée, de cyanose, signes qui sont liés à la formation d'une thrombose cardiaque. La terminaison fatale est la règle ; elle se produit parfois quelques heures après l'entrée à l'hôpital, au plus tard cinq jours après.

Il est une variété d'érythème qui m'a paru plus fréquente dans cette forme, bien qu'elle ne lui appartienne pas en propre; il consiste en petits placards d'érythème piqueté, scarlatiniforme, avec des points hémorragiques siégeant presque exclusivement à la face antérieure des genoux et à la face postérieure des coudes; j'ai souvent constaté cet érythème dès le premier examen, c'est-à-dire quelques heures après la première injection de sérum, en sorte qu'il y a lieu de penser qu'il n'est pas en rapport avec cette injection.

3° Le plus souvent (plus de 60 °/₀) la marche des angines malignes est beaucoup plus *lente*. Sous l'influence des injections de sérum faites à doses élevées, la gorge se déterge, mais très lentement; au lieu que, dans la forme commune, les fausses membranes commencent à se détacher trente-six heures après la première injection de sérum, et que, dès le troisième jour, la gorge est souvent nettoyée, dans les formes malignes, elles mettent quelquefois huit jours à tomber. Lorsqu'elles se détachent, on voit que la *muqueuse sous jacente est ulcérée et saignante*. Ces ulcérations sont généralement superficielles. Plus rarement, elles sont très profondes; elles creusent alors les piliers; elles perforent ou détruisent le voile du palais. Ces formes destructives sont toujours mortelles; nous les avons observées six fois, elles sont donc relativement rares.

Dans cette forme maligne à marche lente, sous l'influence du sérum, la gorge finit ordinairement par se nettoyer et par se cicatriser, la tuméfaction ganglionnaire disparaît aussi, et la température tend à devenir normale. Dans ces conditions, les malades semblent marcher vers la convalescence, et un médecin, peu accoutumé à observer des cas de ce genre, pourrait être tenté de croire à une guérison imminente; il risquerait alors de se tromper grossièrement. Un examen attentif, répété chaque jour, permet seul de porter un pronostic. Si, dans quelques cas, la convalescence s'établit après la chute des fausses membranes et se poursuit sans incidents, dans le plus grand nombre, l'exploration quotidienne révèle certains symptômes, qui se montrent dans un ordre assez régulier, si bien que, quand certains sont apparus, on peut annoncer à l'avance la terminaison fatale.

Heureusement, cette série peut s'arrêter avant que se soient montrés les phénomènes dont la signification est celle de la mort à peu près inévitable ; la guérison est obtenue dans la moitié des cas environ; mais, dans ces cas à issue favorable, la convalescence est ordinairement très lente; il arrive parfois que l'albuminurie est assez longue à disparaître, et presque toujours il survient des troubles paralytiques.

Dans les cas à issue fatale, ce qui est le plus frappant, c'est l'enchaînement régulier des symptômes qui précèdent la mort. Après la chute des fausses membranes, on voit se dérouler une série de phénomènes dont j'ai désigné l'ensemble sous le nom de *syndrome secondaire de la diphtérie maligne*.

La phase angineuse est à peu près terminée; elle a duré de quatre à six jours environ; les ganglions sont en grande partie dégonflés; la température est normale ou même au-dessous de la normale; l'enfant paraît être un convalescent très fatigué. Mais on reste frappé de sa *pâleur* persistante et croissante; on assiste au développement d'une anémie profonde. De plus, le sujet est dans un état d'*apathie* considérable; il reste des heures entières immobile dans son lit sans changer de position; il ne se plaint de rien et ne demande que rarement à boire ou à manger. Lorsqu'on lui fait prendre quelque chose, on constate souvent que la déglutition est difficile, que les aliments refluent par le nez, et les troubles de la parole viennent confirmer l'existence d'une *paralysie du voile du palais*, qu'on peut qualifier de précoce.

Le *pouls* est remarquable par sa faiblesse; le plus souvent cette faiblesse est accompagnée d'une accélération très grande (120 à 160) et d'irrégularités.

A ces signes se joint une *augmentation de la matité hépatique* qui manque rarement et qui, lorsqu'elle est très accusée, a une signification fâcheuse. Cependant, tant qu'elle ne s'accompagne pas de signes nets de dilatation cardiaque, la guérison peut être espérée.

Si le processus poursuit sa marche, on ne tarde pas à constater le phénomène le plus grave, la *dilatation du cœur*. Le choc de la pointe devient diffus et difficile à percevoir. A la percussion forte, la matité cardiaque, qui, chez l'enfant sain, ne dépasse pas le bord gauche du sternum, déborde vers la droite et peut atteindre la ligne médiane ou le bord droit du sternum; l'auscultation permet de constater l'affaiblissement des bruits du cœur, surtout du premier, ainsi que le rythme fœtal. Le pouls faiblit encore; il devient presque imperceptible. L'enfant est d'une extrême pâleur; il peut présenter une tendance syncopale plus ou moins prononcée; parfois un mouvement peu étendu est l'occasion d'une défaillance.

A ce moment, on est en général vers le huitième ou dixième jour de la maladie; quoique la chose ne soit pas fréquente, la guérison peut encore être obtenue; mais malheureusement quand l'évolution en est arrivée là, on ne tarde pas à voir survenir le phénomène, précurseur ordinaire de la mort, le *vomissement*. Rare ou répété, quelquefois unique, le vomissement qui survient dans ces conditions annonce que la terminaison fatale n'est pas éloignée; elle se produit le plus souvent dans les vingt-quatre heures qui suivent. Nous n'avons observé la guérison que deux fois après l'apparition des vomissements survenus dans ces conditions.

A peu près en même temps que le vomissement, on peut constater quelquefois un ralentissement notable du pouls; il descend au-dessous de 60; nous l'avons vu tomber à 40; quand il survient dans ces circonstances, ce ralentissement est du plus fâcheux augure et présage l'imminence de la

mort; mais il ne faut pas le confondre avec le ralentissement accompagné d'irrégularités qui n'est pas rare dans la convalescence la plus franche.

Le plus souvent la mort est subite, une syncope survient; l'enfant meurt brusquement, sans un cri, sans aucun symptôme de souffrance. Dans d'autres cas, au contraire, surtout chez les enfants un peu grands, elle est précédée de phénomènes d'angoisse, de dyspnée, de cyanose, qui offrent un spectacle douloureux. Ces phénomènes sont liés à l'existence d'une myocardite avec ou sans thrombose cardiaque, lésions que nous étudierons dans la prochaine leçon. La mort survient, en général, aux environs du 10e jour; mais nous l'avons vue se produire le 30e jour; ailleurs, elle se produit plus tôt et la série des symptômes qui la précèdent se resserre en un court espace de temps. La température, qui est restée normale ou même au-dessous de la normale durant toute cette évolution, s'élève parfois un peu dans les heures qui précèdent la mort; cette élévation coïncide souvent avec le vomissement.

La terminaison fatale est, quelquefois, précédée de phénomènes insolites dus à des *embolies consécutives à la thrombose cardiaque*. Nous reviendrons sur ces accidents en étudiant les lésions trouvées à l'autopsie; la connaissance de celles-ci est indispensable à leur interprétation.

Pour compléter ce tableau, nous devons ajouter qu'il se complique assez rarement d'inflammations suppuratives, telles que l'otite de la caisse et l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Il nous a même semblé que l'apparition d'un abcès ganglionnaire permettait de porter un pronostic moins défavorable. Pareillement, dans le cours de cette évolution, les érythèmes sériques nous ont paru beaucoup plus rares que dans les formes communes, et, quand on les voit survenir, le pronostic doit être considéré comme plus favorable. A ce point de vue, nous signalerons un fait de grande importance pour le diagnostic et le pronostic : au moment où se produisent les érythèmes fébriles tardifs, la température s'élève brusquement et très souvent il y a un ou plusieurs vomissements; ce dernier phénomène ne doit pas, dans ce cas, être considéré comme ayant une signification fâcheuse.

Vous voyez donc comment les symptômes se déroulent dans cette forme maligne à marche lente.

D'abord, une première phase que nous pouvons appeler *phase angineuse* et pendant laquelle on constate : une angine à fausses membranes étendues, confluentes, épaisses, grisâtres ou brunâtres, souvent fétides, avec tuméfaction des parties sous-jacentes; un coryza avec jetage et hémorragies nasales; une adénopathie considérable avec œdème péri-ganglionnaire; une température peu élevée; un pouls faible; une dépression nerveuse profonde, une pâleur livide; une albuminurie presque constante, mais très variable dans son degré. Sous l'influence du sérum, même à doses élevées, la gorge se nettoie lentement, incomplètement; elle apparaît souvent ulcérée et saignante au moment de la chute des fausses membranes. Cependant, du quatrième au sixième jour, le pharynx est à peu près nettoyé et les adénopathies ont beaucoup diminué.

Alors commence la deuxième phase, la phase du syndrome secondaire de la diphtérie maligne, qui est caractérisée par la pâleur persistante et croissante : l'apathie et l'immobilité; la paralysie du voile; la faiblesse du pouls, qui augmente peu à peu; l'hépatomégalie; plus tard la dilatation du cœur; enfin, le vomissement, qui annonce l'imminence de la mort.

Dans la description que je viens de faire, j'ai, à dessein, pris pour types les formes les plus accusées de l'angine diphtérique maligne, et vous pouvez juger maintenant si j'étais dans le vrai en disant qu'entre l'angine diphtérique commune et l'angine diphtérique maligne, les différences sont si grandes que l'on pourrait, au premier abord, les regarder comme des maladies distinctes. Mais, dans l'exsudat de chacune de ces formes, on trouve le bacille de Klebs-Lœffler, et, de plus, ce qui démontre bien qu'il s'agit de deux formes d'une même maladie, c'est qu'entre les deux, il existe d'assez nombreux degrés intermédiaires qui établissent la transition de l'une à l'autre. Il y a d'abord des cas dans lesquels les *caractères de la malignité sont atténués* : l'exsudat pharyngé est assez étendu, mais ne recouvre pas la gorge tout entière; il épargne, par exemple, le voile et la luette; il est épais et grisâtre, entouré d'une zone inflammatoire très accusée, mais sans infiltration hémorragique; il n'y a pas d'œdème périganglionnaire du cou ou cet œdème n'existe qu'à un faible degré. C'est à ces formes, généralement curables quand on les traite par le sérum, que je donne volontiers le nom de *diphtéries submalignes* ou *malignes atténuées*. Elles ne sont suivies que rarement du syndrome secondaire; mais, par la suite, elles se compliquent assez fréquemment d'érythèmes scarlatiniformes fébriles et les paralysies tardives leur succèdent plus souvent qu'aux formes communes. Les accidents de pyohémie atténuée ou grave qui s'observent à la suite de la diphtérie dans quelques cas exceptionnels, et qui sont caractérisés par des suppurations articulaires, osseuses, pleurales, péricardiques, se voient surtout à la suite de ces diphtéries submalignes et coïncident, le plus souvent, avec l'érythème scarlatiniforme.

Enfin, je dois signaler des faits extrêmement rares, puisque je n'en ai observé que trois exemples, mais qui contribuent aussi à établir la transition entre les angines communes et les angines malignes. Il s'agit de cas dans lesquels l'angine initiale présentait les caractères des angines diphtériques communes : exsudat pseudo-membraneux limité, sans gonflement sous-jacent, rhinite absente ou légère, adénopathie modérée et sans œdème périganglionnaire, chute rapide des fausses membranes sous l'influence du sérum; cependant, dans les jours qui suivirent le retour de la gorge à l'état normal, nous avons observé un syndrome secondaire semblable à celui qui peut succéder aux angines malignes et qui, dans ces trois cas, s'est terminé par la mort. L'autopsie révéla les mêmes lésions que dans les cas précédemment décrits.

Une question se pose maintenant : quelle est la cause des différences qui séparent l'angine commune de l'angine maligne? En d'autres termes, quelle est la cause de la malignité? A cette question, nous chercherons à donner une réponse dans la prochaine leçon.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La variole à Rouen

M. le Dr Didier, médecin-chef du service des Pavillons de varioleux, à l'hôpital de Rouen, décrit l'épidémie de variole dont cette ville est atteinte (1).

Depuis deux ans et demi, les cas se sont succédés au pavillon des varioleux d'une façon à peu près régulière, et il ne semble pas que les précautions prises pour enrayer et faire disparaître cette endémie aient donné jusqu'ici de résultats bien notables. Le nombre des entrées à l'hôpital ne diminue pas, et depuis le 1er janvier 1904, 77 cas se sont déjà présentés. Le bilan de la dernière semaine comporte même deux décès par variole hémorragique.

(1) *La Normandie médicale*, 7 juillet 1904.

Cette prolongation de l'épidémie est un fait anormal, d'autant que la maladie est localisée en deux points de la ville.

Il est hors de doute que chacun a fait de son mieux pour encourager les vaccinations : la municipalité en multipliant et en mettant à la portée de tous les séances de vaccinations et de revaccinations, les médecins en montrant à tous le danger et répétant les exhortations de se mettre à l'abri d'un fléau si grand par un ennui si petit : la chance de quelques heures de malaise. Et cependant le public a montré une parfaite indifférence en présence du danger, malgré les sages recommandations que de toutes parts on lui adressait.

La variole, dans cette épidémie, ne frappe pas en aveugle toutes les classes de la population, elle atteint surtout la classe pauvre et les milieux ouvriers. La plupart des malades hospitalisés pour variole sont assistés du bureau de bienfaisance, et ils représentent les trois quarts des cas de variole déclarés en ville.

« S'il est juste, dit M. Didier, que la municipalité vienne au secours de toutes les infortunes et assure à chacun la vie et les soins en cas de maladie, il est non moins juste qu'elle oblige en même temps les assistés de la bienfaisance à accepter un moyen de protection efficace contre une maladie épidémique, qui sauvegardera en même temps la santé de l'individu et les intérêts pécuniaires de la ville. La vaccination a été rendue obligatoire par une loi, serait-il donc abusif de rendre la revaccination obligatoire en temps d'épidémie pour tous ceux qui émargent, assistés ou employés, au budget de la ville. J'ai entendu cette objection : c'est attenter à la liberté individuelle ; mais le fait même de vivre en société ne crée-t-il pas chaque jour aux citoyens des obligations plus dures pour le bien de tous et dans l'intérêt général.

« Pourquoi récriminerait-on plus fort contre l'obligation de la revaccination en temps d'épidémie, qu'on ne le fait lorsque le service militaire vous appelle sous les drapeaux. »

« Voilà donc une première mesure nécessaire :

« Obligation pour tous les assistés, employés et enfants des écoles de la ville de se faire revacciner et de produire dans les huit jours un certificat de revaccination sous peine de renvoi ou de suppression des secours de la ville. »

« La même mesure pourrait s'étendre à tous les services publics et, une fois tous les fonctionnaires revaccinés, une grosse partie de la population serait mise à l'abri de la contagion.

« Il est une autre mesure qui, à mon avis, serait aussi efficace : l'affichage dans chaque quartier du nombre des cas de variole constatés dans chaque rue, précédant l'énoncé des mesures prescrites pour enrayer le fléau et les lieux et heures de revaccinations.

« Cette mesure est adoptée et exigée pour signaler au public les maladies contagieuses du bétail dans les exploitations agricoles, pourquoi hésiterait-on à faire de même pour les maladies humaines ?

« Je sais bien qu'on m'objectera que ce serait jeter le trouble dans la population, faire tort au commerce dans les quartiers infectés, faire connaître partout l'existence de l'épidémie de variole à Rouen et faire fuir les étrangers.

« Mais ce serait là un préjudice momentané qui susciterait le zèle de tous à lutter efficacement contre la contagion et à amener de gré ou de force les négligents ou les incrédules à la revaccination. Chacun dans sa sphère tiendrait à se mettre à l'abri de l'ennui de savoir son quartier infecté et userait de son autorité sur son entourage pour se mettre en règle contre la variole, chacun montrerait du doigt les récalcitrants, et il resterait bien peu d'individus qui oseraient se mettre en hostilité contre une mesure d'un intérêt si supérieur.

A ce sujet, la rédaction de la *Normandie médicale* rappelle que « la nouvelle loi sur l'hygiène publique, *appliquée* (?) depuis le 15 février dernier, confère aux autorités municipale et préfectorale les pouvoirs nécessaires pour arrêter ces épidémies par la vaccination et la revaccination obligatoires. »

Notre confrère jusqu'à présent *clamavit in deserto*, et il est probable qu'il en sera longtemps ainsi !

Il faudrait, pensons-nous, une fameuse dose d'illusions pour croire les autorités municipale et préfectorale assez héroïques pour décréter une mesure capable de déplaire à la population et de faire naître par suite une épidémie de désaffection électorale !

Ce serait le sublime suicide.

G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 juillet

Sclérose en plaques chez un infantile myxœdémateux

MM. Raymond et **G. Guillain** présentent un malade de dix-huit ans, infantile myxœdémateux : sa taille est de 1 m. 38 ; il n'a pas de poils aux aisselles, au pubis, au visage ; les membres et le visage sont gonflés, les organes génitaux petits, le corps thyroïde est absent. On constate, chez cet infantile, des signes évidents de sclérose en plaques (tremblement intentionnel, parole lente et scandée, nystagmus, etc.). De plus, on observe des troubles mentaux (conceptions débiles, instincts pervers, perte du sens moral, instabilité du caractère, fugues, etc.).

Les auteurs après avoir rappelé la rareté de la sclérose en plaques chez les enfants, insistent sur ce fait que, dans leur observation, la sclérose en plaques se montre chez un infantile myxœdémateux. Cet infantile est de plus un dégénéré, un débile.

Syringomyélie avec cheiromégalie

MM. Raymond et **G. Guillain** présentent un malade de soixante et un ans qui est atteint de syringomyélie. L'atrophie musculaire, l'impotence fonctionnelle, les troubles trophiques, les panaris analgésiques, la thermo-anesthésie permettent d'affirmer le diagnostic.

Chez ce malade on constate une chéiromégalie de la main droite. Cette cheiromégalie donne à la main un aspect de pseudo-acromégalie. Ces hypertrophies pseudo-acromégaliques signalées par Charcot, Brissaud, Marie dans la syringomyélie, sont très rares.

L'hypertrophie, dans ces cas, peut porter soit sur les os, soit sur les parties molles. La radiographie a montré à MM. Raymond et Guillain que, chez leur malade, l'hypertrophie dépend surtout de l'hypertrophie des parties molles. Les auteurs insistent aussi sur ce que, au niveau de la main hypertrophiée, il n'y a pas d'arthropathie en évolution, car, parfois, les hypertrophies segmentaires de la syringomyélie coexistent avec des arthropathies.

Ces hypertrophies pseudo-acromégaliques sont parfois un symptôme du début de la syringomyélie, parfois un symptôme tardif ; sur leur pathogénie on manque de données précises.

Note sur l'hyperplasie des glandes à sécrétion interne (hypophyse, thyroïde et surrénales) trouvée à l'autopsie d'une acromégalique

MM. Gilbert Ballet et **Laignel-Lavastine** présentent des pièces provenant d'une acromégalique de soixante-douze ans. L'hypophyse, du volume d'une aveline, a son seul lobe antérieur hypertrophié. Alors que la partie corticale de ce lobe est sclérosée légèrement, la partie centrale, hémorragique, se caractérise par une prolifération telle des cellules épithéliales des tubes glandulaires, que ceux-ci ne sont plus reconnaissables dans l'amas des cellules néo-formées.

La thyroïde, hypertrophiée (115 gr.) et scléreuse, a de nombreuses vésicules privées de substance colloïde, et dont les cellules de revêtement se sont multipliées.

Les surrénales, bosselées, criblées de points jaunes, et dont la corticale subit l'évolution nodulaire, sont adénomateuses et scléreuses.

En somme, hypophysite parenchymateuse hypertrophique, cirrhose thyroïdienne hypertrophique et cirrhose surrénale hypertrophique avec adénomes. Ces affections de trois glandes à fonctions antitoxiques, les unes démontrées et les autres probables, apparaissent comme des modalités d'un processus d'hyperplasie glandulaire très analogue dans

son ensemble, sinon identique dans le détail, et, en tous cas, indéniable.

Les dégénérations secondaires du cordon antérieur de la moelle

MM. P. Marie et **G. Guillain**, répondant à un travail critique de M. et Mme Déjerine, soutiennent les conclusions anatomiques qu'ils ont formulées sur les dégénérations du cordon antérieur.

Par l'analyse de très nombreux cas anatomo-pathologiques, ils attirent l'attention sur ce que, consécutivement aux lésions cérébrales très vastes, le tractus de sclérose du faisceau pyramidal direct, non seulement n'occupe pas, comme l'indiquent les auteurs classiques, la moitié interne du cordon antérieur, mais est souvent très minime et fait même parfois totalement défaut. Ils pensent que, à la suite des lésions cérébrales, les grosses dégénérations du cordon antérieur ne constituent pas la règle, mais, au contraire, l'exception.

Les dégénérations du cordon antérieur consécutives aux lésions du mésencéphale, du métencéphale, du myélencéphale, lésions intéressant spécialement la calotte de ces régions, déterminent une dégénérescence dans le cordon antérieur plus volumineuse et plus étendue, pouvant prendre la forme d'un croissant. Ce fait tient à ce que chez l'homme, comme chez les animaux, descendent dans le cordon antérieur des fibres à l'ensemble desquelles MM. Marie et Guillain proposent le nom de fibres parapyramidales, voulant spécifier, par ce néologisme, que ces fibres n'appartiennent pas au faisceau pyramidal d'origine corticale, quoique occupant dans la moelle une situation adjacente.

Kyste post-hémorragique occupant la profondeur des circonvolutions rolandiques. Hémiplégie avec hemihypoesthésie. Survie de vingt-deux ans.

MM. P. Marie et **Léry** présentent le cerveau d'un homme qui avait été brusquement frappé d'hémiplégie gauche à l'âge de cinquante six ans; cette hémiplégie s'était accompagnée pendant quelque temps de troubles marqués de la parole et de la déglutition; plus tard, la contracture porta surtout sur le membre supérieur.

A l'autopsie, on ne constata aucune lésion superficielle du cerveau, mais la coupe d'élection sépara en deux un kyste très volumineux; ce kyste occupe toute la profondeur des circonvolutions rolandiques de l'hémisphère droit; en dehors, il empiète à peine d'une fraction de millimètre sur la substance grise, en dedans il touche directement à l'ependyme; en bas, il se termine au niveau du cap de la 3e frontale; en haut, il s'enfonce sous les circonvolutions rolandiques, et plus particulièrement sous le lobe pariétal. Il a, au moins, 15 à 20 centimètres de haut, sur 3 centimètres de largeur et 1 et demi de profondeur. Sa paroi est lisse et nettement limitée; néanmoins, on ne peut considérer les symptômes observés comme ayant leur localisation anatomique uniquement dans le territoire occupé par ce kyste; au pourtour du kyste, en effet, et surtout en arrière de lui, on observe une zone de sclérose qui s'étend fort loin. Dans la moelle, on constate une grosse dégénérescence du faisceau pyramidal croisé gauche, on ne constate pas de sclérose nette du faisceau direct. Une lacune située dans la protubérance à gauche, a produit une dégénération dans le faisceau pyramidal croisé droit.

Nævus du membre supérieur avec varices et hypertrophie osseuse

MM. Guillain et **V. Courtellemont** présentent un malade de trente-deux ans, chez lequel on constate un nævus variqueux ostéohypertrophique. Le nævus vasculaire, plan congénital, atteint la plus grande étendue du membre supérieur droit, le moignon de l'épaule, la portion inférieure du cou et la partie supérieure de la poitrine; il laisse indemne le creux axillaire.

Le membre supérieur droit est plus volumineux et plus long que le gauche, les radiographies montrent, avec beaucoup de netteté, l'hypertrophie osseuse. Sous la peau du membre hypertrophié, on voit de grosses veines variqueuses. La température locale est plus élevée du côté du nævus que du côté sain. Contrairement à ce qu'il est fréquent d'observer dans les cas de ce genre, il n'existe ni hypersécrétion sudorale, ni altération des poils et des ongles.

Les auteurs discutent la localisation de ce nævus; on ne saurait incriminer ni les lignes de Voigt ni la métamérie spinale segmentaire, ni la disposition nerveuse périphérique. Il semble, au contraire, que la malformation cutanée occupe l'étendue entière du territoire radiculaire du membre, à l'exception de la bande correspondant à la 7e cervicale, cette bande paraît inégalement atteinte à la face postérieure et à la face antérieure de l'avant-bras. En avant elle n'est respectée que dans la portion inférieure à partir du tiers inférieur de l'avant-bras; en arrière elle est à peu près intacte dans sa totalité.

Les auteurs attirent l'attention sur ce fait, que tous les nævi observés en pathologie, n'affectent pas une disposition radiculaire; certains, en effet, ont une topographie périphérique, d'autres une topographie métamérique, au sens où M. Brissaud entend ce terme.

Un cas d'atrophie de la musculature viscérale concomitante de l'atrophie musculaire périphérique

M. Léri a présenté à la Société, en avril 1902, les viscères d'un cas d'atrophie musculaire progressive ayant évolué suivant le type Aran-Duchenne et due vraisemblablement à une méningo-myélite syphilitique : tous les organes musculo-membraneux présentaient une atrophie de leur musculature.

L'auteur a fait récemment l'autopsie d'un syringomyélique dont l'affection remontait à quarante-quatre ans et qui présentait une atrophie musculaire avancée : l'intestin, la vésicule biliaire, l'estomac, le cœur ont paru sains, du moins macroscopiquement; la vessie, au contraire, a présenté à sa surface une série de petites hernies de la muqueuse à travers la musculeuse tout à fait comparables à celles que présentait la vessie dans le cas précédent.

Quelque limitées que soient les lésions dans ce second cas, il montre, comme le premier, qu'une atrophie musculaire myélopathique peut n'être pas seulement limitée aux muscles striés de la vie de relation, mais atteindre aussi la musculature viscérale.

Ce fait contribue à éclairer la pathogénie de certains accidents que l'on observe chez des amyotrophiques, telles les crises dites « bulbaires », les constipations opiniâtres, certaines rétentions, etc.

Déviation conjuguée des yeux avec rotation en sens opposé de la tête

MM. Roussy et **Gauckler** ont vu survenir, chez une hémiplégique gauche ancienne, un ictus apoplectique avec hémiplégie droite; la tête était tournée à droite sans raideur du cou; les yeux regardaient constamment en haut et à gauche. Il fut impossible de déceler la présence ou l'absence de l'hémianopsie, étant donné l'état comateux profond de la malade. Ces symptômes ont persisté jusqu'à la mort survenue le quatrième jour.

A l'autopsie on trouve, dans l'hémisphère gauche, un gros foyer hémorragique ayant détruit le tiers externe du thalamus, le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne et intéressant le noyau lenticulaire. Dans le cerveau droit existe un foyer de dégénérescence secondaire, dans la capsule interne cause de l'hémiplégie gauche ancienne. Ce cas est en tout semblable, tant par les symptômes cliniques que par les lésions trouvées à l'autopsie, à celui publié récemment par le prof. Grasset, pour ce qui est de la lésion récente.

Ces faits, encore peu connus, de déviation du sens opposé des yeux et de la tête mériteraient d'être pris en considération dans les hypothèses élaborées par les auteurs pour expliquer la physiologie pathologique du syndrome de Vulpian et Prévost; on ne saurait, en effet, leur appliquer la théorie récemment émise par le professeur Bard (de Genève) qui, si elle est vraie dans certains cas, ne peut expliquer la déviation des yeux et de la tête en sens opposé telle que nous l'avons observée.

Hémiplégie droite et paralysie du moteur oculaire externe gauche

MM. Roussy et **Gauckler** présentent un malade atteint de paralysie du moteur oculaire externe à gauche et d'hémiplégie droite. La face est entièrement respectée aussi bien à droite qu'à gauche.

Il y a là une forme très rare de paralysie alterne due vraisemblablement à

une lésion protubérantielle en foyer atteignant la protubérance dans cette région où les fibres de projection du noyau de la VI[e] paire traversent la pyramide.

Sur la calcification des artères cérébrales

M. G. Catola présente les préparations d'un cas de calcification des artères cérébrales observée chez un tabétique mort dans le service de M. Pierre Marie, à la suite d'une grosse hémorragie cérébrale

Cette calcification était limitée aux artères et aux capillaires du noyau lenticulaire. Les dépôts calcaires, représentés par des nombreuses boules de différent volume, étaient limités exclusivement à la gaîne de His et à l'adventice. Des dépôts semblables existaient en plein tissu nerveux sans aucune relation avec les vaisseaux. Le tissu nerveux situé autour de tous les dépôts péri-vasculaires ou non, est resté intègre.

AUTRES COMMUNICATIONS

MM. Déjerine et Thomas. — *Aphasie sensorielle avec autopsie* ayant démontré l'existence d'une lésion des parties profondes des circonvolutions temporales (première et deuxième).

M. Souques. — Sur les troubles auditifs dans un cas de tumeur cérébrale.

M. Hirschberg. — Un cas de mal perforant coccygien.

M. Rose. — Présentation d'une jeune femme atteinte de la maladie de Parkinson.

D[r] J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juillet

Sur la nature de la stomatite et de l'angine ulcéreuses

M. H. Grenet. — M. Vincent vient d'attirer l'attention sur la bactériologie de la stomatite ulcéreuse. Pour lui, il existe des variétés différentes de stomatite ulcéreuse primitive, suivant que la maladie relève de la symbiose fuso-spirillaire, ou est d'origine polymicrobienne, ou bien est due à des bactéries pyogènes; mais ces divers groupes bactériologiques n'ont pas « de caractères qui permettent de les différencier, le plus souvent, par le seul examen clinique. Seules, les stomatites à spirilles et bacilles fusiformes ont des signes bien constants : fièvre initiale, exsudat grisâtre, mollasse, à odeur très fétide, reposant sur une ulcération plus ou moins profonde, adénite. Mais l'individualité clinique des autres stomatites, d'origine polymicrobienne et pyogène, bien qu'elle n'ait pas la même fixité, se confond souvent avec celle de la stomatite à bacilles fusiformes et spirilles » (1).

(1) Vincent. — Etiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive (Soc. de biol., 20 fév. 1904, p. 311).

Pensant qu'il convient de réserver le nom de stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse au type clinique étudié surtout par Bergeron, considéré par cet auteur comme une maladie contagieuse et probablement spécifique, et caractérisé précisément par les signes mentionnés par M. Vincent comme constants dans la stomatite fuso spirillaire, nous avons pratiqué l'examen bactériologique de plusieurs cas de stomatite ulcéreuse, et aussi dans des cas d'angine de Vincent, dont les symptômes se rapprochent de ceux de la stomatite. Nos observations ont toutes trait à des enfants.

Dans un cas de stomatite ulcéreuse, sans amygdalite, nous avons vu, au troisième jour de la maladie, des spirilles, des bacilles fusiformes, des staphylocoques; les cultures ont donné du staphylocoque blanc.

Dans trois cas de stomatite ulcéreuse avec ulcérations amygdaliennes (les ulcérations buccales étant prépondérantes), l'examen bactériologique, pratiqué le troisième jour de la maladie dans deux cas, le quatrième jour dans le troisième, a montré des bacilles fusiformes et des spirilles, associés, chez le dernier malade, à des cocci; les cultures ont donné des cocci dans deux cas, du staphylocoque doré dans le troisième.

Dans un cas de stomatite, suivie, au bout de deux mois, d'angine ulcéreuse, l'examen pratiqué à ce moment a donné des spirilles, des bacilles fusiformes, des cocci; dans les cultures : staphylocoque blanc.

Une fillette atteinte d'angine ulcéreuse a contagionné son frère qui a présenté de la stomatite avec ulcération amygdalienne. Dans les deux cas : spirilles et bacilles fusiformes à l'examen immédiat; staphylocoque blanc dans les cultures.

Dans quatre cas d'angine ulcéreuse sans stomatite, nous avons vu des spirilles et des bacilles fusiformes, associés, dans deux cas, à des cocci. Les cultures ont donné du staphylocoque blanc.

Chez tous ces malades, l'évolution a été bénigne.

Dans tous ces cas, soit d'angine, soit de stomatite, nous avons donc constaté la présence de spirilles et de bacilles fusiformes, purs ou associés à d'autres microbes; et nos observations concordent avec celles de Bernheim et Popischill, de Salomon, de Lesueur, de Niclot et Marotte. Malgré les quelques doutes qui peuvent encore subsister sur le rôle pathogène des spirilles et des bacilles fusiformes (absence de cultures pures, résultats non démonstratifs des inoculations), ces résultats, joints à l'analogie des symptômes de la stomatite ulcéreuse et de l'angine de Vincent, permettent, avec Lesueur et Niclot et Marotte, de considérer celle-ci comme deux modalités d'une même infection bucco-pharyngée, à la condition de réserver le nom de stomatite ulcéreuse aux seuls cas conformes cliniquement à la description de Bergeron, et de ne pas l'étendre à toutes les stomatites accompagnées d'ulcérations, et dont la nature semble différente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné

M. Gley, à propos de la communication faite dans la dernière séance (*Bulletin médical*, n° 53, p. 626) par M. Lancereaux, déclare qu'il veut bien admettre la réalité de l'action coagulante de la gelatine, bien qu'on ne la constate pas expérientalement chez les animaux, soit à la suite d'injections sous-cutanées, soit à la suite d'injections intra-veineuses. Tout au plus dans ce dernier cas se produit-elle passagèrement.

A la suite d'expériences publiées en 1903, M. Gley expliquait la propriété coagulante de la gélatine par la présence, dans cette dernière, d'une très petite quantité de chlorure de calcium. C'est précisément la très minime quantité de chlorure de calcium qui donne à la gélatine son pouvoir de coagulation. Si cette quantité de sel était plus considérable, ce pouvoir n'existerait plus, conformément à ce qui se produit pour les ferments coagulants du lait.

M. Gley propose de faire sur les malades les expériences suivantes: d'une part, étudier l'effet d'injections de chlorure de sodium; d'autre part, étudier l'effet d'injections de gélatine décalcifiée. Les résultats de ces expériences montreront ce qui revient à la gélatine et au chlorure de calcium dans la coagulation sanguine.

L'assistance médicale à Madagascar

M. Kermorgant fait l'analyse du rapport adressé à l'Académie par le général Galliéni au sujet du fonctionnement de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar au cours de l'année 1903.

Au 1[er] janvier 1904, le service de l'assistance était assuré par : une école de médecine à laquelle est annexé un hôpital indigène, un institut Pasteur à Tananarive, un parc vaccinogène à Diégo-Suarez, une pharmacie centrale, 29 hôpitaux renfermant 1867 lits, 10 postes médicaux ou dispensaires, 17 maternités ou postes de sages-femmes, 7 léproseries.

Les établissements hospitaliers du service colonial et certains établissements privés lui prêtent également leur concours.

L'assistance médicale ne laisse rien à désirer dans les province du plateau central; les dépenses qu'elle a occasionnées se chiffrent par un total de 1019042 fr. pour toute l'île. Des progrès très sensibles ont été réalisés dans les provinces des côtes Est et Ouest, mais il reste encore beaucoup à faire. Certaines provin-

ces de la côte Est doivent être dotées, à partir du 1er juillet de cette année, d'une organisation semblable à celle du plateau central; une taxe de 1 fr. 50 par contribuable assurera ce fonctionnement. En 1903, l'assistance a permis d'hospitaliser 16 788 personnes, d'interner 3079 lépreux, de donner 1 023 125 consultations et de pratiquer 170 991 vaccinations.

L'année 1903 a été remarquable par la disparition à peu près complète de la variole; il n'y a eu qu'une petite épidémie vite étouffée dans la province côtière de Fénérive. Cet heureux résultat est entièrement dû aux vaccinations et revaccinations intensives qui n'ont cessé d'être pratiquées.

On signale de petites épidémies de diphtérie à Tananarive et à Fianarantsoa, dont on est venu facilement à bout par des injections de sérum pratiquées de bonne heure.

Les affections des voies respiratoires ont été très communes pendant la saison fraîche. La grippe a sévi sous forme épidémique dans plusieurs localités.

L'endémie qui cause la plus grande morbidité et le plus de décès est le paludisme dont on a observé de véritables épidémies. Cette recrudescence du paludisme tiendrait, d'après certains observateurs, au mode actuel de culture des rizières qui sont inondées après la coupe du riz au lieu d'être immédiatement asséchées comme autrefois sous le gouvernement malgache, ce qui empêchait la pullulation des moustiques.

Des distributions *gratuites* de quinine sont faites aux indigènes et la question de la culture des rizières a été mise à l'étude.

L'Assistance médicale a fait de sérieux progrès en 1903; au 1er janvier 1904, elle possédait 17 maternités ou postes de sages-femmes dans les provinces du plateau central, alors qu'en 1902 il n'en existait que 4. Des améliorations importantes ont été apportées dans ces établissements telles que le chauffage des salles réservées aux parturientes et l'attribution de vêtements chauds et de berceaux aux nouveau-nés.

Dans toutes les provinces où l'Assistance médicale fonctionne régulièrement on a constaté un excédent de la natalité sur la mortalité.

Sur la stovaïne (1)

M. Pouchet publie les résultats des expériences qu'il a faites avec la stovaïne sur les animaux. La stovaïne est un analgésique local dont la toxicité est faible. Chez les herbivores, l'intoxication revêt deux formes : la forme analgésique généralisée ou la forme hyperesthésique généralisée.

Dans le premier cas, malgré une analgésie générale, on ne constate pas de paralysie; la température baisse de 4, 5 et 6 degrés pendant les premières heures qui suivent l'injection. Cette forme d'intoxication est rarement mortelle.

(1) Voir *Bulletin médical*, 1904, n° 53, p. 626.

La deuxième forme se manifeste par de l'agitation, du trismus, des crises d'abord convulsives, puis toniques qui se répètent jusqu'à la mort de l'animal.

La stovaïne est un poison du système nerveux tout entier. Les phénomènes déterminés expérimentalement prouvent que son action porte à la fois sur le bulbe, les hémisphères cérébraux, le cervelet, la moelle, sans qu'on puisse dire dans quel ordre ces diverses parties sont frappées. Le maximum d'intoxication semble porter sur la moelle et le cervelet.

Au point de vue circulatoire, les expériences prouvent que, chez le chien, à la suite d'injections de stovaïne, la pression sanguine baisse d'abord pour remonter rapidement à la normale.

La stovaïne n'est pas un poison du cœur; c'est, au contraire, un tonique. Les contractions cardiaques ne deviennent irrégulières qu'avec des doses mortelles.

Enfin, la stovaïne possède des propriétés antiseptiques indiscutables.

Sur le traitement des névralgies par la stovaïne

M. Huchard a utilisé, dans le traitement des névralgies rebelles et particulièrement dans la sciatique, la stovaïne en injections, de trois manières différentes :

1° En injections hypodermiques. Ce procédé n'a donné aucun résultat; les injections pratiquées trop loin du nerf sur lequel on veut agir n'ont aucune action analgésiante.

2° En injections profondes, interstitielles, dans l'épaisseur du muscle intercostal, au voisinage immédiat du nerf, par conséquent. Les résultats obtenus sont bons.

3° En injections épidurales dans le traitement de la sciatique. Ce dernier procédé a toujours donné des résultats excellents. Une des observations que rapporte M. Huchard concerne un malade atteint d'une sciatique rebelle remontant à dix-huit mois.

A la suite de cinq injections épidurales de 2 centigr. chacune, les phénomènes douloureux avaient totalement disparu, et le malade pouvait marcher. M. Huchard, dans tous les cas traités, n'a pas observé le moindre signe d'une intoxication même légère.

M. Pouchet. — Les résultats cliniques que rapporte M. Huchard concordent parfaitement avec l'expérimentation. Pour produire son action analgésiante, la stovaïne a besoin d'être en contact avec le nerf sur lequel on veut agir.

Dr G. Berruyer.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

De la valeur du procédé de Salomon pour le diagnostic du cancer de l'estomac

L'an passé, M. Salomon, médecin en second du service du professeur von Noorden, à l'Hôpital Urbain de Francfort-sur-Mein, avait fait connaître un nouveau procédé de diagnostic différentiel du cancer de l'estomac d'avec d'autres affections gastriques. Ce procédé, que nous avions signalé à nos lecteurs (voir *Bulletin médical*, 1903, n° 62, p. 698), est basé sur la recherche de l'albumine, à l'aide du réactif bien connu d'Esbach, dans l'eau de lavage de l'estomac, M. Salomon ayant supposé que toute ulcération néoplasique de la cavité stomacale devait être la source d'une sécrétion albumineuse, facile à déceler par le moyen en question. Et, de fait, dans les cas de cancer, il a vu le liquide de lavage de l'estomac se troubler fortement ou même déposer un précipité floconneux sous l'influence du réactif d'Esbach. Par contre, dans les dyspepsies nerveuses, les gastrites chroniques simples et dans la sténose purement cicatricielle du pylore, le réactif d'Esbach ne troublait pas le liquide en expérience ou ne le rendait que très légèrement opalescent, cette opalescence n'apparaissant, d'ailleurs, que tardivement. Enfin, dans les cas d'ulcère rond, qu'il a eu l'occasion de soumettre au même procédé d'exploration, notre confrère a obtenu un résultat négatif. Admettant, cependant, que chez ces malades les plaies gastriques pouvaient déjà être cicatrisées, il a fait des réserves au sujet de la possibilité d'une réaction positive dans les ulcères ronds, encore ouverts, de l'estomac.

Malgré tout son intérêt pratique, ce travail ne paraît pas avoir attiré jusqu'ici l'attention qu'il mérite de la part des cliniciens dont il faut, toutefois, excepté M. J. Siegel (*Berlin. klin. Woch.*, 1904, nos 12 et 13) qui a vérifié et confirmé, dans leurs traits généraux, les assertions de M. Salomon. Mais nous sommes actuellement en possession d'un autre travail important sur ce même sujet, celui que viennent de publier **MM. W. Berent** et **P. Gutmann** (*Deutsche med. Wochenschr.*, 7 juillet 1904), assistants du service de médecine du professeur Renvers à l'hôpital Moabit de Berlin, et qui est basé sur l'étude de 32 malades atteints de gastropathies variées.

Ces recherches, qui confirment également la valeur diagnostique du procédé Salomon, furent conduites strictement d'après les indications données par cet auteur. Le malade en expérience était mis, la veille, à un régime liquide, composé de lait, de cacao, de décoction d'avoine, de bouillon, de café ou thé, et d'une petite quantité de vin. Le soir on lavait son estomac jusqu'à ce qu'il ne s'en écoulât plus qu'une eau absolument limpide, ce qui nécessitait l'emploi de 10 à 30 litres de liquide. Ensuite, le malade ne prenait plus aucune nourriture jusqu'au moment du second lavage de l'estomac, qu'on pratiquait le lendemain, à jeun, avec 400 cc de solution physiologique de chlorure de sodium. Après avoir fait passer ce liquide, à deux reprises différentes, par la cavité stomacale, on le soumettait à l'action du réactif d'Es-

bach. Toutes ces manipulations, quoique désagréables aux malades, étaient bien supportées. Quant aux résultats, ils furent toujours négatifs dans les affections non cancéreuses de l'estomac, telles que catarrhe chronique ou subaigu, dyspepsie nerveuse, gastroectasie, gastroptose et rétrécissements bénins du pylore. Dans les cas de ce genre, c'est tout au plus si le réactif d'Esbach provoquait, dans l'eau de lavage, une légère opalescence qui ne devenait perceptible qu'au bout de quelques minutes ; jamais on ne constatait de précipité floconneux ou de trouble net et instantané. Il en fut de même dans six cas d'ulcère rond. Par contre, le procédé Salomon a donné un résultat franchement positif chez tous les malades atteints de cancer de l'estomac, qui étaient au nombre de huit. La quantité d'albumine constatée ici au réactif d'Esbach, atteignait parfois 0,75 *pour mille*. Il faut dire que, dans ces cas, le diagnostic de cancer a pu être établi d'une façon sûre et certaine, soit du vivant du malade, d'après l'existence d'une tumeur nettement perceptible à l'épigastre (3 cas), soit à l'autopsie (5 cas).

Citons quelques exemples susceptibles de montrer d'une façon concrète la valeur du procédé Salomon.

Homme d'une cinquantaine d'années, souffrant, depuis deux ans, de troubles dyspeptiques avec douleurs à l'épigastre, présence d'une rénitence mal délimitée, sensible à la pression, dans la région pylorique, et amaigrissement progressif. Absence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal. Ce malade fut envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de cancer du pylore. Le procédé Salomon ayant donné un résultat absolument négatif, on supposa une sténose pylorique cicatricielle, supposition que la laparotomie confirma en tous points.

Femme cachectique, âgée de quarante ans, avec phénomènes dyspeptiques, tumeur de consistance dure, à surface bosselée, grosse comme une petite pomme, siégeant un peu à droite de l'ombilic; signes objectifs de gastro-ectasie; absence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal. On admit d'abord un cancer de l'estomac, mais le résultat négatif de l'examen par le procédé Solomon vint infirmer ce diagnostic. Et de fait, ainsi qu'on put s'en convaincre au cours de la laparotomie, la tumeur qu'on avait sentie au travers des parois abdominales n'était autre chose qu'une vésicule biliaire déplacée, fortement distendue et contenant un gros cholélithe.

Comme on l'a vu, ces deux malades ont présenté nombre de signes cliniques qu'on rencontre dans le cancer de l'estomac. Néanmoins, conformément aux résultats négatifs du procédé Salomon, toute lésion cancéreuse put être écartée chez eux avec certitude. Par contre, l'observation qui suit est un exemple d'une affection ne ressemblant pas au cancer, par son allure clinique, mais dans laquelle le procédé Salomon a donné un résultat positif inattendu, qui se trouva conforme à la véritable nature de la lésion.

Femme, âgée de trente-huit ans, se plaint de troubles dyspeptiques depuis plus d'une année. Elle a maigri, mais son état général est encore satisfaisant. A la région épigastrique, on trouve une rénitence dure, en forme de boudin ; elle suit les mouvements respiratoires et la percussion y donne un son tympanique. Cette tumeur diparaît complètement à l'insufflation de l'estomac. Beaucoup d'acide chlorhydrique libre et absence totale d'acide lactique dans le contenu stomacal. On attribue la tumeur en question à l'existence de brides périgastriques, mais ce diagnostic se trouve infirmé par la présence de quantités notables d'albumine dans le liquide de lavage. Effectivement, en pratiquant la laparotomie, on trouva un volumineux cancer du pylore.

On voit, par ces exemples, les services que le procédé Salomon est susceptible de rendre pour le diagnostic du cancer de l'estomac d'avec les affections non cancéreuses de cet organe. Toutefois, comme la plupart de nos moyens d'exploration, il ne saurait avoir de valeur absolue. C'est qu'il ne donne de résultat positif qu'en présence d'une ulcération stomacale, servant, comme il a été dit, de source à une sécrétion albumineuse. Cette ulcération constitue un phénomène habituel et précoce du cancer de l'estomac. Cependant, il est des cas, peu fréquents il est vrai, de carcinome gastrique ou le néoplasme ne s'ulcère pas ou ne s'ulcère que fort peu, conditions dans lesquelles le procédé Salomon est évidemment incapable de dépister l'existence d'une lésion cancéreuse. Ce fait s'est produit chez un des malades de MM. Berent et Gutmann. Il présentait les signes habituels du cancer de l'estomac, mais en l'absence d'une tuméfaction nettement perceptible à l'épigastre. Dans le liquide de lavage, le réactif d'Esbach ne donnait pas de précipité floconneux, n'y provoquant qu'un très léger trouble, qui ne se manifestait qu'au bout de quelques minutes, comme dans les simples catarrhes de l'estomac. Cependant, à l'autopsie de ce sujet, on trouva une infiltration cancéreuse étendue de l'estomac et du duodénum, mais sans trace d'ulcération.

Pour ce qui en est de la façon dont l'ulcère rond se comporte à l'égard du procédé Salomon, MM. Berent et Gutmann estiment que leurs observations à ce sujet pourraient ne pas être concluantes si, comme c'est admissible, elles concernaient des plaies gastriques déjà en voie de cicatrisation. Il y a donc lieu de penser que dans les cas d'ulcères ouverts de ce genre, l'eau de lavage de l'estomac pourrait donner, au réactif d'Esbach, un résultat positif. Mais, s'il en était vraiment ainsi, la valeur du procédé Salomon ne s'en trouverait pas diminuée, le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac d'avec l'ulcère rond n'étant pas, en général, difficile à établir. Ce qui est souvent embarrassant, c'est de distinguer le cancer des affections du groupe des asthénies ou anachlorhydries gastriques, et c'est précisément dans ces conditions — sauf cependant les cas rares de néoplasme non ulcéré de l'estomac — que le procédé de Salomon paraît donner des résultats décisifs.

V. de H.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été nommés aux grades ci-après énoncés et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de méd.-princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. L. Collin, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Vannes, en rempl. de M. Gils, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Vignol, méd.-chef de l'hôp. mil. de la Rochelle, en rempl. de M. Julié, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Descour, à la dir. du service de santé au ministère de la guerre, en rempl. de M. Bourdon, retr. — Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-majors de 2e cl. :

(Choix) M. Vediville, au 145e d'inf., en rempl. de M. Schmitt, retr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Gury, au 60e d'inf., en rempl. de M. Colin, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Niclot, à l'hôp. mil. d'Oran, en rempl. de M. Collin, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Manoha, à la dir. du serv. de santé du 1er corps, en rempl. de M. Vignol, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Rouget, prof. agr. à l'éc. d'appl. du serv. de santé mil., en rempl. de M. Descour, pr. — Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

1er tour (ancienneté) M. Clerc, en rempl. de M. Licht, dém. — Dés. pour les hôp. mil. de la div. d'Oran.

2e tour (choix) M. Letainturier de la Chapelle, au 3e tiraill. algériens, en rempl. de M. Gautrand, déc. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Drevet, au 1er tiraill. algériens, en rempl. de M. Calla. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Dupuy, au 1..e d'inf., en rempl. de M. Glorget, déc. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Tanton, à l'hôp. mil. du Dey à Alger, en rempl. de M. Barré, déc. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Bonhomme, au 67e d'inf., en rempl. de M. Vidal, dém. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Neumann, au 6e génie, en rempl. de M. Jacquemin. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Vennin, en rempl. de M. Caziot, déc. — Dés. pour le 124e d'inf.

3e tour (ancienneté) M. Donier, au 161e d'inf., en rempl. de M. Bernard. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Imbert, au 102e d'inf., en rempl. de M. Deslongchamps, dém. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Julié, en rempl. de M. de Viville, pr. — Dés. pour le 33e d'inf.

3e tour (ancienneté) M. Fournereaux, au 160e d'inf., en rempl. de M. Gory, pr. — Maintenu.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

(Tour de la non-activité) M. Gilbert, en rempl. de M. Niclot, pr. — Dés. pour le 151e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

1er tour (ancienneté) M. Combe, aux hôp. mil. de la div. d'Alger, en rempl. de M. Manoha, pr.— Maintenu.

2e tour (choix) M. Rouvillois, surv. à l'éc. du serv. de santé mil., en rempl. de M. Rouget, pr. — Maintenu.

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl.

Les méd. aides-majors de 1re cl. :

(Tour de la non-activité) M. Bourguedieu, en rempl. de M. Clerc, pr. — Dés. pour le 8e d'inf.

(Tour de la non-activité) M. Duchesne, en rempl. de M. Letaintorier de la Chapelle, pr. — Dés. pour le 105e d'inf.

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Les méd. princ. de 2e cl. :

M. Choux, à l'hôp. mil. de Marseille.

M. Dubrulle, à l'hôp. mil. Villemanzy, à Lyon.

M. Troussaint, méd.-chef à l'école sup. de guerre à Paris.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Blanchet, au 115e d'inf.

M. Lebastard, méd.-chef de l'hôp. mil. de Dunkerque.

M. Collinet, aux salles mil. de l'hosp. de Reims.

M. Tisserant, au 152e d'inf.

M. Pouillaude, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

M. Guibal, au 79e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Douillet, au 110e d'inf.

M. Sébillon, au 27e d'art.

M. Peyret, au 1er chass. à cheval.

M. Donnadieu, au 4e chass. à cheval.

M. Senesse, au 53e d'inf.

M. Demery, au 13e hussards.

M. Cultin, aux troupes de l'armée de terre dét. au Tonkin et en Annam.

M. Bailly, au 132e d'inf.

M. Martin, au 1er chass. d'Afrique.

M. Capillery, au 32e d'art. et dét. aux batt. à cheval de la 7e div. de cav. à Fontainebleau.

M. de Libessart, au 31e dragons.

M. Lamoureux, au 1er cuirassiers.

M. Pignet, au 1er spahis.

M. Lasroutx, au 89e d'inf.

M. Lafeuille, surveillant à l'éc. d'appl. du serv. de santé mil.

M. Gauthier, hôp. mil. de la div. d'Alger.

Les méd. aides-maj. de 1re cl :

M. Bourgeois, au 143e d'inf.

M. Natalelli, au 22e d'inf.

M. Malaspina, au 35e d'art.

M. Genevrier, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

M. Antoine, au 135e d'inf.

M. Monod, au 13e d'art.

M. Dreyfus, aux sapeurs-pompiers à Paris.

M. Pourpre, au 61e d'inf.

M. Limasset, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

Le méd. aide-major de 2e cl. :

M. Duc, au 7e chass. à pied.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd. inspecteur

Les méd. princ. de 1re cl. :

M. Sérès, membre du conseil sup. de santé au min. des colonies, en rempl. de M. Vincent, décédé.

M. Clavel, dir. du serv. de santé des troupes coloniales à Paris (emploi nouvellement créé).

Au grade de méd. princ. de 1re cl.

Les méd. princ. de 2e cl. :

M. Calmette, dir. de l'Institut Pasteur à Lille (hors cadres). — Maintenu.

M. Gallay, en rempl. de M. Calmette, pr.— Maintenu en congé.

Au grade de méd. princ. de 2e cl.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Hébrard, chef du serv. de santé à la Guadeloupe, en rempl. de M. Gallay, pr. — Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

(Ancienneté) M. Morel, hors cadres, au poste méd. de Vinh (Indo-Chine), en rempl. de M. Layet, déc.— Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Jourdran, hors cadres, à Madagascar.— Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Bonnescuelle de Lespinois, en Afrique occ.— Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Ollivier, au 1er d'inf. à Cherbourg.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Talayrach, hors cadres, à Madagascar.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. Marty, au 5e d'inf. à Cherbourg, en rempl. de M. Morel, pr.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Brisemier, à Madagascar, en rempl. de M. Jourdran, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Martin, à Madagascar, en rempl. de M. Bonnescuelle de Lespinois, pr.— Maintenu.

(Choix) M. Crenn, à Madagascar, en rempl. de M. Ollivier, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Erdinger, hors cadres, au poste méd. de Tchong-King, en rempl. de M. Talayrach, pr.— Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Plomb, en Indo-Chine. — Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Pin, à Madagascar.— Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Augé, au 8e d'inf.— Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Leclerc, au 24e d'inf.— Maintenu.

(Choix, emploi vacant) M. Laurenti, en Indo-Chine.— Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Jacquin, au 1er d'inf.— Maintenu.

(Ancienneté, emploi vacant) M. Doreau, hors cadres, à la Grande-Comore. — Maintenu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 18 juillet. — *M. Kania* : De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose. — M. *Flamand* : Du diagnostic de l'hydrocéphalie par le palper pendant la grossesse et le travail. — M. Paul *Cantonnet.* — De l'abus du forceps dans les expulsions dites lentes. — M. *Richard* : Le repos a-t-il une influence sur la rupture prématurée des membranes? — M *Goudeaux* : Alexis Boyer (1757-1833) ; sa vie, son œuvre. — M. *Dupouy* : Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine. — M. *Péchaud* : Des fractures spontanées de la clavicule. — M. *Belgrand* : Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose chirurgicale de la région iléo cœcale. — M. *Corrington* : Contribution à l'étude des abcès du foie chez l'enfant. — M. *Blatin* : Le petit personnel médical en Angleterre. La réforme à faire en France. — M. *Mourthon* : Hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées. — M. *Moreau* : Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires d'origine dentaire. — M. *Martin* : Des psychopathies consécutives aux brûlures ; étude étiologique et médico-légale. — M. *Halgand* : Etude sur les trichophyties de la barbe. — M. *Douty* : Le sanatorium idéal. — M *Dye* : Les parasites des culicides.

Mardi 19 juillet. — *M. Vrain* : Contribution à l'étude de la prostatectomie périnéale. Résultats opératoires et cliniques. — *M. Chastenet de Gery* : Contribution à l'étude des hémothorax traumatiques. — *M. Hayuier* : Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires de l'estomac. — *M. Minon* : Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées, mode des fesses, de la présentation du siège. — *M. Gourdou* : Les épiploites consécutives à la cure radicale des hernies. — *M. Barthes* : De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent et chez l'adulte. — *M. Sautelet* : Amputation périnéale du rectum par le procédé d'Hartmann. — *M. Gamas* : De l'ostéomyélite des os de la jambe. — *M. Forgeot* : Orchite des prostatiques (anatomie pathologique). — *M. Tichet* : Remarques sur la rétraction de l'aponévrose palmonaire chez les paralytiques généraux. — *M. Pasqueron de Fommervault* : De l'emploi du collargol dans les septicémies puerpérales. — *M. Poncetton* : Les éruptions causées par l'antipyrine. — *M. Desjeux* : De l'alimentation par le lait cru chez l'enfant à l'état de santé et à l'état de maladie. — *M. Michel* : Contribution à l'étude des paralysies de la chorée. — *M. Caillat* : De la syphilide pigmentaire observée dans la syphilis acquise de l'enfant. — *M. Collard* : Contribution à l'étude des phlébites des membres chez les tuberculeux.

Mercredi 20 juillet. — *M. Dubreuilh* : De la péritonite gonococcique chez l'enfant. — *M. Faure* : Quelques considérations sur la pneumonie et sur la broncho-pneumonie traumatiques. — *M. Goublot* : Les tubercules du cervelet, étude clinique et anatomo-pathologique. — *M. Evrard* : Des polynévrites blennorragiques. — *M. Landais* : Suture artérielle chez l'homme. — *M. de Pierrepont* : Contribution à l'étude des prolapsus génitaux, symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes. — *M. Hilaire* : Du sarcome sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur.

— *M. Arrault* : Contribution à l'étude du traitement des pseudo-arthroses de la jambe. — *M. Larmandieu* : De la valeur comparée de deux traitements de l'hydrocèle. Résection totale et éversion de la vaginale — *M. Feyzeau* : Note sur les shocks nerveux et traumatiques et leurs rapports avec le shock chirurgical. — *M. Chevrier* : Des luxations traumatiques de la rotule. — *M. Petit* : Résultats immédiats et éloignés de l'épididymectomie pour tuberculose. — *M. Reulos* : Contribution à l'étude de l'orchite rhumatismale. — *M. Eymeoud* : Les laryngites cricoïdiennes oblitérantes chroniques. — *M. Gralias* : Des oblitérations artérielles consécutives aux cardiopathies. — *M. Chaix* : Les tuberculoses latentes pulmonaires. — *M. Roncin* : Étude physiologique sur les Fakirs. — *M. Coriat* : Du traitement de l'épithéliome cutané par les rayons X. — *M. Texier* : De la mort rapide dans le cancer du foie, et principalement par la rupture spontanée de cet organe. — *M. Pichard* : Contribution à l'étude des érythèmes scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Service de M. le prof. Le Dentu.

M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, commencera un cours de vacances le mardi 26 juillet 1904, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Visites dans les salles, tous les jours à 9 h. 1/4.

Examen des malades nouveaux par les élèves.

Opérations de chirurgie générale, tous les jours à 10 h. 1/2.

Opérations de chirurgie abdominale, le jeudi à 10 h. 1/2.

Programme du cours de clinique :
Dix leçons de chirurgie thoracique.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent

MM. Deléarde, Ingelrans, de Lille.
MM. Logau, Brunschwig, d'Avignon.

Médaille de bronze

M. de Lacombe, int. à l'hôp. Tenon, à Paris.
M. de Raymond, int. à l'hôp. de Nîmes.
MM. Brassart et Taconnet, internes, Obers et Vasseurs, externes à l'hôpital de la Charité à Lille.
M. Massé, d'Avignon.
MM. Madon et Estachy, internes à l'hôpital d'Avignon.

M. Roger, agrégé, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris.

Bibliographie de l'« Union médicale » (1)

Coopération médicale et Union médicale. Dr Fildermann. *Revue de déontologie*, mai 1904, p. 425.

Philanthropie vingtième siècle. — Toujours la philanthropie sur notre dos. — Toujours l'Union médicale. — *Concours médical*, 2 avril 1904, 7 mai, p. 300, 14 mai, p. 316.

Entreprise de médecine à l'abonnement. — Œuvre pseudo-philanthropique.

Bulletin officiel des Sociétés médicales d'arrondissements, 20 avril 1904, p. 270, 5 mai, p. 318. VIe arrondissement, p. 333. XVIIe arrondissement, p. 357. 20 mai, p. 360. Levallois, p. 375, 5 juin. Ve arrondissement, p. 406. XVIe arrondissement, page 419. 20 juin. VIIe arrondissement, p. 436. XIe, p. 437. XVe, p. 438. Neuilly, p. 456. 5 juillet Conseil général, p. 462. Ier et IIe arrondissements, p. 471.

(1) Voir le précédent numéro

LES RAPPORTS ENTRE MÉDECINS TRAITANTS ET CHIRURGIENS OU SPÉCIALISTES

Le Syndicat médical de Versailles a étudié cette question; sur le rapport de MM. Broussin, Laurent et Fleury, il a pris les décisions suivantes :

« Considérant que :

« 1° Les rapports, au point de vue honoraires, entre médecin traitant et chirurgiens ou spécialistes, doivent être parfaitement définis ;

« 2° Tout procédé se rapportant de près ou de loin à la dichotomie doit être absolument condamné;

« 3° Le médecin traitant éprouve parfois de sérieuses difficultés dans le recouvrement de ses honoraires personnels (chloroformisation, assistance à l'opération, etc.);

« Adopte à l'unanimité les décisions suivantes :

« I. Tout chirurgien ou tout spécialiste, qui aura décidé une opération, doit avertir le médecin traitant et le prier de l'assister.

« II. C'est au chirurgien ou au spécialiste qu'il appartient de fixer, en même temps que ses honoraires personnels, ceux du médecin traitant et ceux de ses autres aides, et ce près de la famille du malade ou du malade lui-même afin qu'elle ou qu'il n'en ignore.

« Ces honoraires ne concernent que l'opération proprement dite; le médecin traitant produira, pour les soins consécutifs, sa note personnelle.

« III. Ces décisions ne visent que les relations entre confrères habitant et opérant dans la même ville.

« Mais l'opération pourrait avoir lieu dans une localité autre que celle du médecin traitant et de son malade.

« Quatre cas sont alors à envisager :

« *a*) Ou bien le chirurgien ou le spécialiste aura cru devoir laisser ignorer au médecin traitant l'intervention qu'il aura décidée et pratiquée.

« *b*) Ou bien, faisant acte de courtoisie, il l'invitera à venir assister, en ami, à son opération.

« *c*) Ou bien, il le priera de l'aider.

« *d*) Ou bien, la famille, de son propre mouvement, réclamera cette assistance.

« Le premier cas, tout en relevant de la déontologie, de la conscience, échappe à toute réglementation.

« Il en est de même du second, malgré ses apparences courtoises.

« La solution, dans les deux derniers, est tout indiquée : si c'est le chirurgien (ou le spécialiste) qui a réclamé l'assistance du médecin traitant, c'est à lui, suivant les décisions ci-dessus, qu'il appartiendra d'honorer ce médecin traitant, lequel recevra au contraire de la famille ses honoraires si elle-même l'a prié d'assister le malade. »

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Ce Congrès se tiendra cette année à Pau, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le prof. Brissaud.

Programme

Lundi 1er août

Matin. — Séance d'inauguration.

Après-midi. — 1er rapport, M. Deny : les démences vésaniques. Discussion.

Soir. — Réception par la municipalité de Pau.

Mardi 2

Matin. — Suite de la discussion du 1er rapport. Communications diverses.

Après-midi. — 2e rapport, M. Sano : les localisations motrices de la moelle. Discussion.

Soir. — Banquet du Congrès.

Mercredi 3

Matin. — Visite à l'Asile Saint-Luc; déjeuner à l'Asile.

Après-midi. — Communications diverses.

Jeudi 4

Matin. — Excursion à Lourdes; déjeuner au Pic du Ger.

Après-midi. — Communications diverses (au Pic du Ger).

Vendredi 5

Matin. — 3e rapport, M. Kéraval : Des mesures à prendre contre les aliénés criminels. Discussion.

Après-midi. — Communications diverses.

Soir. — Séance de projections. Réception par la Société de médecine de Pau.

Samedi 6

Matin. — Excursion de Pau à Izeste. Communications diverses (à Louvie). Déjeuner à Izeste.

Après-midi. — Excursion à Eaux-Chaudes. Coucher à Eaux-Bonnes.

Dimanche 7

Matin. — Excursion au Col d'Aubisque. Réception à Argelès.

Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents (docteurs en médecine);

2° Des membres associés (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine présentés par un membre adhérent).

Les Asiles qui s'inscrivent pour le Congrès figurent parmi les membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 fr. pour les membres adhérents, 10 fr. pour les membres associés.

Prière d'adresser, sans retard, à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, Asile des aliénés de Pau :

1° Les adhésions et le montant des cotisations;

2° L'itinéraire à parcourir en chemin de fer pour se rendre à Pau (réduction de demi-place du 27 juil. et au 13 août inclus);

3° Les titres et résumés des communications et discussions.

Un programme plus détaillé sera adressé à tous ceux qui ont manifesté l'intention de se rendre au Congrès ou qui en feront la demande.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

PATHOLOGIE MENTALE

La confusion mentale

Par M. le Dr Marandon de Montyel
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Les deux très remarquables chapitres que viennent de publier M. Séglas, sur la pseudo-démence, et M. Anglade, sur la confusion mentale, dans le tout récent *Traité de pathologie mentale* de M. Gilbert Ballet, m'engagent à reprendre, à rectifier et à compléter ce que j'ai écrit sur les confus en 1897 (1).

I

A M. Chaslin revient le mérite d'avoir fait rendre, lors du Congrès de Blois de 1892, à la confusion mentale, la place, que dis-je, l'existence qu'on lui avait si injustement ravie depuis la belle découverte de la lypémanie stupide, par Baillarger en 1843. Grâce aux brillants travaux du distingué aliéniste de Bicêtre, elle est aujourd'hui aussi étudiée et discutée qu'elle fut oubliée durant cinquante ans, et les vieilles définitions que donnèrent d'elle nos pères inspirent celles que nos contemporains formulent.

En effet, pour Georget, elle était la suspension des facultés cérébrales, la confusion des idées, l'obtusion de l'intelligence; pour Ferrus, l'abolition ou plutôt la suppression rapide, apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales; pour Delasiauve, une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, une entrave ou une abolition de l'exercice de la pensée. Or, si nous prenons les deux dernières définitions données, nous voyons que, pour M. Séglas, le terme dans son acception la plus large s'applique à un trouble psychique caractérisé par la confusion des idées, la désorientation dans le milieu et dans le temps, l'incohérence; pour M. Anglade, le syndrome se caractérise essentiellement par la confusion des idées qui peut aller jusqu'à l'état de stupidité, par l'impossibilité de coordonner ces dernières, et aussi d'associer les sensations de façon à réaliser une perception correcte et nette du monde extérieur. Nous aussi nous avons écrit, en 1897, que les principaux caractères étaient la suspension plus ou moins complète et plus ou moins durable des fonctions intellectuelles, avec incapacité de penser et de vouloir. Sous des formes différentes, nous répétons donc tous aujourd'hui ce qu'ont dit nos vieux maîtres, et il n'est pas douteux que la caractéristique de la confusion mentale est pour nous ce qu'elle a été pour eux.

Mais nos anciens, avec raison, avaient aussi reconnu que le syndrome ne se présentait pas toujours avec la même intensité et avaient constaté chez les confus des différences considérables à cet égard. Cette particularité fut reprise par le prof. Ball, qui distingua très justement trois degrés de désorientation psychique et insista beaucoup sur l'importance du fait. Nous verrons, en effet, plus loin, quand nous aurons à discuter les idées de M. Chaslin que défendent MM. Séglas et Anglade, combien il est indispensable, pour bien apprécier les faits, d'être pénétré des différents degrés d'intensité que peut revêtir le mal. D'après le prof. Ball, le premier degré est une simple *torpeur cérébrale* constituée par un état de prostration mentale qui semble diminuer momentanément les facultés; la mémoire est affaiblie, le jugement indécis, la volonté hésitante; le second degré est un état de véritable *confusion* des facultés intellectuelles qui n'existe pas dans le premier; enfin le troisième est la *stupidité*, ou la *stupeur*, dans laquelle il n'y a plus confusion mais abolition totale de ces facultés. Cette division répond à la clinique et nous sera très utile.

La confusion mentale étant ainsi définie, et ses intensités, différentes et dont on verra plus loin toute l'importance, bien établies, un premier point à démontrer est qu'elle est un syndrome banal, un syndrome qui se montre dans toutes les folies. S'il y a, en effet, une lypémanie stupide, il y a aussi une manie stupide, une paralysie générale stupide, une épilepsie stupide, une hystérie stupide, des intoxications stupides. Bien plus, à ses deux premiers degrés, la confusion mentale se manifeste à un moment ou à un autre, à titre permanent ou transitoire chez tous les aliénés, même chez ceux d'ordinaire les plus maîtres de leur raisonnement, même chez les délirants systématiques, de telle sorte qu'il est très exact de dire que, peu ou prou, tout fou a été, est ou sera un confus.

Laissons de côté pour le moment la lypémanie dont nous devrons plus loin longuement étudier et discuter les rapports avec la confusion mentale, et arrivons à la manie, et nous verrons que tout maniaque est un confus de deux façons. Le plus souvent, il l'est par un mécanisme psychologique, inverse de celui habituel; il l'est non par une obtusion, mais, au contraire, par une suractivité cérébrale; le sujet assiste à une perte de ses idées qu'il n'a pas le temps de saisir tant elles traversent vite le champ de sa conscience et se succèdent avec rapidité; ce cas ne rentre pas dans notre sujet et nous n'avons pas à nous en occuper. Ce qui nous importe, c'est l'éclosion épisodique, d'une durée plus ou moins longue, chez ce malade, de la vraie confusion qui forme contraste avec son état habituel. Certains en sont même conscients, passent la main sur le front et disent qu'ils ont un brouillard dans la tête, comme si le cerveau se trouvait pour un temps épuisé d'avoir tant produit et si vite. La complication de la manie par des crises vraiment confusionnelles, plutôt courtes que longues, est donc incontestable.

De toutes les folies, les toxiques sont, je crois, celles qui se compliquent le plus souvent de confusion mentale. Parmi les poisons intellectuels, bien étudiés il y a quelques années par le Dr Legrain, celui qui, d'après mon expérience, serait le plus apte à engendrer le syndrome, est le plomb, plus puissant encore à cet égard que l'alcool qui pousse le prédisposé vésanique buveur plutôt dans le délire que dans la confusion. Des faits que j'ai observés et qui ont fait l'objet de deux mémoires publiés par les *Annales d'hygiène publique*, en 1895 et en 1901, le sulfure de carbone agirait beaucoup comme le saturnisme.

Après les intoxications, la paralysie générale est, parmi les maladies mentales, celle qui se complique toujours du syndrome, souvent pris pour de la démence, ce qui n'est pas, car la démence, résultant de la destruction de la cellule cérébrale intellectuelle, ne rétrocède pas. Toutes les fois donc qu'une rémission quelconque, légère ou profonde, de l'affaiblissement intellectuel se produit, ce qui, à un degré ou à un autre, est à peu près constant au cours de la maladie, c'est qu'on a eu affaire non à la démence, mais à la confusion mentale.

Presque au même titre que la paralysie générale, l'épilepsie fait des confus, très souvent même des stupides; aussi je ne m'explique pas pourquoi M. Anglade trouve que le nom de confusion mentale post-épileptique, sous lequel mon ancien interne, le Dr Dide, a décrit ce phénomène, ne convient guère. Mais celle-ci, plus ou moins marquée, est, au contraire, de

(1) La stupidité de Georget, in *Gaz. hebdomadaire*. La confusion mentale primitive et secondaire, in *Gaz. des hôpitaux*.

règle après les attaques, d'une durée variable; elle est même un bon signe, le matin, au réveil, pour le diagnostic parfois si épineux du haut mal exclusivement nocturne. Le fait est moins marqué et moins constant avec l'hystérie, toutefois la confusion mentale post-hystérique existe comme la post-épileptique.

Le moins confus de tous les aliénés est, sans conteste, le délirant systématique. Tout d'abord, tandis que l'intoxiqué, le paralytique général, le lypémaniaque, le maniaque, l'épileptique, l'hystérique peuvent devenir confus, par intervalles, jusqu'au troisième degré, jusqu'à la stupidité, lui, jamais. Il n'aura, dans tous les cas, qu'une confusion légère ou moyenne, du premier ou tout au plus du second degré, même le plus souvent du premier, dont il sera d'ailleurs conscient, et qu'il expliquera par une de ses persécutions habituelles : poison, électricité, magnétisme à distance, etc.

MM. Séglas et Anglade acceptent cette complication de toutes les maladies mentales par le syndrome. En regard des *cas primitifs*, dit le distingué aliéniste de la Salpêtrière, se placent ceux dans lesquels la confusion est dite *secondaire*. Au lieu d'être le phénomène psychique primitif, fondamental, elle se présente, au contraire, comme le résultat, la conséquence immédiate de symptômes psychopathiques divers, tels que la production brusque d'idées délirantes nombreuses (manie), la présence d'hallucinations intenses, multiples, répétées (délires hallucinatoires), l'existence de troubles émotionnels profonds (mélancolie).

Mais, pour M. Séglas comme pour nous, ce ne sont pas seulement les états vésaniques purs que complique la confusion mentale. A son avis, que nous partageons, celle-ci par son importance, son développement plus accentué, sa persistance, peut aussi donner une note particulière à certains *états vésaniques symptomatiques*. C'est ce qu'on voit dans les délires toxiques par le plomb et l'alcool, dans certaines affections organiques comme la paralysie générale, dans certaines névroses, telles l'épilepsie et l'hystérie; et il remarque très justement que dans ces cas les troubles intellectuels suivent pas à pas les manifestations de la maladie générale dont ils font partie. Et M. Séglas signale encore que la confusion mentale se présente parfois à *titre épisodique*, de complication, dans certaines affections mentales ayant déterminé, par exemple un état d'épuisement chez les mélancoliques sitiophobes.

Egalement, d'après M. Anglade, la confusion mentale peut compliquer, à titre de manifestation secondaire et accessoire, d'autres affections mentales, telles que manie, épilepsie, hystérie; délire systématisé, paralysie générale au cours de laquelle on voit apparaître d'une façon plus ou moins épisodique des états de confusion. Il accepte même que celle-ci, poussée jusqu'à la stupeur, c'est-à-dire jusqu'au troisième degré, se montre dans la mélancolie, la folie à double forme, la péri-encéphalite chronique.

La complication de toutes les folies quelles qu'elles soient, par la confusion mentale, le plus souvent à ses deux premiers degrés, mais parfois aussi au troisième, est donc un fait certain, que nous avons du reste déjà signalé et décrit dès 1897. Or, cette complication a le très grave inconvénient de grandement embrouiller, dans un assez grand nombre de cas, le diagnostic certain de la démence, quand la confusion ne dépasse pas le second degré et dure depuis des années. Cette particularité très fâcheuse est proclamée par M. Séglas dans les termes suivants : « Parmi les affaiblissements de l'intelligence susceptibles d'être confondus avec la démence, il en est de transitoires qui pourraient, en conséquence, être classés sous la rubrique générale de *pseudo-démence*, tels sont ceux qu'on a étudiés sous les différents noms de démence aiguë, stupidité, stupeur, confusion mentale, torpeur cérébrale, etc., pour n'user que de la terminologie française. »

Souvent, en effet, le confus a toute l'apparence d'un dément et la confusion est aussi curable que la démence est incurable, et il se rencontre des circonstances où les familles ont absolument besoin d'être fixées à cet égard. Sans doute, dans les cas récents et bien accusés, l'aliéniste expérimenté distinguera vite un stupide, mais ce n'est pas alors qu'on lui demande de se prononcer, c'est plus tard, après une durée plus ou moins longue du mal. Or, d'ordinaire, avons-nous dit, la confusion mentale qui complique les vésanies ne dépasse pas le second degré, gênant l'exercice de l'intelligence, sans réagir sur le physique ni entraver l'exercice du corps. Dans ces conditions, le confus parle et agit souvent comme un dément, et si la confusion dure des années et des années, ce qui se présente encore parfois, le diagnostic est presque impossible. Ces cas existent. « On rencontre, a écrit Foville, quelquefois des malades dont les facultés intellectuelles deviennent incohérentes ; les actes et les propos sont décousus; la mémoire paraît absente; l'attention ne peut être fixée; la réflexion ne se produit plus; tout semble indiquer par conséquent une destruction réelle des facultés; on se croirait, surtout quand cet état persiste depuis un certain temps déjà, en présence d'une véritable démence destinée à durer autant que le malade, et cependant ce pronostic fâcheux ne se réalise pas. »

Ces guérisons tardives survenant après plusieurs années de démence apparente, diagnostiquée vraie démence incurable par des aliénistes très compétents, sont ridiculisées par quelques praticiens et Luys en fut le moqueur le plus acharné. Il a soutenu que l'évolution de la démence était fatale dans tous les cas et se distinguait par là de la confusion mentale. D'après lui, une fois le réseau intellectuel entamé, les éléments nerveux associés à ceux mortifiés, se mortifieraient à leur tour, par une sorte de contagion, et entraîneraient par le même procédé la mortification de leurs congénères, de telle sorte que le mal irait en se propageant de proche en proche jusqu'à l'atrophie du cerveau, si caractéristique chez les vieux déments. On a donc, disait le savant aliéniste, dans l'évolution fatalement progressive de la vraie démence, le moyen certain de la diagnostiquer, de la distinguer de la pseudo ou confusion mentale, et s'il y a erreur, la faute en est au médecin.

Tout d'abord, en théorie, on ne s'explique pas bien la nécessité de cette sorte de contagion mortifiée dont parle Luys, et on se l'explique d'autant moins que depuis les savantes recherches de M. Duret, reconnues exactes par cet aliéniste lui-même, on sait qu'il existe une remarquable indépendance de la circulation des diverses zones de l'écorce. Mais quoi qu'il en soit au point de vue théorique, la clinique, ici comme partout, est le seul grand juge et elle condamne la doctrine de Luys. La vraie démence est loin d'évoluer toujours comme il l'indique ; elle se montre encore assez souvent restreinte et stationnaire. Si le vrai dément ne recouvre jamais ce qu'il a perdu, il n'est pas condamné à être fatalement dépouillé de ce qui lui reste. Qui de nous n'a dans son service quelques vieux malades, aliénés depuis une vingtaine d'années et frappés d'une déchéance intellectuelle qui depuis des ans et des ans ne progresse pas. Tels ils étaient en 1890, tels ils

sont aujourd'hui. Impossible donc à cet égard de les distinguer des confus, d'autant plus que, ainsi que le signale avec raison M. Séglas, on observe chez les uns et les autres, soit de l'agitation, soit de la dépression motrice à tous les degrés, persistant sous une forme régulière ou alternant avec la précédente, d'où pour le pseudo-dément comme pour le vrai dément l'existence du type maniaque, du type mélancolique et du type alternant. Aussi M. Anglade est-il dans le vrai quand il reconnait que dans la démence acquise la déchéance intellectuelle ressemble à celle de la confusion mentale, et que le diagnostic peut présenter parfois de réelles difficultés.

On comprend que, dans ces conditions, de vieux aliénistes, qui ont blanchi au milieu des aliénés, se trompent et affirment déments incurables des malades qu'ils ont suivis durant toute l'évolution de leur maladie et qui guérissent, à leur grande stupéfaction, après dix et douze ans de folie. En 1884, j'ai rapporté dans les *Annales de neurologie*, très en détail, quatre cas absolument probants ainsi que le prouve le résumé qui suit.

Le premier est un propriétaire de vingt-six ans, atteint de manie. Au bout de six ans, la situation se compliquait d'incohérence des idées et des actes. Le diagnostic de démence fut porté et le malade interdit. Deux ans et demi après, au cours de la neuvième année d'internement, l'état commença à s'améliorer, et six mois après, soit après *neuf ans* de séjour à l'asile, le malade sortait guéri. Par des membres de sa famille j'ai obtenu des renseignements précis. Depuis *vingt ans* la guérison se maintenait. A son retour dans son pays, cet homme a fait lever son interdiction; il s'est marié, a toujours été bon époux et excellent père de famille, et il prospérait dans ses affaires. La durée de la confusion mentale fut de *deux ans et demi*.

Le second, tonnelier de quarante ans, atteint de lypémanie suicide. Au cours de la cinquième année survinrent des signes manifestes d'affaiblissement intellectuel, et l'année suivante le diagnostic de démence fut porté; le mal datait de six ans. Durant cinq ans encore, non seulement sa lypémanie ne s'améliora pas, mais l'incohérence des idées et des actes fut plus marquée. Au commencement de la douzième année, une légère amélioration se montra et évolua très lentement. Il fallut un an pour que la guérison fut complète, après *douze ans* de séjour à l'asile. Celle-ci se maintenait depuis *quatre ans*. Le malade vivait très convenablement au dehors et gagnait bien sa vie. Habitant la ville, il venait assez souvent à l'asile et on avait ainsi l'occasion de constater son état mental. Dans ce cas, la confusion mentale a duré *plus de quatre ans*.

La troisième, domestique de quarante-deux ans, atteinte de lypémanie avec violentes crises de réaction agitée. Au bout de cinq ans de cet état, apparut brusquement de l'affaiblissement intellectuel et la malade fut incapable de soutenir une conversation durant quelques minutes sans être incohérente. On la considéra alors comme étant devenue démente, et il en fut ainsi pendant deux ans. Puis l'état s'améliora assez rapidement et vers le milieu de la *huitième année* la guérison était complète. La durée de la confusion mentale n'avait donc été que de *deux ans*. A sa sortie de l'asile, la malade s'est placée comme gouvernante chez le maire de sa commune, qui nous a fait savoir que depuis *trois ans*, non seulement elle n'avait pas rechuté, mais qu'elle possédait toutes les qualités d'une gouvernante modèle.

Le quatrième, poêlier de trente et un ans, atteint de lypémanie à forme diabolique. Au bout de deux ans apparurent des signes d'affaiblissement intellectuel assez marqué et on crut à une démence rapide, mais, *dix mois* après, l'erreur de diagnostic fut reconnue, car le malade, tout en restant halluciné et délirant, recouvra sa vigueur intellectuelle. Il en fut ainsi une seconde fois deux ans après pendant *un mois* et une troisième fois après six mois pendant *un an*. Alors survint une tuberculose aiguë et la guérison fut complète après *sept ans* de folie, jusqu'à la mort du malade *deux ans* après sa sortie.

Enfin, en 1903, arrivait, dans mon service, un garçon boucher de quarante ans qui, depuis *cinq ans*, était dans le service de M. Magnan à Sainte-Anne, en proie à une violente agitation. J'ignore quel était l'avis de l'éminent aliéniste de l'admission au moment du transfert, mais après un examen minutieux du malade, je n'hésitai pas à diagnostiquer chez lui une *manie chronique avec affaiblissement intellectuel*; il présentait, en effet, tous les caractères du vieux maniaque dément. Je me suis trompé, heureusement pour lui. Sous l'influence sans doute du changement de milieu, au grand étonnement de la famille et de moi-même, bien qu'il fut aliéné depuis *plus de cinq ans*, il a été complètement guéri en *un mois* et la guérison se maintient depuis *plus d'un an*.

On voit donc combien cette complication des vésanies par la confusion mentale est fâcheuse et combien il est à désirer que nous puissions distinguer la vraie démence de la pseudo-confusionnelle. Malheureusement, ce diagnostic différentiel est loin d'être fait. M. Anglade rappelle que M. Hannion, dans sa thèse de 1894, a beaucoup insisté sur les *nuances* qui permettent de distinguer le dément du confus; le premier ne fait aucun effort pour répondre aux questions, tandis que le second a plus de bon vouloir, mais il est contraint d'avouer que les réponses de l'un et de l'autre sont également inexactes, absurdes, incohérentes. En second lieu, le faciès et l'état physique, en général satisfaisant dans la démence, sont d'ordinaire altérés dans la confusion mentale. Non, quand celle-ci est chronique.

Le diagnostic différentiel de la démence et de la confusion mentale est, au dire de M. Séglas, très difficile, mais il croit possible d'indiquer, à cet égard, quelques points de repère qui peuvent être utiles à l'occasion, car si les mêmes symptômes existent dans les deux affections, c'est avec certaines différences dues à la diversité même du mécanisme psychologique qui préside à leur origine. Ces points de repère sont les suivants, au nombre de six :

En premier lieu, la désorientation dans le temps, toutefois, c'est surtout par l'étude des commémoratifs que l'on peut juger si les troubles de la mémoire qu'elle suppose ne se rapportent pas plutôt à l'amnésie progressive et caractéristique de la démence qu'au défaut d'association psychologique des souvenirs du confus. Pas si caractéristique que cela, je le crains, car, dans certains cas, l'évolution de la confusion est, elle aussi, progressive et va petit à petit du premier au second degré.

Les cinq autres ont plus de valeur, car ils intéressent directement le malade. Tout d'abord, la désorientation dans le milieu qui tient, chez le dément, à ce qu'il ne s'en occupe pas, par indifférence, ou à une interprétation délirante, tandis que l'autre a des doutes, des incertitudes. Pas toujours, dirai-je. Ensuite, dans les réponses incomplètes, inachevées du confus, on saisit un effort manifeste, mais insuffisant pour les grouper, les traduire; chez le dément, plus d'effort pour comprendre, pour répondre. Ce signe, sur lequel insiste également M. Hannion, est un des meilleurs, surtout quand la confusion mentale n'est pas de trop

vieille date; il en est de même du suivant. Le ton du confus est monotone, indécis, interrogateur; celui du dément est ou naturel et indifférent, ou satisfait. Puis les physionomies diffèrent parfois; le confus l'aura distraite, égarée, étonnée, stupéfaite; le dément, inerte ou niaise. Enfin, les actes de celui-ci sont d'ordinaire maladroits, ridicules, enfantins, alors que ceux de celui là sont indécis ou impulsifs.

Ce diagnostic différentiel de M. Séglas, que je résume et qu'il développe avec talent, est, je crois, le meilleur et le plus complet qui ait été donné. Apporte-t-il la certitude? Non, il n'autorise pas la certitude absolue, indispensable dans les cas graves, comme, par exemple, de divorce pour folie incurable, ainsi qu'on le réclame. En réalité, aidé de ces six points de repère, le clinicien, à défaut de certitude, recevra une impression qui aura d'autant plus de chance d'être la bonne, qu'il sera plus expérimenté et doué de ce je ne sais quoi que nous appelons le tact médical et que le public désigne sous le nom de *flair*. Il faut bien reconnaître, en effet, que tous ces signes différentiels ne sont que des *nuances*, comme le dit avec raison M. Anglade. Aussi, je crois que, pour être dans le vrai, il convient de répéter, avec M. Chaslin, que toutes ces différences se sentent mieux qu'elles ne s'expriment. Dans de telles conditions, il n'est pas permis d'être franchement affirmatif.

II

Eh bien! ce syndrome banal de la confusion mentale qui complique toutes les folies, quelles qu'elles soient, et qu'on retrouve chez tous les aliénés, quels qu'ils soient, est capable, phénomène intéressant et bizarre, de constituer à lui tout seul une forme morbide qui fut la démence aiguë d'Esquirol et la stupidité de Georget, et qui est due uniquement à la suspension presque toujours complète et plus ou moins durable des fonctions intellectuelles. Le malade n'a ni délire, ni hallucinations, ni trouble émotif, ni perversion instinctive; il est exclusivement confus; il est devenu incapable de penser et de vouloir; sa couche corticale intellectuelle ne fonctionne plus. Pour Georget, qui le premier l'isola et la distingua nettement de la démence en lui donnant un nom spécial, la stupidité est caractérisée par l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer. La suspension de l'intelligence ou bien l'embarras, la confusion dans les pensées, une sorte de faiblesse d'esprit qui empêche de les rassembler, tels sont les symptômes par lesquels il spécifie ce genre particulier de folie.

Mais Eloc-Demasy, acceptant avec enthousiasme les idées de Georget, insista plus encore que lui et donna du mal une description qu'aujourd'hui, après plus de soixante ans, on peut citer comme très exacte et très complète. Les facultés intellectuelles, a-t-il écrit, sont affaiblies ou même entièrement suspendues; les impressions sont rarement perçues distinctement, car la plupart voient confusément les objets qui les entourent, l'ouïe est faible; les excitants les plus actifs appliqués sur la peau et portés sur les narines ne sont pas sentis et causent à peine une légère sensation de chatouillement qui n'a rien de douloureux; quelques-uns n'ont plus d'idées, tandis que, chez d'autres, elles arrivent en foule, mais vagues, confuses, conservées à travers un nuage. M. Eloc-Demasy affirme que ces malades ne souffrent pas, qu'ils en sont incapables. La faculté de comparer les perceptions, le jugement est languissant ou aboli comme elles. Les uns ne se rendent pas compte de ce qui se passe autour d'eux; ils ne peuvent débrouiller leurs idées pour parler; d'autres ne pensent plus, la mémoire chez tous est obscure et affaiblie. On voit que, dans les descriptions de ces deux aliénistes, comme dans celles de Ferrus et de Delasiauve rapportées plus haut, il n'est question ni d'hallucinations, ni d'illusions, ni de conceptions délirantes.

L'existence de la stupidité ou confusion mentale au troisième degré comme forme morbide n'était donc pas douteuse pour nos vieux maîtres. Certes, ils reconnaissaient que les confus, rien que confus, n'abondent pas et sont plutôt rares, surtout chez l'homme, ainsi que le remarque Brierre de Boismont; il sont sans doute l'exception, comparés aux confus hallucinés et délirants, mais il faut croire, avec cet aliéniste qui en a publié deux cas très probants relatifs à des femmes, suivis du début à la terminaison, que cette rareté ne saurait impliquer la non-existence. J'en ai moi-même rapporté dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1897, trois cas que j'avais observés à Dijon et à Marseille.

Cependant, M. Chaslin, dans son beau livre sur la confusion mentale où il consacre sept pages à la stupidité de Georget, qu'il décrit en détails, n'est pas absolument sûr qu'il n'y ait pas quelques hallucinations et un léger délire derrière la stupeur. Ici, les idées délirantes, les hallucinations ou les illusions lui paraissent très fugitives et plus loin il ajoute que parfois il semble se produire des hallucinations et des idées délirantes de nature triste : la mort, les tortures reviennent souvent dans les rares propos que tiennent les malades et on peut leur arracher parfois l'expression d'idées hypochondriaques, de négation ou de transformation corporelle.

Ces confus dont parle M. Chaslin ne sont pas atteints de la stupidité de Georget, car, dans cette forme, les aliénés sont toujours tels que les a représentés Eloc-Demasy. Le distingué aliéniste, quand il a écrit ces lignes, n'avait peut-être pas eu encore l'occasion de rencontrer des sujets atteints de la maladie. Ils sont très rares, en effet, avons-nous déjà reconnu, surtout dans le sexe masculin. Ainsi, depuis seize ans que je dirige un grand service d'hommes à Ville-Evrard, je n'en ai pas observé un seul cas.

Cependant, il est possible de constater, tout à fait au début du mal, surtout, non des conceptions délirantes basées sur un trouble sensoriel ou émotif, mais des interprétations fausses par le fait de la conservation provisoire de la conscience. La stupidité débute, en effet, de façons différentes. D'ordinaire le début est brusque, le malade tombe tout d'un coup dans la stupeur à la suite d'une violente secousse physique et particulièrement morale. Ainsi, le sujet d'une de mes trois observations de 1897 était une jeune fille de dix-neuf ans, héréditaire vésanique par sa mère, devenue stupide en moins de vingt-quatre heures, à la suite d'une tentative de viol commise sur elle par un cousin moins âgé qu'elle et qu'elle avait toujours aimé et traité en frère. Ce début brusque est le plus fréquent, mais parfois il est lent et progressif. Le confus passe petit à petit par le premier et le second degré de la confusion mentale avant d'arriver à la stupidité au troisième degré, et tant qu'il reste dans les deux premiers, il peut être conscient de son mal et chercher à l'expliquer. M. Anglade, dans son excellente description du syndrome, ne parle pas de cette intéressante particularité que j'ai pourtant signalée et sur laquelle j'ai insisté il y a huit ans, car deux de mes trois malades l'ont présentée.

Le premier était guéri d'un accès de stupidité survenu à la suite du départ de sa femme, qu'il adorait, avec un amant riche. Il tenait mon ménage de garçon alors que j'étais médecin-

adjoint de l'asile d'Evreux, et il me racontait qu'immédiatement après l'abandon de l'infidèle, il sentit ses idées s'embrouiller, sa mémoire se perdre, ainsi que la notion du temps et des lieux, et, en quelques jours, il fut totalement inconscient de tout. Il était guéri depuis trois mois et allait sortir, quand il apprit brusquement que son enfant, qu'il chérissait, sa seule consolation dans son infortune, avait été emporté d'une façon presque foudroyante par le croup. On n'avait même pas eu le temps de l'informer de sa maladie. Cette subite et violente secousse détermina une rechute qu'il me fut permis de suivre dans ses moindres détails, puisqu'elle débuta et évolua sous mes yeux, jusqu'au moment où je dus réintégrer l'aliéné dans son quartier. Le malade n'eût plus aucun goût au travail, devint en quelques jours, lui, excellent domestique, incapable de tenir mon ménage de garçon, par suite d'une obtusion mentale progressive avec confusion et ralentissement des idées, perte de la mémoire, perte de la notion du temps, des lieux, des personnes. Je pus assister à cette obnubilation des facultés, qui passa progressivement par les deux premiers degrés de la confusion mentale avant d'arriver au troisième. Or, durant assez longtemps encore, le malade eut pleine conscience des modifications qui survenaient dans son état mental. *Je redeviens idiot*, me disait-il, et il manifestait le désir ou de mourir, ou de rester toujours tel le restant de sa vie, afin de ne plus penser ni à sa femme tant aimée qui l'avait abandonné, ni à son enfant si chéri qui était mort. Puis survint le troisième degré ou stupidité avec inconscience absolue.

Dans ce cas, il n'y a pas eu explication fausse ou déraisonnable de l'obtusion mentale dont le malade était conscient, tant que le mal fut aux deux premiers degrés· mais il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive que le sujet, conscient de ce qui se passe dans son esprit, en cherche le pourquoi et aboutit à des interprétations qui, au premier abord, peuvent paraître des conceptions délirantes et qui, en réalité, ne sont que des explications fausses et bizarres en rapport avec le développement intellectuel de l'aliéné, son instruction, son éducation, ses croyances ou ses superstitions de l'état normal. Il est toujours facile, d'ailleurs, de constater la genèse que je signale de ces idées d'interprétation, car la conscience de la confusion mentale ne se maintient qu'à la condition que celle-ci soit modérée, ce qui laisse aux sujets assez de lucidité pour apprécier ce qui se passe en eux et le raconter. Aussi, on voit ces fausses interprétations suivre une marche parallèle à l'état conscient, et disparaître petit à petit avec lui au fur et à mesure que, la confusion mentale s'accroissant, les malades cessent d'être à même d'apprécier le trouble de leur esprit. Il faut savoir aussi qu'il n'est pas impossible qu'au cours de la stupidité, des rémissions plus ou moins longues se produisent; le mal rétrocède alors et revient au deuxième ou même au premier degré, et il est fort possible à ces moments, que, par suite de la notable amélioration survenue, la conscience luise de nouveau et engendre les mêmes interprétations. De là, peut-être, les constatations de M. Chaslin.

Nous avons constaté ces interprétations dans un de nos trois cas, chez une jeune femme de vingt-cinq ans, qui était d'une bigoterie exagérée et en même temps d'une sensualité excessive. Le mari perdit sa place. Sa femme en fut toute saisie, passa lentement par les deux premiers degrés de la confusion mentale avant d'être stupide. Elle eut conscience d'un amoindrissement progressif de son intellect. Elle en chercha la raison, et vite arriva à se convaincre que c'était le diable qui se vengeait de ce qu'elle était restée femme honnête, en dépit des violentes tentations charnelles dont il l'assaillait. Nous pûmes suivre, chez elle, la disparition progressive de son interprétation, qui découlait naturellement de sa manière d'être habituelle, composée de sensualité et de religiosité, au fur et à mesure que, par les progrès du mal, la conscience de sa confusion mentale s'obscurcissait et disparaissait.

De tout ce qui précède, je conclurai que la stupidité de Georget, rare sans doute, existe réellement. D'ailleurs, M. Séglas l'admet. Il est, en effet, pour lui, des cas où la confusion mentale primitive semble caractériser une *affection autonome*, ayant son évolution propre; dans les cas les plus accentués il n'y a plus seulement gêne, mais abolition de l'exercice intellectuel; ce n'est plus la confusion, c'est la suspension, l'inertie absolue des facultés. A son avis, dans une forme correspondant à la confusion mentale primitive, il y a interruption pure et simple dans l'exercice des facultés mentales; tel est le cas dans la démence primitive aiguë avec ses deux variétés: démence agitée et démence apathique, ou stupidité proprement dite. M. Anglade l'admet également : dans la stupidité, dit-il, le malade ne peut penser, ne peut répondre, ne peut pas non plus délirer.

La stupidité de Georget, non seulement fut acceptée de tous les aliénistes, mais tous les stupides, sans exception, furent considérés comme atteints de cette forme morbide, qu'avait si bien décrite Eloc-Demasy, et il en fut ainsi jusqu'à la belle découverte de la lypémanie stupide par Baillarger. Cet aliéniste découvrit des stupides qui ne l'étaient qu'en apparence. Bien loin d'être complètement suspendues, leurs fonctions intellectuelles étaient en partie très actives, et c'était précisément cette suractivité cérébrale, mais s'exerçant latéralement dans un sens terrifiant et dépressif, qui immobilisait les sujets, les dépouillait de toute initiative, leur enlevait la conscience du temps, des milieux et des personnes, abolissait leur volonté et leur donnait cette fausse apparence de stupidité sous laquelle ils se présentaient. Interrogez-les quand ils sont guéris, disait Baillarger, et l'un vous répondra qu'il ne bougeait ni ne parlait parce qu'une voix menaçante lui annonçait la mort certaine au moindre mouvement ou à la moindre parole; un autre parce qu'il se voyait environné de flammes de toutes parts.

Le célèbre aliéniste invoqua, en outre, à l'appui de sa découverte, l'observation directe de certains lypémaniaques, passant successivement et alternativement, suivant l'intensité croissante de leurs hallucinations et de leur délire consécutif, par les trois degrés de la dépression simple, de l'anxiété et de la stupidité.

L'existence de la lypémanie stupide n'était pas niable, mais, malheureusement, il arrive que la découverte d'une vérité a parfois cette conséquence fâcheuse de nuire à une autre vérité et d'en entraîner momentanément l'abandon. Le mémoire de Baillarger eut un retentissement énorme. Tandis qu'à l'étranger, en Allemagne surtout, la stupidité de Georget continuait d'être admise par tous les aliénistes, chez nous, qui l'avions trouvée et décrite, en très grande majorité, furent ceux qui la répudièrent et ne voulurent plus voir dans tous les stupides que des mélancoliques atteints de lypémanie stupide. En vain, quelques aliénistes autorisés protestèrent. Delasiauve et Brière de Boismont purent montrer des aliénés qui, à aucun moment, n'avaient eu ni délire, ni hallucinations, qui, toujours, avaient été des stupides

et rien que des stupides et qui, d'ailleurs, interrogés, eux aussi, après guérison, racontaient qu'ils n'avaient ni idées, ni volonté, et qu'ils étaient comme idiots. Mais ils commirent l'erreur et la faute de nier la lypémanie stupide, et alors les partisans de la nouvelle doctrine, de beaucoup les plus nombreux, se montrèrent de leur côté tout aussi entiers et purent faire voir, eux aussi, des stupides qui avaient commis dans l'état apparent de la plus profonde stupeur, des tentatives de suicide ou des actes de violence sur leur entourage, et qui, guéris, soutenaient que durant leur maladie, ils n'avaient pensé à rien, qu'il leur semblait sortir d'une nuit noire, et ils en concluent que les prétendus stupides n'étaient que des lipémanes stupides, qui ne se souvenaient pas.

Dans cette intransigeance, de part et d'autre, un aliéniste distingué fit cependant entendre la voix de la vérité. Sauze, interne à l'asile de Marseille — milieu scientifique calme et éloigné des vives luttes qui se déroulaient à Paris — d'un grand service de femmes — le meilleur pour étudier la question, le plus riche en malades des deux catégories, — n'appartenant à aucune école, ni à aucun parti, observa avec impartialité et prouva, par des faits nombreux et recueillis avec soin, dans une thèse qui est un modèle de fine analyse et de minutieuse observation, qu'il y avait place au soleil pour tout le monde, et que si les lypémanes stupides étaient les plus nombreux, les stupides simples, non délirants, existaient aussi. Inutile d'ajouter qu'il eut tout le monde contre lui et qu'il fut, comme il disait en riant, rudement passé à tabac par les deux camps. En fin de compte, la victoire resta complète à Baillarger et la confusion mentale primitive, conservée à l'étranger, surtout en Allemagne et aussi en Italie, fut, en France, qui l'avait découverte, rayée du cadre des maladies mentales, jusqu'aux beaux travaux de M. Chaslin.

Mais il ne faut pas que ces beaux travaux de M. Chaslin amènent une réaction en sens contraire ; il ne faut pas qu'ils fassent frapper la lypémanie stupide de l'ostracisme injuste qui, si longtemps, frappa la stupidité, car le mémoire de Sauze est aussi vrai aujourd'hui qu'il y a cinquante-deux ans.

Ce qui m'inspire quelque crainte, c'est que M. Chaslin, avons-nous déjà dit, ne semble pas bien convaincu de la réalité de celle-ci, et qu'un aliéniste de grande valeur vient d'écrire que Baillarger fit reculer la question en soutenant que la stupidité est une forme aiguë de la mélancolie, et que l'intelligence n'est pas suspendue chez le stupide qui présenterait même un délire très actif. Pour M. Anglade, à qui j'emprunte ces lignes et les suivantes, la stupeur mélancolique a été longtemps confondue avec la stupidité confusionnelle, et cette erreur clinique a duré depuis Baillarger jusqu'à nos jours. M. Séglas, heureusement, ne pense pas de même ; car il soutient qu'il y a une forme dans laquelle, loin d'être assoupie, l'intelligence est, au contraire, toujours active, mais elle est dominée par des hallucinations terrifiantes, des conceptions délirantes, des émotions intenses, qui mettent obstacle à ses manifestations extérieures. C'est, dit-il, la *stupeur*, qui se manifeste alors à titre de *conséquence*, de *phénomène secondaire*. Voilà la vérité, car nier la lypémanie stupide de Baillarger, comme la stupidité de Georget, d'ailleurs, c'est, selon le dire du psalmiste, avoir des yeux pour ne pas voir et des oreilles pour ne point entendre.

(La fin au prochain numéro)

BULLETIN DE L'ETRANGER

Technique opératoire et indications générales de la méthode oxygénée

Dans une récente séance de l'Académie royale de médecine de Belgique, le prof. **Thiriar** *(Gaz. méd. belge*, 23 juin 1904) a exposé les résultats généraux qu'il a obtenus par l'emploi de l'oxygène en chirurgie.

L'auteur a pu acquérir la conviction que la méthode oxygénée doit avoir dans la thérapeutique chirurgicale une place prépondérante. Son domaine s'est étendu. Ses indications sont variées et multiples ; elle combat avantageusement la plupart des processus infectieux.

Le matériel n'en est pas bien compliqué ni bien coûteux : une bonbonne d'oxygène, un tube en caoutchouc, une aiguille pointue ou mousse de Pravaz, une canule en verre et, pour quelques cas spéciaux, un sac en caoutchouc.

L'expérience permet d'affirmer que l'application de cette méthode est absolument dépourvue de dangers. L'auteur a pu s'en convaincre dans un cas où, par suite de l'ouverture probable du robinet de réglage, un jeune homme de treize ans, atteint de luxation ouverte du coude, a été insufflé entièrement, sauf la paume des mains et la plante des pieds. Il a suffi d'interrompre le courant d'oxygène. L'énorme emphysème cutané s'est dissipé peu à peu et l'enfant a parfaitement guéri.

Voici les principales affections dans lesquelles le professeur Thiriar a employé avec avantage la méthode oxygénée :

Plaies infectées. — Les plaies par instruments piquants sont, par elles-mêmes peu intéressantes, mais elles deviennent parfois, par suite de l'infection, l'origine de complications redoutables, de panaris par exemple. Celui-ci, pris au début, peut être enrayé en une seule séance. On introduit une aiguille de Pravaz dans les tissus enflammés; on y fait passer un courant assez fort d'oxygène et on panse à l'eau oxygénée. S'il existe de la suppuration, il faut au préalable inciser pour évacuer le pus

Pour les plaies par instruments tranchants, dont le type est la plaie opératoire infectée, on lave à l'eau oxygénée; on fait passer, au moyen d'une canule en verre, un courant d'oxygène dans la solution de continuité; au besoin, on établit un courant permanent. En général, le lendemain, la suppuration a disparu, elle est remplacée par un peu de sérosité aseptique.

Quant aux plaies contuses, elles sont fréquemment infectées, et c'est alors que la méthode oxygénée rend de grands services. Elle permet de ne pas recourir de suite aux interventions chirurgicales, d'attendre et de faire par là même une sélection pour enlever les tissus sphacélés. On fait un large lavage à l'eau oxygénée; on enlève toutes les impuretés, les corps étrangers. On injecte avec force de l'oxygène dans les anfractuosités et on établit un pansement oxygéné permanent ou, s'il est possible, on enferme la partie blessée dans un sac en caoutchouc dans lequel on fait passer un courant continue d'oxygène.

Pour les plaies par arme à feu ou par morsures, le traitement est le même.

Phlegmons. — Les abcès chauds sont guéris en très peu de temps par l'oxygène. On fait dans l'abcès une petite ouverture de façon à le vider complètement. On lave la cavité à l'eau oxygénée et l'on y fait passer un courant d'oxygène, de quelques minutes (vingt à trente) si l'abcès est peu volumineux, permanent s'il est très volumineux; le lendemain la suppuration est finie, il n'y a plus qu'un peu de sérosité.

Pour les phlegmons diffus, on incise toutes les parties fluctuantes; on enlève les tissus sphacélés ; on lave à l'eau oxygénée et l'on établit un pansement oxygéné permanent, tout en soutenant les forces du malade par les toniques, l'alcool, un régime fortifiant.

Septicémie gazeuse. — Cette terrible affection a trouvé son adversaire dans l'oxygène, comme l'auteur l'a démontré dans ses autres communications. L'oxygène détruit le vibrion septique, oxyde ses toxines, annihile les associations microbiennes, favorise surtout la phagocytose.

Non seulement on doit laver les plaies infectées avec de l'eau oxygénée et y insuffler de l'oxygène, mais celui-ci doit

être injecté avec force et en grande quantité dans le tissu cellulaire voisin, afin d'y établir une atmosphère oxygénée qui s'oppose aux progrès du vibrion.

Erysipèle (voir *Bulletin médical*, 1903, n° 91, p. 969).

Affections gynécologiques. — Les endométrites à streptocoques ou staphylocoques disparaissent en quelques jours par le courant d'oxygène; pour établir celui-ci, on introduit, après désinfection, une sonde en gomme n° 18, à bout olivaire dans l'utérus, on y fait passer un courant d'oxygène pendant plusieurs heures, plusieurs jours si cela est nécessaire. Dès le lendemain, on constate une disparition ou une grande diminution des éléments infectieux dans les sécrétions.

Le gonocoque résiste à ce traitement, il est nécessaire d'y ajouter un traitement spécial, comme les injections de solutions de nitrate d'argent ou de teinture d'iode.

Dans les métrites hémorragiques simples, la perte du sang disparaît rapidement. Dans le cas de rétention placentaire, il est nécessaire de recourir au curettage au préalable.

Furoncles et anthrax. — Pour obtenir tous les effets de cette médication, il est indispensable d'user largement de l'oxygène. Il faut l'insuffler avec force dans le furoncle, dans toutes les parties de l'anthrax, et panser ensuite à l'eau oxygénée.

Fractures compliquées. — Les fractures exposées, dont on connaît les conséquences redoutables, évoluent vers la guérison grâce à l'emploi de la méthode oxygénée. On fait passer dans le foyer un courant d'oxygène, passager ou permanent, selon le cas; on applique un pansement ou un bandage plâtré ou amidonné.

Ostéites. — Les ostéites à streptocoques bénéficient largement de la méthode; il est évident qu'avant tout il faut enlever les séquestres, s'il en existe.

Infections des séreuses: arthrites, pleurésies et péritonites purulentes (voir *Bulletin médical*, 1903, n° 67, p. 738).

Ce sont les lésions *tuberculeuses chirurgicales* qui paraissent le moins bénéficier de la méthode oxygénée. Cependant, les *abcès froids* sont guéris en deux ou trois jours par le courant permanent, et les *ascites tuberculeuses* cèdent toujours quand, après l'évacuation du liquide, on fait passer dans la cavité péritonéale un courant oxygéné.

Les *fistules anales*, si elles ne sont pas tuberculeuses, les *fistules pyo-stercorales* et d'autres fistules encore sont grandement améliorées et disparaissent même par l'application continue de la méthode oxygénée. Pour les fistules anales ou pyostercorales, après avoir purgé le malade, il est indispensable de le constiper pendant toute la durée du traitement afin d'empêcher l'introduction de corps infectieux dans le trajet fistuleux. On y établit un courant permanent d'oxygène; celui-ci s'échappe par l'intestin.

Enfin, le docteur Barnich, qui s'occupe plus spécialement des maladies de la gorge dans le service de l'auteur, a recouru à l'oxygène dans les cas d'*abcès de l'amygdale et de sinusite maxillaire.*

La position ventrale pour l'opération radicale du cancer du rectum

Pour atteindre le rectum, on s'est servi jusqu'ici soit de la position gynécologique forcée (méthode anale de Lisfranc-Velpeau-Chalot, méthode coccygienne de Verneuil-Kocher, méthode vaginale de Desguin), soit de la position latérale (méthode sacrée de Kraske-Hochenegg, procédés de Bardenheuer, de Roux, de Wölfler, etc.), soit de la position dorsale combinée à la position de la taille (méthode abdomino-périnéale de Gaudier-Chalot Reverdin).

Chacune de ces positions présente, certes, des avantages, mais, sans vouloir les proscrire, **M. A. Depage** (*Jour. méd. de Bruxelles*, 30 juin 1904) a eu l'impression qu'en couchant le malade sur le ventre on aurait une voie d'accès beaucoup plus favorable pour atteindre les tumeurs du rectum.

Depuis 1901, il a mis cette idée en pratique et il n'a eu qu'à s'en louer.

Voici comment, depuis lors, il procède quand il s'agit, par exemple, d'un cancer de la portion moyenne du rectum:

Le malade est couché en *décubitus ventral*, le siège élevé par un coussin cylindrique placé sous le bassin; les jambes sont écartées et fixées aux bords de la table; sous la poitrine, on dispose un coussin plat peu élevé; les bras pendent aux côtés de la table et la tête, tournée à droite, repose directement sur la table, de façon à permettre la narcose.

Une incision est pratiquée sur la ligne médiane, depuis le tiers inférieur du sacrum jusqu'à 2 à 3 centimètres de l'anus; le coccyx est mis à nu et réséqué, le rectum est dégagé sur toute la périphérie, immédiatement au-dessus du sphincter anal et, à ce niveau, on place une forte ligature à la soie au-dessous de laquelle l intestin est sectionné.

Attirant alors le segment supérieur au moyen du fil, on le décolle du sacrum et des tissus périrectaux, ce qui se fait avec la plus grande facilité. Si la tumeur remonte très haut, on ouvre le cul-de-sac péritonéal et l'on continue la décortication en sectionnant le méso-rectum.

Le rectum étant décollé sur une étendue suffisante, on attire le segment supérieur à travers le bout périphérique; il est indispensable que la portion saine dépasse l'anus de plusieurs centimètres.

Ceci fait, on suture la plaie cutanée sur une certaine étendue, et on tamponne la cavité opératoire, qui se ferme rapidement par bourgeonnement. Il est inutile de suturer les deux segments intestinaux, dont l'accolement se fait directement et souvent sans fistule.

Pour donner une idée des avantages de cette technique, il suffira de vous dire que les résections du rectum, qui précédemment duraient au moins une heure à une heure et demie, sont maintenant totalement terminées en vingt à vingt-cinq minutes. Cette économie de temps est en grande partie due au *décubitus ventral*, qui permet de voir clair et, partant, d'opérer vite et avec beaucoup moins d'hémorragie que par tout autre procédé.

L'objection que pourrait, à première vue, susciter cette méthode, c'est qu'on pourrait craindre qu'elle ne rendît la narcose très difficile: il n'en est rien. Dans aucune de ses opérations, l'auteur n'a vu se produire la moindre alerte; au contraire, il a eu toujours l'impression que la narcose était même plus régulière et que les malades respiraient avec grande facilité.

En résumé, l'auteur croit pouvoir déclarer que la position ventrale, facilitant singulièrement les interventions sur le rectum et ne présentant aucun inconvénient pour la respiration du malade, peut être considérée comme la position de choix pour la cure radicale du cancer du rectum.

V. DE H.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 juillet.

L'alimentation aseptique (stérilisation des aliments et ferments figurés)

M. Charrin. — J'ai établi que, si on maintient, dans des atmosphères stériles, des animaux adultes nourris avec des aliments également stériles, ces animaux vivent moins bien que des témoins placés dans des conditions identiques, mais non privés de germes. De nouvelles expériences m'ont permis d'éclairer le mécanisme de ces phénomènes.

Notons tout d'abord que, pour des poids comparables, on donne aux témoins les mêmes quantités des mêmes aliments (carottes jaunes) stérilisés de la même façon à 100°, mais souillés après cette stérilisation grâce à des poussières, à la terre qui primitivement les recouvrait.

Dans ces conditions, douze fois sur dix-sept, ce sont les animaux nourris stérilement qui, en général, après trois à cinq semaines, succombent les premiers. Quand rarement les cobayes, qui absorbent des infiniments petits, périssent avant eux, c'est qu'ordinairement les poussières ont introduit des bactéries particulièrement virulentes.

Chez les animaux alimentés aseptiquement, vers la fin l'amaigrissement, le rapport $\frac{\text{A z. u.}}{\text{A z. t.}}$ fléchissent légèrement. L'entérite avec rétention biliaire et ramollissement des parois de l'iléon, est

commune; l'absence de sécrétions glandulaires, surtout biliaires, fait que, comme chez les ictériques, la coloration est anormale; dans l'espèce, elle est jaune brique et due à la matière colorante de la carotte, matière masquée dans l'intestin des témoins. Les microbes sont vite moins nombreux; les hôtes habituels de l'intestin s'y trouvent normalement dans de mauvaises conditions (phénol, ammoniaques, mucus, concurrence vitale, rareté de l'oxygène pour les aérobies, etc.); de là, pour eux, la nécessité de se revivifier par des apports externes évidemment, avant tout, alimentaires.

In vitro, dans les cultures on constate que les bacilles ont disparu; alors que, chez les témoins et suivant les étages, telles formes prédominent, chez les sujets alimentés stérilement on ne décèle que des cocci. Dans leurs cultures l'albumine est moins vite peptonisée; la cellulose moins rapidement attaquée. De même, *in vitro*, dans l'intestin de ces cobayes nourris sans ferments figurés, proportionnellement on rencontre plus de cellulose et plus d'azote; là aussi l'élaboration de cette cellulose et des divers aliments protéiques est, comparativement aux témoins, des plus réduites. Il en résulte que ces aliments jouent le rôle de corps étrangers ou irritent la muqueuse à titre de principes putrides et provoquent des accidents de gastro-entérite avec leurs conséquences.

On voit donc que, loin d'être nuisibles, certains microbes sont utiles; il serait bon de distinguer et d'assigner des limites à la stérilisation des aliments : tout le problème de l'asepsie alimentaire est remis en question.

Influence de la lactation sur la résistance de l'organisme aux agents morbifiques

MM. Charrin et Vitry. — On considère, en général, la lactation comme propre à amener dans l'organisme une série de changements plus ou moins favorables à l'éclosion des maladies. Nous avons établi, expérimentalement, la nature de ces modifications. Une même dose de strychnine provoque des convulsions plus précoces, plus intenses chez le cobaye qui allaite que chez le sujet normal; parfois, même, la mort survient avec des doses qui ne tuent pas le témoin. La résistance à l'infection est également diminuée; une même dose de culture de pyocyanique, qui ne donne qu'une lésion locale curable chez l'animal témoin, peut entraîner la mort chez l'animal en état de lactation.

Cette diminution de résistance est en partie due à l'atténuation de la défense antitoxique, en particulier à la diminution du pouvoir antitoxique du foie; un même poids de foie normal, laissé au contact d'une solution de nicotine, l'atténue plus qu'une égale proportion de parenchyme hépatique de nourrice. Si, à ces causes, nous ajoutons l'hyperglycémie, la rétention fécale, etc., nous voyons que la lactation fait, avant tout, fléchir la résistance en accumulant les poisons organiques, en diminuant la résistance à ces poisons, en constituant un milieu favorable à l'infection; elle prolonge, en somme, ainsi, les modifications dyscrasiques de la gestation.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 juillet

Mécanisme des décollements épiphysaires chez les enfants

M. Broca leur reconnaît deux mécanismes: le premier se produit par traction violente avec entorse exagérée; au lieu qu'il y ait fracture par arrachement comme chez l'adulte, il y a décollement épiphysaire; c'est ainsi que cela se passe pour l'extrémité inférieur du fémur; le second se produit lorsque le ligament ne s'insère pas sur l'épiphyse : le décollement a lieu alors par choc direct : il en est ainsi dans le décollement limité au condyle huméral et dans celui de la tête fémorale.

Un cas de rigidité du col pendant le travail. Opération césarienne conservatrice

MM. Ribemont-Dessaignes et Gross. — Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, secondipare, ayant eu de la métrite et du prolapsus utérin à la suite de son premier accouchement. Elle entra à la maternité de Beaujon étant enceinte de six mois et demi, ayant eu chez elle une hémorragie. On constate par le toucher une tumeur du volume d'une orange, occupant le vagin et dépendant du col; on sentait au centre un orifice; le diagnostic porté fut celui d'allongement hypertrophique du col.

La malade étant entrée en travail quarante-huit heures après et le col ne se laissant pas dilater, on fit une opération césarienne conservatrice pour éviter une rupture de l'utérus.

Pendant les suites de couches, le col reprit une forme et une consistance normales.

L'enfant, prématuré, mourut au bout de trois jours.

Indication actuelle de l'hystérectomie vaginale

M. Faure. — L'hystérectomie abdominale semble avoir détrôné actuellement l'hystérectomie vaginale, la première étant devenue, grâce aux progrès de l'antisepsie, aussi bénigne que l'était relativement la seconde autrefois.

Toutefois, cette dernière ne doit pas être complètement abandonnée et trouve encore aujourd'hui ses indications.

1° Dans le prolapsus et l'inversion de l'utérus lorsqu'on est décidé à enlever cet organe.

2° Dans les fibromes petits, bas, sans adhérences.

3° Dans le cancer de l'utérus, lorsqu'il est à son début et limité au col, ou lorsque, plus étendu, l'état de la malade est trop grave pour pouvoir supporter une laparotomie.

4° Dans les suppurations pelviennes, lorsqu'on a reconnu qu'il s'agit de pus particulièrement septique : dans ces cas de pyosalpingites, qui ne se refroidissent pas, la colpotomie peut parfois suffire, mais dans un grand nombre de cas il faudra compléter cette première intervention par une hystérectomie vaginale. A cause de la septicité de ces salpingites la voie haute est tout à fait contre-indiquée.

Il en serait de même si l'on se décidait à pratiquer une hystérectomie dans un cas d'infection puerpérale; la vaginale seule doit être alors employée.

5° Dans les pelvipéritonites suraiguës, d'origine blennorragique le plus souvent, lorsqu'il y aurait danger à attendre le refroidissement, il faut, comme dans le cas précédent, commencer par la colpotomie et compléter par l'hystérectomie vaginale si la première opération était insuffisante.

M. Routier ne peut admettre les conclusions de M. Faure. Il ne pratique pour ainsi dire plus d'hystérectomie vaginale, étant donné l'innocuité relative de l'abdominale qui donne actuellement des résultats bien supérieurs à la vaginale.

C'est surtout à propos des suppurations pelviennes que proteste M. Routier. Il n'y a pas, dit-il, de suppurations pelviennes qui ne refroidissent pas, et lorsqu'elles sont refroidies elles doivent être toutes opérées par la voie haute.

M. Pinard. — Je parle en observateur plutôt qu'en chirurgien et me rallie à certaines conclusions de M. Faure.

En ce qui concerne les petits fibromes il y a avantage à opérer par la voie basse, car il est des cas où l'on verra la possibilité au cours de l'opération de substituer la myomectomie à l'hystérectomie.

Quant aux suppurations pelviennes, il en est réellement qui ne se refroidissent pas ou pour lesquelles il y aurait danger, étant donné l'état de la malade, à attendre qu'elles se refroidissent; le drainage vaginal donne alors de merveilleux résultats, et on le fera suivre de l'ablation de l'utérus par cette voie, si la colpotomie est insuffisante.

Pour le cancer, le succès opératoire dépend de la précocité de l'intervention et non de son mode opératoire.

M. Delbet dit n'avoir jamais pratiqué d'hystérectomie vaginale, opération dans laquelle on agit à l'aveugle.

Pour les petits fibromes, la voie vaginale n'est admissible que lorsqu'on veut conserver l'utérus, en pratiquant la myomectomie.

Dans le cancer, lorsque le col est pris, il fait l'amputation élevée du corps. Les

évidements pelviens sont d'une gravité exceptionnelle.

Dans les suppurations pelviennes, la voie abdominale est, à son avis, plus bénigne que la vaginale, et il pense que les pelvi-péritonites blennorragiques refroidissent toujours.

M. Faure se défend d'avoir dit que la vaginale était plus bénigne que l'abdominale.

Il est cependant convaincu que dans les suppurations pelviennes septiques il y a danger, en opérant par la voie haute, de contaminer le péritoine.

Pour ce qui est du cancer, il n'est pas partisan non plus des grands évidements, mais il croit qu'il y a intérêt à enlever le paramètre et il pense qu'au début, lorsque le col seul est pris, il est préférable d'opérer par le vagin.

Grossesse extra-utérine

MM. Potocki et Binder. — Il s'agit d'une femme dont la grossesse se poursuivit jusqu'à sept mois sans incident. A cette époque, elle fut prise de phénomènes péritonitiques, et il y eut cessation des mouvements du fœtus. Au terme de la grossesse, il y eut un faux travail avec perte sanguine et expulsion d'une caduque. C'est seulement trois semaines après cette époque qu'elle fut envoyée à la Maternité, où l'on fit le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. La laparotomie montra que le fœtus était libre dans la cavité abdominale, le cordon suivi, conduisait dans le kyste fœtal rétracté, dépendant des annexes gauches. L'ablation totale du kyste fut facilement pratiquée.

M. Delestre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet

A propos de l'abouchement urétéro-intestinal

M. Guinard. — Le fait que M. Chaput nous a communiqué à la dernière séance (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 636), ne doit être regardé que comme un fait exceptionnel. Lorsqu'un uretère a été sectionné, si l'on ne peut en suturer les deux bouts ni fixer le bout supérieur à la vessie, on a à choisir entre la néphrectomie et l'abouchement dans l'intestin. La suppression du rein est souvent dangereuse ou n'est pas possible; aussi je crois que le seul traitement rationnel est de fixer l'uretère à l'intestin. Dans le cas de M. Chaput peut-être eut-il mieux valu implanter l'uretère dans le colon? Notre collègue y a songé, mais il y a renoncé à cause de l'incision médiane qu'il avait pratiquée et qui, suivant lui, ne s'y prêtait pas. J'ai pu cependant le faire assez facilement dans le cas suivant.

Il y a quatre ans, j'opérais une malade d'un énorme fibrome et d'une tumeur végétante de l'ovaire. L'uretère gauche fut sectionné pendant l'opération; ayant constaté que le rein droit était petit et kystique j'ai conservé l'autre rein, et comme je ne pouvais réunir les deux bouts de l'uretère ni amener le bout supérieur à la vessie, j'ai abouché ce dernier dans le colon descendant. Bien que l'opérée ait présenté au bout d'un mois quelques accidents d'urémie chronique, elle a guéri. Peu à peu elle a cessé d'uriner par l'urètre, le rein droit s'étant atrophié, et le cours de l'urine s'est établi par la voie rectale. Actuellement, elle urine deux fois par jour et elle reconnaît d'avance que ce n'est pas une défécation qui va se produire. Cette observation montre une fois de plus qu'il faut s'assurer de l'état des deux reins avant d'enlever l'un d'eux et qu'il n'y a pas à craindre l'infection ascendante.

M. Chaput. — L'anastomose urétéro-colique doit être, en effet, le traitement de choix, mais je crois qu'elle est assez difficile à établir avec l'incision médiane.

M. Tuffier. — On a fait l'abouchement de l'uretère dans l'autre uretère chez les animaux.

M. Guinard. — Je n'en connais aucun exemple chez l'homme.

Traitement des rétrécissements du rectum

M. Lejars. — Comme document à ajouter au fait signalé par M. Quénu (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 636), je puis citer le cas d'un syphilome ano-rectal que j'ai enlevé par le vagin. En 1902, une jeune femme de vingt-huit ans se présentait à moi porteur d'un rétrécissement constitué par une bride circulaire, entourée de plaques saillantes, ulcérées et saignantes. La malade était déjà fort déprimée par de nombreuses pertes de sang. Après avoir en vain tenté la dilatation, j'ai fait l'extirpation du rétrécissement par la voie vaginale. J'ai fendu longitudinalement la paroi vaginale et aux deux extrémités j'ai tracé une incision horizontale. Il en est résulté deux lambeaux muqueux que j'ai séparés du rectum; la portion rétrécie ainsi isolée et libérée, je l'ai attirée dans la plaie et, au moyen de deux incisions supérieure et inférieure, en respectant le sphincter je l'ai extirpée. Le bout supérieur du rectum a été ensuite suturé au bout inférieur, puis la paroi vaginale a été refaite. La guérison a eu lieu sans incidents.

Imperforation congénitale de l'œsophage

M. Kirmisson. — Le rapport de M. Demoulin sur l'observation de M. Villemin (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 636) m'engage à vous communiquer un cas d'imperforation que j'ai observé cette année sur un enfant de trois jours. On avait fait le diagnostic exact. J'ai pratiqué la gastrotomie qui n'a pu prévenir la mort survenue le lendemain. Dans ces cas, l'estomac se présente ordinairement saillant, propulsé par l'air, puisqu'il y a toujours communication du bout inférieur de l'œsophage avec la trachée. Je dois signaler un incident qui s'est présenté pendant l'opération. Lorsque j'ai tenté de suturer la paroi de l'estomac à la peau, cette paroi, très mince, s'est déchirée sur une certaine étendue, et, quoique je sois parvenu à poser les sutures, il s'est produit dans l'épiploon une hémorragie assez abondante qui a dû être la cause de la mort. C'est ce que nous avons constaté à l'autopsie. Bien que la gastrotomie ne compte encore à son actif aucun succès, je crois que c'est la seule opération à tenter.

M. Demoulin. — C'est le point sur lequel j'ai insisté, lorsque M. Broca nous a dit qu'il aimait mieux ne pas mettre dans la circulation de tels malades. Nous ne pouvons pas affirmer que l'opération ne puisse réussir un jour ou l'autre.

Lithiase biliaire. Cholédocotomie. Drainage du canal hépatique

M. Delagénière. — J'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois le drainage du canal hépatique. La dernière fois, c'était chez une femme de cinquante-quatre ans atteinte d'accidents très graves de lithiase et albuminurique. On sentait, à droite de la ligne médiane, une tumeur dure et douloureuse. L'incision abdominale faite, j'ai trouvé la vésicule distendue, dont j'ai retiré un liquide sanieux par une ponction. En arrière d'elle faisait saillie une tuméfaction oblongue du volume d'un œuf; c'était un gros calcul contenu dans le cholédoque; j'ai incisé ce dernier sur une étendue de deux centimètres et j'ai extrait le calcul par morcellement et une certaine quantité de boue sanieuse à odeur fécaloïde provenant du canal hépatique, puis j'ai placé un drain non perforé latéralement, le plus loin possible, dans ce canal. Quelques points de suture sur le canal cholédoque et un tamponnement ont terminé l'opération. Toutes les six heures des lavages ont été pratiqués, et, à chaque séance, de la boue biliaire et des petits calculs sont sortis pendant un certain nombre de jours; puis la bile a perdu son odeur, et lorsqu'elle m'a paru normale, j'ai supprimé le drain, et la guérison s'est effectuée. J'estime que le drain empêche la plaie du canal cholédoque de s'infecter, et, introduit dans le canal hépatique, favorise la sortie des calculs et du liquide septique.

M. Michaux. — On peut se demander, au contraire, si la présence du drain ne met pas obstacle à la sortie des petits calculs.

M. Lejars. — Quand j'ai rappelé le drainage, fait par Keir depuis plus de cinq ans, j'ai spécifié qu'il le faisait avec siphon. C'est donc un procédé tout différent des drainages que nous faisions tous en plaçant un drain le plus loin possible.

M. Hartmann. — Sans être opposé au drainage du canal hépatique, je me demande s'il constitue réellement un procédé supérieur dans les cas de lithiase.

Pour ma part, je me suis toujours bien trouvé de placer mon drain au contact du cholédoque. Peut-être le drainage hépatique trouve-t-il plutôt son indication, comme dans le fait rapporté par M. Mignon, lorsqu'il s'agit d'une simple infection des voies biliaires?

M. Djemil-Pacha fait une communication sur un *procédé d'ablation des hémorroïdes.*

OZENNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juillet

Méningite cérébrale suppurée compliquée d'érysipèle de la face chez un syphilitique; lymphocytose du liquide céphalo-rachidien

MM. Courtois-Suffit et Beaufumé. — En présence de phénomènes méningés, la ponction lombaire est considérée actuellement avec raison, au moins à l'hôpital, comme le complément nécessaire de l'examen clinique. C'est qu'en effet, dans l'immense majorité des cas, qu'elle soit unique ou répétée, elle apporte toujours un appoint très précieux au diagnostic présumé en le confirmant ou, au contraire, en l'infirmant. Relativement assez rares sont les cas où elle laisse le clinicien dans l'incertitude; très exceptionnels sont ceux où elle induit en erreur, et encore, dans ces cas, ce ne sont pas les résultats fournis par la ponction lombaire qu'il faut incriminer, c'est leur juste interprétation qui est erronée, comme on l'a déjà fait remarquer.

En voici une nouvelle preuve dans le fait suivant que nous venons d'observer, fait complexe dans lequel la clinique et la ponction lombaire nous firent porter un faux diagnostic, ainsi que l'autopsie nous le démontra.

Il s'agit d'un syphilitique avéré, entré à l'hôpital pour des phénomènes méningo-encéphaliques qu'il nous sembla logique de rattacher à la même cause que les éruptions qu'il présentait. La lymphocytose rachidienne, très abondante et absolument pure, décelée par la ponction lombaire, faite en temps opportun, nous parût confirmer le diagnostic clinique. Et cependant la mort survenait trois jours après, précipitée par un érysipèle de la face; et l'autopsie montrait une méningite suppurée exclusivement cérébrale avec intégrité absolue des méninges rachidiennes et de la moelle épinière Car nous ne pensons pas qu'on puisse nous objecter que la méningite qui emporta notre malade fût d'abord séreuse et que c'est seulement sous l'influence de l'érysipèle survenu deux jours avant la mort qu'elle devint suppurée : la méningite suppurée fut bien primitive de par l'évolution des accidents et l'érysipèle de la face fut certainement secondaire, qu'on explique ce dernier soit par une infection généralisée à streptocoque, seul microbe du pus méningé, soit plus certainement par une infection par contiguïté par l'intermédiaire des veines ophtalmiques.

En résumé, voici un malade atteint de syphilis en évolution secondaire qui est emporté par une méningite suppurée exclusivement cérébrale : la ponction lombaire montre, dans le liquide céphalo-rachidien, une lymphocytose très abondante et pure. Ce résultat, fourni par la ponction lombaire, s'explique d'abord par ce fait qu'il devait exister, dans le cas particulier, une indépendance entre le liquide céphalique et le liquide rachidien, et, en outre, par cet autre fait que la syphilis avait irrité les méninges rachidiennes qui avaient réagi, suivant la règle, par de la lymphocytose rachidienne.

On conviendra que c'était là un cas complexe et que le résultat de la ponction lombaire, loin de nous éclairer, pouvait facilement nous confirmer un diagnostic clinique erroné. Et, cependant, la ponction lombaire n'était pas en défaut : l'interprétation des renseignements qu'elle nous fournissait était seule défectueuse. Aussi, à l'avenir, en présence de symptômes méningo-encéphaliques et rachidiens, faudra-t-il penser parfois à la possibilité d'une non-identité de nature des phénomènes cérébraux et des phénomènes rachidiens.

Absence d'anaphyllaxie chez l'homme à la suite d'injections répétées de sérum antidiphtérique

M. A.-B. Marfan. — Dans deux communications, M. Arthus (1) a avancé que, si le sérum de cheval n'est pas toxique pour le lapin *normal*, il le devient pour le lapin *anaphyllactisé*, c'est-à-dire hypersensibilisé par une série d'injections préalables (2). Après une série d'injections sous-cutanées de 5 cc. de sérum de cheval, on observe une infiltration œdémateuse au point où a été faite la dernière injection, des abcès aseptiques, des plaques de gangrène. Un lapin hypersensibilisé par 6 ou 8 injections sous-cutanées ou intra-péritonéales peut succomber en quelques minutes lorsqu'il reçoit 2 cc. de sérum par la veine de l'oreille. Dans d'autres cas, l'animal injecté dans la veine présente des accidents aigus qui s'amendent rapidement; mais il devient peu à peu cachectique et meurt au bout de quelques semaines.

Une pratique très étendue des injections de sérum antidiphtérique, qui est du sérum de cheval, m'a prouvé que cette anaphyllaxie n'existe pas pour l'homme, au moins tant qu'il ne s'agit que d'injections sous-cutanées. S'il se produit parfois, dans la région où a été faite une injection, du gonflement, de la rougeur, et parfois même une ecchymose, ces phénomènes légers et d'ailleurs inconstants se montrent aussi bien dès la première injection qu'à la troisième, la quatrième ou la cinquième. On ne peut donc les attribuer à une hypersensibilisation.

Mais voici une petite fille qui offre un cas tout à fait démonstratif à ce point de vue. Elle est âgée de huit ans. Elle est entrée au Pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, il y a plus de deux ans, pour une laryngite non diphtérique, laryngite ulcéreuse ayant succédé à la rougeole et ayant déterminé des accidents de suffocation qui avaient fait penser au croup et qui obligèrent à la tuber immédiatement. Depuis, elle n'a jamais pu respirer sans tube ou sans canule, si ce n'est durant de très courts intervalles; elle a donc une sténose fibreuse chronique du larynx, que la dilatation méthodique et progressive n'a pu encore guérir.

En raison des soins spéciaux que réclame son état, nous avons été obligés de la garder au Pavillon de la diphtérie. Pour qu'elle ne contracte pas la diphtérie, depuis deux ans, elle a reçu, à titre préventif, une injection de 5 cc de sérum antidiphtérique tous les mois environ. Aujourd'hui, elle a eu en totalité vingt-quatre injections, représentant 160 cc de sérum. Or, jamais nous n'avons observé le moindre accident local au niveau des injections ; nous n'avons jamais, non plus constaté de trouble appréciable dans la santé générale. Bien plus, elle n'a jamais eu ni éruptions, ni arthralgies. Enfin, bien qu'on ne prenne avec elle aucune précaution et qu'elle joue avec les petits diphtériques, nous n'avons jamais observé chez elle des signes d'infection diphtérique.

J'ai tenu à faire ces remarques pour qu'on n'invoque pas les expériences de M. Arthus contre la pratique des injections répétées de sérum, pratique nécessaire en quelques cas.

La balance dans la cure de déchloruration

M. Courmont montre des tableaux indiquant le secours que la balance peut donner dans la cure de la déchloruration.

Ce bon résultat est confirmé par **M. Widal**. La balance, dit-il, comme nous l'avons montré avec M. Javal, est l'instrument indispensable pour mesurer les effets de la cure de déchloruration chez un brightique atteint, non seulement d'œdème apparent, mais encore de pré-œdème. Dans la pratique elle peut dispenser de l'analyse quotidienne des chlorures urinaires. Il faut, pour cela, que le malade soit soumis constamment à un régime isohydrique et isothermique, et que l'on connaisse à peu près la teneur des chlorures de son alimentation. On peut, de la sorte, sans analyse urinaire évaluer d'une façon suffisamment ap-

---

(1) Réunion biologique de Marseille, juin et nov. 1903. (Société de biologie, 1903, p. 817 et 1178).

(2) Le mot *anaphyllaxie* a été proposé par MM. Richet et Portier, pour désigner l'état d'hypersensibilité au poison des tentacules d'actinie, engendré, chez le chien, par une première injection de ce poison.

proximative le degré de perméabilité des reins pour les chlorures et régler ainsi la dose de chlorures alimentaires que peut supporter le malade.

La différence d'action de la digitale et de la théobromine sur les œdèmes cardiaques ou brightiques est telle qu'elle permet parfois, chez certains cardio-brightiques, de dénoncer la prédominance cardiaque ou rénale.

Recherches des microbes dans le sang

M. Courmont fait cette recherche au moyen du culot du sang retiré par une sangsue

Dans les cas d'affections non fébriles, l'auteur n'a jamais trouvé de microbes.

Dans la pneumonie il a rencontré le pneumocoque dans les 2/3 des cas.

Dans la fièvre typhoïde il a toujours trouvé le bacille d'Eberth. Rien n'a été rencontré dans l'embarras gastrique fébrile simple.

Sur 30 cas de tuberculose cavitaire, 20 fois on n'a pas trouvé le bacille de Koch; 5 fois l'examen a donné des résultats douteux; 5 fois il y a eu de très rares bacilles.

En somme, la recherche des microbes dans le sang n'est pas de nature à porter un grand secours à l'établissement du diagnostic.

Polynévrite d'origine alimentaire

MM. Gilbert Ballet et **P. Rose** présentent une malade atteinte de polynévrite sensitivo-motrice consécutive à l'ingestion de radis non lavés au préalable. C'est sans doute aux souillures qui accompagnaient ces radis qu'il faut attribuer l'éclosion des accidents intestinaux primitifs et des troubles nerveux consécutifs.

Endocardite au cours de la tuberculose

M. Œttinger communique une observation d'endocardite valvulaire à évolution lente survenue au cours de la tuberculose. Il insiste sur les points suivants : pas de différence anatomique entre cette endocardite et l'endocardite banale ; longue évolution de l'affection ; son apparition, non pas à la fin d'une tuberculose, mais au début de cette affection.

M. Barié confirme les côtés intéressants et exceptionnels de cette observation.

G.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promus et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

Le méd. princ. de 1re cl. :

M. Hocquard, dir. du serv. de santé du 8e corps.

Les méd. princ. de 2e cl. :

MM. Pilet, Sockeel.

M. le méd.-major de 1re cl. Cluzant

Au grade de chevalier

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Baudisson, à l'hôp. mil. de Bourges.

M. Ferrand, au 28e d'inf.

M. Licht, au 1er génie.

M. Trédos, au 26e d'art.

Les méd.-majors de 2e cl. :

M. Cardot, au 14e chasseurs

M. Cros, au 5e chass. d'Afrique.

M. Lehmann, au 120e d'inf.

M. Lejonne, au 5e dragons.

M. Marignac, au 17e d'inf.

M. Masson, au 29e dragons.

M. Moutet, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie.

M. Ravoux, au 15e esc. du train.

M. Vielle, au 13e chass. à pied.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

M. le méd. princ. Cantellauve.

Au grade de chevalier

Les méd. de 1re cl. :

MM. Lorin, L'Helgoualc'h, Sisco, Ardeber.

M. le méd. de 2e cl. Lucciardi.

NOMINATIONS

Sont promus dans le cadre du corps de santé de la marine :

Au grade de méd. en chef de 1re cl.

Le méd. en chef de 2e cl. :

M. Couteaud, en rempl. de M. Baibaud, décédé.

Au grade de méd. en chef de 2e cl.

Les méd. princ. :

M. Mercier, en rempl. de M. Couteaud, pr.

MM. Guézennec et Thémoin, en compl. de cadre.

Au grade de médecin principal

Les méd. de 1re cl. :

2e tour (choix) M. Chastang, en rempl. de M. Mercier pr.

1er tour (ancienneté) M. Audibert, en rempl. de M. Guézennec, pr.

2e tour (choix) M. Santelli, en rempl. de M. Thémoin, pr.

Au grade de méd. de 1re cl.

Les méd. de 2e cl. :

2e tour (ancienneté) M. Chalibert, en rempl. de M. Chastang, pr.

3e tour (choix) M. Gras, en rempl. de M. Audibert, pr.

1er tour (ancienneté) M. Chapuis, en rempl. de M. Santelli, pr.

3e tour (ancienneté) M. Douarre, en compl. de cadre.

3e tour (choix) M. Brunet, en compl. de cadres.

1er tour (ancienneté) M. Vialet, en compl. de cadre.

2e tour (ancienneté) M. Donnart, en compl. de cadre.

LÉGION D'HONNEUR

Ont été inscrits d'office au tableau de concours de 1904 :

Pour le grade de chevalier.

M. Lasselves, méd. de 1re cl.

M. Crambes, méd. de 1re cl. de réserve.

Est inscrit d'office à la suite du tableau d'avancement de 1904 :

Pour le grade de méd. en chef de 2e cl.

M. le méd. princ. Féraud.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. le méd.-major de 2e cl. Condé, hors cadres, à Mayotte.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 21 juillet. — M. *Bourcart* : Recherches sur l'agglutination, en particulier sur l'agglutination du streptocoque dans la scarlatine. — M. *Cottu* : L'hystéro-traumatisme cardiaque. — M. *Lemasson* : Névrites périphériques au cours des cirrhoses alcooliques. — M. *Bresselle* : Le doigt hippocratique dans les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. — M. *Duboscelard* : Considérations sur l'hygiène de l'internat dans les lycées de garçons. — M. *Gadaud* : La cure de déchloruration dans l'œdème brightique. — M. *Lemierre* : L'ensemencement du sang pendant la vie, procédé d'investigation clinique. — M. *Gireaux* : Embolies des artères des membres au cours de cardiopathies. — M. *Jullien* : Hématonéphrose traumatique. — M. *Lowenbard* : Les complications génitales de l'appendicite chez la femme. — M. *Quesnot* : Contribution à l'étude de la coxa vara traumatique. — M. *Schmitz* : Contribution à l'étude du rôle de l'hérédité et du rôle de l'amnios dans la pathogénie du bec de lièvre. — M. *Sahut* : La neurofibromatose généralisée. — M. *Véry* : Contribution à l'étude des épiplocèles adhérentes (diagnostic). — M. *Clermonthe* : De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. — M. *Courtois* : De l'amputation circulaire du col. — M. *Duquesney* : Rhumatisme chronique noueux chez l'enfant. — M. *Gayot* : Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes chez les prédisposés. — M. *Duburque* : Influence des altérations hépatiques sur la présence du sang dans les épanchements pleuraux d'origine tuberculeuse. — M. *Passenaud* : Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col de l'utérus. — M. *Legrand* : Du collargol en obstétrique. — M. *Robert* : Dystocie par atrésie cicatricielle du vagin. — M. *Martin* : De la percée des dents chez les nourrissons. — M. *Vidalin* : Étude sur la mortalité et sur les conditions d'hygiène des nourrissons dans le département de la Corrèze. — M. *Vincent* : Les nævi artériels dans les maladies du foie. — M. *Arnal* : Du traitement local des syphilides muqueuses secondaires par le bleu de méthylène. — M. *Gargaud* : Contribution à l'étude de la tétanie gastrique. — M. *Robles* : Contribution à l'étude des abcès prévésicaux.

Vendredi 22 juillet. — M. *Chazarain* : Recherches bactériologiques sur les associés du bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire. — M. *Pierre* : Contribution à l'étude de la phlébite pneumonique. — M. *Vivier* : Du trai-

tement conservateur de la tuberculose de l'astragale et de l'articulation tibio-tarsienne chez l'enfant. — *M. Lebarbier*: Contribution à l'étude de l'acidité urinaire. — *M. Balion*: Action physiologique des anémones. — *M. Billaud*: Contribution à l'étude des syndromes du cône terminal et de l'épicône. — *M. Blum*: Étude statistique et comparée de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, en 1903 service de M. le Dr Netter. — *M. Salomon*: Recherches expérimentales sur les lésions rénales causées par les poisons tuberculeux. — *M. Vidal*: Traitement du foie cardiaque. — *M. Pépin*: Fragment d'une étude sur le langage médical. — *M. Weill*: Étude sur la fréquence et la valeur séméiologique de la syphilide pigmentaire du cou au cours de la grossesse. — *M. M. Cantonnet*: Incontinence d'urine et des matières fécales dans la syphilis héréditaire tardive. — *M. Jacquot*: Contribution à l'étude clinique de la coagulation du sang. — *M. Labbey*: Contribution à l'étude des retards de la première dentition chez les rachitiques.

Samedi 23 juillet. — M. *Rouneaux*: Le paratyphus. — M. *Hutinet*: De la nature contagieuse de certaines formes du diabète. — M. *Berthelot*: De la gravité des paralysies diphtériques précoces. — M. *Bourganel*: Prophylaxie de la diphtérie dans les écoles. — M. *Penel*: Les filaires du sang de l'homme. — M. *Rieder*: Kyste hydatique du cerveau. — M. *Pasturel*: Contribution à l'étude des monoarthrites suppurées d'origine puerpérale. — M. *Marque*: Du traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence. — M. *Gérard*: Les récidives de la diphtérie. — M. *Desbouis*: Étude sur les maladies professionnelles considérées comme accidents du travail. — M. *Ball*: De la perforation de l'estomac au cours des ulcères latents méconnus. — M. *Odin*: La lutte entre la cellule et le milieu. — M *Poissenot*: De la valeur diagnostique de la tuberculine R. — M. *Gagnière*: Adhérences anormales du placenta dans l'accouchement à terme. — M. *Loyer*: Les émotions morales chez les nourrices et leur retentissement sur le nourrisson. — M. *Mettey*: Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — M. *Quinsac*: Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé. — M. *Proust*: Sur quelques variétés de ptoses palpébrales sans paralysie musculaire. — M. *Nicolas*: Sur une forme rare des manifestations oculaires de l'arthritisme, l'hyperémie sclérale. — M. *Méry*: Contribution à l'étude des hémorragies rétiniennes au cours des injections générales aiguës. — M. *Druais*: Recherches cliniques et bactériologiques sur les ophtalmies du nouveau-né. — M. *Boutteville*: Cryogénine et fièvre typhoïde. — M. *Cibot*: Des médicaments toni-cardiaques autres que la digitale et la caféine. — M. *Caboche*: Étude comparée des différents composés arsenicaux. — *M. Frison*: Les réactions électriques des nerfs et des muscles dans la cholémie.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de chevalier

M. Didier, méd.-major de 2e cl. en retr.

M. Dudon, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux.

L'ANTI-RÉCLAME ET L'A. G.

M. le prof. Folet, de Lille, vient de présenter à l'Assemblée générale de l'Association des médecins du Nord, un rapport au nom des Drs Noquet, Richard, Lesay et au sien, sur les moyens de combattre l'exercice illégal de la médecine qui se fait sous le couvert d'annonces médico-pharmaceutiques.

Le rapporteur, rappelant le succès de l'affiche de MM. Mesureur et de Selve, « L'alcoolisme et ses dangers », préconise surtout l'emploi de *l'anti réclame* faite, soit par les journaux, soit par affiches, soit par prospectus.

« Certes, dit-il, je ne garantis pas le succès. Mais ce serait là une tentative originale et honorable. Qui sait si nous ne susciterions pas des imitateurs, si notre exemple ne déciderait pas l'Association des médecins de France — laquelle, à mon avis, se confine un peu trop dans ses très louables fonctions de bienfaisance, et qui serait pourtant bien placée pour prendre en mains une telle entreprise — si nous ne la déciderions pas, dis-je, à élargir cette idée et à généraliser notre initiative. On pourrait même le lui demander par un vœu formel; et cela ne serait pas inutile à la réussite, car dans l'état actuel (bon ou mauvais, c'est discutable, mais existant en fait), dans l'état de centralisation où évolue la vie française, il est indispensable qu'un système fonctionne à Paris, soit adopté par Paris, pour avoir chance de rayonner et de s'étendre à tout le pays.

« Ce puissant et formidable instrument de la réclame, il n'y a que les forbans de la profession qui en jouent. Si les médecins honnêtes essayaient un peu de faire comme eux, pour le bien des malades et l'utilité de la corporation médicale!... »

LES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS ET LE MINISTRE DE LA MARINE

M. Pelletan vient d'adresser aux préfets maritimes et aux maires des cinq ports militaires, une lettre pour les engager à favoriser la création de « consultations de nourrissons », confiée au Dr Ausset, professeur agrégé à Lille, et à un chef de bureau du ministère de la marine.

CORPS MÉDICAL DES HÔPITAUX D'ALGÉRIE

A la date du 7 juin courant, M. le Gouverneur général de l'Algérie a pris un arrêté aux termes duquel seront désormais recrutés par voie de concours les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils d'Alger, Bône, Constantine, Philippeville et Oran.

Les candidats devront être français, docteurs en médecine d'une Faculté de médecine française et avoir deux ans d'exercice.

Le jury sera composé : du directeur de l'École de médecine d'Alger, de deux professeurs titulaires ou suppléants désignés par le Gouverneur général sur la présentation du recteur, de deux médecins ou chirurgiens examinateurs titulaires et deux médecins ou chirurgiens suppléants désignés par le Gouverneur général, sur la présentation du médecin délégué de l'hôpital civil d'Alger.

Le jury devra comprendre au moins trois médecins ou trois chirurgiens, suivant que les places mises au concours sont des places de médecins ou de chirurgiens.

Pour les candidats aux emplois de médecins, le concours comprendra les épreuves suivantes :

1° Une composition écrite, sur un sujet d'anatomie et de physiologie;

2° Une composition écrite sur un sujet de pathologie médicale;

3° Une composition écrite sur une question générale de thérapeutique.

Quatre heures seront accordées aux candidats pour chacune de ces compositions.

4° Une épreuve pratique consistant dans l'examen clinique de deux malades. Un quart d'heure sera accordé pour l'examen de chaque malade. Les candidats devront faire une dissertation orale de vingt minutes, après un temps égal de réflexion, sur un des sujets examinés; et sur l'autre, une consultation écrite, pour la rédaction de laquelle une heure sera accordée.

Pour les candidats aux emplois de chirurgiens, le concours comprendra les épreuves suivantes :

1° Une composition écrite, sur un sujet d'anatomie chirurgicale;

2° Une composition écrite, sur un sujet de pathologie chirurgicale ou obstétricale.

Quatre heures seront accordées aux candidats pour chacune de ces compositions.

3° Une épreuve pratique consistant dans l'examen clinique de deux malades, dont un sera un sujet d'obstétrique; un quart d'heure sera accordé pour l'examen de chaque malade.

Les candidats devront faire une dissertation orale de vingt minutes, après réflexion, sur un des sujets examinés; et, sur l'autre, une consultation écrite, pour la rédaction de laquelle une heure sera accordée.

4° Deux opérations pratiquées sur un cadavre, à l'amphithéâtre de l'hôpital civil d'Alger.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

INAUGURATION
DU
MONUMENT PASTEUR

Le 27 décembre 1892, Pasteur eut, de son vivant — suivant l'heureuse expression de M. de Selves — « l'apothéose que l'humanité reconnaissante réclamait pour lui. » Et cette grandiose cérémonie, qui n'était ni l'œuvre d'une coterie, ni le produit de l'emballement d'un moment, vient d'être corroborée à douze ans de distance — un siècle dans notre vie outrancière — par un hommage mondial, délié de toute pression officielle, œuvre spontanée de cette opinion publique qui entraîne fatalement dans son orbe les gouvernements quels qu'ils soient. C'est pour cela que, dans ce journal, qui a été fondé — et il nous est permis de le dire à nous qui ne faisions pas partie de la maison à ce moment — en vue de défendre l'Institut Pasteur dans la campagne menée contre lui, il nous a semblé que nous devions publier en tête de ce numéro la relation du monument élevé à la mémoire, ou plutôt à la gloire de Pasteur, le 17 juillet 1904.

Dôle, où naquit Pasteur; Arbois, où il passa son enfance; Alais, dont il enrichit l'industrie séricicole; Melun et Chartres qui lui doivent la préservation de leurs troupeaux, Marnes où il accomplit ses derniers travaux et mourut; toutes ces villes, auxquelles il convient d'ajouter Besançon et Lille, ont leur monument Pasteur et s'en glorifient. Paris n'avait, comme relique de Pasteur, que le monument funéraire abrité — pour ne pas dire caché — dans la crypte de la rue Dutot.

Et cependant, ainsi que l'a si bien dit M. de Selves, « c'est à Paris que Pasteur, provincial par sa naissance et ses premiers séjours, mais provincial déjà célèbre, affermit sa notoriété, assuma et soutint des luttes mémorables. C'est de Paris que peu à peu sa gloire s'épandit par toutes les routes de l'univers : à Paris que fut bâti son Institut : à Paris que les savants des nations civilisées vinrent fêter le jubilé du génial confrère. »

On pouvait donc s'étonner à bon droit que Paris n'eut pas encore sa statue de Pasteur. Ce sentiment groupa un certain nombre des amis et des disciples de Pasteur qui firent appel au public. Leurs voix furent entendues. Les souscriptions affluèrent de partout et Falguière accepta de faire le « monument Pasteur ».

La mort vint interrompre l'œuvre de Falguière. Elle fut continuée, sous la direction de MM. P. Dubois et Thomas, par M. V. Peter.

C'est sur la place de Breteuil, en face du dôme des Invalides, là où se trouvait jusque dans ces derniers temps la colonne en fonte ajourée du puits artésien de Grenelle, que s'élève le monument.

La statue est en marbre blanc. Pasteur est représenté assis. Son regard, calme et méditatif, semble suivre quelque découverte utile à l'humanité.

La hauteur totale du monument est d'environ sept mètres, dont un peu plus de quatre mètres pour le piédestal.

La face antérieure du piédestal porte simplement un nom : *Pasteur*; deux dates : *1822-1895*; l'indication que le monument est dû à une souscription nationale. Une figure de femme, l'Humanité, implorant pour l'enfant qu'elle tient dans les mains, contre sa poitrine, le secours de celui qui sut trouver des armes efficaces contre la mort, symbolise toutes les mères qui sont redevables à Pasteur de la vie de leurs enfants.

Sur les trois autres faces du piédestal, des scènes pastorales se déroulent, indiquant la quiétude rendue à l'agriculture par Pasteur.

Ce beau monument a été remis à la ville de Paris le 17 juillet. Le Président de la République a tenu à s'associer par sa présence à cette fête de la reconnaissance. Les ministres firent de même, ainsi que tous les groupements scientifiques dont le pays s'honore, les représentants des puissances étrangères et nombre de délégués des Sociétés savantes de l'étranger. Notre confrère Bimchon a très bien résumé la composition de l'assistance en ces quelques lignes :

« Tous ces gens venus-là, académiciens et ministres, prêtres et sectateurs du Bloc, professeurs, soldats, bourgeois de Paris, belles dames et pauvres femmes, journalistes et photographes, tout le monde sympathisait, tout le monde communiait dans un paisible et bel enthousiasme. Oh ! la bonne journée, et qu'on en voit rarement de pareilles. »

Tableau très exact, et qui serait tout à fait complet s'il mentionnait les très nombreuses troupes de polices — civiles et militaires — destinées à protéger nos seigneurs et maîtres, et réparties *largâ manu*, suivant la stratégie de la protection gouvernementale : en masses aux issues, en éclaireurs dans les tribunes — surtout celle de la presse — en flancs-garde dans les pourtours, sans compter les rondes incessantes.

Avec une exactitude, qu'on pourrait qualifier de militaire, M. le Président de la République est arrivé à 10 heures sonnant. Immédiatement, la musique de la Garde républicaine joue la *Marseillaise*, les toiles qui cachent la statue tombent, tandis que M. le Dr Roux reçoit M. Loubet et le conduit à l'estrade qui lui était réservée.

Onze discours ont été prononcés, onze discours dont personne n'a rien entendu, sauf le Président de la République et les personnes admises dans sa tribune. Pour un peu, on se serait cru à l'Académie de médecine. Et cependant, malgré la chaleur torride, chacun est resté à son poste, tellement il est vrai que la foule avait été conduite là, non pas par curiosité, mais par le sentiment d'un hommage à rendre à un homme qui a versé un grand lustre sur la France.

***

Le premier discours a été prononcé par M. **Wallon**, président du Comité de souscription et du Conseil de l'Institut Pasteur. Il n'a pris, dit-il, la parole que pour remettre à la Ville de Paris, au nom du Comité de souscription, le monument, mais chemin faisant il a souligné un des côtés les plus touchants du caractère de Pasteur : *la compassion pour la souffrance*. M. Wallon, en outre, a eu le mérite de bien spécifier l'esprit international qui a présidé à cette souscription.

Le président du Conseil municipal, **M. Desplats**, a remercié le comité et a exprimé des sentiments très délicats dont les passages suivants nous ont paru mériter d'être reproduits :

Il semble, messieurs, qu'en attachant plus particulièrement le nom de Pasteur à un quartier populaire, le destin ou le hasard intelligent ait tenu à souligner que ce grand homme fut surtout utile au peuple qui se démène et peine dans le mal-être matériel et moral, sur qui les plus odieux fléaux semblent prendre plaisir à jeter leur emprise, au peuple enfin à qui ce nom vénéré suggère désormais avec le poète :

L'espoir dans ce qui fut le désespoir naguère.

. . . .

M. Desplats explique ainsi la popularité extra-médicale de Pasteur :

Le Pasteur populaire date de la guérison de la rage.

Voici près de vingt ans, messieurs, que furent inoculés Meister et Jupille et que la méthode pastorienne a fait des miracles. Après la rage, le croup, et peut-être la peste. Nous commençons à prendre tellement l'habitude du merveilleux que nous entrevoyons presque l'heure où la tuberculose et le choléra seront vaincus à leur tour. Car, de tous les bienfaits que l'homme misérable doit à Pasteur, il en est un qu'il ne conviendrait pas en ce jour de passer sous silence; c'est de nous avoir donné une pléiade de disciples : les Duclaux, les Roux et vingt autres illustres héritiers non seulement de sa méthode, mais aussi de son idéal scientifique.

Le préfet de la Seine, parlant après le président du Conseil municipal, avait un rôle difficile. Il s'en est heureusement tiré par une évocation très vécue de l'apothéose du 27 décembre 1892, dont nous extrayons un incident que quelques-uns peuvent ignorer, et qui mérite cependant d'être connu de tous, car il montre l'affection de Pasteur pour les pauvres gens qui l'ont élevé :

La cérémonie touchait à sa fin lorsqu'une personne se leva et modestement s'avança vers Pasteur. C'était le maire de Dôle, qui offrait au savant la photographie de sa maison natale et le fac-simile de son acte de naissance avec la signature paternelle.

La vision de son enfance, de ses parents, humbles artisans, s'éveilla pour Pasteur et sa pensée se reporta vers les vieillards qu'il avait tant aimés.

Il cacha son visage dans ses mains, saisi d'une émotion poignante, il se prit à pleurer tandis que l'émotion gagnait à son tour la salle entière.

L'âme de Pasteur venait une fois de plus d'apparaître, laissant échapper, sous cette forme, les trésors de bonté dont elle était remplie.

M. Chaumié, en sa qualité de grand maître de l'Université, devait prendre dans l'œuvre de Pasteur ses appels à la jeunesse studieuse. Il n'y a pas manqué et a cité les paroles que voici, prononcées par Pasteur dans la grande cérémonie du 27 décembre 1892 :

Ne vous laissez pas atteindre par le septicisme dénigrant et stérile, ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une

nation. Dites-vous d'abord : qu'ai je fait pour mon instruction ? Puis, à mesure que vous avancerez : « qu'ai-je fait pour mon pays ? » Jusqu'au moment où vous aurez peut-être cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité. Mais que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie, il faut, quand on approche du grand but, être en droit de se dire : « J'ai fait tout ce que j'ai pu. »

Admirable leçon, dit M. Chaumié, mise en pratique par son auteur :

Tel est, dit-il, l'idéal vers lequel Pasteur a constamment marché, sa grande âme animant et soutenant son corps à demi foudroyé. Tel est l'idéal qu'il lui a été donné d'atteindre ; joie suprême et si rare. Et par là, plus encore que par la puissance de son merveilleux génie, sa gloire acquiert un rayonnement particulier fait de la beauté morale. C'est aussi pourquoi les hommages qui, sans cesse, et de tous côtés, montent vers sa mémoire, sont faits autant d'affection et de reconnaissance que d'admiration.

M. Gaston Boissier, secrétaire perpétuel de l'Académie française, après avoir avoué que cette compagnie croyant prendre en Pasteur simplement un savant, dont les travaux rendaient l'Europe attentive, avait trouvé un fin lettré et, à l'occasion, un écrivain de premier ordre, rappelle que Pasteur avait remplacé Littré, qu'il avait été reçu par Renan, et les applaudissements ont martelé les phrases suivantes :

Tandis que Littré s'était jeté de bonne heure dans les querelles des partis, Pasteur, quand on vint lui offrir un siège au Sénat, répondit : « La politique me fait peur. » Ils n'avaient, ce qui est plus grave, ni les mêmes idées philosophiques, ni la même foi religieuse. Mais tous les deux étaient d'honnêtes gens, absolument sincères, incapables de trahir ce qui leur semblait la vérité ; tous les deux aimaient le travail avec passion et lui avaient voué leur vie. Ils étaient sortis l'un et l'autre d'une très humble origine et n'en avaient jamais rougi. Dans les paroles pleines de cœur où Pasteur rappelle le tendre souvenir que Littré avait conservé de ses parents, on croit entendre cette belle allocution qu'il a prononcée, un peu plus tard, à Dôle, lorsque, éclatant en sanglots, en face de cette pauvre boutique de tanneur où il était né, il disait, avec un accent que ceux qui l'entendirent n'ont jamais oublié : « O mon père et ma mère ! ô mes chers disparus, qui avez si modestement vécu dans cette petite maison, c'est à vous que je dois tout ! » Quant aux diversités d'opinions qui le séparaient de Littré, elles ne le gênaient guère, lui qui faisait profession de respecter celles des autres, pourvu qu'on lui permît d'avoir les siennes. Il se souvenait que Littré avait été, dans sa famille et partout, le plus tolérant des hommes, et qu'il avait dit un jour ces belles paroles : « Je me suis trop rendu compte des souffrances et des difficultés de la vie humaine pour vouloir ôter à qui que ce soit des convictions qui le soutiennent dans les diverses épreuves. » Pasteur, lui aussi, n'était pas de ces batailleurs qui ont la forfanterie de leurs croyances et ne cherchent que l'occasion de les étaler ; mais il n'était pas non plus de ces timides qui savent les dissimuler à propos. Il lui sembla qu'à la conception du monde que Littré tenait d'Auguste Comte, il avait le droit d'opposer la sienne, et il écrivit ces belles pages sur la notion de l'infini, dont on peut dire sans exagération qu'elles ne sont pas indignes de Pascal.

M. Mascart, président de l'Académie des sciences, a relaté toutes les étapes de la vie scientifique de Pasteur, qui se sont déroulées, du reste, devant cette compagnie. Il y a joint, à propos des sentiments patriotiques de Pasteur, la note suivante qui prend une valeur toute spéciale dans les conditions que notre pays traverse.

C'est dans le rôle de la science que Pasteur voyait la grandeur des nations. Après nos désastres, il faisait appel à la science pour le relèvement du pays et il se réjouissait que l'éclat de ses travaux fût un honneur pour la France.

« Si la science n'a pas de patrie, disait-il dans une réunion internationale sur le sol étranger, l'homme de science doit avoir la préoccupation de tout ce qui peut faire la gloire de sa patrie. Dans tout grand savant, vous trouverez toujours un grand patriote. »

C'est ce sentiment élevé qui a inspiré les souscripteurs de toute origine pour demander à un grand artiste d'élever ce monument symbole de la paix, d'humanité et de gloire nationale.

Le Dr **Chantemesse** dut prendre la parole au nom de l'Académie de médecine, rôle ingrat quand on songe aux luttes de jadis, dont l'orateur s'est tiré en « débarquant » ses prédécesseurs.

Celui qui a l'honneur aujourd'hui de parler au nom de cette Académie n'éprouve aucun embarras à reconnaître que si les travaux de Pasteur sur les fermentations étaient admirés dans cette Assemblée, l'importance des enseignements qui découlent de l'étude des maladies des vers à soie était profondément méconnue. Les maîtres qui siégeaient alors à l'Académie avaient vécu dans l'idée que seule la fréquentation assidue des malades ou l'étude de leurs cadavres pouvaient laisser découvrir les lois de la pathologie humaine.

L'accueil fait à Pasteur ne fut pas très empressé. C'est que la médecine dite traditionnelle avait des défenseurs convaincus. Sa doctrine était résumée dans un éblouissant paradoxe : « Etre conforme ou contraire à la tradition, c'est d'ordinaire être conforme ou contraire à la vérité elle-même. »

Pasteur engagea la bataille décisive dans la publication de ses recherches sur l'étiologie du charbon. Dans une série de notes, il apprit comment cette maladie s'entretient et se propage et comment on peut la prévenir ; enfin, dans une communication d'une importance sans égale, il indiqua comment on pouvait transformer les virus en vaccins et les faire servir à la prévention des maladies virulentes. Un peu plus tard, il lut à l'Académie la déclaration célèbre : « Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, etc... » où il établit les principes de l'asepsie, auxquels la chirurgie actuelle et l'obstétrique sont tout entières adonnées.

Lorsqu'on relit tranquillement ces pages, on s'explique mal les levées de bouclier qui surgirent au nom de la tradition. Est-ce que Pasteur ne fournissait pas des preuves décisives du bien fondé des affirmations de la médecine antique sur tant de points essentiels ?

A ceux qui déclaraient que « la maladie est en nous, de nous, par nous », il répondait : « Elle vient du dehors, elle est évitable. »

Dès lors, pourquoi tant de luttes ? Est-ce l'éclat de la démonstration qui la rendait aveuglante ?

M. G. Perrot, directeur de l'École Normale, a retracé toute la vie de Pasteur vécue dans cette École.

Le ministre de l'Instruction publique d'alors ne trouvait pas au budget de rubrique qui lui permît d'allouer à Pasteur quinze cents francs pour frais d'expériences. Heureusement, dans les combles de l'École deux petites chambres sont inoccupées. Il les transforme en laboratoire, sans aide, sans garçon, à ses frais ; il passe la plus grande partie de ses journées dans ce réduit où rien ne vient le distraire. « Je m'habitue, écrit-il, à mon grenier et j'aurais peine à le quitter. »

C'est dans ces conditions qu'il dut travailler pendant trois ans. Enfin, en 18[illegible], averti par le bruit que faisaient ses découvertes, on se décidait à lui faciliter la tâche. A l'une des extrémités de notre cour, pour faire pendant à la loge du concierge, on avait bâti, sur le même alignement, un second pavillon qui servait d'agence à l'architecte. Pasteur obtint la concession de ces cinq petites pièces et les aménagea en laboratoire. Il trouva moyen d'établir une étuve dans la cage de l'escalier. Bien qu'il ne pût accéder à cette étuve que courbé en deux et les genoux pliés, il se félicitait, au sortir de son grenier, de posséder un pareil domaine. Il eut une seconde suprise. On lui adjoignit un préparateur.

Avec M. Perrot, pour la première fois, il est question du rôle actif que Vulpian et Grancher ont joué dans la médication antirabique.

« Je n'oublierai jamais avec quelle confiance ingénue il nous disait ses certitudes et ses hésitations, ses espérances et ses craintes, avec quel accent il nous parlait de la responsabilité qui l'avait enfin décidé à prendre les avis de MM.

Vulpian et Grancher quand lui avait été amené, avec ses quatorze blessures, Meister, le petit berger alsacien. C'était la première fois qu'il allait essayer sur l'homme la méthode qu'il n'avait appliquee jusqu'alors qu'aux cobayes, aux lapins et aux chiens. Nous l'abordions, à chaque rencontre, en lui demandant des nouvelles du blessé. C'était d'abord avec un tremblement dans la voix qu'il nous répondait; mais que cette voix se fit allègre et joyeuse quand, les jours succédant aux jours, il put répondre de la guérison! La bataille était gagnée.

M. Errera, membre de l'Académie royale de Belgique, a parlé au nom des souscripteurs étrangers.

Il est des noms privilégiés dont le rayonnement est à la fois si vif et si pur qu'ils éclairent l'humanité entière: autour d'eux, toute rivalité s'apaise, tout sentiment étroit s'évanouit, et il n'y a place dans les cœurs que pour une effusion unanime de la reconnaissance universelle. Le nom glorieux de Pasteur est de ceux là.

Je viens apporter ici, à la mémoire du Français illustre que le monde vénère avec vous, l'hommage des Comités étrangers de la Souscription Internationale, le salut respectueux et enthousiaste des innombrables adhérents qui, en tous pays — en Allemagne, en Autriche-Hongrie, en Belgique, dans l'Empire Britannique (y compris les Indes et le Canada), en Danemark, en Egypte, en Espagne, dans les Etats-Unis d'Amerique, en Hollande, en Italie, en Norvège, en Portugal, en Russie, en Suède, en Suisse, à Tripoli et en Turquie — ont tenu à offrir leur obole pour cette glorification méritée.

Que pourrais-je dire que d'autres n'aient déja beaucoup mieux dit? Mais la répétition même des éloges a son éloquence, et il y a quelque chose de touchant et de réconfortant a entendre le même hymne chanté par les voix les plus inegales.

M. Grancher a terminé la série des discours par une note si personnelle, une page si vécue, que nous croyons devoir la reproduire *in extenso*.

Pasteur a porté sur des sommets inaccessibles le flambeau de la Science française qui rayonne sur l'univers.

On a tout dit, on a tout écrit sur lui, et je ne m'attarderai pas à le louer encore, à conter de nouveau ses découvertes et sa vie de savant. J'aime mieux, ayant eu l'heureuse fortune de vivre pendant dix années dans son ombre, ayant senti battre son cœur aux émotions violentes des jours heureux et des jours difficiles; j'aime mieux, ne fût-ce que pour l'édification de la jeunesse rêveuse de gloire, conter brièvement ce que coûte la conquête de la grande renommée.

Je suis sûr de ne décourager aucun de ceux que brûle le feu sacré, et je suis sûr aussi que Pasteur, pris au vif de la bataille où bouillait son âme héroïque, paraîtra encore plus noble et plus grand que dans l'atmosphère calme et reposée du laboratoire.

Car il fallait sortir du laboratoire pour semer à pleines mains, sur le monde, les bienfaits de ce patient labeur. Or, Pasteur aimait la lutte parce qu'il aimait passionnément la victoire. Il n'était pas, tant s'en faut, de ces savants purs dont il parlait assez sévèrement devant la statue de J.-B. Dumas, le 23 octobre 1889.

« Parmi les hommes supérieurs, disait-« il, il en est qui, s'isolant dans leurs « études, ont pour le tumulte des idées « une pitié dédaigneuse ou une indul-« gente ironie. Ne s'inquiétant pas de « l'opinion générale, que dans leur es-« prit trop délicat ils confondent volon-« tiers avec l'opinion du vulgaire, ils ne « visent qu'à exercer une influence di-« recte sur un cercle de privilegiés. Si « cette élite leur échappait, ils trouve-« raient encore dans l'activité et le spec-« tacle de leur propre intelligence un « intérêt vif et prolongé. »

Ecoutons-le maintenant parler de Dumas :

« Il est un petit nombre d'hommes « aussi bien faits pour le travail silen-« cieux que pour les débats des grandes « assemblées. En dehors des études per-« sonnelles qui leur assurent dans la « postérité une place à part, ils ont l'es-« prit attentif à toutes les idées générales « et le cœur ouvert à tous les sentiments « généreux. Ces hommes sont les esprits « tutélaires d'une nation. »

Puis, en deux lignes et sans se nommer, Pasteur ne se dépeint-il pas lui-même ?

« D'autres, enfin, emportés par le be-« soin de faire triompher leurs idées, se « jettent dans les batailles de la vie pu-« blique. »

Tel fut Pasteur, Messieurs, grand savant dans le laboratoire, grand savant dans les Académies, oui certes! mais, et surtout, grand homme d'action.

Chacune de ses découvertes fut l'occasion d'une bataille, bataille gagnée, sans doute, mais au prix de quelle ingéniosité dans l'expérimentation, de quelle conscience aussi et de quelle ténacité, tout cela au service d'un génie de création et d'invention unique au monde!

Je redis que la grandeur même de ces découvertes appelait la bataille, car chacune d'elle était une révolution, et les savants défendent ce qu'ils croient être la vérité avec la même ardeur qu'un peuple met à défendre ses frontières. Donc, Pasteur a combattu successivement les chimistes, les séricicultenrs, les vétérinaires et les médecins — les médecins! *Genus irritabile*!

Ici, je veux parler uniquement de la bataille de la « Rage », parce qu'elle est la dernière que Pasteur ait livrée, parce qu'elle fut la plus émouvante et la plus dangereuse, parce qu'enfin je la connais mieux, ayant eu le grand honneur de combattre à côté du maître.

Chacun sait les travaux préparatoires conduits dans le Laboratoire, pendant plusieurs années, par Pasteur, aidé de MM. Roux et Chamberland.

Chercher et trouver dans le système nerveux le terrain du développement et de la culture du virus rabique, fut le premier pas. Le second démontra la possibilité, en inoculant directement le système nerveux, d'exalter sur le lapin, de passage en passage, la virulence du microbe de la rage. Le troisième, au contraire, par la méthode de la dessication des moelles de lapin, donna à Pasteur toute une gamme de virulences descendantes, depuis la rage exaltée jusqu'à l'innocuité.

Ces trois étapes franchies, Pasteur avait dans la main la vaccination antirabique; et, de fait, il put, à son gré, rendre réfractaires à la rage des chiens vaccinés. Mais, pour la pratique, la question ne se posait pas ainsi, car la rareté même de la rage excluait pour l'espèce humaine toute idée de vaccination antérieure à la morsure. Il fallait donc traiter ou vacciner *après morsure*.

Là, Pasteur se heurtait, sans le savoir, à un dogme vieux comme la médecine, à savoir que: tout virus ayant pénétré dans le corps humain est désormais inaccessible. Or, Pasteur, prétendait attaquer et vaincre ce virus, même après son entrée dans le corps humain! C'était le bouleversement, le renversement de tout!

Sans doute, depuis longtemps, Pasteur avait appris aux médecins que le virus est un corps vivant, un microbe, que ce microbe est l'agent de la maladie, comme il est l'agent, la cause de la contagion; qu'on peut l'atténuer et le faire servir à la vaccination. La célèbre expérience de Pouilly-le-Fort l'avait bien prouvé.

Mais le traitement antirabique était tout autre chose. C'était un traitement *après* infection virulente et non, comme dans l'expérience de Pouilly-le-Fort, une vaccination *avant* l'infection.

A cette date, 1885, la grande majorité des médecins s'inclinait avec admiration devant les découvertes du Maître, et acceptait sa définition des virus, sa nouvelle étiologie des maladies contagieuses avec le moyen de les combattre. Déjà, la chirurgie et l'obstétrique étaient entrées dans les voies nouvelles; Lister et Tarnier, pour ne citer que ces deux noms, appliquaient les principes de la doctrine pastorienne, on sait avec quels merveilleux résultats. Eh bien! ces mêmes hommes, disciples fervents de Pasteurs, hésitaient à le suivre sur ce nouveau terrain du traitement antirabique, et j'entends encore Tarnier, au sortir d'une de ces séances mémorables de l'Académie de médecine, où les adversaires de Pasteur l'accusaient, lui et ses collaborateurs, d'homicide par imprudence.

« Mon cher ami, me dit Tarnier, il faudrait démontrer, par des expériences répétées, qu'on peut guérir un chien, même après inoculation intra-cranienne,

après cela on vous laisserait tranquille ».

Je répondis que ces expériences avaient été faites; mais Tarnier ne les trouvait pas assez nombreuses, et c'était un ami de Pasteur!

Qu'on juge par ce trait de l'état des esprits, tant à l'Académie qu'à la Faculté de médecine! Sauf quelques rares fidèles, en tête desquels je suis heureux de nommer Vulpian et Brouardel, dont la foi scientifique ne fléchit jamais et qui défendirent Pasteur absent et malade, avec la même ardeur qu'on mettait à l'attaquer; sauf Béclard, Dujardin-Beaumetz et Charcot; académiciens et professeurs se taisaient, attendaient, doutaient...

Je sentais la désaffection et la gêne envahir peu à peu les hommes qui m'entouraient, sans parler des colères qui couvaient sourdement! Un jour, j'étais à la Faculté de médecine pour un examen. Sortant du vestiaire, j'allais dans la pièce attenante, quand, en mettant la main sur le bouton de la porte, j'entendis une voix furieuse clamer : « Oui, Pasteur est un assassin! » J'entrai, et je vis un groupe de mes collègues qui se dispersa silencieusement.

Et ce professeur n'était pas Peter, qui avait au moins le courage de son opinion; et son opinion, défendue avec une rare habileté, était la suivante :

« Pendant les dix premiers mois des inoculations pastoriennes, le traitement a été inefficace. Depuis que la méthode a été modifiée, le traitement est devenu dangereux. M. Pasteur confère aux personnes inoculées, la rage du lapin, la rage du laboratoire. »

Ces assertions étaient inspirées par la forme des symptômes cliniques de quelques-uns des malades, ayant succombé à leur morsure, malgré le traitement. En vain faisions-nous observer que la rage n'était pas encore connue dans toute la variété de ses symptômes. En vain, Vulpian publiait des faits nombreux de rage paralytique, avant les inoculations antirabiques; les adversaires répondaient que la rage paralytique était transmise à l'homme à l'état de rage paralytique par les vaccinations de moelles de lapin.

Appuyées sur quelques expériences, mal conduites, de von Frisch (de Vienne), de Renzi et Amoroso (de Naples), ces assertions, bien faites pour émouvoir des médecins, parce qu'elles étaient d'ordre clinique et, en conséquence, familières à leur esprit, ébranlaient autour de nous les convictions.

Certains journaux de la presse politique et de la presse médicale menaient, d'autre part, une campagne ardente contre Pasteur, sans compter quelques hommes politiques et la ligue antivivisectionniste. Et jusque dans les lycées parisiens les élèves se divisaient en pastoriens et antipastoriens, et se gourmaient.

Pendant ce temps, le Laboratoire pliait sous le faix. Je pratiquais les inoculations et dressais les statistiques avec l'aide de MM. Chantemesse et Charrin. M. Roux faisait les très nombreuses expériences de contrôle nécessaires pour établir ou écarter la certitude sur la rage du chien mordeur; et son activité multipliée par le travail acharné de Viala, pouvait à peine suffire à cette tâche écrasante. Il nous était donc tout à fait impossible de satisfaire au vœu de Tarnier et de reprendre les expériences de vaccination après inoculation intra-cranienne.

D'autre part, aucun laboratoire en Europe, à cette date de janvier 1887, n'était outillé pour refaire les expériences de Pasteur. Seule la Commission anglaise venue à Paris le 12 avril 1886, avait étudié de près la méthode des vaccinations anti-rabiques. Après l'enquête la plus minutieuse sur les personnes mordues et traitées soit à Paris, soit dans les environs, cette Commission, présidée par sir James Paget avec le physiologiste Horsley pour secrétaire, était revenue à Londres et avait commencé ses expériences, suivant pas à pas le chemin parcouru rue d'Ulm. Mais ces expériences exigeaient beaucoup de temps, et le rapport de cette Commission ne devait arriver à Paris qu'au milieu de 1887.

En attendant, le laboratoire de la rue d'Ulm vivait et luttait dans l'angoisse, car, malgré notre certitude de l'excellence de la méthode, nul de nous n'ignorait les démarches pressantes faites auprès des familles où était survenu un décès après traitement, afin d'obtenir le dépôt d'une action en dommages-intérêts pour homicide par imprudence. Nous laissions ignorer tous ces faits à Pasteur malade à Bordighera, mais nous frémissions à la pensée que sa gloire pouvait être obscurcie et la fin de sa vie si tristement changée.

L'Académie de médecine le comprit-elle enfin? C'est possible, car, écoutant la voix respectée de Larrey, qui appuyait une proposition de M. Brouardel, elle décida que « toutes communications et « toute discussion partielle sur la vacci- « nation anti rabique restaient suspen- « dues jusqu'au retour de M. Pasteur. » (Séance du 22 février 1887). Nous pûmes ainsi respirer.

Et quand Pasteur revint à l'Académie, le 5 juillet, il déposa sur le bureau le rapport « extrêmement favorable » de la Commission anglaise, et il ajouta : « Dans ma carrière scientifique, déjà « longue, je n'ai jamais éprouvé une joie « semblable à celle que j'ai ressentie à la « lecture de ce rapport. »

Joie bien légitime!

C'était, en effet, la fin de la bataille, et c'était la victoire! Déjà les instituts antirabiques se fondaient un peu partout et les conclusions de la Commission anglaise allaient être confirmées en Amérique par Ernst, à Varsovie par Buywid, à Vienne par Ulmann, à Naples par Vestea, etc. Enfin, à Odessa, Bardach donnait satisfaction à Tarnier en prouvant la possibilité d'arrêter souvent le développement de la rage, même après inoculation intracranienne du virus rabique ordinaire.

Le 12 juillet 1887, l'Académie de médecine, toute entière reconquise, saluait de ses applaudissements prolongés la magnifique apostrophe de Charcot : « Oui, « dirai-je à mon tour, l'inventeur de la « vaccination antirabique peut, aujour- « d'hui plus que jamais, marcher la tête « haute et poursuivre désormais l'accom- « plissement de sa tâche glorieuse sans « s'en laisser détourner un seul instant « par les clameurs de la contradiction « systématique ou par les murmures in- « sidieux du dénigrement. »

Telle fut, Messieurs, cette épopée scientifique, où Pasteur risqua sa gloire pour le bien de l'humanité.

En voici la preuve :

Au commencement des inoculations, je fis une objection de médecin timide et demandai s'il était bien prudent de traiter un aussi grand nombre de mordus, affluant de tous les coins de l'horizon, et s'il ne serait pas plus sage d'attendre le résultat des premiers traitements?

Pasteur me jeta un regard de flamme et me dit : « Soyez sans crainte! je ré- « ponds du succès. Avant tout, sauvons la « vie de ces pauvres gens. »

Je m'inclinai, subjugué par sa parole et son accent, et les inoculations continuèrent. Ainsi, Pasteur faisait passer la foi qui l'animait dans l'âme de ses disciples.

Monsieur le Président de la République :

Le 27 juin dernier, une délégation du Comité pour l'érection de cette statue était reçue par vous. Elle venait vous inviter à cette fête. Vous nous avez accueilli avec votre grande bienveillance et vous nous avez dit : *Pasteur est le plus grand savant que la terre ait porté ; il est l'honneur de l'espèce humaine.*

Mon cher maître,

J'ai recueilli fidèlement ces paroles pour vous en faire hommage.

Tandis que la musique de la Garde républicaine joue *Le Chant du Départ*, M. Loubet va, entouré des présidents des Chambres et des ministres, présenter ses compliments et ses hommages à Mme Pasteur.

Devant la veuve du maître défilent ensuite le corps diplomatique et les plus notables d'entre les invités.

Au pied du monument, des couronnes sont déposées par la délégation des étudiants polonais de l'Université de Cracovie, par la délégation hongroise au nom de l'Institut Pasteur de Budapest et des 2400 personnes qui y ont été guéries de la rage.

Une couronne de laurier ornée de rubans aux couleurs de plusieurs nations porte cette inscription : « A Pasteur, de la part des Congrès internationaux vétérinaires allemands. »

Le Dr Lydtin, de Baden-Baden, prononce au pied du monument, une allocution se terminant ainsi : « Honneur, trois fois honneur au génie français éclairant et fécondant le monde. »

GRANJUX.

L'ORTHOPÉDIE
DANS LA
PRATIQUE JOURNALIÈRE

Diagnostic de la coxalgie au début (1)

Par MM. P. DESFOSSES et G. BERRUYER

L'intervention du praticien dans la coxalgie est d'autant plus efficace et d'autant plus facile que cette intervention est plus précoce. Tout médecin doit être à même de faire le diagnostic de la coxalgie à son début. Pour cela, il faut savoir examiner la hanche d'un enfant et interpréter des symptômes souvent très atténués. C'est la manière de procéder à cet examen que nous allons essayer de décrire succinctement ici.

***

Un médecin devra songer à la possibilité d'une coxalgie toutes les fois qu'il sera appelé auprès d'un enfant se plaignant de douleurs dans l'aine ou dans le genou, douleurs survenant ou bien à l'occasion d'un jeu, d'un effort, ou bien la nuit, le petit malade se réveillant en criant.

D'autres fois, c'est à propos d'une boiterie intermittente et, sans importance, au dire des parents, que le médecin sera consulté.

On ne saurait trop engager les praticiens appelés pour un enfant qui souffre du genou, à examiner la hanche. La gonalgie est très souvent le premier symptôme de la coxalgie. Tout chirurgien qui s'occupe quelque peu de chirurgie infantile a pu voir des enfants soignés par de la teinture d'iode, des pointes de feu sur le genou, alors que ce genou était indemne et l'articulation coxo-fémorale seule atteinte.

***

Quand les parents vous aurons raconté les commémoratifs et que vous les aurez interrogés sur les antécédents héréditaires, l'état de santé antérieur de l'enfant, les maladies débilitantes (rougeole, scarlatine) qu'il a eues, dites à l'enfant d'aller et de venir. Très souvent, votre œil constatera un certain degré de boiterie, ou votre oreille percevra que chacun des pieds de l'enfant ne frappe pas le sol avec le même bruit.

Ne vous attardez pas à cette recherche de la claudication; faites déshabiller complètement l'enfant, *nu comme un ver*.

Souvent, dès le premier coup d'œil, votre diagnostic sera fait : l'ensellure lombaire, la flexion du membre inférieur sur le bassin suffiront à vous indiquer l'existence d'une coxalgie (figures 1 et 2).



Fig. 1. — Coxalgique debout. On voit l'ensellure lombaire.

A la simple vue il est souvent facile de constater un léger abaissement du pli fessier du côté malade, coïncidant avec une saillie plus forte du trochanter du côté sain.

Quand il s'agit d'un enfant qui ne marche pas encore, d'un enfant au-dessous d'un an, faites-le soulever en le tenant sous les aisselles et chatouillez légèrement la plante des pieds. Si les articulations coxo-fémorales sont saines, l'enfant « gigottera » des deux jambes, si une des articulations est atteinte, le membre inférieur malade restera immobile, en attitude de flexion.

***

Attitude vicieuse. — L'enfant nu sera couché sur un plan résistant, table, lit dur. L'attitude du sujet couché, en cas de coxalgie, est caractéristique. Un enfant sain, couché à plat, étend facilement ses deux jambes, un enfant atteint de coxalgie tient toujours le membre atteint dans une attitude de flexion; la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe est fléchie sur la cuisse (fig. 3 et 5).

Cette attitude spéciale du coxalgique couché doit être étudiée avec soin; sa connaissance parfaite est une des bases du diagnostic de la coxalgie. Dites à l'enfant, toujours couché sur le dos, d'étendre le membre inférieur, le mouvement sera exécuté; mais, pour que les deux membres inférieurs du coxalgique reposent à plat, il faut que le bassin se déplace par rapport à la colonne vertébrale, que les reins se creusent en une lordose manifeste (fig. 6).

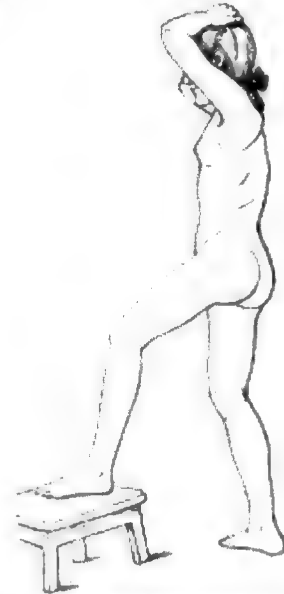


Fig. 2. — Coxalgique debout, le pied du côté malade reposant sur un tabouret. On voit la flexion de la cuisse sur le bassin.

Si le coxalgique a les cuisses allongées, vous pouvez passer la main entre son rachis et le plan du lit. Si vous faites reposer le rachis sur le plan du lit, et vous y parviendrez en fléchissant la cuisse du côté sain sur le bassin en flexion forcée, la cuisse du côté opposé fera avec l'axe du corps un angle dont vous pourrez aisément apprécier, voire même mesurer l'angle de flexion (fig. 7). Chez un enfant sain, au contraire, la cuisse de l'autre côté restera dans l'extension.

Allongement apparent. — Le membre atteint de coxalgie paraît quelquefois plus long que le membre sain. Cet allongement est dû à un certain degré d'abduction et s'accompagne d'un abaissement de l'épine iliaque du même côté.

Atrophie du membre. — Très souvent, à première vue, un des membres semble plus petit que l'autre. Si cette atrophie n'est pas très apparente, palpez l'enfant, en lui disant, s'il est assez grand, de raidir ses jambes. Dans un des membres, le membre sain, vous sentirez la fermeté, la dureté des muscles contractés. Dans le membre malade vous percevrez de la mollesse, de la dépressibilité. Cette

(1) V. *Bulletin médical*, 1904, n° 51, p. 597.



Fig. 3. — Enfant sain couché à plat, les deux jambes reposent à plat.



Fig. 5. — Enfant coxalgique couché à plat, le membre inférieur lésé est en flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse.

atrophie musculaire est souvent masquée par un épaississement de la peau qui peut induire en erreur.

Hypertrophie ganglionnaire.— Souvent la palpation de la région inguinale fera percevoir un degré plus ou moins accentué d'engorgement ganglionnaire, ce signe n'a qu'une importance secondaire, en raison de la fréquence des hypertrophies ganglionnaires dans l'enfance.



Fig. 6 — Chez un coxalgique quand les membres inférieurs reposent à plat, les reins se creusent en une lordose manifeste.

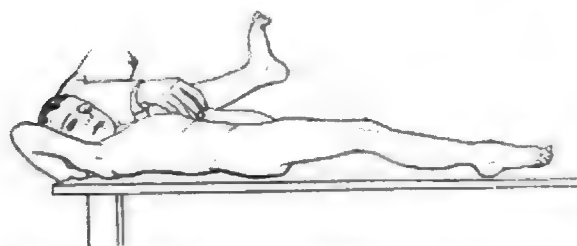


Fig. 4 — Enfant sain dont on fléchit une des cuisses sur le bassin, l'autre membre reste allongé.

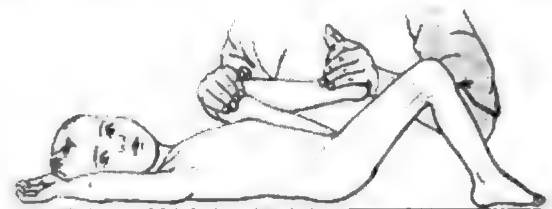


Fig 7. — Chez un coxalgique quand le dos repose à plat, la cuisse du côté atteint est en flexion sur le bassin.

Douleur provoquée.— Jusqu'ici l'examen n'a causé aucune douleur au petit malade, mais il faut pousser plus loin l'investigation, il faut rechercher la douleur provoquée à la pression de la tête fémorale. L'index et le médius réunis de votre main droite déprimeront doucement et progressivement la base du triangle de Scarpa, un peu en dehors du point où sont perçus les battements de l'artère fémorale et à un centimètre au-dessous de l'arcade crurale. En ce point précis le petit malade accusera une douleur vive. Il est bon, pour avoir un terme de comparaison, de faire la même manœuvre alternativement à droite et à gauche.

La tête fémorale est également douloureuse en arrière, entre l'os iliaque et le grand trochanter, et en dedans, contre les adducteurs.

Cette douleur, l'enfant l'accusera également quand des pressions seront exercées à distance, quand, par exemple, on percutera le grand trochanter, quand avec la paume de la main le médecin refoulera ou percutera le talon de la jambe étendue ou la partie antérieure du genou fléchi.

Ces diverses pressions devront être faites successivement sur les deux membres inférieurs pour pouvoir comparer les sensations éprouvées par l'enfant d'un côté et de l'autre.

Limitation des mouvements.— Cette douleur dans la hanche, que la pression directe ou à distance éveille facilement, sera suscitée avec plus d'intensité encore par les *mouvements provoqués*. Ordonnez à un aide d'appuyer des deux mains sur les os iliaques de l'enfant, de fixer ainsi le bassin, puis essayez avec douceur de porter la cuisse en abduction ou en adduction, tentez sans violence de l'étendre ou de la porter en flexion complète, l'enfant poussera des cris de douleur et une résistance musculaire énergique arrêtera les tentatives de provocation de mouvements. Les mouvements qu'on essaye de provoquer dans l'articulation coxo-fémorale se transmettent au bassin qui semble soudé à la cuisse.

Ce sont surtout les mouvements d'abduction qui sont limités, la cause réside dans la contracture des muscles adducteurs qui sont d'ordinaire extrêmement tendus.

***

Atrophie musculaire, attitude vicieuse, limitation des mouvements, douleurs provoquées, tels sont les grands signes sur lesquels est basé un diagnostic de coxalgie au début.

La constatation de ces signes permettra d'éliminer les autres affections qui simulent la coxalgie, toute lésion inflammatoire de la hanche pouvant s'accompagner de douleurs et de contracture musculaire. Nous avons vu que parfois la coxalgie a été prise pour un mal de Pott ou une tumeur blanche du genou, un examen attentif aurait permis d'éviter cette erreur en montrant l'intégrité de la hanche, et en cas de mal de Pott des lésions du rachis traduites par la déformation ou la douleur, et en cas de tumeur blanche du genou de la douleur à la pression au niveau du genou et la limitation des mouvements du genou.

Il est difficile de confondre une coxalgie avec une luxation congénitale de la hanche; l'absence de douleur, l'ancienneté de l'affection suffisent à lever les doutes qu'une palpation attentive de la hanche ne laisserait pas subsister.

Certaines arthrites de la hanche chez l'enfant ne sont pas des coxalgies véritables; il n'est pas exceptionnel de prendre pour une coxalgie tuberculeuse une arthrite coxo-fémorale consécutive à une rougeole, à une scarlatine. Si les commémoratifs sont muets, l'erreur est difficile à éviter; elle n'est pas très grave, instituez le traitement rationnel, la coxalgie guérira plus vite que s'il s'agissait d'une coxalgie tuberculeuse.

PATHOLOGIE MENTALE

La confusion mentale

Par M. le Dr Marandon de Montyel
Médecin en chef de Ville-Evrard.

(Suite et fin) (1)

III

A ces deux formes incontestables de la confusion mentale : *la stupidité*, de Georget, et la *lypémanie stupide*, de Baillarger, M. Chaslin en a ajouté une troisième qu'il a dénommée : *confusion mentale primitive*. D'après la description de cet aliéniste, la maladie débute par la confusion mentale, elle est d'abord absolument seule, sans aucune hallucination ni conception délirante. Cette obnubilation intellectuelle forme le fond essentiel de la forme morbide qu'il décrit, laquelle, ensuite, s'accompagne d'idées délirantes, d'illusions, d'hallucinations, principalement visuelles, mêlées aux idées, et qui sont, les unes et les autres, des phénomènes secondaires.

Egalement, M. Séglas soutient que les troubles variés, dans l'exercice volontaire des opérations intellectuelles qui se résument dans l'état de torpeur, d'obtusion, de confusion mentale, constituent le fondement, la caractéristique de l'état pathologique qui, apparaissant indépendamment de tout autre symptôme psychique, mérite bien le nom de *confusion mentale primitive*. Il reconnaît avec M. Chaslin qu'à ces symptômes psychiques fondamentaux peuvent s'en ajouter d'autres accessoires, secondaires, d'une façon presque constante ou seulement par intervalles. Ce sont d'abord des idées délirantes. Le délire ressemble à un rêve. A côté des idées délirantes se trouvent souvent des hallucinations des divers sens, surtout de la vue et de l'ouïe, variables et mobiles. M. Séglas s'empresse d'ajouter que ce sont là des purs phénomènes d'*automatisme*, sans rapport avec un trouble émotionnel déterminé.

Enfin, M. Anglade, lui aussi, est un défenseur convaincu des idées de M. Chaslin. Il estime que le symptôme qui constitue l'essence même de la variété morbide, qui est constant et dominant, est la confusion mentale, se traduisant par le chaos des idées, par la difficulté de les associer, par l'impossibilité où est la mémoire de fixer et d'évoquer les souvenirs, surtout ceux des faits récents, par la perte de la notion juste du temps et des lieux. Sur ce fond constant d'impuissance cérébrale et de dissociation des idées se développent d'autres troubles psychiques, manifestations délirantes et hallucinations, surtout de la vue et de l'ouïe, dont la physionomie variable concourt à imprimer à la symptomatologie de la confusion mentale primitive des aspects très différents les uns des autres.

En outre, le distingué aliéniste insiste sur ce fait qu'en réalité, pas plus dans les formes délirantes et hallucinatoires que dans celles avec stupidité, il ne peut être question de suractivité cérébrale. Il croit qu'il s'agit plutôt d'un désordre dans les associations mentales tenant à l'affaiblissement des fonctions vives du cerveau et à la prédominance de *l'automatisme cérébral*. Il rappelle qu'on a dit très justement que le délire des confusionnels est un délire de rêve; ils rêvent, comme les hystériques, et d'après M. Pierre Janet, la tendance à rêver est une des manifestations les plus habituelles de l'automatisme cérébral.

On voit, par ces trois descriptions les plus récentes qui concordent entre elles, que la confusion mentale primitive de M. Chaslin est l'opposé de la lypémanie stupide de Baillarger. Dans celle-ci, ce sont les hallucinations et le délire consécutif qui, par leur caractère terrifiant, amènent la confusion mentale poussée presque toujours jusqu'au troisième degré. Dans celle-là, au contraire, la confusion mentale est le fait primitif et fondamental qui d'ordinaire ne dépasse pas le second degré, et c'est elle qui, selon le mot de Meynert, en plongeant dans le sommeil quelques centres, tandis que les autres restent éveillés, amène les hallucinations et les conceptions délirantes par automatisme cérébral. Ainsi dans la lypémanie stupide, la confusion mentale est effet, et dans la confusion mentale primitive elle est cause.

En 1897, je me suis trompé en repoussant cette confusion mentale primitive de M. Chaslin. J'ai soutenu que lorsque la confusion mentale était l'élément primordial et fondamental, elle ne se compliquait jamais ni d'hallucinations, ni de conceptions délirantes. Ma conclusion fut que, quand l'aliéné est d'emblée un confus, il reste exclusivement confus et ne devient jamais ni halluciné, ni délirant. Une observation plus prolongée et plus minutieuse m'a démontré mon erreur et j'ai acquis la conviction qu'il y a, en effet, des cas où la confusion mentale ouvre la scène et précède d'un certain temps les hallucinations et les conceptions délirantes qui sont bien par conséquent consécutives. Le fait pour moi aujourd'hui ne paraît pas douteux; il s'agit de l'interpréter et de le différencier à la période d'état de la lypémanie stupide de Baillarger.

Un premier détail qui n'a pas du tout l'importance qu'on lui accorde, est l'aspect du rêve, du délire; en effet, il n'est pas propre aux confus primitifs de M. Chaslin, on le retrouve tout aussi marqué chez les lypémanes stupides, car cette comparaison a été faite par Baillarger lui-même. Cet état me paraît avoir, dit-il, beaucoup d'analogie avec l'état de rêve, et il consacre deux pages de son célèbre mémoire à cette particularité. Celle-ci est donc commune aux deux formes et rien de plus naturel, car elle tient uniquement à la confusion mentale qui est un sommeil de l'esprit dans l'une comme dans l'autre. Elle ne saurait donc servir à les différencier.

Aussi le rapprochement que fait M. Anglade avec le délire hystérique, qui est un délire inconscient, n'a aucun fondement, et cet aspect de rêve ne prouve en aucune façon l'intervention d'un automatisme cérébral. En effet, nous venons de montrer que ce même aspect du rêve existe dans la lypémanie stupide à ce point marqué qu'il avait vivement attiré l'attention de Baillarger lui-même qui insiste sur ce point; or, je ne pense pas que l'idée vienne à l'esprit d'aucun aliéniste d'attribuer à l'automatisme cérébral les hallucinations et les conceptions délirantes de la lypémanie stupide qui sont si actives et si puissantes qu'elles annihilent le fonctionnement des facultés intellectuelles.

Du reste, il n'est pas difficile de s'assurer que les hallucinations et les conceptions délirantes dans la confusion mentale primitive de M. Chaslin ne sont pas le produit de l'automatisme cérébral. S'il en était ainsi, le délire, dans cette forme, serait un délire maniaque, incohérent, il ne revêtirait aucune couleur spéciale, les idées se succéderaient sans ordre, au hasard des impressions de l'instant et même de l'assonnance des mots entendus ou prononcés. Or, il suffit de lire les descriptions de M. Chaslin, de M. Séglas et de M. Anglade, pour se convaincre que les confus primitifs de M. Chaslin sont surtout des lypémaniaques. Singulier automatisme cérébral qui s'exercerait presque exclusivement dans le sens mélancolique! En effet, rappelons que, d'après M. Chaslin, les hallucinations et les conceptions délirantes sont

(1) Voir notre précédent numéro.

le plus souvent tristes; on y trouve des idées mélancoliques délirantes d'auto-accusation, de ruine, de persécution vague, de damnation, même de négation et de transformation corporelle; d'après M. Séglas, les idées délirantes sont, en général, de nature triste; les hallucinations, elles aussi, sont pénibles, terrifiantes; et, d'après M. Anglade, enfin, les idées fausses sont le plus souvent de nature triste, tantôt à caractère hypochondriaque et de négation, tantôt à caractère d'idées de damnation, de culpabilité, de ruine; d'autres fois on a affaire à des idées de persécution et les hallucinations sont terrifiantes.

Les confus primitifs de M. Chaslin sont donc surtout des lypémaniaques et, en réalité, à la période d'état du mal ils ne diffèrent des lypémanes stupides de Baillarger que par la persistance de la confusion mentale au deuxième degré, tandis que dans celle-là elle arrive tout de suite au troisième et par certains caractères du délire que nous indiquons plus loin. Mais la preuve clinique qu'au fond les deux formes sont identiques, à la période d'état, c'est qu'il y a certains confus primitifs qui atteignent eux aussi le troisième degré de la confusion mentale et alors entre les uns et les autres n'existe plus aucune différence. Même la ressemblance est telle que, en dehors de ces cas extrêmes, le diagnostic différentiel est à peu près impossible ou tout au moins bien difficile.

M. Chaslin et M. Séglas sont, en effet, fort embarrassés quand ils arrivent à la question de diagnostic différentiel. Il peut y avoir des cas, écrit celui-là, dans lesquels la mélancolie aboutit à la véritable confusion, sans parler, bien entendu, de la complication par épisodes intercurrents, ou bien encore dans lesquels il y a à la fois les deux affections. C'est alors que l'embarras peut être grand et la solution impossible. Je le crois bien, puisque cette impossibilité, que M. Chaslin est obligé lui-même d'avouer, tient à ce que la confusion mentale primitive et la lypémanie stupide, quand elles sont à la période d'état, créent l'une et l'autre des confus lypémaniaques. L'éminent aliéniste croit, néanmoins, qu'on arrivera le plus souvent à distinguer les deux à l'aide du tableau magistralement tracé, dit il, par Delasiauve. Mais le tableau de Delasiauve ne peut servir à rien, car il concerne, non le diagnostic de la confusion mentale primitive qui était inconnue, du reste, avant M. Chaslin, et de la confusion mentale lypémaniaque, mais le diagnostic différentiel entre la stupidité de Georget et la lypémanie simple. Delasiauve niait, en effet, radicalement, la découverte de Baillarger, et soutenait avec énergie et conviction que tout était faux dans son œuvre. Comment, dès lors, s'appuyer sur son tableau pour différencier la lypémanie stupide qu'il niait, sur son tableau qu'il a précisément tracé pour démontrer que celle-ci n'existait pas. Par conséquent, renvoyer au tableau de Delasiauve, c'est faire aveu d'impuissance et reconnaître l'impossibilité du diagnostic différentiel, qui est, en effet, impossible, pour la raison péremptoire que j'ai donnée.

M. Séglas se garde bien d'invoquer Delasiauve, mais, en réalité, le diagnostic différentiel qu'il propose rappelle sur tous les points le fameux tableau de celui-ci, car ce n'est pas le diagnostic différentiel de la lypémanie stupide et de la confusion mentale qu'il donne, mais bien celui de la mélancolie simple et de la stupidité. Tout ce qu'il dit est très vrai du lypémane vulgaire, mais ne l'est plus du tout du lypémane stupide qui ne présente plus aucun des caractères décrits par M. Séglas. Toutefois, il reconnait, lui aussi, que le diagnostic est parfois très difficile, car on peut rencontrer des épisodes de véritable confusion mentale, et, d'autre part, il existe entre les deux formes des cas intermédiaires qu'on est fort embarrassé de classer.

Il n'est donc pas douteux que le confus primitif de M. Chaslin est un lypémaniaque tout comme le lypémane stupide de Baillarger, duquel, à la période d'état, il est impossible de le distinguer le plus souvent. Cependant, d'assez grandes différences existent, sur lesquelles il est indispensable d'insister pour bien apprécier la place qui revient à la nouvelle variété mentale. Nous en avons déjà signalé une : dans la lypémanie stupide, presque toujours et très rapidement la confusion mentale atteint le troisième degré; dans la confusion mentale primitive, au contraire, elle reste presque toujours au deuxième degré, et ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'elle atteint le troisième. Mais c'est là une différence secondaire; il en est une autre bien autrement importante, et qui établit, à mon avis, une ligne de démarcation nette et profonde entre les deux variétés mentales; aussi, je suis très étonné que jusqu'ici personne, à ma connaissance du moins, n'en ait parlé.

Dans la lypémanie stupide, le délire est uniforme, continu, à évolution régulière et cyclique, pour aboutir d'ordinaire à la guérison, comme une manie ou une lypémanie ordinaire: la lypémanie est, dans ce cas, une lypémanie *simple*; dans la confusion mentale primitive de M. Chaslin, la lypémanie présente, au contraire, tous les caractères d'une folie *dégénérative*. En effet, d'après M. Chastin, les hallucinations et les conceptions délirantes sont parfois indifférentes, quelquefois et passagèrement, de nature gaie et religieuse. Elles changent avec une extrême rapidité et sont vite oubliées du malade. Il n'y a pas systématisation en général; pourtant, de même que des sortes de tics peuvent s'établir, de même peuvent se fixer, avec plus ou moins d'intensité et de durée, les idées délirantes, les hallucinations ou les illusions.

D'après M. Séglas, les idées délirantes sont monotones, changeantes, parfois contradictoires; les hallucinations sont variables et mobiles; le ton émotionnel est, la plupart du temps, indifférent, sauf quelques moments d'anxiété, simples épisodes réactionnels provoqués par le désordre des idées ou des hallucinations. Enfin, d'après M. Anglade, très rarement on a affaire à des idées de grandeur. Le délire est sans tenue, sans consistance, de même que les hallucinations qui l'alimentent et qui sont kaléidoscopiques, c'est-à-dire changeantes.

Au surplus, ajoute notre savant collègue, la physionomie du délire et des hallucinations peut varier à l'infini, et il n'est guère de conceptions délirantes qui ne peuvent se montrer dans la démence aiguë, au moins d'une façon épisodique.

Mais, depuis les travaux de M. Magnan, le polymorphisme du délire allant parfois jusqu'à la contradiction, les bouffées de conceptions mégalomaniaques survenant sur un fonds habituel de mélancolie comme des fusées éclatant brusquement, et passagèrement dans une nuit sombre et des éclats de gaîté coupant la tristesse ou l'indifférence, comme des éclairs dans un ciel orageux, cette mobilité excessive des conceptions délirantes et des hallucinations qui les rendent kaléidoscopiques, d'après la très juste comparaison de M. Anglade, avec parfois, au contraire, une fixation momentanée rappelant les tics, tous ces caractères sont devenus les caractères classiques de la folie dégénérative à base lypémaniaque, et le type ne saurait être mieux réalisé qu'il l'est par les confus primitifs de M. Chaslin.

Ainsi donc, il n'est pas discutable que

tandis que le lypémane stupide est atteint d'une lypémanie simple avec confusion mentale, le confus primitif est atteint de confusion mentale, mais avec une lypémanie dégénérative. Les sujets de M. Chaslin sont, par conséquent, des dégénérés, c'est-à-dire des malades fortement prédisposés et tarés. La prédisposition, dit M. Anglade, fait rarement défaut, et on s'est trop hâté, selon lui, de la reléguer à l'arrière-plan. Aussi approuve-t-il les aliénistes italiens qui s'attachent à démontrer son importance. Il a constaté que, parmi les parents des confusionnels, on trouve des maniaques, des mélancoliques, des persécutés, des névrosés, ou simplement des nerveux, et si le terrain n'est pas préparé par l'hérédité, il l'est souvent par le passé du sujet lui-même. Le distingué aliéniste a constaté, en outre, ce fait très important que nous aussi nous avons observé, à savoir qu'on peut se convaincre, en lisant les observations de confusion mentale, que la nature de la tare héréditaire influe sur les allures de l'affection, et il estime que c'est grâce en partie au tempérament particulier de chacun que le syndrome revêt tantôt la forme du délire hallucinatoire, tantôt celle de la stupidité. C'est très exact. Ce sont, en effet, avons-nous montré, les prédisposés dégénérés qui versent dans la confusion mentale primitive de M. Chaslin et les prédisposés simples dans la lypémanie stupide de M. Baillarger. Aussi est-ce seulement à ceux-ci que peut s'appliquer cette conclusion de M. Anglade : en somme, le terrain sur lequel évolue la confusion mentale ne diffère de celui des psychonévroses que par la part plus restreinte qui revient à l'hérédité. La part de celle-ci est, au contraire, je crois, considérable dans la confusion mentale primitive et les quelques confus primitifs que j'ai eu occasion d'observer depuis 1897 et qui m'ont convaincu de la réalité du type décrit par M. Chaslin, étaient tous des héréditaires qui, même de tout temps, avaient présenté quelques stigmates psychiques de dégénérescence.

Nous devons maintenant nous occuper de cette particularité que dans la forme décrite par M. Chaslin, la confusion mentale est prédélirante et préhallucinatoire. Est-elle spéciale à la confusion mentale? Nullement, car elle se montre aussi avec l'anxiété et j'ai eu encore assez souvent l'occasion de m'en assurer. Il y a, en effet, des lypémanes qui commencent par avoir la réaction anxieuse avant que n'éclatent les hallucinations tristes et le délire mélancolique consécutif. En réalité, avant l'apparition de ceux-ci, à la phase initiale du mal, le lypémaniaque se présente sous trois aspects différents : l'aspect déprimé, l'aspect anxieux ou l'aspect confus et, dans les trois cas, il s'agit d'un mode différent de réaction qui dépend de l'impressionnabilité de chacun.

En effet, avant d'être halluciné et de délirer, le mélancolique subit une transformation dans son émotivité qui s'altère, et est envahi par une tristesse d'abord vague et indéterminée; puis surviennent des idées tristes en rapport avec le caractère et les préoccupations habituelles du sujet le plus souvent ou qui dépendent des impressions du moment. C'est cet état prémonitoire qui amène, selon les sujets, l'une ou l'autre des trois réactions qu'on retrouve d'ailleurs à l'état normal. Tout le monde, même très sain d'esprit, ne réagit pas de façon identique. La même impression triste est susceptible de déterminer ces phénomènes réactionnels différents que nous constatons à l'état pathologique, selon l'organisation de ceux qui la subissent. On rencontre, par le monde, des gens que la moindre menace d'un malheur, sans grande conséquence, jette dans une anxiété intense à côté d'autres que dépriment à peine les pires catastrophes; de même, il y a des personnes qui, pour un rien perdent la tête, selon la très juste expression populaire, deviennent des confus, dirons-nous en langage scientifique. Or, la dégénérescence a la fâcheuse propriété d'accroître, dans de grandes proportions, cette tendance à l'anxiété chez les uns et à la confusion chez les autres, d'où, quand la lypémanie survient, une réaction anxieuse ou confuse avant même l'apparition des hallucinations et du délire.

Mais, objectera-t-on, dans la confusion mentale primitive de M. Chaslin, la confusion est le fait initial, indépendant de tout autre phénomène psychique morbide, et c'est purement par automatisme cérébral que se produisent les hallucinations et les conceptions délirantes. Est-ce bien certain, et est-on bien sûr qu'à défaut de celles ci il n'y a pas une perturbation mélancolique plus ou moins légère de l'émotivité, qui suffit à amener la confusion mentale par suite de la grande impressionnabilité que détermine la dégénérescence qui existe dans ces cas, ainsi que nous l'avons établi?

Nous avons démontré plus haut qu'il était impossible d'attribuer à l'automatisme cérébral les troubles sensoriels et délirants du confus primitif. En outre, l'existence d'une période prémonitoire, précédant la confusion mentale chez lui, paraît très probable. M. Anglade le reconnaît. La confusion mentale, affirme-t-il, s'annonce quelques fois par des symptômes prémonitoires : insomnie, céphalalgie, irritabilité, paresse cérébrale. Il ajoute même que plus souvent elle débute soudainement par de l'agitation, par une poussée de délire ou par la stupeur. Ainsi, M. Anglade, quoique partisan convaincu de la confusion mentale primitive de M. Chaslin, qu'il définit, comme nous l'avons rapporté, est obligé, au paragraphe de l'évolution, car il est un observateur sagace et consciencieux, d'avouer que la confusion mentale est loin d'être toujours primitive, car avant son arrivée il a eu occasion de constater des phénomènes psychiques morbides que j'estime très caractéristiques : irritabilité, paresse cérébrale, et plus souvent des troubles vésaniques plus graves : agitation et poussée de délire; le début par la stupeur termine l'énumération. Cet aveu d'un aliéniste de son mérite a pour moi une très grande valeur.

De mon côté, tous les sujets que j'ai eu occasion d'observer, peu nombreux il est vrai, avaient eu une période prémonitoire, sans délire ni hallucination, bien entendu, mais avec des troubles de l'émotivité qui, quoique peu marqués, avaient attiré l'attention des parents, c'était la paresse cérébrale qu'indique M. Anglade, et en même temps un dégoût de tout, une tendance à tout voir en noir, des inquiétudes vagues, et puis la confusion mentale était survenue et avait persisté plus ou moins longtemps avant l'apparition des hallucinations et des conceptions délirantes.

Je crois qu'il doit en être ainsi dans tous les cas, et que toujours il existe une période prémonitoire avec des troubles légers de l'émotivité à caractère mélancolique, mais qui suffisent, comme chez mes sujets, à amener la confusion mentale par suite de l'exquise impressionnabilité due à la dégénérescence de même que chez d'autres, à organisation différente, ils suffisent à occasionner l'anxiété, et ces troubles émotifs n'ayant pas besoin d'être accusés pour produire la réaction confusionnelle, ils sont vite marqués par celle-ci comme ils le sont très souvent également par la réaction anxieuse, ce qui n'empêche que personne n'a jamais parlé d'une anxiété mentale primitive. Je pense que si l'attention était plus attirée sur ce

point, et des recherches plus minutieuses entreprises dans chaque cas auprès de ceux qui ont suivi de près les malades, on vérifierait ce que j'avance. Quant à la rareté du passage de la confusion mentale de ces confus au troisième degré, elle a son explication dans la nature du délire dégénératif qui, étant polymorphe et mobile, modifie à chaque instant sa réaction.

Dès lors, dans la forme décrite par M. Chaslin, la confusion mentale ne serait pas réellement primitive, elle ne serait qu'un cas particulier fort intéressant, voilà tout, de la complication que nous avons exposée plus haut de toutes les maladies mentales par ce syndrome. Avec la lypémanie, par suite de la nature dépressive et terrifiante de cette vésanie, la complication confusionnelle acquerrait une importance qu'elle n'a pas avec les autres, et revêtirait des caractères particuliers qui fourniraient le type Baillarger dans les cas simples et le type Chaslin dans les cas à dégénérescence. Une seule confusion mentale serait donc réellement primitive, ce serait celle constituant la stupidité de Georget.

Toutefois, je reconnais que de nouvelles recherches s'imposent et si celles que je poursuis me prouvent qu'il n'en est pas ainsi, je m'empresserai de le reconnaître. J'observe, en effet, avec impartialité et sans idée préconçue et je crois pouvoir me rendre cette justice que je ne recule pas devant l'aveu d'une erreur quand elle m'est démontrée par une expérience plus longue et mieux conduite. J'en ai fourni la preuve hier dans mon mémoire : *Obsessions et impulsions*, des *Archives d'anthropologie criminelle*. Aujourd'hui, je la fournis pour avoir nié à tort, il y a sept ans, la forme nouvelle décrite par M. Chaslin, et demain, je la fournirai encore dans mon mémoire que je prépare sur la prédisposition en étiologie mentale. Si donc, plus tard, de nouvelles observations me démontrent qu'il y a réellement une autre confusion mentale primitive que la stupidité de Georget, une confusion mentale réellement primitive sans phase prémonitoire, qui se complique, par la suite, d'hallucinations et de délire, je mettrai à le proclamer le même empressement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 juillet.

Origines alimentaires de l'arsenic normal chez l'homme

(Note de **MM. Armand Gauthier** et **P. Clausmann**.)

Puisque l'arsenic, après s'être localisé normalement dans les organes ectodermiques, se perd incessamment par la desquamation épithéliale, la chute des cheveux, les ongles, le flux menstruel, les fèces, etc., il était nécessaire de se demander à quelles sources l'économie emprunte cet élément singulier, notoirement indispensable à quelques tissus, et que l'on peut même retrouver à l'état de traces infimes dans beaucoup d'organes.

Il nous a paru intéressant de savoir quels sont les aliments qui nous le fournissent plus particulièrement et les proportions qu'on en peut trouver dans la chair des mammifères, celle des poissons, le lait, le pain, les legumes, les eaux potables, le sel marin, etc.

Nos recherches nous ont conduit aux conclusions suivantes :

Les quantités d'arsenic contenues dans la chair musculaire de mammifère sont extrêmement faibles comparées à celles qu'on trouve dans les organes réellement arsenicaux. Il semble qu'on puisse admettre que les petites traces qu'on rencontre dans le muscle représentent de l'arsenic circulant et non fixé.

Ce qui vient confirmer cette opinion c'est la grande variation de l'arsenic dans la chair d'une même espèce, chez les poissons, par exemple, suivant sans doute qu'ils vivent dans une eau de mer plus ou moins arsénicale et qu'ils reçoivent plus ou moins de ce métalloïde avec leur nourriture.

Parmi les aliments animaux, certaines chairs de poisson et les crustacés, et plus particulièrement encore leurs productions les plus phosphorées sont, avec le sel gris, les aliments les plus riches en arsenic que nous ayons rencontrés.

Le pain de froment est extrêmement peu arsenical. On remarquera que le blé, même avec son episperme, ne l'est pas davantage. Le son ne paraît donc pas arsénical, même celui qui provient du froment venu sur les sols granitiques.

Les feuilles vertes des choux cabus, les haricots verts *ne nous ont pas donné trace d'arsenic, même en opérant sur 1 kilogramme à la fois*. Il est donc inexact de dire que l'arsenic se trouve partout, à l'état de traces, ou même qu'il est nécessaire à toute cellule vivante. Au moins ne le trouve-t-on pas, même dans la proportion de 1/1000e de milligramme par kilogramme, dans ces végétaux.

Le vin, l'eau de boisson et le sel marin sont les sources habituelles auxquelles nous puisons la majeure partie de l'arsenic que nous assimilons.

Si, grâce aux données précédentes, on calcule maintenant la quantité de ce métalloïde qui entre dans la consommation alimentaire d'une journée, et si l'on prend comme type d'alimentation moyenne celle des Parisiens telle qu'elle résulte de la statistique relevée pour les habitants de Paris durant la décade 1890-1900, statistique qui vient d'être publiée par l'un de nous, on arrive aux nombres suivants :

Quantité d'aliments par jour et par habitant, à Paris.

Nature des aliments	Quantité moyenne d'aliments par jour	Arsenic correspondant en millièmes de milligramme
	gr.	μ gr.
Pain	420	2,9 (1)
Viande	180	1,8 (2)
Poisson	35	4,3
Œufs	24	0,05 (3)
Légumes herbacés	250	0,5 (4)
Légumes en grains	40	?
Pommes de terre..	100	1,12
Lait	213	0,10
Vin	518	2,9
Bière	30	0,0
Sel marin	10	2,3 (5)
Eau de boisson....	1000cmc	5,0

Arsenic total par jour........ 20,9, ou environ 21 millièmes de milligramme.

Arsenic reçu avec les aliments, par an : 7 milligr. 66.

Cette quantité d'arsenic est largement suffisante à nos besoins.

On sait que ce métalloïde se perd en partie par desquamation et dépilation. Nous avons constaté, à propos de ces recherches, qu'un homme adulte, de vingt à quarante ans, ne produit guère plus de 45 à 70 gr. de cheveux par an, ce qui répondrait à une perte au plus égale à 0 milligr. 021 d'arsenic. La coupe de la barbe et des ongles, la desquamation épithéliale, le flux menstruel, et certainement les matières fécales, comme l'avait déjà constaté l'un de nous, entraînent le reste de l'arsenic.

Au point de vue médico-légal il faudra, en certains cas, tenir compte des quantités relativement élevées d'arsenic qui se trouvent dans quelques aliments : poissons, crustacés, sel marin, vin, etc. Si, dans une expertise, on recherchait ce métalloïde dans le contenu intestinal, comme on le fait le plus souvent, on devra se préoccuper de la composition des derniers repas. Il nous semble plus prudent, dans les expertises légales, de se borner, en général, à rechercher l'arsenic dans les organes où il n'existe pas normalement ou seulement à l'état de traces infimes : le foie, la rate, le muscle et même les tuniques de l'intestin après

(1) Y compris tous les dérivés du froment (gâteaux, pâtes, etc.).

(2) 180 gr., os déduits.

(3) Comptés sans la coquille.

(4) Approximatif.

(5) Moyenne entre le sel blanc et le gris.

lavage. Toutefois, l'existence constatée de ce métalloïde dans le contenu intestinal en quantités se rapprochant du dixième de milligramme ne nous paraît, en aucun cas, pouvoir être mise sur le compte de l'arsenic alimentaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet

Sur la stomatite ulcéro-membraneuse

M. Kelsch montre que cette stomatite est une maladie limitée dans l'espace, car c'est en France surtout qu'elle a trouvé son milieu de prédilection, limitée aussi dans le temps, car l'intervalle d'un siècle environ l'a vu naître et disparaître dans les casernes.

En même temps, elle naissait et se répandait parmi les enfants du prolétariat, groupés dans des hôpitaux étroits, des orphelinats, des asiles, des écoles insalubres, elle s'est éliminée peu à peu du cadre des maladies communes, au bout de cent ans de règne.

M. Kelsch émet l'opinion que l'angine à symbiose fuso-spirillaire n'est peut-être que la continuation de la stomatite ulcéro-membraneuse, avec une déviation sensible dans son expression clinique et la réduction à une discrète sporadicité.

Du brome dans le traitement de la diphtérie

M. Hutinel lit un rapport à propos d'un nouveau traitement de l'angine diphtérique proposé par **M. Bascoul**. D'après M. Bascoul, ce traitement, utilisable dans les pays où le sérum de Roux manque ou ne peut être conservé, consiste dans l'administration du brome donné en potion à la dose de 5 à 20 gouttes dans de l'eau sucrée. Ce traitement aurait donné quelques résultats dans l'angine diphtérique et les angines graves de la scarlatine. Les observations précises manquent pour qu'il soit possible de tirer des conclusions sur un remède d'une efficacité au moins douteuse.

M. le Président annonce la mort de M. Trasbot.

M. Chantemesse lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument Pasteur.

M. Monod présente quelques observations sur la prothèse nasale par la paraffine.

ÉLECTIONS

MM. Ronald Ross (Liverpool) et Weir Mitchell (Philadelphie) ont été élus membres correspondants étrangers (1re division médecine).

B.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Intoxication aiguë par le bichromate de potasse; lavage de l'estomac au nitrate d'argent; guérison

Un procédé bien moderne de suicide, en rapport avec les applications multiples de l'électricité dans les habitations privées, est l'ingestion du liquide animant les piles galvaniques, généralement composé d'une solution concentrée de bi-chromate de potasse acidulé d'acide sulfurique. On sait que ces intoxications sont très dangereuses, le plus souvent mortelles. Ayant eu, récemment, à soigner une femme âgée de quarante-deux ans qui, quelques heures auparavant, avait avalé trois cuillerées à bouche d'une solution bi-chromatée saturée, **M. A. Lohr** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 11 juillet 1904), assistant de la clinique médicale du prof. R. von Jaksch, à Prague, eut recours au nitrate d'argent, que son chef avait préconisé comme contre-poison de l'intoxication dont il s'agit, ce corps possédant la propriété de transformer l'acide chromique et ses sels en chromate d'argent insoluble. Après avoir fait passer par l'estomac près de 40 litres d'eau stérilisée tiède, M. Lohr lava la cavité gastrique avec 3 litres d'une solution de nitrate d'argent à 0,1 %. Une heure plus tard, la malade présenta des phénomènes de collapsus qui, cependant, cédèrent à l'huile camphrée administrée par la voie hypodermique, et aux injections massives d'eau salée. Bientôt après, la malade entrait en convalescence; elle ne tarda pas à guérir.

Cette guérison, l'auteur croit pouvoir l'attribuer au nitrate d'argent. Il conseille donc, pour tous les cas d'empoisonnement chromique aigu, de laver l'estomac d'abord avec une quantité d'eau stérilisée tiède, puis avec une solution argentique à 0,1 %.

Ajoutons, en terminant, que la malade en question avait présenté, entre autres phénomènes morbides, 0,15 % de sucre dans les urines. L'intoxication chromique aiguë peut donc, comme beaucoup d'autres empoisonnements, s'accompagner de glycosurie.

L'albargine et le protargol dans le traitement abortif de la blennorragie

L'indication pour un essai de traitement abortif de la blennorragie (infection toute récente, limitée à l'urètre antérieur) ne se rencontre pas fréquemment, mais elle ne s'en présente pas moins dans la pratique. En pareille occurrence, on employait autrefois le nitrate d'argent. Actuellement, ce sel est remplacé avec avantage par l'albargine ou par le protargol, combinaisons d'argent avec des substances protéiques, qui, tout en étant beaucoup moins irritantes que le nitrate, présentent encore sur lui le grand avantage de pénétrer plus profondément dans l'épaisseur des muqueuses.

M. F. Fuchs, spécialiste pour les maladies des voies urinaires à Breslau, possède actuellement 8 observations de chaude-pisse qu'il est parvenu à couper au moyen d'injections d'albargine en solution à 2 %. Il se sert, à cet effet, d'une seringue de 100 cc, dont la canule se termine en un renflement olivaire permettant de réaliser l'occlusion hermétique du méat. Il pousse l'injection jusqu'à ce que le malade accuse une sensation nette de distension du canal, laisse séjourner, pendant 5 minutes, le liquide médicamenteux dans l'urètre, pratique ensuite une seconde injection, la maintenant dans le canal pendant 3 minutes, et termine par une troisième injection de 2 minutes de durée seulement. La durée totale de la séance est donc de 10 minutes pendant lesquelles la muqueuse urétrale demeure en contact avec l'albargine. Chez les 8 malades de l'auteur, à la suite de cette intervention abortive unique, ne provoquant qu'une réaction modérée, les gonocoques disparurent dans l'écoulement urétral qui, lui-même, devint bientôt muqueux, cette sécrétion purement catarrhale n'ayant pas tardé à disparaître complètement sous l'influence d'injections astringentes.

De son côté, le professeur **S. Bettmann** (*Münch. med. Woch.*, 12 juillet 1904), d'Heidelberg, ayant eu l'occasion de tenter le traitement abortif de la chaude-pisse au moyen du protargol chez 42 malades, en a obtenu plein succès chez 20 d'entre eux, soit dans 47,6 % des cas. Il est à remarquer que, dans ces observations, notre confrère, au lieu d'employer le protargol en injections intra-urétrales, badigeonnait l'urètre antérieur, sur une étendue de 6 à 8 centimètres à partir du méat, au moyen d'un pinceau de blaireau, monté sur une tige et imbibé d'une solution à 20 % de protargol dans un mélange de 45 parties d'eau et de 55 parties de glycérine. Les badigeonnages étaient répétés autant que possible chaque jour, parfois avec un jour d'intervalle. La guérison fut obtenue après six badigeonnages de l'urètre et huit jours de traitement au maximum.

De quelques usages thérapeutiques de l'anesthésine

M. Hœnigschmied (*Heilkunde*, février 1904) se sert avec avantage de l'anesthésine (éther composé de l'acide para-amidon-benzoïque) contre les stomatites douloureuses, ainsi que pour combattre les douleurs liées à l'ulcère gastrique ou au cancer de l'estomac.

Dans le premier cas, qu'il s'agisse de stomatite catarrhale, aphteuse, ulcéreuse ou de muguet, notre confrère a coutume de prescrire le collutoire ci-dessous formulé :

Huile d'amandes douces......	àà 15 gr.
Alcool rectifié...............	
Mucilage de gomme arabique.	

Mêlez et émulsionnez, puis ajoutez :

Anesthésine....	1 gr.
Sirop simple....	15 gr.

Badigeonner les parties atteintes au moyen d'un pinceau chargé de ce mélange.

Voici, maintenant, la formule à employer dans les cas d'ulcère rond de l'estomac :

Anesthésine		3 gr. 60
Poudre de rhubarbe	}	àâ 0 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth	}	
Sucre de lait		2 gr.

Mêlez et divisez en douze paquets (ou cachets).

A prendre : trois ou quatre doses par jour.

Pour ce qui concerne, enfin, le cancer de l'estomac, la dose d'anesthésine, susceptible de produire ici un effet analgésique suffisant, serait de 2 gr. par jour, repartie en quatre prises et administrée en cachets.

Traitement de la cystite par l'urotropine associée au phosphate acide de soude

M. W. de Wheeler (*Med. Press and Circular* 29 juin 1904) recommande contre la cystite catarrhale avec urine ammoniacale purulente la formule que voici :

Phosphate acide de soude	8 gr.
Urotropine	4 gr.
Infusion de feuilles d'uva ursi	168 gr.

A prendre trois cuillerées à bouche par jour.

Dans cette mixture, l'urotropine agit comme antiseptique urinaire et le phosphate acide de soude supprime la reaction alcaline de l'urine dont il est l'acidifiant naturel. La combinaison de ces deux substances donnerait, d'après l'expérience de l'auteur, des résultats sensiblement supérieurs à ceux qu'on obtient, dans la cystite, par l'urotropine employée à elle seule.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

MM Bonnaire, Gilbert, Legry, Leguen, Lucas Championnière, Rieffel de Paris.

MM. Bosc, Bimar, Galavielle, De Girard, Mouret, de Montpellier; Cannieu, Montalier, Princeteau, Villar, de Bordeaux; Doyon, Jaboulay, Ulrich, de Lyon; Bax, d'Amiens; Bordillet, Forte, de Grenoble; Bataille, de Rouen; Bézy, de Toulouse; Devaux, de Limoges; Fleury, Lenormand, de Rennes; Jouteau, de Poitiers; Noury, de Caen; Roland, de Besançon; Schuhl, de Nancy; Thierry, de Tours; Labbé, d'Alger; Lamer, de Perpignan; Dargelos, d'Aix.

Officiers d'académie

MM. Chauffard, Cunéo, Démelin, Faure, Gosset, Gouet, Thiroloix, Weiss, Méry, de Paris.

MM. Allaire, Boutron, de Nantes; Balgue, de Besançon; Bauby, Soulié, de Toulouse; Bénech, Gentes, de Bordeaux; Déléarde, de Lille; Dieulafé, Dubois, de Clermont; Dor, Gayet, de Lyon; Dubard, de Dijon; d'Hardivillier, d'Amiens; Hesse, de Grenoble; Millardet, de Rennes; Paris, de Nancy; Larcena, de Sens; Lacaze, de Montauban; Perrin, de Marseille; Royer, d'Angers; Vilon, de Versailles; Arnaud, de Cluny.

LES VACCINATIONS DANS LA SEINE-INFÉRIEURE

Dans son assemblée générale, tenue à Rouen le 3 juillet, la Société locale de l'A. G. s'est occupée des conditions dans lesquelles devaient s'exécuter les vaccinations et revaccinations prescrites par la loi sur la santé publique et a voté le texte suivant :

« L'Association décide :

De faire observer que si la loi rend la vaccination et la revaccination obligatoires, il ne s'ensuit pas que ces opérations doivent être gratuites pour tout le monde;

De demander à M. le Préfet de la Seine-Inférieure que le service de vaccinations et revaccinations soit confié aux médecins de l'Assistance, afin de montrer aux populations que la gratuité de ces opérations ne saurait s'étendre à ceux qui sont en état de les payer. Il en résulterait ainsi une diminution notable dans les charges qui vont incomber au département et aux communes si l'on étend la gratuité à tout le monde.

L'Association est d'avis de fixer à 1 fr le prix de chaque vaccination ou revaccination faite au compte du département. »

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VII[e] Session.)

Ce Congrès se tiendra à Paris du 24 au 27 octobre, sous la présidence du prof. Cornil.

Les questions suivantes seront l'objet de rapports et de discussions :

1° La pression artérielle dans les maladies; rapporteurs : MM. Bosc, Vedel (Montpellier) et Vaquez (Paris).

2° Des injections mercurielles; rapporteurs : MM. Lannois (Lyon) et Balzer (Paris).

3° De l'obésité; rapporteurs : MM. Maurel (Toulouse) et Le Noir (Paris).

Le bureau est ainsi constitué :

Président : M. Cornil.

Vice-présidents : MM. Henriot et Brissaud.

Secrétaire général : M. Gilbert Ballet

Trésorier : M. Merklen.

Secrétaire général adjoint : M. Enriquez.

Trésorier adjoint : M. Pierre Teissier.

Le bureau s'est adjoint un comité de patronage composé de : MM. Debove, doyen de la Faculté de médecine; Brouardel, doyen honoraire; Bouchard, membre de l'Institut; Lancereaux, ancien président de l'Académie de médecine; A. Fournier, prof. honoraire; les prof. Déjerine, Dieulafoy, Gaucher, Gilbert, Grancher, Hutinel, Joffroy, Landouzy, Raymond; E. Besnier, membre honoraire de la Société médicale des hôpitaux; Danlos, président, et P. Le Gendre, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux; Antony, prof. au Val de Grâce; d'Arsonval et Charrin, prof. au Collège de France.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. E. Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

COURS DE VACANCES

M. Rémy, agrégé, commencera, le lundi 1[er] août 1904, des leçons pratiques de médecine des accidents du travail (177, rue de Courcelles, à Paris, à la clinique des accidents du travail), et les continuera les mardis, mercredis, vendredis, samedis et lundis, de 11 heures à midi.

Le cours comprendra 12 leçons.

Se faire inscrire 177, rue de Courcelles ou 31, rue de Londres.

L'enseignement comprendra l'examen clinique des blessés, la discussion d'observations ou d'expertises et des conférences sur les sujets suivants :

1° Moyens de diagnostic en particulier par l'électricité et les rayons X.

2° Traitement intensif des accidents; les premiers secours à l'étranger et en France; diminution des incapacités temporaires et permanentes par l'opération appropriée, par le massage, la mécanothérapie et l'électrisation; arthrites, raideurs et atrophies.

Accidents du travail les plus fréquents intéressant :

3° La main;

4° Le poignet et le coude;

5° L'épaule et la hanche;

6° Le crâne, la colonne vertébrale et le bassin;

7° La cuisse et le genou;

8° La jambe;

9° Le pied;

10° Les état antérieures;

11° L'hystéro-traumatisme;

12° Les procédés physiologiques d'évaluation.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. Marfan.

L'angine diphtérique et ses deux formes : forme commune et forme maligne

2e leçon (1)

III. — Lésions viscérales dans l'angine diphtérique maligne

Nous devons aujourd'hui rechercher les causes de la malignité dans l'angine diphtérique. Nous demanderons un premier éclaircissement à l'anatomie pathologique. Ouvrons le cadavre d'un sujet qui a succombé à une angine diphtérique maligne.

Qu'il s'agisse de formes malignes à évolution lente ou de formes malignes à marche rapide, dans les autopsies, on trouve à peu prés les mêmes lésions; la seule différence importante consiste en ce que ces altérations sont beaucoup plus accusées dans les formes lentes que dans les formes rapides, où le temps fait défaut pour qu'elles puissent atteindre un haut degré.

Le cœur, le foie et le rein sont les organes qui présentent les altérations les plus constantes.

En examinant le *cœur*, on voit qu'il existe parfois, surtout dans les formes hémorragiques, de petites ecchymoses sous-péricardiques. Le cœur est dilaté dans son ensemble. Le *myocarde* est mou, flasque; sur des coupes, il offre tantôt une couleur feuille morte plus ou moins diffuse, tantôt des îlots de décoloration; ces modifications sont généralement prédominantes dans les parois ventriculaires et vers la pointe.

Si les altérations myocardiques visibles à l'œil nu sont assez uniformes, il n'en est pas de même des modifications microscopiques qui sont assez variables, ce qui explique pourquoi les descriptions des divers auteurs qui s'en sont occupés sont loin d'être identiques. En fait, on trouve trois types ou mieux trois degrés de lésions du myocarde. Le premier stade consiste dans une dilatation plus ou moins marquée des vaisseaux dont les parois sont peu altérées et dans la présence de petits îlots hémorragiques. Les lésions parenchymateuses, très légères dans ce premier stade, deviennent très appréciables dans le second; elles sont disposées en îlots sur les muscles papillaires, à la région apexienne, dans les zones sous-endocardiques et sous-péricardiques; elles consistent dans l'état granuleux et vacuolaire de la fibre cardiaque qui se complique parfois de dégénérescence graisseuse et de multiplication nucléaire. Tout récemment, Eppinger a avancé que la lésion la plus constante du cœur diphtérique était une véritable dissolution de la fibre musculaire; cette altération serait facile à reproduire en plongeant un fragment de myocarde dans une solution de toxine diphtérique; Eppinger lui donne le nom de *myolisis cordis diphterica toxica*. Nous n'avons pu encore vérifier ces assertions. Enfin, dans un troisième stade, aux lésions des deux premiers se joignent des altérations interstitielles : infiltration leucocytaire plus ou moins diffuse, surtout autour des vaisseaux; quelques foyers d'hypergenèse conjonctive sous forme de tissu mucoïde.

La *thrombose cardiaque* accompagne souvent cette myocardite (près de huit fois sur dix dans l'épidémie de 1901-1902. Son existence a été signalée autrefois, particulièrement par Beverley Robinson, par Bouchut et Labadie-Lagrave (1); de plus, quelques auteurs avaient observé des accidents emboliques qui ne pouvaient s'expliquer que par l'existence d'une thrombose cardiaque. Cependant, comme on peut s'en assurer par la lecture des livres classiques, cette altération fut presque complètement négligée jusqu'en 1902, époque à laquelle moi-même et mes élèves nous les avons de nouveau étudiées et montré qu'elles jouent un rôle important dans les accidents mortels survenant au cours ou à la suite des angines diphtériques malignes (2). Ce qui a fait négliger cette lésion c'est la difficulté qu'on éprouve à distinguer les thromboses cardiaques de la diphtérie maligne des caillots qui se forment dans le cœur durant l'agonie ou après la mort. Mais ceci exige une explication préalable.

On admet généralement qu'il est facile de distinguer les caillots intra-cardiaques formés après la mort de ceux qui se sont formés pendant la vie et ont pu jouer un rôle dans les accidents constatés.

On considère comme formés après la mort, ou tout au moins durant l'agonie, les caillots qui ont les caractères suivants : ils sont d'un rouge noirâtre, mous, friables, filamenteux, humides, d'aspect gelée de groseille; parfois, surtout quand les malades ont succombé à une affection phlegmasique, ils sont recouverts, partiellement ou complètement, d'une couche blanchâtre ou blanc-jaunâtre, gélatiniforme, identique à la couenne dite inflammatoire du sang retiré par saignée. Ces caillots peuvent se rencontrer dans toutes les cavités du cœur; mais ils sont plus fréquents à droite, surtout dans l'oreillette.

On considère comme formés pendant la vie et comme ayant pu jouer un rôle dans les accidents constatés les caillots intra-cardiaques qui ont les caractères suivants : ils sont d'un blanc gris ou d'un gris-jaunâtre ou d'un gris-rougeâtre, parfois brunâtre; ils sont élastiques, résistants, un peu cassants, d'une texture grenue ou fibrillaire, ou lamellaire; ils sont moins gros que les précédents, ils sont adhérents à l'endocarde, presque toujours enflammé en pareil cas; ils forment des concrétions polypiformes (polypes du cœur) appendues aux valvules ou aux parois, ou des masses sessiles de forme variable, ou des plaques étalées sur les parois du cœur et enchevêtrées aux colonnes charnues; ils siègent aussi bien à droite qu'à gauche; leur nombre est variable.

Or, les caillots que l'on rencontre le plus souvent dans la diphtérie ne présentent pas nettement le type des caillots considérés comme sûrement développés durant la vie; mais, ainsi que nous allons le voir, un type intermédiaire aux deux formes précédentes. C'est ce qui nous fit hésiter, quand notre attention fut attirée sur cette question, à les considérer comme ayant une signification pathologique. Nous restions donc sur la réserve, lorsque l'observation de quelques cas d'embolie vint nous montrer la vérité. Ces premiers cas méritent d'être relatés brièvement. Dans celui qui nous éclaira tout d'abord, il s'agissait d'un enfant de deux ans et

(1) Voir *Bulletin medical*, 1904, n° 55, p. 641.

(1) Robinson Beverley. De la thrombose cardiaque dans la diphtérie. Thèse de Paris, 1872 (ce travail contient le résumé des recherches antérieures sur le même sujet). — Labadie-Lagrave. Des complications cardiaques du croup et de la diphtérie. Thèse de Paris, 1875.

(2) Deguy. Un cas de thrombose cardiaque dans la diphtérie Société de pédiatrie, mai 1902, p. 216) — Marfan Les angines diphtériques malignes observées en 1901 et 1902 (Société méd. des hôpitaux, 11 juillet 1902). — Deguy et Benjamin Weill. Sur la thrombose cardiaque avec embolies dans la diphtérie (*Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, juillet 1902, p. 427). — Detot. Infarctus pulmonaires multiples par embolies consécutives à une thrombose cardiaque dans un cas d'angine diphtérique hémorragique (Soc. de péd., nov. 1903, p. 297). — Marfan. Thrombose cardiaque et embolie de l'aorte abdominale après une angine diphtérique maligne (Soc. de pédiat., mai 1904.)

demi, entré depuis quelques jours à l'hôpital avec une angine maligne qui fut pris brusquement de convulsions, d'où il sortit avec une hémiplégie gauche; il mourut vingt-quatre heures après le début des accidents cérébraux; à l'autopsie, nous trouvâmes une embolie du tronc de l'artère sylvienne droite avec un infarctus cortical et, dans le cœur gauche, à la pointe, des caillots dont les caractères étaient tels que, sans la présence de l'embolie, nous aurions conclu à leur origine agonique. Par un singulier hasard, la semaine suivante, il nous fut donné d'observer deux enfants qui, après une angine maligne, moururent avec de l'angoisse, de la dyspnée et de la cyanose et à l'autopsie desquels nous trouvâmes des infarctus du poumon déterminés par des embolies ayant leur origine dans des thromboses de la pointe du cœur droit. Ainsi, ces caillots de la pointe du cœur, que nous avions déjà vus souvent, n'étaient point des caillots agoniques, comme nous l'avions pensé jusque-là; la thrombose cardiaque était bien un accident de la diphtérie, un accident capable de jouer un rôle important dans les phénomènes terminaux et dont l'étude devait être reprise.

Voici quels sont les caractères de ces caillots dont on ne peut nier la formation pendant la vie, puisqu'ils peuvent déterminer des embolies. Ils siègent surtout à la pointe (1), ils forment des concrétions d'un gris-brunâtre ou rougeâtre; très rarement ils sont décolorés. Ils sont mous par places, plus résistants par endroits; ordinairement, ils sont constitués par une sorte de stroma grisâtre, un peu élastique, enserrant dans ses mailles des parties rouges et molles. Ils sont enchevêtrés dans les cordages et les piliers et *plus ou moins adhérents* à l'endocarde; ils n'ont pas de stratification évidente. On les trouve aussi bien à la pointe du ventricule droit qu'à celle du ventricule gauche, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux. On peut trouver aussi des caillots dans les oreillettes; mais là ce sont, le plus souvent, des caillots purement cruoriques et très probablement développés durant l'agonie ou après la mort.

Il n'est pas surprenant que les caillots d'origine vitale de la diphtérie aient des caractères qui les rapprochent des caillots d'origine agonique. Toutes les concrétions sanguines qui se forment dans le cœur, même pendant la vie, commencent par être des caillots cruoriques et ce n'est que progressivement qu'ils prennent les caractères attribués aux caillots d'origine vitale. Or, dans la diphtérie, la mort survenant très rapidement après la coagulation, il n'est pas surprenant qu'ils ne présentent pas encore nettement ces caractères.

Ces faits établis, MM. Deguy et Benjamin-Weill voulurent bien, à ma demande, faire une étude spéciale de ces thromboses cardiaques de la diphtérie maligne, et ils firent des constatations du plus haut intérêt. En examinant avec soin l'endocarde au niveau de la pointe, là où les caillots lui sont plus ou moins adhérents, ils virent que cette membrane était légèrement granuleuse et le microscope leur permit de constater l'existence d'une *endocardite apexienne*; sur des coupes de la pointe du cœur, ils virent, au niveau de l'endocarde enflammé et des caillots, des cocci nombreux le plus souvent groupés en diplocoques; cette constatation fut le point de départ de recherches bactériologiques sur lesquelles je vais revenir.

Ainsi se trouvait démontrée la réalité de l'endocardite dans la diphtérie, complication décrite autrefois par Bouchut et Labadie-Lagrave et si souvent contestée depuis; c'est une endocardite, non pas valvulaire, mais apexienne. Ainsi se trouvait démontrée pareillement l'existence de thromboses cardiaques dans la diphtérie, signalée il y a déjà longtemps, mais également fort discutée.

Quant à la formation de ces thromboses, elle s'explique par la stase sanguine due à la dilatation des cavités ventriculaires dont les parois sont profondément altérées, par les altérations du sang et surtout par l'état granuleux de l'endocarde à la pointe.

La thrombose cardiaque est parfois l'origine d'embolies qui donnent naissance à des accidents insolites précédant la mort. Les caillots du cœur droit peuvent engendrer des infarctus du poumon, parfois extrêmement nombreux, comme dans l'observation rapportée par M. Detot. Les caillots du cœur gauche peuvent déterminer une embolie cérébrale (convulsions, hémiplégie, aphasie), des infarctus spléniques, hépatiques. Ils peuvent aussi donner naissance à une embolie de l'aorte abdominale, comme j'en ai rapporté un exemple, ou à une embolie de l'iliaque externe et de la fémorale gauches et de l'artère fémorale droite, comme dans le cas de M. Auché; le diagnostic de ces dernières embolies peut être établi par la douleur violente, éclatant brusquement dans l'abdomen ou dans les membres inférieurs et par la disparition des battements dans les artères fémorales (1).

Le degré et la constance des altérations du cœur autorisent à leur faire jouer un rôle prépondérant dans les accidents mortels qui se montrent au cours ou à la suite des angines diphtériques malignes. Elles expliquent les modifications du pouls, les altérations des bruits du cœur et l'augmentation de la matité cardiaque, la mort par syncope ou avec des phénomènes d'angoisse, de dyspnée et de cyanose, la mort avec accidents emboliques. Mais s'il est exact que les lésions cardiaques jouent un rôle important dans les phénomènes observés pendant la vie et qu'elles sont souvent la cause déterminante de la mort, il n'est pas légitime de les considérer comme étant seules en jeu dans les accidents de l'angine maligne, car elles s'accompagnent de toute une série d'autres modifications qui montrent que l'organisme entier est intéressé.

Le *sang* est profondément altéré, ainsi qu'en témoigne la pâleur extrême observée pendant la vie; à côté de la polynucléose, qui, plus ou moins marquée, existe toujours dans la diphtérie et sur laquelle je reviendrai en étudiant la sérumthérapie, on trouve dans les formes malignes des altérations des globules rouges, qui diminuent de nombre et perdent leur hémoglobine.

Le *foie* est toujours lésé. Il est gros: il offre sur un fond rouge, plus ou moins foncé, des *taches blanches*, irrégulières, plus ou moins étendues, siégeant aussi bien sous la capsule que dans l'intérieur du parenchyme. Au microscope, on y trouve les altérations qui caractérisent le « foie toxi infectieux », associées souvent à celle de la stase veineuse: infiltration lymphocytaire des espaces portes et des fissures de Kiernan, avec tuméfaction des cellules conjonctives; congestion intra et périlobulaire, hyperleucocytose intravasculaire; assez rarement endo et périvascularite; dislocation des travées hépatiques, altérations dégénératives des cellules (tuméfaction, trouble, dégénérescences vitreuse et graisseuse,

(1) En raison de cette prédominance des lésions vers la pointe, il faut, quand on veut bien voir les altérations que détermine la diphtérie, faire d'abord une section horizontale de l'apex et ne pas suivre les procédés classiques d'ouverture du cœur.

(1) Une curieuse observation de M. Breton prouve que ces accidents emboliques, même multiples, peuvent se terminer par la guérison avec hémiplégie définitive chronique. (Breton : Paralysie méta-diphtérique due à des embolies multiples. Société de pédiatrie, 17 juin 1902, p. 244.)

karyolyse, nécrose de coagulation) (1); dilatation de la veine centrale du lobule en certains points.

Les lésions des *reins* sont presque constantes, mais d'un degré très variable. A l'œil nu, on trouve, ou des reins de volume normal, mais d'une couleur blanchâtre et d'une consistance molle; ou, plus rarement, des reins gros, durs et rouges; ou un mélange de ces deux ordres de lésions, dégénératives et hyperémiques; ou, enfin, une absence de modifications visibles à l'œil nu. Dans ce dernier cas, le microscope montre le plus souvent des lésions plus ou moins marquées. Les altérations histologiques consistent en hyperhémie, petits foyers hémorragiques, glomérulite, diapédèse leucocytaire diffuse ou en îlots, et dégénération des cellules des tubes contournés. La prédominance de l'une ou l'autre de ces altérations explique les divers aspects du rein diphtérique à l'œil nu. Sur des préparations faites par M. Deguy, nous avons vu, dans certains cas, les capillaires du rein remplis de diplocoques.

Dans les voies respiratoires, abstraction faite des cas où la diphtérie a envahi le larynx, la trachée et les bronches, et où on trouve presque toujours de la broncho-pneumonie, on rencontre habituellement de la *congestion des poumons*, plus ou moins prononcée, sans aucune lésion des bronches.

L'*encéphale et le bulbe* offrent parfois une hyperémie assez marquée du réseau pie-mérien; mais ils ne présentent pas, en général, de lésions microscopiques appréciables.

Dans les diphtéries malignes hémorragiques, on rencontre ordinairement de petits foyers d'infiltration sanguine dans divers organes: sous le péricarde, dans les poumons, sous la plèvre, dans le myocarde, sur la muqueuse gastro-intestinale, dans les reins et le foie, dans la rate, dans le grand épiploon et le mésentère. Je suis porté à croire que ces foyers hémorragiques représentent des infarctus d'origine embolique; mais de nouvelles recherches sur la thrombose cardiaque permettront seules d'élucider cette question.

Telles sont les altérations que révèle l'autopsie des cas d'angine diphtérique maligne. Elles consistent en somme dans la vaso-dilatation, souvent avec foyers hémorragiques, dans la dégénération des éléments nobles et dans la production d'infiltrations leucocytaires, souvent en îlots périvasculaires; elles frappent surtout le cœur, le foie et les reins.

En les comparant aux symptômes observés pendant la vie, on voit que les altérations cardiaques jouent un rôle important, puisque la mort survient toujours par le cœur; la myocardite et les thromboses expliquent la mort subite, la mort avec cyanose et angoisse respiratoire, la mort avec accidents emboliques variés. Toutefois, il n'est pas légitime, comme le font quelques auteurs, de décrire sous le nom de myocardite l'ensemble des phénomènes qui constituent le syndrome secondaire. La clinique et l'anatomie pathologique sont d'accord pour montrer que tous les grands organes sont atteints par la maladie; dans ce concert, le cœur joue, à un moment donné, la partie principale; mais il n'est pas seul en jeu; le foie, les reins, le système nerveux prennent part à l'ensemble.

Il me paraît encore moins légitime de rapporter les accidents du syndrome secondaire à une forme spéciale de la paralysie diphtérique; on les trouve pourtant décrits plus ou moins nettement sous le nom de paralysie bulbaire ou paralysie du pneumogastrique. La constance des lésions du myocarde et l'inconstance des altérations nerveuses ne permettent pas de douter que les premières ont, dans la genèse de la mort, une action beaucoup plus importante que les secondes.

Pour toutes ces raisons, je regarde comme plus exact de désigner les accidents tardifs de la diphtérie maligne par l'expression : « syndrome secondaire de la diphtérie maligne ».

IV. — Pathogénie de la malignité. Rôle de l'hyperintoxication et des associations microbiennes.

Il nous faut, maintenant, rechercher les causes de ces altérations, c'est-à-dire aborder le problème de la malignité dans la diphtérie.

Deux hypothèses doivent être discutées : ou la malignité est la conséquence d'une hyperintoxication diphtérique, ou elle est le fait d'une infection associée à l'intoxication diphtérique.

I. La première théorie qui vient à l'esprit est que la malignité est due à une hyperintoxication diphtérique.

Comme l'ont démontré MM. Roux et Yersin, le bacille de la diphtérie agit sur l'organisme par l'intermédiaire d'une toxine qu'il élabore. Si on cultive le bacille de la diphtérie en milieu liquide, si on filtre ensuite le bouillon de culture, le liquide qui a traversé le filtre est complètement dépourvu de bacilles et, pourtant, si on l'inocule à l'animal, celui-ci meurt de la même manière et présente les mêmes lésions que si on lui avait injecté directement le bacille; il y a donc, dans le liquide filtré, des produits solubles toxiques qui ont été élaborés par le microbe.

D'autre part, le bacille ne végète dans l'organisme que là où il y a des fausses membranes, il ne pénètre pas dans le sang et n'envahit pas les viscères.

On en peut donc conclure que c'est bien à l'absorption des toxines que sont dus les accidents généraux de la maladie; et, dès lors, il est naturel de penser que la malignité peut être le fait d'une hyperintoxication.

Quand il s'agit de malignité secondaire (transformation d'une angine commune en angine maligne), on peut supposer que la maladie, légère au début, mais non traitée, accumule progressivement des quantités considérables de toxine qui a le temps d'adhérer fortement aux tissus, et qu'ainsi est réalisée l'hyperintoxication et la malignité. Quand il s'agit de malignité primitive, on peut supposer: 1° ou que le bacille sécrète une toxine d'une activité spéciale: 2° ou que l'organisme lui offre une résistance moindre que dans la diphtérie commune. Quel que soit le mécanisme de l'hyperintoxication, le résultat est le même: l'adhérence de la toxine aux tissus devient si forte que le sérum, d'ailleurs trop tard injecté le plus souvent, ne parvient ni à la déplacer, ni à immuniser assez tôt l'organisme pour empêcher des désordres irréparables.

En faveur de la théorie de l'hyperintoxication, il y a des arguments très puissants. D'abord, le fait suivant: avant le sérum, la transformation d'une angine diphtérique commune en angine maligne était fréquente; on ne l'observe presque plus depuis le sérum.

En outre, on peut invoquer l'analogie très grande des lésions de la diphtérie maligne chez l'homme et de celles qu'on trouve chez les animaux tués par l'inoculation de fortes doses de toxine (lésions congestives et lésions dégénératives du foie, du rein, du cœur; reproduction des paralysies chez l'animal).

Sans doute, on peut trouver des différences; les thromboses cardiaques, fréquentes chez l'homme, ne se voient pas chez l'animal; les lésions des capsules surrénales, à peu près constantes chez le cobaye, sont rares chez l'homme. Mais il n'y pas là une objection

(1) P. Girard. — Le foie diphtérique. (Thèse de Paris, 1901.)

suffisante, parce que l'expérimentation démontre que le même poison diphtérique inoculé à trois animaux différents, le cobaye, le lapin et le chien, ne produit pas de lésions absolument identiques.

Chez le cobaye, l'animal le plus sensible et le plus ordinairement inoculé dans les laboratoires, l'hyperémie atteint surtout les ganglions lymphatiques et les capsules surrénales, qui sont parfois le siège d'hémorragies; souvent un épanchement séreux remplit les plèvres, et parfois le tissu pulmonaire est splénisé; les altérations du foie et des reins manquent ou sont légères.

Chez le lapin, la pleurésie est rare; mais les altérations du rein et du foie sont très accusées. Chez le chien, le poison diphtérique détermine de l'ictère et une paralysie généralisée.

Mais, malgré ces différences, qui ont trait surtout à la prédominance de telle ou telle localisation, il n'en est pas moins vrai que les lésions essentielles sont à peu près les mêmes chez l'homme et chez les animaux, particulièrement lorsqu'on ne se borne pas aux constatations de l'œil nu, et qu'on examine ces viscères au microscope.

La théorie de l'hyperintoxication, cause de la malignité, peut donc expliquer l'ensemble des faits. Pour qu'elle cessât d'être une hypothèse, il nous faudrait des moyens de mesurer chez l'homme, et dans un cas donné, sinon le degré de l'intoxication, du moins l'activité de la toxine en jeu et la résistance de l'organisme. Malheureusement, nous ne possédons pas ces moyens, et, de plus, chez l'homme, un nouvel élément vient compliquer le problème : la fréquence des infections associées.

II. Dans la diphtérie humaine, en général, les associations microbiennes ne sont pas rares; *elles sont constantes ou à peu près dans l'angine diphtérique maligne*. On est donc conduit à se demander si l'association microbienne ne joue pas un rôle dans la pathogénie de la malignité. L'association est-elle un fait secondaire et accessoire, conséquence fatale de l'hyperintoxication qui est le phénomène primitif et essentiel? Ou l'association est-elle un phénomène primitif et prépondérant, et la malignité résulte-t-elle de l'association même? Ce sont là des problèmes trop importants pour que je ne les aborde pas ici.

Le premier microbe accusé d'être le plus habituellement associé au bacille de la diphtérie, fut le streptocoque pyogène, et les cas où on trouvait cette association furent désignés par les Allemands sous le nom de *diphtérie septique*, par M. Barbier sous le nom de *diphtérie associée*, par MM. Sevestre et L. Martin sous le nom de *strepto-diphtérie*. Les faits sur lesquels on s'appuie pour admettre cette forme spéciale de diphtérie sont les suivants :

1° Dans les fausses membranes de certaines diphtéries graves, on trouve, à côté des bacilles diphtériques, des streptocoques en abondance; on les voit pénétrer profondément et envahir la muqueuse, la sous-muqueuse, les vaisseaux, les ganglions lymphatiques, le sang et les viscères; ce sont là des cas de strepto-diphtérie.

2° On a avancé qu'on pouvait, par les cultures, reconnaître ces cas. Le streptocoque de la gorge normale, qui n'est généralement pas virulent, pousse bien et rapidement sur gélose; il se développe mal et lentement sur le sérum de sang de bœuf, qui sert pour le diagnostic de la diphtérie. Au contraire, le streptocoque virulent, qui s'associe au bacille de la diphtérie pour déterminer la strepto-diphtérie, pousse bien et rapidement sur sérum; donc, en cas d'angine, si on voit qu'en moins de vingt-quatre heures, des streptocoques ont poussé sur le sérum, à côté du bacille de la diphtérie, on en peut conclure qu'il y a strepto-diphtérie.

3° Enfin, on invoque l'expérience de M. Roux, qui a redonné la virulence à un bacille de la diphtérie qui l'avait perdue, en l'inoculant en même temps que le streptocoque de l'érysipèle.

En se fondant sur ces faits, on admit que, dans certains cas de diphtérie maligne, la gravité de la maladie dépendait de son association avec une infection streptococcique. On s'efforça — et c'est MM. Sevestre et L. Martin qui ont défendu cette conception avec le plus de talent — on s'efforça de distinguer deux sortes d'angine diphtérique maligne : l'une qu'on appela hypertoxique, l'autre qu'on appela strepto-diphtérique; on essaya, comme il était légitime, de leur trouver des caractères cliniques propres, correspondant à la coïncidence ou à la non-coïncidence d'une infection streptococcique associée.

Cette dualité des angines malignes est-elle fondée? Examinons-la au point de vue clinique et bactériologique.

Au point de vue clinique, voici les caractères qu'on attribue aux deux formes :

Forme hypertoxique : fausses membranes généralement confluentes, peu de réaction inflammatoire de la gorge; adénopathie cervicale sans œdème du cou; peu de fièvre, sauf au début; accidents cardiaques fréquents.

Forme strepto-diphtérique : fausses membranes confluentes et d'une couleur gris sale, souvent infiltrées de sang; réaction inflammatoire vive de la gorge; tendance à l'ulcération; adénopathie cervicale très marquée avec œdème du cou; fièvre vive; complications érythémateuses, suppuratives, hémorragiques (1).

Or, ayant observé près de 400 cas de diphtérie, je puis dire que la clinique ne confirme pas cette dualité; je n'ai observé qu'une seule forme d'angine diphtérique maligne, c'est celle que j'ai décrite; je n'en ai pas rencontré d'autre; donc cette division de l'angine maligne en forme hypertoxique et forme strepto-diphtérique n'est pas en accord avec l'observation clinique.

Mais, cette critique étant faite, nous devons nous demander si, dans la seule angine maligne que nous connaissons, la malignité n'est pas due à l'association streptococcique. Lorsque je fus appelé à diriger le Pavillon de la diphtérie, je cherchai à me faire une opinion sur ce point. Un fait qui m'avait vivement frappé me portait à accepter, *a priori*, le rôle du streptocoque dans la pathogénie des angines malignes que nous observions : je veux parler de la ressemblance de l'angine diphtérique maligne et de l'angine scarlatineuse grave : dans les deux cas, même confluence des fausses membranes, même inflammation de la muqueuse, même tendance à l'ulcération et à la nécrose, même œdème du cou; la seule différence clinique un peu importante réside dans ce fait que, dans la scarlatine, il y a moins de tendance à l'hémorragie que dans la diphtérie maligne. Comme il est généralement admis que, dans les angines scarlatineuses graves, le streptocoque joue un rôle important, j'étais porté à penser que le streptocoque intervenait aussi dans la diphtérie maligne et que c'était cette intervention qui donnait à ces deux angines, d'origine différente, un aspect semblable. Avec M. Deguy et M. Legros, nous entreprîmes quelques recherches de vérification. Leurs résultats ne confirmèrent pas mes prévisions, mais

(1) Je ne suis pas sûr que ce schéma réponde aux idées des partisans de la dualité des angines malignes; leurs descriptions sont, en effet, un peu confuses et les caractères distinctifs des deux formes qu'ils admettent ne sont pas très nets; mais c'est là une preuve de plus en faveur de l'unité des malignes.

elles permirent de faire des constatations intéressantes.

Nous pûmes nous assurer que si le streptocoque pyogène vulgaire est l'auteur de certaines complications qui peuvent d'ailleurs s'observer dans les angines communes telles que l'adénite suppurée, l'otite suppurée, la pleurésie purulente, dans l'épidémie de 1901-1902, ce n'était pas lui, mais un autre microbe qui était le principal associé du bacille de la diphtérie en cas d'angines malignes; c'est un autre microbe que nous retrouvions dans le sang des malades atteints de ces formes graves.

1° Sur des frottis de fausses membranes prises dans des cas d'angine diphtérique maligne, sur des coupes du pharynx (1), ce n'est pas un streptocoque à longues chaînettes que l'on rencontrait ordinairement, mais des cocci isolés en forme de diplocoques le plus souvent, quelquefois en forme de diplostreptocoques.

2° Sur sérum de bœuf, le streptocoque ne poussait pas toujours en cas d'angine diphtérique maligne; il poussait parfois en cas d'angine commune; il n'y avait pas de relation entre sa virulence et la forme de l'angine.

3° Dans le sang des sujets atteints d'angine maligne, on ne trouvait, non pas le streptocoque, mais un *diplocoque spécial*, que MM. Deguy et Legros ont étudié. Je ne sais si, dans une nouvelle épidémie d'angines malignes, on retrouverait aussi constamment cette diplococcie associée. En tout cas, il me paraît intéressant de donner un aperçu des recherches de MM. Deguy et Legros (2).

Chez les sujets atteints d'angine diphtérique maligne à la période d'état ou présentant le syndrome secondaire de la diphtérie maligne, on trouvait presque constamment dans le sang retiré pendant la vie d'une des veines de la face dorsale du pied, ou retiré du cœur immédiatement après la mort, des cocci spéciaux, habituellement groupés en diplocoques. Dans quelques cas, on pouvait déjà observer ces microbes, avec une technique appropriée sur de simples frottis colorés par la méthode de Gram. Mais c'est surtout par les cultures que la présence de ce diplocoque dans le sang apparut comme à peu près constante. Ce microbe pousse bien sur la gélose, surtout dans la zone recouverte de sang; il semble donc que le sang favorise son développement; aussi, MM. Deguy et Legros lui ont-ils donné le nom de *diplococcus hémophilus*. Les colonies sont tantôt à grains opaques blancs, quelquefois jaune-paille; tantôt à grains transparents; d'après ces caractères, MM. Deguy et Legros distinguent deux variétés de diplocoques hémophilus: *albus* et *perlucidus*; probablement, il ne s'agit-là que de deux variétés d'une même espèce et non de deux espèces différentes. Ces microbes végètent à la température ordinaire. Ils poussent sur la gélatine; le perlucidus ne la liquéfie pas; l'albus donne parfois un commencement de liquéfaction, qui peut, avec le temps, devenir complète. Ils poussent très mal sur le sérum de bœuf; aussi n'est-il pas surprenant qu'on ne les ait pas vus dans les cultures faites en vue du diagnostic bactériologique. Ils végètent, au contraire, très bien dans le sérum antidiphtérique, où ils prennent souvent la forme de courtes chaînettes de diplocoques. Ils poussent dans le lait, qu'ils ne coagulent pas. Ils végètent sur pomme de terre, où ils forment un enduit visqueux et jaunâtre. Sur gélose un peu sanglante, ces microbes se présentent sous forme de diplocoques fins ou de courtes chaînettes de diplocoques. Sans avoir la mobilité des microbes ciliés, ils présentent de légers mouvements qui sont plus accentués que les mouvements browniens; ils n'ont pas de véritable capsule, mais ils sont auréolés. Ils prennent le Gram. Ils ne sont pas toujours virulents; la variété *perlucidus* l'est plus et plus souvent que la variété *albus*. Quand ils sont virulents, ils tuent la souris, le cobaye, le lapin, par septicémie, sans lésions appréciables; parfois, les lapins inoculés avec la variété *albus* présentent de gros abcès qui évoluent comme des abcès froids.

Ces diplocoques se retrouvaient dans les exsudats de la gorge lorsqu'on examinait ceux-ci sur frottis ou lorsqu'on les ensemençait sur des milieux appropriés. On les rencontrait aussi, comme nous l'avons indiqué, dans les coupes du voile du palais et du pharynx, dans celles du cœur, de l'endocarde et du thrombus, et dans celles du rein; ils occupaient, le plus souvent, l'intérieur des capillaires.

On voit, en somme, que ces microbes participent à la fois des streptocoques et des staphylocoques, et on a dû souvent les confondre avec les uns ou les autres; mais ils se distinguent des deux par des caractères importants. On peut les rapprocher de quelques streptocoques spéciaux avec lesquels on pourrait être tenté de les identifier (streptococcus diphteriœ de Prodden; streptococcus conglomeratus de Kurth; streptocoque de la scarlatine de d'Espine et Marignac, de Bourges et Wurtz; diplostreptocoque de la diphtérie de Barbier); mais ils s'en distinguent par leurs mouvements, leur défaut d'action coagulante sur le lait, leur affinité pour les globules rouges, la rareté de leurs formes en chaînette et surtout en chaînette longue.

Les microbes dont ils se rapprochent le plus sont l'*entérocoque* de Thiercelin et le *diplocoque du rhumatisme* de Triboulet et Coyon; mais la question de savoir si on doit les identifier reste encore en suspens (1).

Si on avait trouvé ce diplocoque seulement dans la diphtérie maligne, on aurait pu vraiment se demander si l'association n'est pas le facteur principal de la malignité. Mais il n'en fut pas ainsi. Le diplocoque se retrouvait aussi presque toujours dans le sang des sujets qui, à la suite d'une diphtérie traitée par le sérum, furent atteints d'érythèmes scarlatiniformes ou morbilliformes fébriles; on attribue ces érythèmes à l'action exclusive du sé-

(1) M. Deguy a pratiqué des coupes du voile du palais provenant de cas d'angines malignes avec paralysie précoce de la gorge. Ces coupes lui ont montré des lésions inflammatoires très nettes: amas embryonnaires péri vasculaires, dilatations veineuses, grosses lésions artérielles, hémorragies et, enfin, lésions des fibres musculaires elles-mêmes, interstitielles et parenchymateuses (dégénérescence graisseuse et hyaline). Il a trouvé des leucocytes chargés de cocci, dont un grand nombre sont nettement groupés deux par deux. Il y a aussi des thromboses capillaires remplies de diplocoques.

M. Deguy admet donc qu'il y a une myosite diplococcique du voile et une thrombo capillarite infectieuse, qui expliquerait les ulcérations (Deguy, les paralysies précoces du voile du palais dans la diphtérie maligne et leur pathogénie, *Revue mens. des mal. de l'enfance*, juin 1903).

(2) Deguy et Legros. — Agents pathogènes des septicémies métadiphtériques. (Société méd. des hôp., 16 mai 1902.)

Legros. — Monographie des streptocoques et des agents des septicémies métadiphtériques, particulièrement des diplocoques. (Thèse de Paris, juillet 1902).

(1) A ce propos, je mentionnerai ici les intéressantes recherches de MM. H. Leroux et Lorrain. A l'hôpital Saint Joseph, ces auteurs observèrent une épidémie de fièvre typhoïde qui, pendant la convalescence, se compliquait d'une septicémie grave dont les symptômes étaient la réapparition de la fièvre, des vomissements et des érythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes. Cette septicémie parut affecter la forme épidémique et n'atteignit que les convalescents de fièvre typhoïde, épargnant les malades atteints de pneumonie, grippe, etc., soignés dans les mêmes salles. Dans le sang recueilli pendant la vie, dans l'urine, dans les organes examinés après la mort, on trouva un diplocoque très virulent, identique au diplococcus hemophilus de Deguy et se rapprochant, par quelques caractères, de l'entérocoque de Thiercelin. MM. H. Leroux et Lorrain ont observé la transformation du diplococcus albus en perlucidus et identifient ces deux variétés. En outre, ils distinguent ce diplocoque de l'entérocoque de Thiercelin parce que le premier ne pousse pas sur pomme de terre, ce que fait le second.

rum; nous verrons plus tard que cette pathogénie doit être revisée, et que l'infection associée intervient probablement dans la production de ces manifestations cutanées. On trouvait aussi le diplocoque dans le pus de certaines périostites métadiphtériques, voire même dans certaines formes de pyohémie.

Enfin, un de mes élèves, M. Galitsis, a retrouvé, une seule fois il est vrai, le diplocoque dans le sang d'un sujet convalescent de diphtérie, chez lequel on n'avait relevé ni une angine maligne, ni un érythème fébrile, ni aucune complication (1).

Sans doute, on peut admettre que la diplococcémie métadiphtérique peut revêtir des formes variées une forme grave, correspondant à la diphtérie maligne; une forme bénigne ou éruptive; une forme latente. On peut aussi admettre que la variabilité des effets du diplocoque dépend de la virulence du microbe, laquelle dépend peut-être de l'intensité de l'intoxication diphtérique, ou du degré de résistance des divers sujets. Mais ce ne sont là que des hypothèses. Si la diplococcémie paraît jouer un rôle important dans la diphtérie, ce rôle est, à l'heure présente, difficile à délimiter.

En somme, s'il est établi que le streptocoque pyogène est l'auteur de certaines complications suppuratives (abcès ganglionnaires du cou, otites suppurées, pleurésie purulente), s'il est vraisemblable que le diplocoque intervient dans la genèse des érythèmes scarlatiniformes, de certains abcès périostiques, s'il est possible qu'il ne soit pas étranger à la formation des thromboses cardiaques, dans lesquelles on le retrouve le plus souvent, il n'en est pas moins vrai que toutes ces complications réunies ne constituent pas la malignité; et il n'est pas prouvé que les diphtéries hémorragiques ou que le syndrome secondaire des diphtéries malignes soit le fait d'une association microbienne.

Vous comprenez maintenant pourquoi je ne puis suivre les auteurs qui distinguent deux espèces d'angines diphtériques malignes: l'une hypertoxique, l'autre associée. Si l'association est fréquente dans la diphtérie, si elle est presque constante dans la diphtérie maligne et si elle joue un rôle, sans doute important, il n'est pas démontré qu'elle soit la cause de la malignité, et il est très possible qu'elle en soit la conséquence.

Il est donc très difficile, avec les données que nous possédons, de faire exactement la part de l'hyperintoxication et de l'infection associée dans la genèse de la malignité; cependant, il n'est pas interdit d'essayer une synthèse provisoire de ce que nous savons.

De la discussion qui précède, il me semble qu'on peut déduire que la malignité est surtout le résultat de l'hyperintoxication. L'hyperintoxication peut dépendre de la durée de la maladie non traitée (malignité secondaire); elle peut dépendre de la virulence du bacille diphtérique ou du défaut de résistance du sujet; on peut même admettre, en se fondant sur l'expérience de M. Roux, que, dans quelques cas tout au moins, l'hyperintoxication résulte d'une association, le microbe associé exaltant la virulence du bacille de la diphtérie, et déterminant indirectement l'hyperintoxication. Mais en ce qui concerne l'association, il me paraît probable que, le plus souvent, elle est un fait secondaire; le bacille de la diphtérie ou sa toxine, surtout quand ils sont très actifs, peuvent exalter la virulence des diplocoques ou des streptocoques qui se trouvent dans la gorge, quelle que soit, d'ailleurs, la manière dont ils y sont arrivés: il en résulte que l'association est assez fréquente dans la diphtérie en général, et qu'elle est à peu près constante dans les formes malignes, où elle est aussi plus grave; l'association contribue, sans doute, à aggraver à son tour l'hyperintoxication et à déterminer certaines complications. Telle est, à l'heure présente, la conception de la malignité qui s'accorde le mieux avec l'observation clinique et les données bactériologiques.

CLINIQUE MÉDICALE

Vaginite exfoliatrice

Par M. Paul Dalché
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Une femme de trente-quatre ans, obèse, de tempérament neuro-arthritique, vint, au commencement du mois de mai dernier, me consulter à la Pitié parce que, me disait-elle, au milieu d'une leucorrhée abondante, elle perdait *des peaux*. Ces fausses membranes, qui étaient expulsées *sans aucune douleur* et *sans métrorragie*, arrivaient en grand nombre aussitôt après les règles, puis diminuaient, mais continuaient à paraître tout le long de la période intercalaire.

L'examen direct nous montrait un utérus mobile au toucher, de volume normal, des annexes sans lésion. Au spéculum, rien sur l'orifice cervical; mais sur la partie vaginale du col, et sur toute la surface du vagin, de préférence dans la région supérieure, se voyaient des ulcérations très superficielles, irrégulières, d'où s'étaient détachées des fausses membranes d'un aspect blanc-grisâtre. En d'autres points, les fausses membranes restaient encore adhérentes à la muqueuse. Leur apparence était certainement dénaturée par une leucorrhée muco-purulente très épaisse et fétide.

Ma première impression fut que cette malade avait subi des attouchements avec un caustique quelconque. Mais jusqu'à ce jour elle ne s'était soumise à aucun traitement susceptible d'être incriminé, et du reste l'intégrité de l'orifice du col prouvait l'absence de toute cautérisation sur la matrice.

C'était depuis trois mois seulement qu'elle s'était aperçue, quelques jours après les règles, dans le liquide d'une injection, de la présence de ces sortes de peaux. Les règles suivantes, comme d'habitude, ne furent pas douloureuses, ne s'accompagnèrent d'aucun phénomène qui permit de songer à une dysménorrhée pseudo-membraneuse, mais à peine étaient-elles terminées que les peaux augmentèrent beaucoup, puis diminuèrent au bout d'un certain temps, sans disparaître complètement jusqu'à la menstruation suivante où les accidents se reproduisirent d'une façon tout à fait identique.

En remontant dans ses antécédents, nous apprîmes que cette femme ne nous accusait pas un passé pathologique bien chargé. Réglée à onze ans, mariée à dix-huit, ayant eu deux enfants sans aucune suite de couches, depuis dix ans environ elle se plaignait d'une leucorrhée qui, après un début insidieux, lui occasionnait de temps à autres quelques douleurs à la miction. Avec un très gros ventre, elle présentait de la viscéroptose, et par périodes éloignées souffrait d'une légère entérite muco-membraneuse, dont la coïncidence est curieuse à signaler. Ses urines ne contenaient ni sucre ni albumine, et momentanément je me contentai de lui prescrire des injections antiseptiques pour nettoyer la région.

Au bout de huit jours, ne se trouvant pas mieux, elle entra à l'hôpital, où elle fut prise tout de suite de ses règles. Il nous fut facile alors de véri-

(1) Galitsis. — Des éruptions qui surviennent au cours de la diphtérie traitée par le sérum (Thèse de Paris, mars 1903, p. 83).

fier tout ce qu'elle nous avait dit : pas de dysménorrhée pseudo-membraneuse, mais après la menstruation expulsion de nombreuses fausses membranes dont voici l'examen pratiqué par M. Beaujard, interne du service : « La pièce est formée d'un réticulum fibrineux, contenant dans ses mailles de nombreux leucocytes, quelques hématies et des cellules épithéliales.

Les leucocytes, en grande majorité polynucléaires, disséminés dans toute la hauteur, sont surtout abondants dans la moitié superficielle où ils forment de véritables placards.

Des cellules épithéliales pavimenteuses, les unes encore polygonales, avec noyau colorable, forment la couche la plus profonde de la fausse membrane; les autres aplaties, sans noyau colorable, se trouvent dans le quart profond, où elles restent soit isolés, soit soudées en lamelles onduleuses, intermédiaires aux filaments fibrineux. On ne rencontre nulle part ni fibres conjonctives, ni fibres élastiques.

Un frottis coloré au violet de Gentiane montre des globules de pus, des cellules épithéliales et de nombreux microbes. Parmi ceux-ci, quelques staphylocoques et streptocoques, quelques courts bacilles, mais surtout un grand nombre de diplocoques. La plupart de ces derniers, en grains de café, ne prennent pas le Gram; certaines cellules épithéliales en contiennent de dix à vingt. Il semble bien qu'il s'agisse de gonocoque. »

Devant la persistance des lésions, je fis pratiquer pendant quelques jours des injections *d'eau oxygénée*, en isolant, dans l'intervalle, les surfaces vaginales au moyen d'une simple gaze stérilisée. La fétidité de l'écoulement disparut, mais les ulcérations ne présentèrent pas de grandes modifications. Alors j'eus recours tous les deux jours à des attouchements très largement faits, avec du *bleu de méthylène* et à des injections antiseptiques, matin et soir, d'une solution de *formol saponifié*. Une amélioration notable se manifesta assez rapidement, les ulcérations se détergèrent, diminuèrent de largeur, et les règles étant revenues à leur époque normale, les fausses membranes ne se montrèrent pas. La malade se trouvant beaucoup mieux désira alors quitter l'hôpital.

Quelle est donc la nature des fausses membranes expulsées par cette femme? Dans la plupart des cas de vaginite pseudo membraneuse, dont l'histoire peut être comparée au fait précédent, les auteurs signalent en même temps la coexistence d'une dysménorrhée pseudo membraneuse ; et même il semble que la dysménorrhée soit l'accident essentiel et la vaginite une complication.

Ici, rien de semblable, jamais il n'a pu être question d'une exfoliation de la muqueuse utérine, la muqueuse vaginale était seule atteinte.

Cependant, au point de vue anatomique, une comparaison s'impose. Au sujet de la dysménorrhée membraneuse, « il y a lieu de distinguer deux ordres de faits, disent Labadie-Lagrave et Legueu, suivant qu'il s'agit de pseudo-membrane ou de néo-membrane. Dans le premier cas, les pseudo-membranes sont analogues à celles de la bronchite pseudo-membraneuse et de l'entérite muco-membraneuse. Elles sont constituées par la *desquamation épithéliale de la muqueuse mélangée à des leucocytes et à de la fibrine*. Plus rarement il s'agit de simples concrétions de mucus.

Dans le second cas, c'est la muqueuse utérine qui est expulsée soit en bloc, soit entièrement et par fragments, soit enfin partiellement. »

Desquamation épithéliale, mélangée à des leucocytes et à de la fibrine, fausse membrane exsudative de la muqueuse, c'est ce qui a été constaté dans la vaginite de ma malade, avec cette circonstance qui paraît assez rare, que l'exfoliation de la muqueuse vaginale ne s'accompagnait chez elle d'aucun phénomène dysménorrhéique.

Mais alors à défaut de cette coïncidence, dans quelle classe pouvons-nous ranger cette observation? Evidemment il ne s'agit pas d'une de ces vaginites exfoliatrices qui sont de nature diphtéritique, ou dysentérique, ou érysipélateuse, ou disséquante, elle se rapprocherait beaucoup plutôt de la vaginite septique que l'on voit surtout chez les femmes en couches, et qui, paraît-il, est susceptible de se rencontrer dans de très rares cas en dehors de la puerpéralité.

Si nous comparons surtout ces accidents avec ce qui passe en d'autres cavités de l'organisme, ils doivent fort vraisemblablement dépendre d'une auto-infection, d'une auto-inoculation. La poussée des règles amène une congestion de la muqueuse vaginale qui diminue sa résistance à l'action des organismes pathogènes dont la virulence est peut-être modifiée, aussi dans la plupart des faits analogues les fausses membranes se montrent-elles en grande abondance après la menstruation pour diminuer et même disparaître dans la période intercalaire.

Il ne persiste pas moins un facteur inconnu de nous. Pourquoi cette auto-inoculation a-t-elle amené des fausses membranes, complication rare des vaginites? Y a-t-il eu un traumatisme initial qui a passé inaperçu? C'est peu probable, car on l'a recherché avec le plus grand soin. Faut-il incriminer le tempérament neuro-arthritique de cette malade et son obésité? Pure supposition, et en tout cas elle n'était ni diabétique, ni albuminurique, ne souffrait d'aucune névralgie génitale et n'accusait aucun phénomène nerveux capable d'expliquer ce trouble trophique.

D'autre part, la leucorrhée dont elle se plaignait depuis quelque temps ne présentait pas les caractère d'une blennorragie aiguë, quoique nous n'ayons pas le droit de dénier ici toute action au gonocoque.

Mais je tiens à signaler un point fort intéressant au point de vue thérapeutique, c'est l'influence du *bleu de méthylène* sur les ulcérations. Elles n'ont commencé à diminuer puis à guérir que le jour où on a pratiqué des attouchements à leur surface avec le bleu de méthylène et presque d'emblée les fausses membranes ont cessé de se montrer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 juillet

La syphilis héréditaire de deuxième génération

M. Ed. Fournier. — Les seules observations valables pour étudier cette question sont celles où il a été possible d'établir, d'une façon indiscutable, l'existence de lésions syphilitiques dans trois générations successives, la syphilis étant acquise par le grand-père par exemple et transmise héréditairement à son fils puis à son petit fils. Il faut, de plus, pouvoir écarter l'hypothèse d'une syphilis acquise chez ces deux derniers. M. Ed. Fournier a retenu 116 observations personnelles ou prises à différents auteurs qui répondent à ces conditions. Sur 116 ménages, dont l'un au moins des conjoints était atteint de syphilis héréditaire, il y a eu 366 grossesses, 174 (soit 48 %) se sont terminées par avortement ou mort en bas âge; 192 par la naissance d'enfants viables. Sur ce nombre, 31 sujets seulement ont paru sains, les 161 autres présentent tous des stigmates d'herédo-sy-

philis dystrophiques et 28 d'entre eux ont présenté des lésions virulentes. Les dystrophies sont absolument identiques à celles qu'on observe à la première génération.

Le type de l'hérédo-syphilitique de deuxième génération pourrait être schématisé ainsi : sujet petit, rabougri, avec des déformations rachitiques du thorax et des membres, avec un gros crâne souvent bosselé, avec des dents mal formées et érodées, avec des taies oculaires et un faciès inintelligent.

De toutes ces dystrophies, celle qui prédominerait peut-être le plus serait les lésions oculaires. En résumé, on peut conclure qu'il existe une syphilis héréditaire de deuxième génération, qu'elle exerce une influence très nocive sur les produits de la conception, que dans les 4/5 des cas, elle se révèle par des stigmates dystrophiques, identiques à ceux de l'hérédo syphilis commune ; que, beaucoup plus rarement (14 %) elle peut même se manifester sous forme de lésions virulentes.

M. A. Fournier. — La question est aujourd'hui jugée, et vous voyez le grand nombre d'observations qu'il a été possible de réunir, dont beaucoup sont absolument probantes. On a cependant fait, surtout à l'étranger, des objections à notre manière de voir, et le professeur Tarnowski, particulièrement, soutient que la syphilis de seconde génération n'existe que quand il y a eu *syphilis binaire*, c'est-à-dire quand le sujet hérédo syphilitique de première génération a surajouté à sa syphilis héréditaire une syphilis acquise. Ces syphilis binaires seraient tantôt très graves, tantôt, au contraire, elles seraient en quelque sorte abortives, l'infection acquise étant caractérisée par un chancre qui ne serait suivi lui-même d'aucune autre manifestation. Nous ne pouvons admettre l'opinion du professeur Tarnowski et nous croyons que la conception de la syphilis binaire résulte surtout de ce qu'on a considéré comme chancres primitifs des lésions que j'ai décrites sous le nom de syphilomes tertiaires chancriformes. Un des caractères essentiels de cette lésion consiste dans le fait qu'elle apparaît *spontanément*, c'est-à-dire en dehors de toute possibilité de contagion.

M. Brocq. — Ces syphilomes chancriformes s'observent, en effet, de temps en temps, mais je ne les ai jamais vus s'accompagner d'adénopathie.

M. Barthélemy. — Les cas difficiles sont précisément ceux où il y a des ganglions, car ceux-ci peuvent, exceptionnellement, accompagner les lésions tertiaires. Ils sont alors la conséquence d'une infection banale surajoutée et sont généralement douloureux.

M. Fournier. — Les gommes elles-mêmes s'accompagnent d'adénopathie environ deux fois sur cent.

M. Brocq. — J'admets parfaitement la possibilité de cette coïncidence. J'ai voulu dire seulement que l'absence d'adénopathie est le meilleur signe de diagnostic des syphilomes tertiaires chancriformes.

M. Balzer. — J'ai vu dans un cas des lésions chancriformes du méat s'accompagner d'une adénopathie qui n'était autre chose qu'une agglomération de gommes ganglionnaires consécutives à la lésion du méat. C'est là un accident extrêmement rare.

Radiothérapie des teignes

M. Sabouraud. — Les résultats de la radiothérapie des teignes sont admirables. La durée du traitement de cette affection se trouve abrégée, maintenant, au point que j'ai pu rendre à l'administration de l'Assistance publique cent lits qui vont être distraits de l'École Lailler. Depuis le mois de janvier nous avons deux machines fonctionnant huit heures par jour, six jours par semaine. Plus de deux mille séances radiothérapiques ont été faites. Sur ce nombre, nous avons eu deux cas de radiodermite à évolution cicatricielle. Ces incidents sont survenus parce qu'aucun instrument n'existait permettant de doser exactement les rayons X absorbés dans un temps donné. Seul le réactif de Holzknecht peut donner des indications à cet égard, mais sa composition est secrète, et il est impossible de s'en procurer actuellement. Nous avons réussi, avec M. Noizé, à obtenir un indicateur capable de suppléer celui de Holzknecht, en nous basant sur le virage qui se produit sur un papier au platino-cyanure de baryum sous l'influence des rayons X. Nous avons établi un papier étalon colorié à l'aquarelle ; quand le papier au platino-cyanure placé à la distance de 8 centimètres de l'anode a pris la coloration de l'étalon, il faut arrêter le courant ; la quantité de rayons X absorbée à ce moment est nécessaire et suffisante pour obtenir la dépilation, et on a la certitude d'éviter toute radiodermite et même l'érythème. Ce petit appareil très simple, qui indique l'absorption d'une dose de rayons X de 4 unités H, peut s'employer dans tous les cas de radiothérapie, et permettra aux praticiens d'éviter toute espèce d'accidents.

Sur l'origine du venix caséosa chez le fœtus

M. Sabouraud. — M. Jacquet combattant mes idées sur l'origine parasitaire de la séborrhée, a montré, dans la dernière séance, des préparations de peau fœtale traitée par l'acide osmique, il attribue le liseré noir de surface se continuant à l'intérieur des glandes à de la graisse sécrétée par ces glandes et effusée à la surface de la peau ; or, cette réaction n'a rien de caractéristique, l'acide osmique colorant en noir la couche cornée elle-même. M. Darier a trouvé la réaction de la graisse sur des points où il n'existe aucune glande. Le travail de M. Jacquet ne détruit donc aucune de mes conclusions et, pour trancher la difficulté qui nous sépare, je propose de soumettre toutes nos préparations à M. Darier et de le prendre pour arbitre.

M. Jacquet. — Je ne crois pas que les critiques que m'adresse M. Sabouraud soient valables. Nos recherches ne portent pas d'ailleurs sur des objets identiques. M. Sabouraud a examiné la peau d'un fœtus de près de huit mois, moi, au contraire, je n'ai utilisé que des fœtus de cinq mois, de là une grosse différence. De plus, j'ai choisi pour étudier le venix un fœtus qui en présentait sous forme de plaques laiteuses de l'oreille, ce qui est encore assez rare. En somme, je maintiens mes conclusions précédentes et j'accepte avec empressement l'arbitrage de M. Darier.

Kératodermie par névrite traumatique

M. F. Dainville. — Il s'agit d'un cas de kératodermie acquise et asymétrique relevant de troubles tropho-névrotiques de la peau à la suite d'une névrite du médian quinze jours après une contusion de l'avant-bras. Cette kératodermie est à rapprocher du glossy-skin de Weir Mitchell, de l'ichthyose signalée à la suite de névrite, ou enfin de la pigmentation exagérée ou du vitiligo observés le long des nerfs altérés. La kératodermie d'origine névritique semble être toutefois l'un des troubles trophiques de la peau le moins souvent signalés.

M. Balzer montre un syphilitique ancien qui présente actuellement une éruption exactement localisée au pourtour des cicatrices de syphilides ulcéreuses antérieures.

M. Gaucher présente un homme de vingt-deux ans atteint d'une gomme du front hérédo-syphilitique.

Dr P. Déhu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juillet.

Pseudo-tumeurs et lésions du squelette de nature parasitaire

MM. Charrin et Le Play. — Nous présentons des pièces provenant d'animaux auxquels nous avons injecté un champignon qui, fréquemment, se rencontre sur la vigne attaquée par le phylloxera.

A la suite d'injections sous-cutanées ou intra-péritonéales, on voit se développer sous la peau ou dans les séreuses toute une série de nodosités de volume variable, les plus grosses pouvant atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon. La disposition et le nombre de ces nodosités rappellent la carcinose ; elles sont constituées par le champignon enveloppé dans un tissu formé par des leucocytes et des éléments fibreux.

Il y a là des pseudo-tumeurs de nature à la fois parasitaire et inflammatoire. On trouve dans ces tumeurs un pigment noir,

celui que le parasite produit dans les cultures, en sorte que cet aspect se complète par celui d'une apparence mélanique. Grâce aux humeurs ou à la phagocytose, ces agents vivants disparaissent ; par places on ne rencontre que des fibres conjonctives mélangées à des cellules embryonnaires (sorte de sarcome fasciculé); dans les glandes on obtiendrait probablement (expériences en cours) la prolifération des épithéliums en tubes ou autrement disposés.

Chez ces mêmes animaux, on rencontre des lésions du squelette, en particulier des nodosités costales. Cette constatation est spécialement intéressante, en ce sens qu'avec un autre champignon (oospora Guignardi), on provoque aussi des altérations osseuses; ces altérations portent et sur la forme (nodosités, courbures) et sur la constitution chimique (diminution de la chaux, du phosphore) des os ; la radiographie révèle une grande transparence de ceux-ci.

On sait que ces parasites vivent volontiers aux dépens du sucre ; chez l'animal, le foie est pour eux un milieu de prédilection. Il est probable que, comme *in vitro*, en détruisant ses éléments hydrocarbonés, il se produit des acides capables d'attaquer le squelette.

On enregistre dans les divers organes, le foie, le rein, des lésions parfois considérables, dont la distribution indique que le champignon doit agir par luimême ou par ses toxines.

Mécanisme des insuffisances de développement expérimentales

MM. Charrin et Le Play. — En poursuivant nos expériences relatives aux insuffisances de développement que provoque l'injection de matières intestinales stérilisées, nous avons réussi à éclairer en partie le mécanisme de ces phénomènes.

Ces poisons intestinaux paraissent intervenir en agissant sur les divers éléments anatomiques, en altérant ces éléments, en réduisant leur activité ; comme le développement est fonction de cette activité, on conçoit qu'à différents degrés il se montre insuffisant. La chose s'explique d'autant mieux que ces modifications portent aussi sur le corps thyroïde, sur les organes génitaux, peut-être sur l'hypophyse, etc., en d'autres termes, sur des viscères dont l'intégrité, comme celle du névraxe, importe plus spécialement à la marche de ce développement.

Tous les extraits organiques, tels ceux du parenchyme hépatique, ne sont pas aptes à engendrer de pareilles anomalies. Toutefois, nous avons rencontré ces principes capables de troubler l'évolution aussi bien dans l'intestin des enfants nouveau-nés bien portants que dans celui des malades. La différence réside essentiellement dans le parfait état de la muqueuse intestinale, véritable glande étalée, dont le rôle important, comme nous le verrons, est loin d'être complètement connu et qui, d'après nos propres expériences, renferme des éléments propres à atténuer l'action des substances nuisibles à l'évolution.

Cysticerque sous-conjonctival

M. F. Terrien. — Les observations de cysticerques de la conjonctive ne sont pas fréquentes ; de Græfe, sur 80 000 malades, n'a rencontré que cinq fois cette anomalie. C'est pourquoi nous rapportons le fait suivant : il a trait à un cysticerque sous-conjonctival observé par nous chez une jeune fille de quinze ans, et dont nous avons pu pratiquer l'examen anatomique.

La tumeur se présentait sous l'aspect d'une vésicule semi transparente, allongée verticalement, de la grosseur d'un haricot, et soulevant la conjonctive. Elle adhérait à la sclérotique sous-jacente et ne pouvait être mobilisée. La muqueuse conjonctivale, au niveau de la vésicule, était légèrement injectée, et on voyait à la partie moyenne de la vésicule, un disque blanc jaunâtre circonscrit caractéristique.

Structure et évolution du chancre syphilitique

M. F.-J. Bosc. — Le chancre syphilitique doit être considéré comme une pustule d'inoculation caractérisée par une prolifération de type néoplasique, à la fois épithéliale et conjonctivo-vasculaire (cellules fixes, plasmazellen, mononucléaires), avec mononucléose du sang — et destinée à dégénérer et à s'éliminer en totalité avec polynucléose terminale. Tous ces caractères sont ceux de la pustule d'inoculation des maladies bryocytiques : vaccin, variole, clavelée, fièvre aphteuse, cancer.

De la perméabilité de la coquille de l'œuf

M. Camus. — L'œuf qui a séjourné quelques instants dans l'eau bouillante absorbe relativement une grande quantité d'eau si on le laisse refroidir dans l'eau, alors que l'œuf placé directement dans l'eau froide n'absorbe rien ou presque rien. La raison en est que, l'œuf placé dans l'eau bouillante perd les gaz qui se trouvent dans les pores de la coquille, et après le départ de ces gaz l'eau peut s'absorber. Si l'œuf est retiré de l'eau bouillante, l'évaporation se fait aux dépens de l'eau de l'œuf, et il y a perte de poids; si l'œuf est laissé à refroidir dans l'eau, l'eau le pénètre et il augmente de poids.

Ces résultats si nettement démontrés par la différence de poids peuvent encore aisément se constater par la méthode de coloration. A cet effet, je me suis servi d'une solution de bleu de méthylène.

Dans une première série de dix œufs, mis tels quels dans le bleu de méthylène à la température du laboratoire, et y ayant séjourné vingt-quatre heures, leur augmentation de poids a été la suivante :

En ouvrant ces œufs, on constate que l'intérieur des coquilles de ceux qui ont augmenté le plus de poids est nettement moucheté en bleu. Dans quelques cas, le bleu a même pénétré dans l'œuf et teinté l'albumine. Les œufs dont le poids est peu modifié ont l'intérieur de leur coquille complètement incolore.

Si l'on fait cuire l'œuf dans la solution de bleu de méthylène, et si on le retire pendant l'ébullition, l'intérieur de la coquille ne se colore pas ou se colore d'une façon insignifiante; cependant, dans ces deux cas, l'œuf perd toujours du poids.

Si on plonge dans le bleu de méthylène froid des œufs qui sortent de l'eau bouillante, la pénétration du bleu se fait d'une façon intense ; tout l'intérieur des coquilles est très fortement moucheté en bleu, et l'albumine de l'œuf est également nettement colorée dans les points correspondants.

La relation de ces expériences sur les œufs colorés éveille dans l'esprit le souvenir des œufs de Pâques qui, eux, ne sont colorés le plus souvent qu'extérieurement. La couleur, employée à cet effet dans l'industrie, n'intéresse en rien l'hygiène alimentaire. Toutefois, il résulte de ce qu'on a vu plus haut que, si l'on devait faire choix d'un procédé, il conviendrait de recommander la coloration rapide à froid; dans ces conditions, jamais l'intérieur de la coquille ne se teinte; on pourrait aussi, mais moins avantageusement, colorer les coquilles à chaud à la condition de ne pas laisser refroidir l'œuf dans le liquide de coloration.

Une autre remarque est encore à faire qui peut intéresser les physiologistes qui étudient la digestion de l'albumine. Les œufs durs qui servent pour l'étude de l'activité digestive ne doivent pas être refroidis dans l'eau ordinaire; l'œuf en se refroidissant absorbant l'eau, de nombreux germes peuvent ainsi contaminer l'albumine et fausser les résultats.

Séance du 16 juillet

Anciens procédés thérapeutiques et données expérimentales actuelles

MM. Charrier et Vitry. — Depuis longtemps on a conseillé, dans le cas de piqûres ou de morsures venimeuses ou virulentes, de poser au-dessus des points piqués ou mordus, des ligatures plus ou moins serrées. Les données expérimentales actuelles viennent nous montrer combien ces anciennes pratiques étaient fondées. Si l'on met une ligature au niveau du pli de l'aine d'un lapin, qu'on injecte une certaine dose de toxine diphtérique dans cette patte postérieure, et qu'on laisse la ligature pendant trois à cinq heures, on constate que l'action nocive du virus est très atténuée. Des expériences de contrôle permettant d'éliminer l'action de la lenteur du passage, font ressortir qu'il s'agit d'une modification du principe morbifique, modification qui se produit avec des intensités variables partout où il y a des cellules et surtout des leucocytes.

D'un autre côté, on a conseillé d'enserrer les zones où se trouvent les plaies

suspectes d'être la porte d'entrée du tétanos. Nous avons également montré expérimentalement que, chez un lapin dont on sectionne le sciatique et le crural, le tétanos, comme on le sait, du reste, se développe plus lentement que chez l'animal témoin. Ces faits sont à rapprocher et de ceux que nous avons observés avec le virus diphtérique dans la patte liée, et de certaines pratiques anciennes dont nous n'avons, du reste, pas à juger la valeur.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet

De l'inégalité d'allongement des membres inférieurs chez les enfants

M. Broca. — **Mme Nageotte** nous a lu, il y a quelques semaines, deux observations ayant trait à ce sujet. Dans l'une de ces observations il s'agissait d'une fillette de onze ans, atteinte de scoliose, qui depuis l'âge de dix-huit mois avait présenté diverses lésions tuberculeuses superficielles aux doigts, à la hanche, au genou. Ces lésions avaient guéri, mais en laissant un peu de gêne dans certains mouvements. De plus, actuellement on constatait que le membre inférieur gauche était de 4 centimètres plus long que le droit et la radiographie a fait voir des lésions d'hyperostose sur le fémur et un amincissement des cartilages de conjugaison. L'auteur rapproche cet excès de longueur du membre de ce que l'on a quelquefois observé dans les résections du genou.

La seconde observation est celle d'un enfant de quatorze ans qui, à la suite d'une fièvre intermittente, eut une poussée d'allongement de l'un des membres inférieurs. Quelque temps après le membre qui était plus court s'accroissait et devenait l'égal de l'autre. Antérieurement ce membre avait subi une brûlure étendue.

M. Berger. — La cause de ces inégalités de croissance est souvent inconnue. Je donne des soins depuis longtemps à une enfant atteinte de la maladie de Little; j'ai pratiqué sur elle de nombreuses interventions et dans la suite elle avait paru se développer régulièrement, lorsque tout à coup l'un des membres inférieurs se mit à croître beaucoup plus vite que l'autre. La différence de longueur fut assez grande pour provoquer des courbures de la colonne vertébrale et faire craindre une scoliose. Dans ce cas cependant les deux membres avaient été soumis au même traitement et aux mêmes exercices.

Ankylose traumatique du genou. Ostéotomie intra-articulaire

M. Broca — M. Guillon, de La Tremblade, a eu à opérer un enfant de douze ans qui, à la suite d'un traumatisme, était atteint d'une ankylose osseuse du genou. Notre confrère a pratiqué une ostéotomie intra-articulaire et a obtenu un bon résultat, comme le montre une photographie. Ces faits d'ostéotomie particulière sont rares; cependant, on en connaît quelques cas, dont l'un ayant rapport au coude a été rapporté ici par Defontaine. J'ajouterai que M. Guillon avait placé le membre après l'opération dans une demi-flexion; le résultat a été bon, il est vrai; cependant c'est une attitude dont il faut se défier.

Trois cas de torsion de pédicule de kystes de l'ovaire au cours de la grossesse

M. Faure — Ces observations nous ont été adressées par M. Lapeyre, de Tours. Dans les deux premiers cas le diagnostic de torsion du pédicule ovarique n'avait pas été fait. Les accidents, survenus à deux mois et demi de la grossesse, furent attribués à de la péritonite; dans un cas il y avait cinq à six tours de torsion; dans l'autre trois tours. Les malades ont guéri, mais ont avorté. Chez la troisième malade, qu'on savait porteur d'un kyste, le diagnostic exact fut posé; l'ovariotomie a été suivie de guérison et la grossesse n'a pas été interrompue. Notre confrère incrimine la grossesse comme cause de la torsion. C'est un point qui reste discutable.

M. Rochard rapporte en quelques mots deux cas de *fibromes utérins sphacélés* pour lesquels il a fait une hystérectomie d'après un procédé qui met à l'abri de la contamination.

Présentations

M. Sébileau. — Homme : *ablation du larynx pour cancer.* Application d'un larynx artificiel. Voix métallique.

M. Routier. — Homme : *extraction d'une balle de la paroi thoracique.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet

Action des régimes carné et amylacé sur la rétention des chlorures et de l'urée

MM. Achard et Paisseau. — L'alimentation privée de sel ne produit d'action déchlorurante vraiment efficace que chez les sujets qui sont en état d'ingérer et de digérer une assez grande quantité d'aliments. Ce fait s'explique par les expériences de MM. Langlois et Ch. Richet (1880), montrant que le jeûne pur et simple tarit l'excrétion des chlorures, sans diminuer leur taux dans les tissus, tandis que l'alimentation sans sel produit une déchloruration véritable.

Nous avons recherché s'il convenait d'abandonner au goût des malades le choix des aliments dans le régime déchloruré, ou s'il fallait faire prédominer soit les principes carnés, soit les principes hydro-carbonés. Pour comparer les effets de ces deux régimes, nous avons choisi des sujets en état d'éliminer une certaine dose de sel que nous ajoutions aux aliments, et qui était voisine de la dose de tolérance.

En général, le régime amylacé, mieux supporté et plus facile à varier, augmente le volume des urines, et parfois il permet une meilleure élimination de chlorure.

Chez une première malade, atteinte de néphrite interstitielle, nous avons eu, il est vrai, des résultats un peu discordants; mais le régime amylacé, dans ce cas, comportait à peu près autant d'azote que le régime carné et n'en différait que par un supplément d'hydrocarbonés.

Chez un second malade, atteint d'insuffisance aortique avec œdème, le régime amylacé ne renfermait que 9 grammes d'azote et le régime carné 22; or, la moyenne des urines journalières atteignit 2130 pendant le premier, contre 1380 pendant le second, et l'excrétion chlorurique fut de 6 gr. 50 pendant le premier contre 4 gr. 30 pendant le second.

Dans un troisième cas relatif à une néphrite interstitielle, nous avons vu aussi, pendant le régime amylacé, l'urine atteindre 1530 cc et 4 gr. 30 de chlorures contre 1140 cc et 2 gr. 80 de chlorures pendant le régime carné.

De plus, fait intéressant, le régime carné, qui renfermait 12 gr. d'azote équivalent à 24 gr. d'urée, s'accompagna d'une rétention de l'urée, car l'urine n'en éliminà que 13 gr. par jour. Au contraire, pendant le régime amylacé qui suivit, et qui ne renfermait que 2 gr. d'azote, soit 4 gr. d'urée, la rétention prit fin, des débâcles azoturiques se produisirent et le taux moyen de l'urée monta à 20 grammes.

Dans ce cas donc, le régime hypoazoté a diminué la rétention d'urée, comme le régime hypochloruré diminue la rétention du sel.

Anévrysme de l'aorte

MM. Barth et Taquet présentent les pièces d'un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte.

Le diagnostic à l'entrée à l'hôpital fut : anévrysme de la portion ascendante de la crosse. Au bout de six mois, on constata à la pointe du cœur un deuxième centre de battements, faisant croire à un deuxième anévrysme de la pointe du cœur. A l'autopsie, faite cinq ans après, on a trouvé un premier anévrysme situé en haut, et un deuxième sous la forme d'une grosse poche qui était descendue devant le cœur, le masquant complètement, le refoulant dans la région médiastinale postérieure, et comprimant l'oreille droite. Sur ce deuxième anévrysme s'était greffée une troisième poche.

Contribution à la pathologie du rachis : autopsie d'un cas de cyphose hérédo-traumatique

M. A. Léri présente la colonne vertébrale d'un homme atteint de cyphose hérédo-traumatique : les lésions consistent surtout en une ossification moniliforme du ligament vertébral commun antérieur, il y a une légère union de quelques lames par des ponts osseux et quelques nodules osseux à l'intérieur du canal rachidien, au niveau des ligaments jaunes.

Ces lésions sont absolument différentes de celles de la spondylose rhizomélique ; pas d'ossification des ligaments communs, ossification des ligaments jaunes, des ligaments inter-articulaires, costo-vertébraux et costo-transversaires. De plus, les lésions, dans la cyphose hérédo-traumatique sont absolument limitées au niveau de la région dorsale moyenne; elles sont, au contraire, étendues à toute la hauteur du rachis dans la spondylose.

Enfin, les lésions semblent porter surtout dans la cyphose du côté de la concavité des courbures, dans la spondylose du côté de leur convexité; des lésions ainsi distribuées semblent avoir pour effet, dans la spondylose, de limiter les déformations, dans la cyphose, au contraire, de les produire ou de les exagérer. Il est probable que le tiraillement ou la déchirure des grands ligaments est la cause productrice principale de l'ossification et que celle-ci, à son tour, détermine la gibbosité et,chez les prédisposés, la cyphose. On sait que, généralement dans ces cas, la suspension fait disparaître la cyphose sans modifier la gibbosité.

Sur la colonne vertébrale d'un homme, qui avait une balle de revolver dans un corps vertébral et qui était devenu cyphotique, les lésions étaient analogues à celles de la cyphose hérédo-traumatique.

Cyanose avec splénomégalie et polyglobulie

MM. Vaquez et Ch. Laubry présentent un malade, âgé de soixante ans, provenant du service de M. Bazy, offrant le tableau complet d'une affection dont M. Vaquez a rapporté une observation en 1892, et dont les travaux contemporains en France et à l'étranger ont fait une véritable entité morbide. Elle se caractérise essentiellement par la coexistence d'une cyanose et d'une polyglobulie accentuée, sans lésion congénitale du cœur avec une splénomégalie chronique.

Les auteurs insistent peu sur la cyanose et la polyglobulie qui dans leur cas oscille entre 8000000 et 8500000 globules, et qui commandent la plupart des troubles fonctionnels, entre autres les phénomènes de congestion cérébrale, la tendance aux hémorragies et l'albuminurie intermittente; sur l'hypertrophie de la rate dont ils ne sauraient affirmer la nature tuberculeuse,mais ils remarquent que chez leur malade le foie n'est pas augmenté de volume, contrairement à la règle établie par quelques auteurs.

MM. Vaquez et Laubry insistent davantage sur les lésions hématiques. Les unes sont déjà signalées : augmentation du taux hémoglobinhémique,léger degré de poikilocytose sans polychromatophilie,légère leucocytose avec augmentation du taux des leucocytes granuleux neutrophiles et éosinophiles, apparition de très rares formes myélocytaires et de quelques globules rouges nucléés. D'autres paraissent inédites : ce sont, d'une part, l'absence d'hyperglobulie (augmentation de diamètre moyen des hématies),d'autre part, une notable diminution de la résistance globulaire.

Les auteurs, après avoir éliminé l'hypothèse de la suppression du pouvoir destructeur du foie et de la rate, acceptent l'idée d'une suractivité fonctionnelle des organes hématopoïétiques. Étant donné que l'affection dont ils s'occupent n'est jamais observée qu'à la période d'état, ils se demandent si la stase initiale n'en serait pas représenté par l'anémie myéloïde avec splénomégalie, dans laquelle l'anémie est souvent secondaire, le phénomène essentiel étant une réaction myéloïde.

Les deux affections sont comparables à la leucémie myélogène. L'hypertrophie du foie et de la rate seraient secondaires consécutive à une reviviscence du tissu érythroblastique.La maladie est de nature infectieuse, mais si la tuberculose paraît jouer un rôle prédominant dans la genèse de l'affection, son rôle ne saurait être exclusif.

Les auteurs ont tenté comme traitement, mais sans succès, l'application des rayons X. Ils se proposent de tenter la splénectomie.

Echec de l'inoculation de la pelade

M. Jacquet présente un peladique chez lequel il a tenté sans succès l'inoculation dans la région symétrique de celle qui était atteinte. Il échoua complètement. En revanche il se produisit spontanément ailleurs une plaque peladique. Ce n'est donc pas le terrain qu'on doit incriminer dans l'échec de ces inoculations peladiques.

Il s'agissait d'une pelade liée à l'évolution de la dent de sagesse.

Porospermose folliculaire végétante

M. Renaut présente un malade atteint de cette affection, dont on ne connaît que trente cas. Devant l'insuccès de la thérapeutique, il propose de recourir à la radiothérapie.

M. Danlos partage cette opinion.

M. Darier préférerait l'opothérapie thyroïdienne.

G.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie A. Maloine

Manuel d'orthopédie vertébrale, par M. A. Chipault (Paris 1904).

«C'est à l'étude des moyens orthopédiques scientifiques, moyens immobilisateurs où le plâtre joue le rôle essentiel, moyens modeleurs et mobilisateurs, soit manuels, soit mécaniques, enfin, et plus rarement, moyens opératoires, » qu'est consacré le livre de M Chipault.

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première, très courte, a pour titre : Anatomie et physiologie orthopédiques de la colonne vertébrale. L'auteur décrit la manière d'examiner, au point de vue anatomique, une colonne vertébrale par la vue et le palper, sur un sujet debout, assis et couché; il indique une série de rapports du rachis avec quelques parties voisines et expose la manière de procéder à l'examen physiologique de la colonne vertébrale

Dans la deuxième partie, M. Chipault explique très nettement la différence qui existe entre une colonne vertébrale anormale et une colonne vertébrale orthopédique, c'est-à-dire susceptible de s'améliorer par le traitement. Nombreuses, en effet, sont les anomalies squelettiques ou physiologiques que le chirurgien doit connaître pour les différencier des états pathologiques : c'est la saillie exagérée d'une apophyse qui peut en imposer pour un mal de Pott, une courbure vertébrale normale un peu accentuée, une anomalie portant sur la sensibilité ou la motilité du rachis, la topalgie vertébrale des neurasthéniques, les manifestations vertébrales de l'hystérie.

La troisième partie est de beaucoup la plus importante. Dans un premier chapitre, l'auteur étudie les traumatismes vertébraux dans leurs rapports avec l'orthopédie; il expose le traitement des traumatisés rachidiens restés paraplégiques, par l'immobilisation dans le lit plâtré dont la technique est parfaitement décrite, le traitement des lordoses, cyphoses et scolioses d'origine traumatique. Le chapitre suivant est consacré au traitement du mal de Pott. M. Chipault envisage d'abord un cas type de tuberculose vertébrale infantile, indique la façon de faire un corset plâtré dans la suspension tête en bas, qu'il préfère à la suspension par la tête, indique les indications et le manuel opératoire du redressement des gibbosités avec fixation apophysaire sanglante L'auteur passe ensuite en revue les complications (abcès froid, paralysie) qui peuvent faire varier le traitement orthopédique du mal de Pott, les modifications de la thérapeutique dans les gibbosités infantiles à caractères anormaux ; gibbosités avec déviation latérale, gibbosités multiples. Le traitement chez le nourrisson, chez l'adulte, le traitement de la tuberculose des vertèbres cervicales et des vertèbres sacrées terminent ce chapitre.

Le chapitre suivant traite de la scoliose chez les adolescents et renferme la description de ce que M. Chipault appelle « le corset plâtré de détorsion a plaques ». Dans le dernier chapitre sont groupées quelques affections vertébrales telles que : la scoliose souple, la cyphose et la scoliose rachitiques, le torticolis rhumatismal, les déviations vertébrales symptomatiques.

Il est regrettable que M. Chipault n'ait pas mis quelques figures dans un livre aussi intéressant.

Dr G. Berruyer.

Vient de paraître :

L'anesthésie et les anesthésiques usuels, par le Dr Rieu-Villeneuve, 1 vol. in-12. (Maloine, éditeur).

Formulaire pharmaceutique des mala

***dies infantiles et indications hydrominérales*, publié sous la direction du Dr Gillet. 1 vol. in 8, chez Maloine, éditeur à Paris, et au bureau du journal, 23, rue Dauphine. Prix 3 fr.**

***La puériculture par l'assistance scientifique et maternelle à domicile. Hygiène maternelle et infantile*, par le Dr P. Pecker, avec lettres-préfaces de MM. A. Pinard, Frédéric Passy et Maurice Berteaux. Un vol. in 18 jésus : 3 fr. 50. (Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.)**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Hôtel-Dieu.)

Cours de vacances

Sous la direction de M. le prof. De Lapersonne

MM. Scrini, Monthus et Poulard, chefs de clinique et de laboratoire, commenceront, le jeudi 1er septembre 1904, à 2 h., à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu, un cours de revision avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire.

Le cours aura lieu tous les jours et durera environ trois semaines.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER

(89, rue d'Assas)

Professeur : M. Budin.

Août, septembre et octobre 1904.

Cours de thérapeutique obstétricale pratique avec exercices opératoires, sous la direction de M. Démelin, agrégé, accoucheur des hôpitaux, qui fera des leçons cliniques les mardi et samedi, à 10 heures du matin, par MM. Bouchacourt, Jeannin, Guéniot et Coudert.

Le cours commencera le 1er août à 5 heures. Il continuera tous les jours à la même heure; mardi, jeudi et samedi : leçon théorique; lundi, mercredi et vendredi : leçon pratique.

Programme de ces trois cours mensuels :

Conduite à tenir pendant la grossesse, dans l'accouchement normal et anormal au cours des différentes présentations, et en présence des divers accidents qui peuvent compliquer la puerpéralité. Forceps, version, embryotomie, opération césarienne, etc.

Le prix à verser pour ces trois cours est de 100 fr.

Seront admis MM. les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ces cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC

(Cours de vacances.)

Cours pratique de diagnostic médical.

(Examens des malades. Technique de laboratoire.)

Ce cours commencera le 12 septembre 1904 (matin) et se terminera le 24 septembre; il comprendra 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2, et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique, par MM. Léon Bernard, Lortat-Jacob, Marcel Labbé, Henri Labbé, chefs de clinique et chefs de laboratoire, sous la direction de M. le prof. Landouzy.

Le montant du droit à payer pour les 12 jours de cours est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance de versement des droits. (Les étudiants devront présenter en outre la carte d'immatriculation.)

Les bulletins de versement relatifs aux droits seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

M. Castex, chargé de cours.

Cours pendant les vacances.

MM. Collinet, Rabé et Denis, commenceront, le jeudi 8 septembre 1904, à la clinique de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, un cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Ce cours aura lieu tous les jours (excepté le dimanche), à 3 heures.

Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades ainsi qu'aux opérations de la spécialité.

Le montant des droits à acquitter est de 50 fr.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

NOUVELLES

L'UNION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Sous ce nom, qu'il ne faut pas confondre avec celui de « l'Union médicale », s'est formé un groupement de médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes, appartenant pour la plupart à des syndicats professionnels. Ce groupement a été constitué en vue d'étudier ensemble les questions communes à ces professions connexes, et de défendre les intérêts communs.

Dans notre numéro du 28 mai (page 500), nous avons rendu compte de la première assemblée générale de l'« Union médico-pharmaceutique. » La deuxième assemblée générale de ce groupement vient d'avoir lieu le mardi 19 juillet à 4 heures, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence de M. le Dr Gairal. M. le Dr Jeanne a démontré la nécessité de l'entente professionnelle entre tous les intéressés. M. Gairal a indiqué les moyens d'atteindre le but. Puis l'assemblée a voté à l'unanimité un ordre du jour indiquant son intention de poursuivre son but d'union et de défenses communes, et revendiquant pour chaque membre d'une collectivité le droit de choisir son médecin, son pharmacien, son dentiste, sa sage-femme.

On nous prie de rappeler que tous les renseignements concernant l'Union médico-pharmaceutique doivent être adressés à M. Lafont, secrétaire général, 177, boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

La huitième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le prof. Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies »; rapporteurs : MM. Escat (Marseille) et Proust (Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

L'ŒUF CHANGE-T-IL DE POIDS EN CUISANT?

M. Camus a fait connaître à la Société de biologie les expériences qu'il a faites pour fixer ce point.

Il est assez couramment admis qu'un œuf dur est plus lourd qu'un œuf à la coque peu cuit. On sait qu'un œuf plongé dans l'eau bouillante perd une partie de ses gaz et l'on peut s'imaginer aisément que de l'eau remplace les gaz.

En réalité — et cela ressort des expériences de M. Camus — l'œuf qui a cuit dans l'eau change de poids : il pèse tantôt plus, tantôt moins après qu'avant, il perd du poids si on le retire de l'eau bouillante, il en gagne si on le laisse refroidir dans l'eau.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS

CLINIQUE CHIRURGICALE
INFANTILE

(*Hôpital des Enfants-Malades*)

M. le prof. Kirmisson

Variétés de siège de l'appendice. Appendicite limitée aux replis du mésentère (1)

Messieurs,

Le devoir du chirurgien est de tirer un enseignement de tous les faits qui se présentent a son observation, et, à ce titre, les insuccès sont souvent beaucoup plus instructifs que les plus beaux succès; car, le plus souvent, ils sont dus à des particularités dont nous étions jusque-là restés ignorants. Aussi je reviens une fois de plus sur l'appendicite, à propos d'un fait malheureux qui s'est passé ces jours-ci dans mon service.

Ce qui fait la difficulté de l'étude de l'appendicite, c'est que c'est une affection essentiellement protéiforme dont les aspects cliniques, si différents les uns des autres, justifient les discussions si passionnées dont elle est la cause.

Depuis la douleur abdominale, à peine marquée avec quelques troubles digestifs insignifiants, jusqu'aux suppurations localisées ou diffuses et aux péritonites septiques suraiguës avec gangrène de l'appendice, forme rapidement mortelle, on rencontre tous les intermédiaires, toutes les modalités les plus diverses.

Deux facteurs essentiels régissent son évolution et permettent de mettre un peu d'ordre dans ce chaos; c'est, d'une part, la nature de l'infection appendiculaire, d'autre part, la disposition anatomique de l'appendice.

Du premier de ces facteurs je ne vous dirai que quelques mots, voulant surtout insister aujourd'hui sur les particularités anatomiques de l'appendice. Je vous rappellerai seulement qu'il n'y a pas *une* infection, mais *des* infections appendiculaires, et que si les variétés microbiennes sont peu nombreuses, l'intensité de la virulence pour une même espèce est extrêmement variable et constitue un des grands facteurs des variations d'évolution.

Mais, à côté de ces variétés d'infections, il y a encore des notions anatomiques sur la position de l'appendice susceptibles de faire varier la forme clinique de l'appendicite, notions qui sont le sujet de ma leçon d'aujourd'hui.

Il n'est pas possible de dire que l'appendice occupe une place normale, il peut occuper toute une série de positions extrêmement variables. Diverses statistiques ont été dressées, qui nous permettent d'avoir des indications sur la fréquence plus ou moins grande des diverses positions possibles.

La première en date fut publiée en 1893 dans les *Annals of Surgery*, par H. Biggs. Elle porte sur 136 cas, qui se décomposent de la façon suivante:

Appendice	en dedans du cœcum......	34	cas
—	derrière le cœcum........	32	—
—	en bas et en dedans.......	28	—
—	dans l'excavation pelvienne.	21	—
—	en haut et en dedans......	9	—
—	en haut et en arrière......	3	—
—	en haut et en dehors......	2	—
—	en dehors...............e	2	—
—	en haut et en dedans du colon, vers le foie........	1	—
—	en haut et en dedans du colon..................	1	—
—	tordu sur le cœcum........	1	—
—	en bas et en dehors.......	1	—
—	en bas et en arrière du colon..................	1	—

D'autres statistiques donnent des chiffres très analogues. Robinson (*Medical Record*, 1895) décrit, comme positions les plus fréquentes :

a l'appendice est dans le bassin.
b — est sur le muscle psoas.
c — est à droite du psoas.
d — est couché verticalement derrière le cœcum.

En France, Tuffier et Jeanne, sur 118 autopsies, trouvèrent l'appendice :

En position rétro-cœcale....	32	fois
— pelvienne.	32	»
Sous-iléal..................	27	»

Marchand (thèse de doctorat, 1902), sur 60 cas, a trouvé l'appendice :

En direction descendante..........	23	fois
— ascendante...........	24	»
Rétro-cœcal......................	23	»
En situation pelvienne...........	15	»
A gauche du cœcum, au-dessous de l'iléon.......................	6	»
Rétro-iléal......................	3	»

Enfin, John Fergusson (*An international Journal of medical sciences*, janvier 1901) rapporte une statistique de 200 cas dans lesquels l'appendice fut trouvé :

Le long du bord du cœcum	19	fois
Descendant vers le bassin..	11	»
Sur le bord interne du cœcum	18	»
En arrière................	65	»

Le même auteur a fait, en outre, l'intéressante constatation suivante : c'est que, sur ces 200 cas, si une perforation appendiculaire avait eu lieu, elle se serait ouverte 133 fois dans la cavité péritonéale et 67 fois dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Messieurs, si je vous ai donné cette longue et quelque peu fastidieuse série de chiffres, c'est pour bien vous montrer que tous les auteurs qui se sont occupés de la question arrivent à des conclusions identiques. En effet, si l'on étudie attentivement ces statistiques et si l'on fait abstraction des cas peu nombreux qui constituent plutôt des raretés, on se rend facilement compte que l'appendice occupe, dans l'immense majorité des cas, quatre positions principales :

1° L'angle iléo-cœcal ;

2° Une position descendante pouvant aller jusqu'à l'articulation sacro-iliaque ;

3° Il se dirige sur la gauche et pointe au milieu des anses intestinales;

4° Enfin il peut être rétro-cœcal.

Chacune de ces variétés de position explique une particularité de l'évolution. Si l'appendice, dans l'angle iléo-cœcal, répond à la forme classique de l'appendicite, la direction descendante explique les collections du petit bassin que vous me voyez rechercher systématiquement lorsque j'opère une appendicite à chaud; elle a même permis d'individualiser une forme particulière d'appendicite qui fut décrite sous le nom d'appendicite pelvienne.

La direction que prend parfois l'appendice vers la ligne médiane, au milieu des anses intestinales, explique très bien que le point douloureux initial puisse être péri-ombilical ou même dans la fosse iliaque gauche.

Enfin, comme nous l'ont montré les statistiques, l'appendice en position rétro-cœcale est loin d'être une rareté. Biggs l'a rencontrée 32 fois sur 136 cas, Tuffier et Jeanne, 32 fois sur 118; Marchand, 23 fois sur 60; Fergusson, enfin, 67 fois sur 200.

Dans toutes ces statistiques, elle occupe, sinon la première, tout au moins la seconde place et cette forme d'appendicite est relativement favorable, puisque l'abcès vient pointer dans la région lombaire, en dehors de la cavité péritonéale par conséquent.

Ces variations de positions de l'appendice ont, on le comprend, la plus grande importance au point de vue du siège de la douleur et de la localisation des abcès. Déjà en 1890, Gerster (*New-York med. Journ.*) avait tenté de baser sur elles une classification des abcès appendiculaires. Il décrivait cinq variétés d'abcès :

1° L'abcès iléo-inguinal, situé derrière la paroi abdominale, un peu au-dessus du pli de l'aine.

(1) Leçon faite le 19 mars 1904, recueillie et rédigée par M. Geo. Rottenstein, interne des hôpitaux.

2° L'abcès antérieur qui repose sur la face antérieure du cœcum et évolue vers l'ombilic.

3° L'abcès postérieur ou rétro-cœcal qui se dirige vers la fosse lombaire et simule un abcès périnéphrétique.

4° L'abcès rectal ou péri-rectal ou pelvien.

5° L'abcès interne ou méso-cœliaque.

De tout ceci, Messieurs, je voudrais, pour me résumer, que vous reteniez ce fait qu'il existe une position rétro-cœcale de l'appendice, que tous les auteurs sont unanimes à reconnaître comme fréquente et qui donne à l'appendicite une évolution particulière vers la région lombaire, évolution favorable, comme je vous l'ai expliqué il y a un instant.

Dernièrement il nous a été donné d'observer un fait très rare dans lequel une anomalie de position d'un appendice rétro-cœcal imprima à la maladie un caractère de gravité extrême qui se termina par la mort.

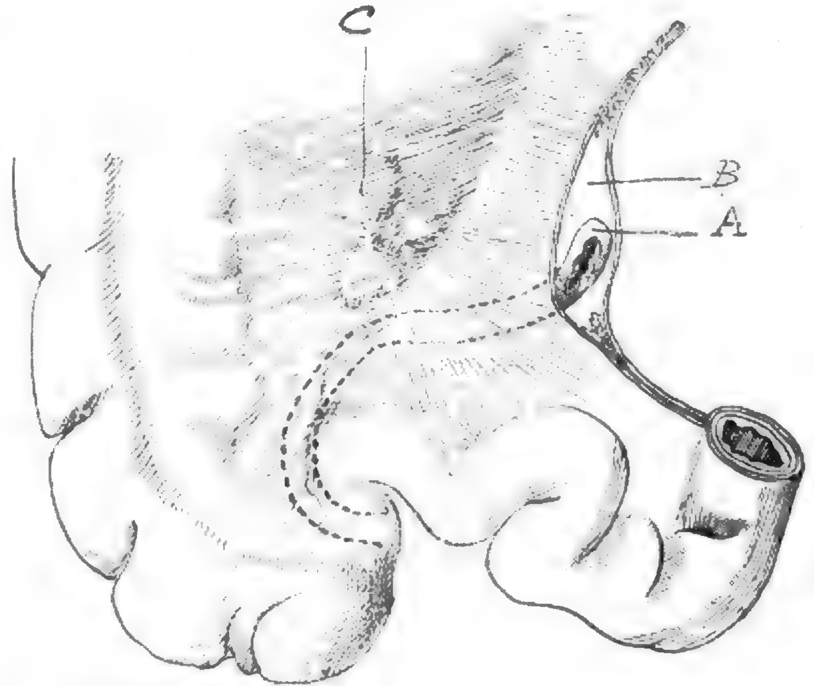
Observation

Le mercredi matin 9 mars 1904, pendant la visite, on apporta dans mon service un enfant âgé de dix ans et demi. Dès son entrée dans la salle sur les bras de son père, un employé des postes, je fus frappé de son facies péritonéal. L'examen du jeune malade montrait des anses intestinales qui se tordaient convulsivement sous la paroi abdominale. Le ventre est modérément ballonné, le ballonnement répondant à l'ombilic, les flancs restan indemnes. La fosse iliaque gauche était légèrement douloureuse. Nous étions bien, évidemment, en face d'une occlusion intestinale.

Après avoir exposé la situation au père, je fis endormir immédiatement l'enfant et procédai à l'opération. Mais, auparavant, je pratiquai la palpation de l'abdomen sous chloroforme, qui nous montra, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction arrondie, manifestement rénitente, paraissant bien être un abcès appendiculaire. Aussi fis-je la laparotomie dans la fosse iliaque droite. Dès l'ouverture de l'abdomen, nous tombons sur une anse d'intestin grêle dilatée et vascularisée. Pas une goutte de pus ne s'échappa de la grande cavité péritonéale, mais nous ne voyons nulle part le cœcum. Après quelques recherches, nous découvrons le gros intestin recouvert de franges épiploïques et relié à une anse d'intestin grêle par des adhérences très serrées. Passant mon index gauche au-dessous de ces adhérences, je me mis en devoir de les sectionner au bistouri ; à un moment donné, il s'écoula un flot de pus d'odeur caractéristique, qui me permit d'affirmer le diagnostic d'appendicite. Quant au cœcum et à l'appendice, il m'était toujours impossible de les découvrir. Me portant alors en bas, dans la fosse iliaque droite, dans le point où la palpation m'avait permis de reconnaître une tuméfaction fluctuante, je pus reconnaître que cette tumeur était formée par l'agglutination de deux anses d'intestin grêle, renfermant, dans leur intervalle, un pus de caractères identiques à ceux notés précédemment. L'examen de l'intestin grêle démontre qu'il y a, en différents points du mésentère, des collections identiques.

En somme, il s'agit d'une péritonite d'origine appendiculaire, entièrement localisée entre les replis du mésentère, avec adhérences et coudures multiples de l'intestin grêle déterminant une occlusion secondaire. Toute la partie supérieure de l'intestin grêle est extrêmement dilatée, mais il n'y a pas une goutte de pus libre dans la grande cavité péritonéale, pas une goutte de pus dans le bassin.

Le confrère qui fut appelé dès les premiers jours de la maladie auprès de l'enfant, a bien voulu rédiger l'observation, et je tiens à l'en remercier. Je vais vous la lire, et vous verrez combien elle est instructive. Elle confirme bien les données de l'opération, car à chaque ligne vous vous écrirez : appendicite ! appendicite !



A. — Appendice perforé à son extrémité.
B. — Cavité de l'abcès appendiculaire primitif compris entre les deux lames du mésentère.
C. — Ganglions.

C'est le mardi 1er mars que le médecin fut appelé auprès du petit malade qui, depuis une huitaine de jours, souffrait de douleurs abdominales. Les douleurs atteignaient nettement leur maximum d'intensité dans la fosse iliaque gauche ; le reste de l'abdomen était peu sensible. Le ventre était légèrement ballonné, la langue saburrale. L'enfant avait encore quelques nausées qui, la veille, avaient été suivies de vomissements. Dans la matinée, la mère avait donné à l'enfant de l'huile de ricin ; cette purgation n'avait produit aucun effet sur la constipation, qui durait depuis trois jours. Le pouls était aux environs de 120, la température à 38°5. Je prescrivis un lavement de glycérine et de sel marin, qui fut suivi de l'expulsion de matières fécales noirâtres et d'odeur extrêmement fetide.

Le 2 mars, vers midi, les douleurs, qui avaient persisté dans la nuit, avaient diminué dans la matinée, la localisation n'existait plus dans la fosse iliaque gauche, la sensibilité était diffuse et le ventre météorisé. La température était à 38°2, le pouls à 120. Un lavement naphtolé fut prescrit, ainsi que quelques calmants : eau chloroformée, quelques gouttes d'élixir parégorique, du benzonaphtol.

Le soir, la situation était à peu près identique. L'enfant absorbait du lait, du bouillon, sans nausées ni vomissements ; les douleurs persistent, mais atténuées. Le lavement avait amené encore l'élimination de matières abondantes, mais moins fétides. La température oscillait entre 38° et 38°8.

Le jeudi, 3 mars, la situation était la même, le pouls bien frappé aux environs de 120, la température à 38°. Le méteorisme persistait.

Les jours suivants, il y eut une amélioration, si bien que le samedi 5, le petit malade paraissait guéri. Mais le lundi 7 mars, à minuit, l'enfant fut repris de douleurs excessivement violentes, généralisées à tout l'abdomen et suivies de vomissements biliaires abondants.

Le mardi 8, l'enfant absorba un peu de bouillon et une potion de Rivière ; les vomissements continuaient ainsi que la constipation, mais la température n'était plus élevée et le pouls s'affaiblissait.

Aussi, le mercredi 9, conseille-t-on son entrée à l'hôpital.

Les circonstances de notre opération ne

laissaient malheureusement aucun espoir de guérison.

En effet, l'enfant succomba le jeudi matin à 4 heures, moins de vingt-quatre heures après l'opération. Dans le courant de l'opération, j'émettais cette opinion qu'il fallait qu'il y eut une position anormale de l'appendice, l'amenant au contact du mésentère. L'autopsie, Messieurs, vint pleinement confirmer notre manière de voir. On constata que le cæcum était profondément appliqué dans la région du flanc droit et que de sa face postérieure et externe partait l'appendice, qui remontait derrière lui en formant une anse très large, à concavité inférieure. Cet appendice, très long, se prolongeait par sa pointe jusque sous la face profonde du mésentère.

Il était perforé à sa pointe, qui baignait là dans un premier foyer de suppuration (voyez figure). De ce foyer initial l'inflammation s'était propagée par les ganglions mésentériques, qui sont le siège d'une hypertrophie énorme, à toute l'étendue du mésentère, déterminant cette péritonite localisée, de forme spéciale, et ayant pour conséquence l'occlusion intestinale, elle-même la suite des coudures des adhérences de l'intestin.

Les faits semblables sont extrêmement rares. Peut-être en trouverait-on quelques observations dans le dossier considérable de l'appendicite, mais il n'en est fait mention dans aucun traité classique. J'ai rapporté l'histoire de ce malade et montré la pièce à la dernière séance de la Société de chirurgie, et parmi mes collègues, même ceux qui se sont spécialement occupés de l'appendicite, aucun ne connaissait de fait semblable.

De l'étude de cette observation peuvent se tirer un certain nombre d'enseignements précieux.

Tout d'abord, il est bien évident que c'est l'anomalie de position de l'appendice qui est la cause de cette évolution spéciale qui a fait errer le diagnostic.

Mais, même si la nature appendiculaire de l'affection avait été reconnue dès le premier jour et que celle-ci eut été pratiquée de suite, l'opération aurait été certainement plus facile qu'au moment où je suis intervenu, mais aurait cependant présenté de grandes difficultés. Il eut fallu faire une dissection très étendue dans toute l'épaisseur du repli mésocolique, et je ne suis pas sûr que l'on serait arrivé au bout de l'ablation de l'appendice. Evidemment, il est très facile, à des médecins *qui n'opèrent pas*, de dire que toute appendicite doit être opérée de suite et guérit. Vous voyez que les choses ne sont pas toujours aussi simples qu'ils veulent bien le dire, et ils ne parleraient certainement pas ainsi, s'ils avaient la responsabilité de l'acte opératoire.

Le deuxième point sur lequel je voudrais insister devant vous a trait à l'effet désastreux de l'emploi des purgatifs dans l'appendicite. Déjà, dans une de mes précédentes leçons, je vous ai parlé d'une jeune fille qui est morte de péritonite généralisée après avoir été purgée. Cette malade allait bien, sa crise appendiculaire était en pleine voie de guérison lorsqu'une purgation amena du ballonnement du ventre, des vomissements, des symptômes extrêmement aigus et graves, qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital.

L'opération, immédiatement pratiquée, fit reconnaitre une péritonite généralisée aux suites de laquelle la malade ne tarda pas à succomber.

En matière d'appendicite, Messieurs, il n'y a que deux modes de traitement, ou bien l'ablation immédiate, ou bien le traitement médical. Je sais bien que des médecins ont prétendu qu'il n'y avait pas de traitement médical de l'appendicite. Hippocrate a dit : « Il y a des choses utiles, il y a des choses nuisibles, donc il y a une médecine » et je pourrai répondre : ... « donc il y a un traitement médical de l'appendicite. Mais en dehors de ces deux modes de traitement, il n'y a pas place pour un troisième, surtout s'il est constitué par le régime des purgations.

A cela on pourra m'objecter que, dans le cas de doute, lorsque le diagnostic hésite entre l'appendicite et l'occlusion intestinale, il faudra bien donner des purgatifs. Eh bien! non; ici encore le traitement de choix est le repos, la glace, la diète et l'opium. Je ne vous en donnerai comme preuve que l'histoire récente de ce petit malade de l'hôpital Trousseau, qui fit l'objet d'une des premières leçons de ce semestre d'hiver et dont j'ai publié l'observation.

A mon retour des vacances, le jeudi 1er octobre, on me présenta un malade depuis quelques jours dans le service et chez lequel on avait fait le diagnostic d'appendicite. On me fit cependant remarquer que certaines particularités donnaient à cette appendicite un caractère un peu anormal. J'acceptai le diagnostic, et le traitement médical, institué dès le premier jour, fut continué. Tout alla bien jusqu'au dimanche 4 où apparurent des vomissements bilieux qui se répétèrent le lundi et le mardi. Mais le mercredi, 7 octobre, il n'y avait plus d'hésitation possible; une cuvette pleine de vomissements fécaloïdes, rendus dans la nuit, qu'on me présenta à la visite montrait clairement que nous étions en présence d'une occlusion intestinale. L'opération, immédiatement pratiquée, confirma pleinement ce diagnostic : l'intestin était enserré par une bride constituée par un diverticule de Meckel. L'enfant guérit parfaitement. Le traitement médical, en mettant son intestin au repos absolu, prévint des accidents graves, irrémédiables peut-être, qu'aurait certainement occasionné le traitement par les purgatifs.

Donc, Messieurs, souvenez-vous qu'il y a des cas difficiles où le diagnostic ferme entre l'appendicite et l'occlusion est malaisé, que l'erreur est possible, mais que vous ne ferez pas pâtir le malade de votre hésitation en instituant le traitement par la diète, la glace et l'opium qui est toujours le meilleur, quoi qu'il arrive.

CHIRURGIE

Exostoses d'origine traumatique

Par M. le Dr Folly,

Médecin-major de 2e classe, chef de l'hôpital militaire de Coléah.

Diverses maladies infectieuses peuvent produire des exostoses. Citons, tout d'abord, la syphilis et l'ostéomyélite aiguë qui se traduisent toutes deux par une prolifération active du périoste (ostéite condensante); la blennorragie, qui a une prédilection marquée pour les tissus péri-articulaires et laisse quelquefois, comme reliquat éloigné, une ou plusieurs exostoses au niveau de l'articulation qu'elle a frappée; enfin la fièvre typhoïde, comme vient de le rappeler, dans une de ses récentes cliniques, M. le prof. Dieulafoy. Nous avons vu un bel exemple d'exostoses de ce genre chez une femme âgée de trente-huit ans, qui, à l'âge de sept ans, avait eu la fièvre typhoïde et portait deux exostoses énormes au côté gauche de la tête : l'une au niveau de la fosse temporale, l'autre à la partie postérieure du pariétal, déterminant ainsi une véritable asymétrie de la boîte cranienne.

A côté de ces exostoses d'origine infectieuse, nous pouvons placer les exostoses de croissance, dues à une prolifération trop exubérante du cartilage de conjugaison. Nous ne parlerons pas ici des affections qui amènent une déformation généralisée des extrémités articulaires et se traduisent par des nodosités ou des nouures : rhumatisme noueux, goutte, rachitisme. Nous n'avons en vue que les exostoses localisées et limitées à une région ou à un segment du membre.

En regard de ces exostoses pathologiques, nous avons pensé qu'il fallait placer une série d'exostoses que nous appellerons traumatiques, et sur lesquelles nous allons nous expliquer. Il ne s'agit point ici des exostoses péri-articulaires, con-

sécutives à une entorse. Là, l'exostose passe souvent inaperçue; elle n'apparaît que longtemps après la guérison et peut se résorber par le massage. Ces exostoses péri-articulaires sont produites par la distension forcée d'un ligament ou d'un tendon qui, au lieu de céder dans sa continuité, cède à son point d'insertion, arrachant avec lui une certaine portion de périoste. Ce périoste, irrité par le traumatisme, prolifère et produit une exostose.

Plus rares sont les cas que nous envisageons ici, où l'exostose est, pour ainsi dire, toute la maladie provoquée par un arrachement tendineux simple, sans traumatisme articulaire appréciable, et siégeant en un point relativement éloigné de la jointure.

On pourrait les appeler exostoses télé-articulaires, par opposition aux premières. Ces exostoses supposent une contraction brusque, à la suite d'un effort musculaire parfois considérable, au point même d'entraîner le périoste assez loin, et d'amener la production d'ostéomes intra musculaires, dont le type est l'ostéome des cavaliers ou ostéome des adducteurs. Plusieurs faits rapportés par Sieur, Demmler, Meinhold, sont venus confirmer l'exactitude de cette interprétation théorique.

Ces exostoses télé-articulaires s'observent, elles aussi, un certain temps après le traumatisme; elles se développent lentement et n'acquièrent leur volume définitif, qui varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon, qu'un ou plusieurs mois après l'accident. Elles se présentent sous forme d'une tumeur ordinairement conique, élargie à la base et dont le sommet arrondi se perd sous les muscles sus-jacents, tumeur de consistance éburnée, immobile, faisant corps avec l'os, non douloureuse spontanément ni à la pression, mais pouvant occasionner des frottements douloureux par son contact avec les muscles et les tendons, qui sont déviés de leur trajet par l'exostose et passent par dessus comme sur une poulie de renvoi. La main, appliquée à ce niveau, peut percevoir de véritables craquements, comparables à ceux d'une synovite crépitante. Tels sont les symptômes de cette catégorie d'exostoses; examinons-les plus en détail chez nos trois malades :

Observation I. — Exostose bilatérale et symétrique de l'humérus, située au niveau du V deltoïdien (observation due à l'obligeance de M. le médecin aide-major de 1re classe Uzac).

X..., chasseur de 2e classe au 2e bataillon d'Afrique, est un sujet vigoureux, âgé de vingt-trois ans, sans aucune affection antérieure : ni fièvre typhoïde, ni blennorragie, ni rhumatisme. Il se présente à la visite pour une douleur dans l'articulation de l'épaule, douleur assez anodine pour disparaître au bout de deux jours par le repos et le massage. Au cours de l'examen, nous sommes frappé par le développement exagéré de son système musculaire des deux côtés. Les muscles de l'épaule surtout présentent un volume anormal. Le deltoïde, très saillant, couvre d'un large éventail toute l'articulation, nettement séparé par un sillon profond du grand pectoral en avant et du grand dorsal en arrière. Ces deux muscles sont eux-mêmes très développés. Deux sillons moins profonds séparent les trois chefs à la partie supérieure, s'effacent vers le tiers moyen pour disparaître complètement à l'extrémité inférieure du muscle, où l'on voit l'ensemble s'implanter sur la face externe de l'humérus au V deltoïdien, par un gros et large faisceau globuleux.

Les mouvements provoqués de l'articulation sont indolores et ne s'accompagnent de craquements d'aucune sorte. Les mouvements actifs s'exécutent dans tous les sens avec beaucoup de puissance et sans aucune gêne. En palpant le deltoïde, on trouve, aussi bien à droite qu'à gauche, une tumeur dure en forme de cône, dont la base, taillée en biseau aux dépens de son bord interne, s'implante sur l'humérus et fait corps avec lui, et dont le sommet se dirige dans le sens des fibres du deltoïde qui l'englobent.

Quand le muscle est flasque et au repos, il est facile de sentir cette masse, qui mesure environ 5 centim. de long sur 3 centim. de large à la base ; elle est fortement adhérente à l'humérus. C'est une sorte de stalactite osseuse qui se perd en pointe au milieu des fibres inférieures du deltoïde. Il n'existe pas d'autres tumeurs osseuses analogues sur le reste du corps, notamment au niveau des adducteurs.

Interrogé sur sa profession et sur l'évolution de cette production osseuse, cet homme répond qu'il exerce le métier de clown de cirque et que son rôle principal est de marcher sur les mains. Entraîné de bonne heure à ce genre d'exercice, il a toujours présenté un développement énorme des muscles de l'épaule et ne s'est jamais inquiété des anomalies que nous avons été le premier à signaler à son attention et qui n'ont jamais provoqué de gêne.

L'absence d'antécédents pathologiques, le siège de la tumeur, située bien plus bas que le cartilage de conjugaison, au niveau même de l'insertion du deltoïde, où le périoste était continuellement tiraillé par les fibres du muscle, en contraction forcée pendant les exercices acrobatiques du sujet, nous autorisèrent à porter le diagnostic d'exostose traumatique. Naturellement, en l'absence de symptômes douloureux et de gêne des mouvements musculaires, nous ne proposâmes aucune intervention au malade.

Obs. II. — Exostose volumineuse de l'os coxal droit.

X..., tirailleur indigène, âgé de trente-sept ans, sujet vigoureux, sans antécédents pathologiques : ni fièvre typhoïde, ni blennorragie, ni syphilis, ni rhumatisme, se présente à la visite porteur d'une tumeur dure, du volume d'un œuf de poule, siégeant au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure, au niveau de l'insertion du tendon direct du muscle droit antérieur. La palpation est indolore et permet de mieux délimiter cette tumeur, qui est de forme conique; son diamètre, à la base, est d'environ 5 centimètres et sa hauteur de 8 centimètres; son sommet est dirigé de bas en haut dans le sens des fibres du muscle droit antérieur. Elle est complètement immobile et fait corps avec l'os coxal. On sent nettement, au-dessus de la tumeur, un paquet musculaire au milieu duquel on distingue au premier plan la corde formée par le couturier.

Les signes fonctionnels sont nuls; la tumeur n'est douloureuse ni spontanément, ni par la pression, et le porteur n'est gêné dans aucun des mouvements de la cuisse.

Le malade nous apprend que, quarante jours auparavant, il a fait un faux pas en descendant une pente raide et qu'il est tombé en avant. En faisant effort pour empêcher la chute, il éprouva une vive douleur à l'aine droite et remarqua, les jours suivants, un peu de gonflement à ce niveau. Douleur et gonflement ayant disparu, le malade avait oublié son accident, lorsqu'un mois après environ, il sentit à la palpation cette tumeur osseuse.

En présence de ces antécédents traumatiques et en l'absence de tout antécédent pathologique, en raison du siège de la tumeur, au niveau de l'insertion du droit antérieur, de sa consistance éburnée, de sa fusion intime avec l'os coxal, nous diagnostiquons une exostose traumatique et nous proposons au malade, comme seule chance de guérison, une intervention chirurgicale qu'il refuse nettement, n'éprouvant ni gêne ni douleur.

Obs. III. — Exostose du tibia droit, au niveau de l'insertion des tendons de la patte d'oie.

B..., tirailleur français, âgé de vingt ans, sujet robuste et bien constitué, sans antécédents syphilitiques, blennorragiques ou rhumatismaux, et qui, d'autre part, n'a pas eu la fièvre typhoïde, nous apprend que, deux ans auparavant, étant tombé sur le genou droit pendant une promenade à bicyclette, il éprouva une vive douleur à la région supéro-interne de la jambe droite et se fit en même temps une contusion légère du genou. Celle-ci disparut rapidement, tandis qu'au siège primitif de la douleur se développait, au bout d'une quinzaine de jours, une petite saillie osseuse.

Actuellement, cette saillie atteint le volume d'une noisette; elle est conique et dirigée perpendiculairement au tibia. Elle siège à quatre travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire, est immobile et fait corps avec l'os. Elle offre une consistance éburnée à la palpation qui permet de constater, en outre, que les tendons de la patte d'oie font relief par dessus la tumeur, et si l'on fait fléchir la cuisse, on perçoit nettement une crépitation rude, produite par le frottement des tendons. La tumeur est indolore à la palpation; mais le malade éprouve une gêne douloureuse dans les mouvements de flexion et d'extension de la jambe.

Cette tumeur, intimement fusionnée avec l'os, située au-dessous du cartilage de conjugaison, ne pouvait être rapportée, en l'absence de tout antécédent pathologique, qu'au traumatisme invoqué par le malade. L'ablation en fut pratiquée facilement au ciseau et au maillet et permit de vérifier notre diagnostic d'exostose. Les suites furent très simples, vingt cinq jours après l'intervention, le malade quittait l'hôpital et pouvait, dès lors, marcher librement.

On peut voir, par ces trois exemples, que la pathogénie de ces exostoses est toute différente de celle qui concerne les exostoses consécutives aux entorses. Tandis que celles-ci reconnaissent pour cause une surdistension d'un ligament ou d'un tendon, par suite d'une position anor-

male du membre : abduction ou adduction forcée, par exemple, surdistension qui s'accompagne toujours d'un traumatisme articulaire notable; celles-là succèdent à une brusque contraction d'un muscle en un point relativement éloigné de l'articulation et sans traumatisme articulaire important Cette contraction forcée du muscle résulte d'un effort parfois considérable, et l'on conçoit dès lors qu'une surface assez étendue de périoste soit arrachée et, par suite, comme dans notre deuxième cas, que l'exostose soit parfois très volumineuse.

De cette pathogénie découle aussi le pronostic. Tandis que l'exostose peri-articulaire est fonction d'un traumatisme articulaire sérieux qui comporte souvent, dans la suite, un pronostic réservé, l'exostose télé-articulaire, à en juger par les exemples qui précèdent, comporte un pronostic bénin. Elle fait, à elle seule, pour ainsi dire, toute la maladie et, dans la majorité des cas, le sujet, n'éprouvant aucune gêne, ne réclame point l'ablation de la tumeur. Elle n'en constitue pas moins une complication éloignée des traumatismes assez rare et intéressante à signaler.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'apothéose de l'exercice illégal de la médecine

Si nos souvenirs sont exacts, l'Académie de médecine n'a pas voulu suivre M. Hervieu lorsqu'il préconisait de confier en Algérie la vaccination aux instituteurs. Néanmoins, cette pratique a été adoptée, ainsi qu'en témoigne un rapport adressé au Gouverneur par le recteur de l'Académie d'Alger, qui s'exprime ainsi :

Ailleurs, c'est la vaccine que l'instituteur introduit, car le médecin de colonisation ne peut pas être partout. Parfois, ce n'est pas sans peine; au Riff, par exemple, où si ces opérations sont faciles aujourd'hui, personne ne les admettait il y a neuf ans. Il y avait dans la localité des cas de variole. L'instituteur fit le pari avec un notable qu'il irait toucher le cadavre d'un enfant qui venait de mourir, affirmant qu'il n'avait rien à craindre pour lui-même, puisqu'il était vacciné. En retour, s'il n'en résultait rien, le notable s'engageait à se laisser vacciner lui et les siens.

« Le pari fut accepté, déclare l'instituteur, et suivis d'une foule de curieux très intéressés, nous nous rendîmes dans la maison de l'enfant mort, où je fis ce que j'avais dit. Une semaine plus tard, n'ayant en aucun mal, je vaccinai toute la famille de mon contradicteur, puis, peu à peu, par petits groupes, 700 indigènes de mon voisinage. »

De la vaccination, les instituteurs sont arrivés fatalement à l'exercice de la médecine, et le rapport précité de M. le Recteur contient à ce sujet les renseignements les plus suggestifs, ainsi qu'on pourra s'en convaincre à la lecture des passages suivants :

La nécessité de soigner leurs élèves d'abord, leurs voisins ensuite, écrit le recteur, avait amené les instituteurs, dès le début, à avoir une petite pharmacie personnelle. Depuis que les communes fournissent les médicaments, la maison d'école devient le rendez-vous de tous les malades des environs, et souvent ceux des régions relativement éloignées.

Cette grande affluence de malades provient en partie, sans doute, de ce fait que les consultations et les remèdes sont gratuits, et que le médecin communal ou de colonisation habite parfois très loin. Mais les indigènes apprécient surtout le dévouement des maîtres pour les malades, l'affabilité de leur accueil, les paroles de consolation qui ne leur sont jamais ménagées. Et, d'ailleurs, les nombreuses guérisons obtenues sont une preuve de la valeur des soins donnés.

Les marabouts eux-mêmes s'adressent fréquemment aux instituteurs français. Il est arrivé également que des médecins arabes les ont consultés. Voici un fait intéressant rapporté par l'instituteur de l'oasis de Négrine (cercle de Tébessa).

« Un médecin arabe, jouissant d'une grande réputation dans la région, surtout pour les opérations chirurgicales, qu'il réussit très bien, fut atteint de fièvres paludéennes pendant l'été de 1902.

« Les accès disparurent avec l'arrivée de l'automne, mais il resta au malade des névralgies cérébrales, qui lui ôtaient toute possibilité de repos. Il vint me trouver : *« L'ennemi est en moi*, dit il, *mes enfants sont encore petits, ne me laisse pas mourir. »* Il avait jusque là témoigné de la froideur à mon égard, et je le soupçonnais de n'avoir pas beaucoup de sympathie pour l'école française. Je le soignai du mieux que je pus, et après un mois et quelques jours de traitement, il était complètement guéri. Depuis, il ne laisse échapper aucune occasion de me témoigner sa gratitude. Au premier janvier, il m'assura devant tous ses coreligionnaires, avec qui il était venu m'offrir ses vœux de nouvel an, que toujours, fussé je en France, il accourait à mon appel si j'avais besoin de lui. Il a près de soixante ans. »

D'octobre à janvier, cet instituteur a soigné 293 malades, non compris les élèves des deux classes. On vient même de Tunisie se faire soigner par lui Il est très aimé de la population. Il y a quelques années, les habitants avaient demandé à M. le général Tartrat, qui commandait alors la division de Constantine, de le nommer cheikh indépendant de la localité. Une autre année, comme il avait manifesté l'intention de se rapprocher du littoral, les indigènes de l'oasis adressèrent une pétition à l'autorité militaire pour qu'elle s'opposât à son départ.

L'instituteur de Mizrana a obtenu, de son côté, des résultats non moins satisfaisants.

Après avoir commencé par soigner les élèves malades, écrit-il, yeux, fièvre, teigne, brûlures, coupures, piqûres, bronchites, mon action s'est rapidement étendue à leurs familles, par suite d'une circonstance inattendue.

Je rencontrai un jour au village le grand marabout de la région, qui était atteint d'une forte bronchite. Je l'invitai à venir à l'école pour l'y soigner. Il m'y suivit. Je lui fis un badigeonnage de teinture d'iode, lui en remis un petit flacon, ainsi que des fleurs pectorales avec des indications nécessaires à leur usage. Huit jours après, il vint me remercier publiquement, et me fit une telle réputation que des hommes et même des femmes viennent demander mes soins de l'autre extrémité du douar.

On est vraiment étonné de l'état d'esprit des hauts fonctionnaires de la République quand le recteur de l'Académie d'Alger adresse au gouverneur de cette colonie un rapport qui n'est que l'apothéose de l'exercice illégal de la médecine.

Ce qui est non moins troublant, c'est de voir un journal comme *Le Temps* écrire, après avoir publié les faits ci-dessus, ces phrases lapidaires :

Le gouverneur général a trouvé, chez les instituteurs, de précieux collaborateurs pour le seconder dans cette œuvre d'assistance médicale. Utilisant les connaissances d'hygiène et de médecine acquises à leur passage à l'école normale, ils rendent de grands services aux populations musulmanes.

Les connaissances de médecine acquises à l'Ecole normale!

Après celle-là, il faut tirer l'échelle

GRANJUX.

DÉPARTEMENTS

Luxation « soudaine » iliaque de la hanche droite (1)

MM. Soubeyran et Gagnières. — Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de dix neuf ans qui, à la suite d'un accouchement, a présenté une luxation soudaine iliaque de la hanche droite.

A l'examen, le membre inférieur droit est en flexion légère, en adduction et en rotation interne; le raccourcissement est de quatre centimètres. La pression, au milieu de l'arcade crurale, est douloureuse ; les mouvements articulaires sont limités, mais indolores, et on sent très bien la tête fémorale rouler dans la fosse iliaque externe. D'ailleurs, la radiographie confirme le diagnostic clinique.

Or, la malade avait souffert un peu de la hanche droite deux jours avant son accouchement, mais elle avait pu marcher sans claudication. L'accouchement avait été normal, et c'est seulement quatre jours après l'accouchement que la malade, voulant marcher, s'aperçut que son membre inférieur droit, impossible à mouvoir, présentait un raccourcissement considérable.

Les auteurs estiment qu'il faut éliminer l'origine traumatique et l'origine puerpérale de cette luxation soudaine. Ils ne pensent pas non plus qu'il s'agisse d'une coxalgie, et se rattachent beaucoup plus volontiers à l'hypothèse de gonococcie, la malade paraissant être depuis un an sous le coup de cette infection.

Le mécanisme, très obscur, de cette luxation, est comparable, d'après eux, à celui des luxations soudaines observées soit au début de la coxalgie, avant l'usure des surfaces articulaires, soit à la suite des maladies aiguës (rhumatisme, fièvre typhoïde, etc.). Trois facteurs, dans

(1) *Montpellier médical*, 8 mai 1904.

ces cas, sont en cause : 1° l'accumulation du liquide ; 2° l'altération de la capsule et des ligaments, la prolifération du cotyle ; 3° la parésie de certains muscles avec contraction des antagonistes.

B.

Interventions conservatrices dans les ostéo-sarcomes malins du membre supérieur

Contrairement à l'opinion courante, **M. Gangolphe** croit que dans les ostéo-sarcomes malins du membre supérieur, on peut éviter le sacrifice du membre et recourir de parti pris à la resection d'un segment osseux pouvant comprendre une étendue variable, quelquefois la diaphyse tout entière.

Les arguments qu'il donne à l'appui de son opinion sont : 1° le refus général des malades qui, plutôt que de subir l'amputation ou la désarticulation, quittent l'hôpital ; 2° quand les malades acceptent l'intervention radicale, c'est après de longues tergiversations, le mal a fait des progrès et l'opération n'est plus que palliative ; 3° l'immense majorité des sujets amputés ou désarticulés succombent dans un délai d'un an environ, à la généralisation thoracique, ordinairement. C'est donc sans autre bénéfice que la cessation de douleurs, quelquefois d'hémorragies, que que l'opéré a fait le sacrifice d'un membre. L'amputation et la désarticulation ne méritent donc pas d'autre épithète que celle de palliative ; 4° les réséqués ne sont pas plus exposés à la généralisation que les amputés. C'est, du moins, ce que lui a montré sa pratique.

Quant aux règles de l'intervention, voici comment M. Gangolphe les a exposées à la Société de chirurgie de Lyon :

1° L'incision devra permettre d'enlever toute la lésion et de conserver intacts les nerfs et les vaisseaux. La disposition encapsulée permettra, bien souvent, l'extirpation facile en un tissu sain. Au bras, le dégagement du radial sera souvent le temps le plus délicat. Si on devait le couper, il est permis de considérer les bénéfices de l'opération comme diminués des neuf dixièmes, la paralysie du radial étant la plus grave au point de vue fonctionnel.

2° On sacrifiera largement les muscles, et il ne faut pas se préoccuper du ballottement du membre : on peut toujours substituer une attelle extérieure à l'humérus déficiant.

3° Il ne faudra pas se hâter de recourir à l'orthopédie, car on est généralement surpris du degré d'utilité — en dehors de toute prothèse — du membre conservé.

Séton du lobe temporal par balle de revolver sans trouble sérieux encéphalique. Trépanation. Guérison

Il s'agit d'un individu, blessé, disait-il, par accident, présentant une plaie d'entrée dans la région temporale droite. A l'hôpital, il avait gagné à pied son lit, et ne présentait aucun trouble cérébral. M. **Vallas** ne trouva qu'une légère exophtalmie sans altération de la vision ou de la motilité oculaire, et un ralentissement considérable du pouls, qui ne battait que 45 pulsations à la minute. Sur ces deux symptômes, il soupçonna une lésion profonde et décida une intervention immédiate.

L'incision des parties molles le conduisit rapidement sur une perforation du crâne au niveau de l'écaille du temporal. Celle-ci, agrandie au davier-gouge, on trouva quelques caillots sous-dure-mériens. En suivant ces caillots, on fut mené jusqu'à la base du crâne, au voisinage de la fente sphénoïdale, ce qui expliquait déjà l'exophtalmie par hémorragie intra-orbitaire. Soulevant de proche en proche le sac dure-mérien, M. Vallas arriva dans la concavité de la grande aile du sphénoïde, d'où s'échappa une plus grande quantité de sang noir et de la matière cérébrale en bouillie. Il en sortit environ deux cuillerées à café, et on sentit nettement avec la pulpe de l'index une petite perforation de la dure-mère à la face inférieure du lobe temporal. Enfin, à bout de doigt, il perçut la balle libre au milieu des caillots et de la substance cérébrale, et en fit l'extraction avec une pince hémostatique.

Les suites furent très simples. Le blessé accusa simplement un peu de lourdeur de tête le lendemain de l'opération. La plaie se cicatrisa vite, et le blessé a été présenté à la Société de chirurgie de Lyon.

Cet homme a donc eu un séton du lobe temporal avec perte de substance cérébrale assez importante, sans qu'il y ait eu, à aucun moment, de trouble sérieux de ses fonctions encéphaliques. Le seul symptôme à noter fut le ralentissement du pouls, et c'est lui qui a décidé à intervenir. L'avenir seul pourra dire quelles conséquences pourra avoir sur le cerveau ainsi traumatisé l'évolution ultérieure de la cicatrice.

Un cas de tic pendant le sommeil

M. Cruchet a présenté, à la Société de médecine de Bordeaux, un enfant de cinq ans, légèrement rachitique, qui, dès qu'il est endormi, relève ses deux bras, les mains appliquées contre la nuque et offre des mouvements oscillatoires du tronc. Ces mouvements se reproduisent plusieurs fois dans la même nuit depuis l'âge de deux ans. L'enfant n'en a aucun souvenir à son réveil. M. Cruchet croit qu'on peut ranger ce tic dans les habitudes vicieuses du sommeil telles que le ronflement lorsque celui-ci est indépendant de lésions de la gorge ou du nez. A signaler aussi une légère insuffisance mitrale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 mai 1904.)

Radiothérapie des tumeurs malignes inopérables

M. Bergonié a présenté à la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux deux nouveaux cas de tumeurs malignes où la radiothérapie paraît avoir donné une amélioration remarquable.

La première malade, âgée de soixante-treize ans, était atteinte d'un cancroïde de la paupière et de l'orbite ayant débuté il y a vingt ans. Le cancroïde a été cautérisé plusieurs fois, mais a toujours récidivé. Hémorragies abondantes et plus nombreuses depuis deux ans. Le pourtour de l'orbite est entièrement envahi depuis un an ainsi que la moitié du nez. La malade ne voit plus à cause de l'œdème de la paupière et de l'envahissement, par les bourgeons de la tumeur, de la fente palpébrale.

Onze séances en tout pendant un mois, cinq minutes ; tube à 20 centimètres ; rayons X n° 5, puis repos. Un mois et demi après la dernière tout était nettoyé. Toute la région précédemment envahie par les proliférations épithéliales de la tumeur sont recouvertes d'une peau fine et lisse, nullement adhérente ; la paupière est redevenue mobile, mais ne peut encore découvrir le globe oculaire que l'on sent, par la palpation, dur et en bon état. Toute douleur et toute hémorragie ont entièrement disparu.

Dans le second cas, il s'agit d'une tumeur maligne du sein chez une jeune fille de vingt-quatre ans, deux fois opérée dans le service du prof. Demons et deux fois récidivée.

La malade se plaint de douleurs très vives dans toute la région sur laquelle ont porté les opérations antérieures. Vers le milieu de la ligne cicatricielle, on trouve une masse plate, indurée, irrégulière, très peu ou pas mobile avec ces téguments, ayant à peu près 3 cent. 1/2 de longueur sur 2 de largeur ; autour de cette plaque sont d'autres noyaux indurés plus petits. Bien que la malade se plaigne de douleurs dans l'aisselle, on n'y constate rien d'anormal. Le sein droit et l'aisselle droite présentent peut-être quelques noyaux indurés. Mais la malade ne se plaint nullement de ce côté.

Tube de Chabaud, à 20 centimètres de la surface cutanée. Rayons n° 5 du radiochromomètre ; durée des séances, 5 minutes. En tout neuf séances. Dès la septième, radiodermite profonde qui se termine par une destruction de la peau et évolue graduellement et normalement vers la guérison : la surface dénudée se rétrécit de plus en plus, laissant une peau rosée, fine, qui couvre toute la partie escharifiée. La peau nouvelle est saine et lisse.

G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juillet.

Influence de la cure de déchloruration sur l'albuminurie brightique

MM. F. Widal et A. Javal. — Nous avons montré que la cure de déchloruration

pouvait chez le brightique, entraîner une diminution de l'albuminurie. Cette diminution n'est pas une dilution de l'albumine par la grande quantité d'eau qui traverse le rein au moment de la polyurie libératrice, c'est une diminution de l'albuminurie totale qui, lorsqu'elle se produit, persiste après que les urines sont revenues à leur taux normal.

Inversement, chez des sujets soumis à un régime fixe, nous avions observé une augmentation de l'albuminurie, provoquée uniquement par la chloruration alimentaire, et nous avions émis l'hypothèse que l'augmentation de l'albuminurie, dans certains cas, pouvait être liée à un œdème du parenchyme rénal.

A la suite de notre premier cas, nous avons étudié quatre brightiques à grosse albuminurie au point de vue spécial de l'effet du régime carné déchloruré sur l'évolution de leur albuminurie.

Un *premier* brightique, très légèrement œdémateux, a été nourri pendant sept jours avec un régime composé de 400 gr. de pain, 300 grammes de viande, 50 grammes de pommes de terre et 15 à 20 grammes de sel : pendant tout ce temps son albuminurie était fixée à 9 ou 10 grammes. Nous lui avons alors donné, pendant vingt-huit jours, identiquement le même régime sauf le sel que nous avons supprimé. Au bout de dix-huit jours son albuminurie était tombée à 2 grammes, puis elle oscillait entre 1 gr. 50 et 1 gr. 75. Nous lui avons alors redonné, toujours avec le même régime, 10 grammes de chlorure de sodium pendant dix jours. L'œdème périphérique n'est pas apparu, le malade ayant retrouvé une perméabilité rénale suffisante, mais son albuminurie remontait au bout de cinq jours à 2 gr. 50 et 3 grammes, pour osciller ensuite entre ces limites.

Une *seconde* brightique entre dans notre service avec un mauvais état général, des œdèmes, de l'hématurie et une albuminurie dépassant 6 grammes. Nous la mettons au régime achloruré en la laissant manger à sa faim, mais sans lui donner la moindre quantité de lait. Au bout de seize jours, les œdèmes ont disparu et l'albuminurie est tombée à 2 grammes. Dix jours après, l'albuminurie n'est plus que de 1 gramme ; et elle oscille pendant un mois ensuite entre 0,50 et 1 gramme, quoique la malade mange à ce moment 300 grammes de viande par jour. A ce moment, nous lui redonnons 20 grammes de sel : elle les élimine et son albuminurie n'augmente pas.

Un *troisième* brightique, soumis au régime lacté avait une albuminurie de 3 à 4 grammes. Nous lui donnons alors, pendant treize jours, le régime ordinaire de l'hôpital renfermant, par conséquent, une grande quantité de sel. Dès le second jour son albuminurie augmente ; le sixième jour elle atteint 13 grammes, puis elle oscille entre 9 et 11 grammes. Soumis ensuite au régime déchloruré composé de pain, de pommes de terre et de 150 grammes de viande, son albuminurie diminue progressivement et n'est plus le dernier jour que de 1 gr. 50. Un mois après elle est toujours au même chiffre et nous avions augmenté progressivement sa ration de viande sans sel jusqu'à 500 grammes.

Un *quatrième* brightique œdémateux avait une albuminurie à grandes oscillations variant de 5 à 12 grammes. Le régime déchloruré, composé de 300 grammes de pain, 300 grammes de viande et 300 grammes de pommes de terre, suivi pendant vingt-six jours, a été sans influence sur l'albuminurie ; le régime lacté, suivi à trois reprises pendant vingt-deux jours, avait été également sans influence sur ce symptôme. Ce malade avait une imperméabilité presque absolue pour le chlorure de sodium et restait constamment infiltré.

Enfin, nous avons observé un malade atteint de néphrite diffuse avec des œdèmes énormes et des traces d'albuminurie. Le régime carné achloruré lui a fait perdre, en dix-sept jours, 37 kilogrammes d'œdème, et l'albuminurie disparaissait totalement.

Chez les cardio-rénaux, qui ont fréquemment de gros œdèmes avec des traces d'albuminurie, on peut constater le même parallélisme. Nous en avons suivi un chez lequel l'apparition de l'œdème coïncidait avec une petite albuminurie de 0,20 à 0,30 centigrammes. L'albuminurie disparaissait en même temps que l'œdème, lorsque le malade était soumis au régime carné hypochloruré.

Il résulte de tous ces faits que la cure de déchloruration agit souvent très favorablement sur les différentes formes d'albuminurie brightique. Elle peut faire disparaître les petites albuminuries, elle diminue fréquemment les grosses, mais sans les faire disparaître. Ce que le régime carné achloruré ne peut pas faire sur l'albuminurie, ne peut pas être obtenu davantage par le régime lacté. Nous avons déjà montré que le lait ne doit son action favorable sur l'albuminurie brightique qu'à sa faible chloruration. Un régime mixte quelconque peut être facilement prescrit moins chloruré que le régime lacté et peut donner des résultats meilleurs. Nous n'avons jamais observé que l'ingestion de viande ait augmenté l'albuminurie d'un de nos brightiques.

L'albumine urinaire, si elle avait un rapport avec les albuminoïdes du régime, devrait plutôt augmenter chez les malades qui prennent trois ou quatre litres de lait, et, par conséquent, des quantités d'albuminoïdes bien supérieures à celle d'un régime mixte ordinaire. Cela n'est pas le cas, et nous pensons que l'albuminurie n'est pas influencée par la quantité des albuminoïdes ingérées.

Parmi les aliments pouvant augmenter le trouble des échanges osmotiques qui influence la sécrétion urinaire de l'albumine, le chlorure de sodium est le seul, jusqu'ici, dont le rôle soit démontré. La nature des matières albuminoïdes ingérées, qu'elles soient prises dans le lait ou dans la viande, n'a jamais influencé l'albuminurie des nombreux brightiques que nous avons suivis depuis plus d'un an. Le sel, au contraire, à lui tout seul, a très souvent augmenté cette albuminurie.

Il nous a paru, en tout cas, intéressant de montrer que l'alimentation carnée ne pouvait être incriminée comme nocive pour l'albuminurie, et nous voyons qu'il n'y a pas lieu d'empêcher les brightiques de manger de la viande, pourvu qu'on en règle la quantité suivant les indications, et qu'on surveille la chloruration du régime.

L'anémie des cirrhotiques ; action de l'opothérapie hépatique

M. M. Perrin. — L'examen du sang de trois cirrhotiques (observés récemment à la clinique de M. le prof. Spillmann) m'a permis de constater, chez ces malades, une anémie notable que rien, en dehors du fonctionnement défectueux du foie, ne pouvait expliquer. Cette anémie s'est améliorée en même temps que les autres symptômes, sous l'influence de l'opothérapie hépatique : c'est ainsi que le nombre des hématies, réduit, chez ces trois malades, aux chiffres de 2881000, 3839000 et 2986000, s'est élevé, après quelques semaines d'opothérapie, aux chiffres de 1538000, 4404000 et 4392000 respectivement.

Ces constatations demandent à être renforcées par de nouveaux faits cliniques et expérimentaux, mais il est cependant permis d'en conclure actuellement ceci :

Il existe, chez certains cirrhotiques, sinon chez tous, une *anémie* plus ou moins prononcée qui n'est liée à aucune complication et peut être légitimement considérée comme résultant uniquement du fonctionnement défectueux du foie (quel que soit le mécanisme intime, non encore élucidé, du processus) ; elle est donc en réalité un symptôme d'*insuffisance hépatique* et doit être décrite comme telle. Cette anémie est *justiciable de l'opothérapie hépatique* puisqu'elle s'améliore comme les autres symptômes de la cirrhose sous l'influence de ce traitement, influence qui confirme d'ailleurs l'interprétation ci dessus (Réunion biologique de Nancy).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juillet

Influence de la lactation sur la résistance de l'organisme aux agents morbifiques

(Note de **MM. Charrin** et **Vitry**, présentée par M. Bouchard.

On considère, en général, la lactation comme propre à amener, dans l'organisme, une série de changements plus ou moins favorables à l'éclosion des maladies. Soit à la Maternité, soit (pour l'un de nous) dans le service du professeur

Hutinel, nous avons pu constater, à plusieurs reprises, l'influence nuisible exercée par la lactation sur l'évolution de diverses affections (rougeole, fièvre typhoïde, diphtérie, érysipèle, etc.). Nous avons cherché à établir expérimentalement quels sont, tout au moins en partie, quelques-uns de ces changements.

Nos expériences faites, d'une part, sur des femelles de cobaye de même poids, les unes normales, les autres nourrices ont prouvé que, vis-à-vis des poisons à effet immédiat (alcaloïdes, tels que la strychnine), le plus habituellement et dans des limites variables, sous l'influence de la lactation, la résistance de l'économie fléchit. A l'égard de l'infection, c'est-à-dire des toxines, il n'en est pas autrement. Or, si l'on réfléchit que, pour le plus grand nombre, les maladies, au point de vue du mécanisme, se réduisent à des phénomènes de toxicité, on reconnaît que cette modification a une assez grande portée. Aussi une pareille constatation nous a-t-elle conduits à examiner ce que deviennent, chez les nourrices, les défenses antitoxiques, en particulier celle du foie.

De nombreuses analyses nous ont amenés à reconnaître que, chez les femelles qui allaitent, le rapport Az. U./Az. T. est légèrement abaissé (0,84 au lieu de 0,90); de plus, la glycosurie est relativement moins rare. Au cours de la lactation, les échanges sont donc quelque peu ralentis; la matière est moins activement transformée; dès lors, les déchets de la désassimilation sont plus toxiques. En outre, à cette période, la constipation est peut-être plus opiniâtre; l'émonctoire menstruel est, en général, supprimé. Or, nul n'ignore que toutes ces anomalies se révèlent favorables au développement de certaines affections.

Sans parler des changements locaux relatifs à la mamelle, en se basant sur l'expérimentation plus encore que sur l'observation, il est permis d'affirmer que la lactation entraine dans l'économie des modifications capables de faire fléchir sa résistance à divers agents morbifiques. Ces modifications, qui par dessus tout consistent dans un degré variable d'auto-intoxication ou dans un excès de sensibilité vis-à-vis des poisons d'origine externe, microbienne ou cellulaire, sont en grande partie celles que l'un de nous a constatées au cours de la gestation : il y a, pour ainsi dire, prolongation de cette sorte d'infériorité organique.

Le lavage mécanique du sang

(Note de M. **Ch. Répin**, présentée par M. Roux)

La recherche d'un procédé physique permettant d'agir directement sur le sang circulant dans certains cas d'intoxication, pour en extraire les poisons dont il est le véhicule, n'est pas chose nouvelle Deux méthodes ont, jusqu'ici, été mises en œuvre : la transformation du sang et le lavage du sang.

La première de ces méthodes consiste, comme on le sait, à saigner copieusement l'animal et à lui infuser le sang défibriné d'un ou plusieurs de ses congénères ; la seconde consiste à pratiquer des injections massives de sérum artificiel dans l'espoir d'entraîner les substances toxiques à la faveur de l'excrétion urinaire surabondante ainsi provoquée. La transfusion a fait ses preuves, notamment dans les cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, mais elle présente des difficultés d'exécution qui en restreignent et en restreindront toujours considérablement l'emploi. Quant au lavage du sang, il n'a donné que des insuccès, faciles à prévoir si l'on réfléchit que la vitesse d'injection compatible avec la tolérance cardiaque est très limitée, et surtout que la simple dilution du sang ne semble pas capable de rendre le filtre rénal perméable à des substances qu'il ne laissait pas passer.

Nous avons travaillé depuis plusieurs années à réaliser une troisième méthode, dont voici le principe :

Le sang, aspiré à l'aide d'une ponction veineuse, est aussitôt mélangé avec huit ou dix fois son volume d'une solution saline isotonique. Ce mélange, suffisamment incoagulable pour les besoins de l'expérience, est envoyé dans un séparateur centrifuge combiné de telle manière que la totalité des globules sanguins se réunissent presque instantanément en un seul point où ils sont puisés par une pompe qui les réinjecte immédiatement à l'animal. Le fonctionnement de l'appareil est automatique et continu ; il a pour résultat, en somme, d'extraire le plasma avec tout ce qui s'y trouve dissous, et de le remplacer par du sérum artificiel, et cela sans porter atteinte aux hématies pour lesquelles un court passage hors de l'organisme est inoffensif.

Dans une communication ultérieure, nous ferons connaître, au point de vue physiologique d'abord, les détails des essais de lavage mécanique du sang que nous poursuivons actuellement.

Recherche de l'arsenic dans quelques produits alimentaires

(Note de **M. V. Bordas**, présentée par M. d'Arsonval).

Les intoxications produites à l'étranger, du fait de l'ingestion de bières rendues arsénicales par l'emploi accidentel de glucoses impurs, ont attiré l'attention de ceux qui s'occupent d'hygiène alimentaire.

Grâce aux longues et patientes recherches qui ont été pratiquées en Angleterre, on est arrivé à reconnaître que la plupart des névrites périphériques, classées autrefois sous la rubrique invariable de névrites périphériques alcooliques, étaient des névrites arsénicales.

A la suite d'une nouvelle épidémie de névrite périphérique, qui a eu lieu à Halifax en 1902, le Dr Hodgson a reconnu que cette affection était de nouveau occasionnée par l'usage de bière arsénicale.

Cette fois, l'arsenic n'était plus introduit par le glucose, mais par le malt torréfié à l'aide de charbon de coke plus ou moins arsénical.

Cette épidémie de névrite a, d'ailleurs, cessé aussitôt que les brasseurs d'Halifax eurent abandonné l'usage de combustible arsenical pour la torréfaction du malt employé en brasserie.

Les faibles quantités d'arsenic trouvées par les chimistes qui ont analysé les malts incriminés d'une part, et les redoutables accidents produits par l'ingestion des bières fabriquées avec ce malt, nous ont conduit à rechercher la présence de l'arsenic dans les produits alimentaires soumis à la torréfaction par le coke ou le charbon de terre.

Nous avons aussi recherché l'arsenic dans certains produits employés couramment pour l'alimentation des enfants et des malades, et qui dérivent en partie de produits chimiques susceptibles de contenir de l'arsenic.

Ce sont ces recherches que nous exposons aujourd'hui.

La quantité d'arsenic calculé en arséniate de soude peut atteindre 1 mg. 752 dans certaines chicorées torréfiées avec des charbons demi-gros, pour les glycérines nous avons trouvé le chiffre de 0 mg. 9 pour 100.

Les produits alimentaires à base de glycérophosphates, etc., sont évidemment moins riches en arsenic que les substances ci-dessus énoncées, mais ils n'en contiennent pas moins des quantités d'arsenic qui, calculé en arséniate de soude, représentent 0 mg. 2 pour 100 de matière.

Ces doses sont loin d'être négligeables, surtout si l'on songe que ces produits sont consommés principalement par les enfants en bas-âge.

Nouvelle contribution à l'épuration bactérienne des eaux de source et de rivière au moyen des sables fins non submergés

(Note de **MM. P. Miquel** et **H. Mouchet**, présentée par M. Roux)

Après avoir étudié pendant plus de dix ans l'épuration bactérienne des eaux de rivière par les *filtres à sable submergé*, après avoir consacré plusieurs années à l'épuration des eaux de source par la maturation artificielle des bassins filtrants, au moyen de précipités divers (oxyde de fer, alumine, etc.), ou par l'addition méthodique de substances argileuses, nous avons reconnu que les *filtres à sable fin non submergé* présentent sur ces divers procédés une supériorité incontestable, s'accusant par une constance absolue dans l'épuration et par un défaut de fragilité qui en augmente considérablement la sécurité.

Sur la durée des séances dans le traitement de l'hypertension artérielle par la d'Arsonvalisation

(Note de **M. A. Moutier**, présentée par M. A. d'Arsonval)

Nous avons exposé antérieurement que l'on pouvait rapidement ramener la pres-

sion artérielle à la normale par la d'Arsonvalisation, dans le cas d'hypertension permanente; nous avons également montré qu'en général on n'obtenait pas un retour à la pression normale par une seule application électrique, mais que l'on observait après chaque électrisation un abaissement de la pression artérielle, tant que celle-ci était au-dessus de la normale.

Nous avions d'autre part constaté qu'il n'y avait pas avantage, au point de vue de cet abaissement, de faire de longues séances d'électrisation; or, de nos nouvelles recherches, il résulte que l'action de la d'Arsonvalisation est très rapide, qu'elle s'exerce dans les premières minutes de la séance, qu'elle a toujours été complète, dans les cas que nous avons observés, au bout de cinq minutes, et même, en général, au bout de deux à trois minutes; on n'obtient pas un abaissement plus grand de la pression artérielle après ce temps.

Dans le traitement de l'hypertension artérielle, il n'y a donc pas lieu de prolonger au delà de cinq minutes les séances de d'Arsonvalisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet

M. Benjamin lit l'éloge qu'il a prononcé au nom de l'Académie, aux obsèques de Trasbot. « Tous ceux, dit-il, qui ont connu Trasbot, l'ont considéré comme un galant homme et un parfait homme de bien ».

Le discours de M. Benjamin a été accueilli par des applaudissements unanimes, non seulement parmi les académiciens, mais aussi dans l'assistance; ces applaudissements dépasseront assurément l'enceinte de l'Académie.

Traitement des varices et des phlébites par le mouvement

M. Lucas-Championnière lit un rapport sur le mémoire de **M. Marchais** intitulé « traitement des varices par la marche ».

La thérapeutique des varices par la marche est inséparable de la grande chirurgie des veines qui a suivi l'avènement de la chirurgie antiseptique. C'est celle-ci, en effet, qui a permis d'admettre que les veines peuvent être soumises sans inconvénients à tous les traumatismes opératoires et autres que supportent tous les tissus, pourvu qu'on les mette à l'abri des *complications septiques*.

J'ai montré autrefois comment on pouvait lier les veines, les sectionner et les réséquer sans inconvénients. Plus récemment, on est venu à extirper des veines même enflammées.

La phlébite et l'embolie ne sont pas sous la dépendance du traumatisme et du mouvement; et depuis l'année 1878, j'ai défendu d'immobiliser les femmes atteintes de phlébite.

L'embolie ne m'a pas parue liée au mouvement.

J'ai montré, par exemple, que les embolies, si rares mais si redoutables au cours du traitement des fractures, ne s'étaient *jamais produites* à propos du mouvement. Les rares cas que j'ai observés de près entre les mains d'autres chirurgiens comme entre les miennes, ont trait à des fractures absolument *immobilisées et qui n'avaient pas cessé d'être immobilisées*.

J'ai toujours estimé que lors des phlébites, les accidents les plus redoutables étaient la conséquence du traitement par l'immobilisation, bien plus que la conséquence de la maladie elle-même.

La méthode du Dr Marchais consiste à masser très prudemment et à faire marcher les variqueux.

Comme préliminaire de son traitement, il recommande aux variqueux de ne pas rester debouts et immobiles. Il interdit les bas élastiques. Il fait un massage préalable de quinze à trente jours pour faire tomber la sensibilité du membre et l'infiltration, puis donner du ton aux muscles.

Ceci fait, il traite *par la marche rapide*. Cette marche doit être faite à une allure minima de cent pas à la minute. Elle doit être fractionnée pour éviter la fatigue, mais le malade doit arriver progressivement à marcher pendant une heure, puis deux, puis davantage.

Je conseille volontiers l'exercice sous une forme trop négligée: la gymnastique couchée, comme dans la méthode suédoise. On peut tirer un excellent parti du tricycle et de la bicyclette.

Il y a lieu d'encourager de tous nos efforts une tentative de l'usage du mouvement dans le traitement des varices.

M. Hallopeau cite des cas d'accidents mortels survenus à la suite du massage dans la phlébite, et fait les plus grandes réserves sur ce procédé thérapeutique.

M. Lucas-Championnière dit que le traitement en question ne doit pas être fait par le premier masseur venu. Le travail de M. Marchais indique dans quelles conditions la méthode est applicable.

Quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du radium

MM. Raymond et **A. Zimmern** apportent une intéressante contribution à l'étude des effets thérapeutiques du radium. Ils exposent le résultat de recherches qu'ils ont entreprises sur les effets analgésiques des applications de ce sel à l'état pur dans les affections du système nerveux. C'est particulièrement chez les tabétiques que ces auteurs ont constaté une action profonde sur l'élément douleur. Une série de malades, atteints de douleurs variées, bien localisées (douleurs fulgurantes, crises gastriques, etc.), ont été rapidement améliorés et soulagés de leurs douleurs au bout de quelques séances.

Aussi MM. Raymond et Zimmern ont-ils eu l'idée d'appliquer dans le même but la thérapeutique par les rayons X à ces mêmes malades, et jusqu'à présent les résultats qu'ils ont obtenus sont venus confirmer leurs espérances.

La dissociation des souvenirs par l'émotion chez les hystériques

M. P. Janet. — Etude sur les troubles psychologiques présentés par une jeune fille hystérique après l'émotion causée par la mort de sa mère. D'un côté, pendant les états délirants, dans les crises, dans les hallucinations, on note une mémoire très précise et plutôt exagérée de cet événement et de toutes les circonstances qui l'ont précédé. De l'autre, dans l'intervalle des délires, pendant les périodes considérées comme normales, il y a une amnésie profonde portant exactement sur les mêmes événements, l'amnésie rétrograde porte sur la mort de la mère et sur les trois mois précédents. Ces deux symptômes sont en relation étroite, car le traitement de l'amnésie, la rééducation des souvenirs a fait complètement disparaître les crises d'hyperamnésie. Ce fait n'est pas sans intérêt pour l'étude des émotions.

M. Gariel présente, au nom de M. Sébileau, un malade ayant subi l'opération de la laryngectomie et porteur d'un larynx artificiel.

L'Académie entrera en vacances à la fin du mois et désigne pour faire partie de la Commission permanente pendant les mois d'août et de septembre, en dehors du bureau : MM. Hallopeau, Porak, Megnin, Kelsch, Chauvel, Chatin, Pouchet, Riche.

ÉLECTION

M. Thomas (de Moulins) a été élu membre correspondant national (8e division, médecine vétérinaire).

Dr G. BERRUYER.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Un nouveau procédé pour déterminer la limite inférieure de l'estomac

Sous le nom de « palpation passive », **M. Capua Giuffré** (*Morgagni*, juillet 1904), de Naples, décrit un procédé de détermination de la limite inférieure de l'estomac, susceptible de rendre des services, alors que, pour une raison quelconque, les autres moyens préconisés à l'effet d'établir ce diagnostic sont inapplicables ou bien échouent. Le mode de palpation employé par l'auteur est « passif », dans ce sens que c'est le malade lui-même qui, en contractant volontairement son diaphragme et ses muscles abdominaux, après ingestion d'une petite quantité d'eau, fait naître, dans la cavité stomacale, des ondes liquides que la main du médecin, tenue simplement appliquée sur le ventre du sujet en expérience, perçoit comme une sensation de flot. Ne nécessitant l'introduction que d'une petite quantité d'eau dans l'estomac et permettant de

se passer de la dilatation artificielle de cet organe, de toute secousse ou pression, ce procédé présente l'avantage d'être dépourvu d'inconvénients.

Pour ce qui en est du *modus faciendi*, il est des plus faciles.

Ayant avalé 50 à 100 grammes d'eau à la température ambiante, le malade s'étend sur le dos horizontalement ou, ce qui est préférable, dans une position légèrement inclinée, la tête se trouvant un peu plus bas que les pieds. Le médecin applique une de ses mains sur la région épigastrique et invite le malade à suspendre périodiquemeet ses mouvements respiratoires dans l'inspiration profonde et à contracter brusquement, tantôt le diaphragme, tantôt les muscles abdominaux. Le liquide contenu dans la cavité gastrique qui, dans la position où se trouve le sujet, pèse surtout sur la paroi postéro-inférieure de l'estomac, ainsi que sur la paroi postérieure de sa grosse tubérosité (en rapport direct avec le diaphragme) est chassé, à chaque secousse que lui imprime le malade, du grand cul-de-sac vers la grande courbure de l'estomac. Ces ondulations sont transmises aux parois abdominales où la main du médecin les ressent très nettement. En renouvelant l'expérience, après avoir placé sur une autre partie de l'abdomen sa main tenue appliquée soit à plat, soit par le bord cubital, le médecin parvient facilement à déterminer la ligne à laquelle s'arrête la sensation de flot, ligne qui correspond exactement à la limite inférieure de l'estomac.

Méningite post-traumatique

L'éclosion de processus infectieux sous l'influence de traumatismes, relativement peu graves en eux-mêmes, est un fait établi par les expertises modernes en matière d'assurance contre les accidents, mais les observations de ce genre ne sont pas encore devenues banales. C'est pourquoi le cas de méningite post-traumatique, que le neurologiste bien connu de Berlin, **M. H. Oppenheim** (*Berliner klin. Woch.*, 14 juillet 1901), a eu récemment l'occasion d'étudier, nous paraît intéressant à signaler.

Une femme, âgée de 38 ans, jusque-là bien portante, glisse et tombe sur la nuque et le dos. Elle reste sans connaissance une dizaine de minutes, puis revient à elle. A la suite de cette commotion, à la fois cérébrale et médullaire, elle souffre pendant deux jours de maux de tête violents, accompagnés de vomissements. On ne trouve aucun signe de fracture du crâne : pas d'écoulement sanguin par l'oreille, le nez ou la bouche, ni de phénomènes paralytiques du côté des nerfs craniens. Mais, à partir du troisième jour après l'accident, pendant que la malade présentait encore de la céphalalgie avec vomissements, dont il a été fait mention, on vit survenir chez elle un catarrhe aigu des voies aériennes — coryza, trachéite et bronchite — avec recrudescence de la céphalalgie, douleurs oculaires et dorsales, le tout accompagné de fièvre; en somme, le tableau habituel de la grippe. En plus, durant les cinq à huit jours suivant, apparut le syndrome typique d'une méningite essentiellement spinale. Les symptômes d'une affection à la convexité du cerveau n'étaient que faiblement indiqués, ceux d'une méningite de la base manquaient complètement. Il existait une céphalalgie violente et même des douleurs à la nuque, mais sans raideur, sans paralysies des nerfs craniens. Plus tard, on nota des douleurs dorsales avec raideur du dos, faiblesse et hyperalgésie des membres inférieurs, douleurs sciatiques, signe de Kernig et dermographisme. Pendant les quatre premiers jours, il y eut un ralentissement manifeste du pouls. Quant à la température, elle demeurait normale ou sub-normale.

A quelle affection a-t-on eu affaire ici ? L'absence de signes d'une lésion en foyer et de phénomènes paralytiques permettait d'exclure toute hémorragie cérébrale ou méningée de quelque importance. D'autre part, l'absence de stase au niveau de la papille optique, constatée à l'ophtalmoscope, écartait l'hypothèse d'une tumeur cérébrale ayant provoqué l'explosion de phénomènes aigus. Enfin, le manque de symptômes d'une affection de la base du cerveau autorisait à rejeter l'existence d'une méningite tuberculeuse. Le diagnostic put être établi définitivement au moyen de la ponction lombaire: le liquide céphalo-rachidien contenait de nombreux leucocytes et beaucoup de bacilles de la grippe de Pfeiffer.

En outre du service rendu au point de vue du diagnostic, la ponction lombaire exerça dans ce cas une action des plus favorables sur les phénomènes douloureux ; elle amenda aussi le signe de Kernig. A partir de ce jour, la malade entrait en convalescence qui, cependant, fut excessivement longue.

L'auteur estime que, chez cette malade, il s'est agi d'une infection hématogène des méninges par les bacilles de la grippe qui avaient pu se fixer dans les enveloppes cérébrales devenues pour eux, par l'effet du traumatisme cranien, un *locus minoris resistentiæ*.

Forme fruste de maladie de Stokes-Adams

Dans une récente séance de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, M. **Geeraerd** a présenté une femme chez laquelle on pouvait constater l'existence du pouls lent permanent.

Rien à relever dans l'hérédité ni dans les antécédents ; c'est une artério-scléreuse qui a eu, il y a deux ans, les premiers symptômes de l'insuffisance cardiaque. Pas d'albumine dans les urines. Le cœur est fortement augmenté de volume, sans frémissement à la pointe, qui bat sur un espace assez étendu. Il existe un souffle perceptible surtout à la pointe, à la pulmonaire et à l'aorte ; on entend, en outre, à la base du cœur, un troisième bruit sourd séparé du second bruit par un intervalle un peu plus long que le petit silence. Ce troisième bruit est vraisemblablement produit par une contraction des oreillettes. Mais ce qui frappe le plus est la lenteur des contractions cardiaques : le pouls bat de 28 à 32 fois à la minute.

On sait que dans la maladie de Stokes-Adams on observe, à côté du pouls lent permanent, des attaques syncopales et épileptiformes, des vertiges fréquents et parfois des vomissements. Or, la malade présentée ici n'a jamais eu ni vertiges, ni syncopes, ni accès convulsifs ; elle ne se plaint d'aucun trouble digestif et ne souffre que de l'oppression, qui est très marquée.

La maladie de Stokes-Adams serait, le plus souvent, due à une lésion du bulbe ou du pneumogastrique ; il est à remarquer que, dans le cas dont il s'agit, la malade absorbe quotidiennement, depuis son entrée à l'hôpital, 3 centigrammes d'extrait de belladone, médication restée sans effet sur la rapidité du pouls ; ceci serait de nature à éliminer l'hypothèse d'une excitation du pneumogastrique.

Le pouls lent permanent peut être causé encore par une dégénérescence graisseuse du myocarde ou par une sclérose des coronaires. C'est probablement cette dernière cause qui doit être invoquée ici. Enfin, il existe, chez la malade en question, un certain degré d'insuffisance aortique, comme en témoignent les tracés sphygmographiques présentés.

Le collargol en ophtalmothérapie

M. S. de Vaucleroy (*Presse méd. belge*, 10 juillet 1901) a eu l'occasion de constater les bons effets du collargol, chez quelques sujets soignés pour affections oculaires dans le service du professeur Coppez, à Bruxelles. L'une de ces observations est particulièrement intéressante. Elle concerne un vaste ulcère de la cornée avec hypopyon, à l'œil gauche. L'affection datait de trois semaines. Le malade, qui exerce le métier de maçon, avait reçu du sable dans l'œil au cours de son travail, et c'est probablement en se frottant un peu vigoureusement les paupières qu'il aura déterminé de légères ulcérations de l'épithélium cornéen. Il n'a attaché aucune importance à cet état jusqu'au moment où, le voyant prendre une tournure grave, il s'est décidé à venir se faire soigner.

Comment peut il se faire qu'une lésion aussi minime ait entraîné rapidement un état aussi grave ? C'est que ce malade était atteint, à l'œil lésé, d'une blennorrhée du sac lacrymal. Dans ces conditions, la moindre altération de l'épithélium cornéen constitue un accident grave et entraîne à bref délai des complications septiques.

Dans ce cas on s'est servi d'une pommade au collargol à 15 %, employée en frictions une fois par jour autour de l'orbite. On en plaçait, également tous les jours, une petite quantité autour des pau-

pières. Quatre jours après, le pus avait complètement disparu.

De même, l'auteur a vu le collargol réussir dans le traitement de menaces de panophtalmie et dans un cas de suppuration après ténotomie.

Le collargol a, d'ailleurs, déjà rendu des services dans d'autres circonstances. M. le professeur Coppez l'a utilisé dans des cas où l'opération de la cataracte avait dû être différée à cause du mauvais état des conjonctives. L'application, pendant une semaine, d'onguent au collargol entre les paupières, faisait cesser la sécrétion muco-purulente et l'opération pouvait être faite en toute sécurité.

V. de H.

REVUE DE THÈSES

I

Fractures et décollements épiphysaires du col du fémur chez les enfants et les adolescents; leurs rapports avec la coxa-vara, par M. le Dr Bullinger-Muller (Paris, H. Jouve, 1904).

L'auteur étudie, dans sa thèse, les rapports de cause à effet existant entre les fractures et les décollements épiphysaires du col fémoral et la coxa-vara chez les enfants et les adolescents; cette dernière en dehors, bien entendu, du rôle pathogène important que peuvent avoir, dans son évolution, le rachitisme et la tuberculose, se réclamant dans un grand nombre de cas d'un traumatisme qui, souvent, a passé inaperçu. Grâce à la radiographie on a pu mettre en évidence ce traumatisme, l'auteur en donne, comme très remarquables exemples, plusieurs observations inédites dues à M. Kirmisson ou recueillies dans son service. A ces observations viennent s'en ajouter un grand nombre qui figurent dans la littérature étrangère.

Ces fractures et décollements épiphysaires, négligés d'abord ou méconnus, ont, au point de vue orthopédique, une conséquence grave puisque, outre que la *restitutio ad integrum* est rare et qu'il existe presque toujours, dans la suite, une certaine gêne dans les mouvements de l'articulation coxo-fémorale, elles peuvent conduire à la coxa-vara.

Pour le traitement on doit considérer deux cas :

1° Décollement épiphysaire ou fracture récents;

2° Décollement ou fracture anciens et coxa-vara consécutive.

Dans le premier cas : extension continue dans l'appareil de Hennequin; dans le second cas : l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique est l'intervention qui, suivant l'auteur, doit être préférée.

II

Des propriétés physiques, biologiques et thérapeutiques de la lumière et de ses applications à la dermatologie, par M. R. Abadie (Paris, H. Jouve, 1904).

L'utilisation de la lumière artificielle en thérapeutique est une question toute nouvelle que M. le Dr Abadie a éclairée dans son très substantiel travail en étudiant d'abord la nature et les propriétés de la lumière, sa transformation en énergie vitale, puis son action biologique : 1° sur les formes élémentaires de la vie (bactéries); 2° sur les végétaux; 3° sur les animaux (action sur la peau, pigmentation, sur le chimisme respiratoire, sur les organes des sens; 4° sur l'organisme humain. Dans ce dernier groupe des effets lumineux, l'auteur étudie spécialement ceux exercés sur la peau, d'un très grand intérêt pratique, puisqu'ils servent de base à la photothérapie cutanée.

Comme introduction à cette thérapeutique spéciale, l'auteur étudie l'action de la lumière comme agent de traitement général (bains de lumière). Le problème de la photothérapie dermatologique consiste à éliminer, d'une source lumineuse puissante, les rayons calorifiques (rayons rouges) nuisibles en l'espèce, pour ne conserver que les rayons éclairants, ici indifférents, et les rayons actiniques (violets et ultra-violets) seuls actifs. L'auteur donne la description des divers appareils employés et l'application au traitement des dermatoses et particulièrement du lupus.

III

Le microbisme biliaire normal et pathologique, par M. Adrien Lippmann (Paris, J.-Baillière, 1904).

Dans sa thèse, M. Lippmann, continuant la série de ses études bactériologiques, nous donne l'iconographie des micro-organismes de la bile. Les voies biliaires, comme la plupart des conduits et des cavités naturelles de l'organisme, sont habitées normalement par des germes aérobies et surtout anaérobies (microbisme latent). Parmi les premiers, que M. Lippmann appelle cependant germes anaérobies facultatifs à cause de leur prédilection pour la vie anaérobique, figure le coli-bacille, puis l'entérocoque qui ne dépassent pas le tiers supérieur du canal cholédoque. Plus loin, en deçà du cholédoque, on ne rencontre plus que des germes anaérobies qui sont les vrais hôtes des voies biliaires : *B. funduliformis*, *B. perfringens*, *B. fragilis*, *B. ramosus*, *B. radiiformis*.

Ces germes autochtones se retrouvent à la base de toute la pathologie biliaire; dans tous les cas de cholécystites lithiasiques non suppurées, on les rencontre dans le liquide intra-vésiculaire et aussi dans le centre des calculs alors que les microbes aérobies font défaut ou sont très rares; on les rencontre aussi dans la cholécystite purulente où se montrent cependant plus nombreux les aérobies, enfin, dans l'angiocholite aiguë ou chronique.

Il n'est plus besoin d'invoquer, dans les inflammations catarrhales biliaires, l'envahissement par des germes venus de l'intestin, mais seulement une action pathogène exercée sur place par les germes autochtones.

Cette conception nouvelle, qui sera sans doute fertile en résultats en pathologie biliaire, est logiquement fondée sur un grand nombre d'expériences entreprises par l'auteur et d'examens de liquides pathologiques qui donnent à son travail une grande valeur.

IV

Etude expérimentale sur l'hyperthermie, par M. Jean Gautrelet (Paris, H. Jouve, 1904).

Pendant l'hyperthermie accompagnée de polypnée intense et prolongée, la densité du sang reste très longtemps constante, la deshydratation porte presque exclusivement sur les autres tissus.

Telle est la conclusion des expériences de M. Gautrelet.

V

Valérobromine (bromovalérinate de soude). Etude chimique et thérapeutique, par le Dr Roué (Paris, Michalon, 1904).

M. Roué fait connaître une nouvelle combinaison bromée, destinée, d'après lui, à remplacer avantageusement les valérianates et les solutions bromurées qui sont, les premiers, infidèles, les secondes plus ou moins mal supportées quand l'usage en est continué longtemps. Voici quelles sont les conclusions des recherches de M. Roué. Physiologiquement : la valérobromine n'a pas de toxicité aux doses thérapeutiques; elle ne modifie ni la respiration, ni le rythme cardiaque, elle diminue, par son action élective sur les centres nerveux, l'excitabilité réflexe, elle n'exerce aucune action nocive sur la muqueuse intestinale ni sur le rein. En thérapeutique la valérobromine peut remplacer le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie. Dans l'hystérie, elle donne des résultats excellents. Non seulement elle amende les symptômes de la maladie, mais encore elle modifie favorablement l'état psychique. Les palpitations, l'arythmie, les troubles nerveux que l'on observe dans le goitre exophtalmique et dans d'autres affections, l'insomnie, disparaissent rapidement sous son influence. La valérobromine a été employée dans la chorée, la neurasthénie, les migraines. Les résultats thérapeutiques ont été jusqu'ici satisfaisants. Contre la coqueluche, elle a été supérieure au bromoforme.

VI

Extraction des balles intra-craniennes, par le Dr Léon Lafoy (Paris, J.-B. Baillière, 1904).

En dehors des accidents inflammatoires que peut causer dans le cerveau une balle septique, on sait que la présence d'un corps étranger dans certaines parties du cerveau particulièrement irritables, peut déterminer des accidents graves. On n'est donc plus autorisé, surtout avec l'aide actuellement fourni par la radiographie, à abandonner des balles dans le cerveau. Cette question importante de chirurgie est très complètement exposée dans la thèse de M. Lafoy. L'intervention secondaire doit être pratiquée dès que le malade, à l'abri des accidents aigus primitifs, est en état de la supporter. L'absence d'accidents ne constitue pas une contre-indication à la tentative d'extraction secondaire, car l'avenir des blessés de ce genre est assez sombre (méningo-encéphalite, épilepsie, paralysie, etc., etc.). L'intervention doit être méthodique et basée sur une localisation radiographique au moyen de la méthode de Contremoulins. Les trépanations larges sont inutiles; un orifice des dimensions d'une pièce de cinq francs, pratiqué à l'endroit le plus favorable, est généralement suffisant.

VII

Le bleu de méthylène dans les entérites et en particulier dans l'entérite tuberculeuse, par le Dr Louis Penotte. (Paris, H. Jouve, 1904.)

Des différentes observations réunies par l'auteur, il semble ressortir que l'emploi du bleu de méthylène dans la cure des entérites mérite de retenir l'attention des chercheurs et des praticiens.

L'étude du nouveau remède produira, sans doute, entre leurs mains, des résultats féconds.

Ceux-ci, infidèles parfois dans l'entérite chronique, paraissent dès aujourd'hui

évidents dans l'entérite brightique (le bleu de méthylène modifiant favorablement peut-être par ailleurs l'albuminurie), excellents surtout dans l'entérite tuberculeuse où le bleu s'est montré jusqu'ici supérieur à tous les médicaments antérieurement usités.

VIII

Les néphrites et l'urémie au cours de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Albert Cahen. (Paris, Baillière, 1904.)

Dans sa thèse, M. Cahen étudie un groupe de néphrites albumineuses survenant au cours de la tuberculose pulmonaire sans bacillose rénale, que M. Dieulafoy a appelé « paratuberculeuses » et qui sont dues non au bacille lui-même, mais à sa toxine. Ces néphrites se rapportent à trois types : 1° la néphrite parenchymateuse subaiguë, à gros rein blanc, avec albuminurie abondante et œdèmes; 2° la néphrite à marche lente, à petit rein blanc bigarré formant transition entre le gros rein blanc et le petit rein rouge et contracté de la néphrite interstitielle avec albuminurie moins abondante et œdèmes moins considérables; 3° la dégénérescence amyloïde à gros rein lisse, jaunâtre, infiltré d'une substance comparable à la gélatine, à l'amidon ou au savon cuit, avec polyurie, œdèmes et taux élevé de l'albumine.

L'urémie est rare dans la néphrite tuberculeuse, la tuberculose emportant ordinairement les malades avant que le rein ait cessé d'être perméable. Elle évolue lentement, affectant surtout les formes dyspnéiques et intestinales, les formes cérébrales sont plus rares.

Le travail de M. Cahen constitue une très importante contribution à l'étude clinique de la néphrite tuberculeuse venant corroborer l'étude expérimentale déjà connue par les travaux de Grancher, H. Martin, Ledoux-Lebard, Leredde, Carrière, etc.

Dr Doubre.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1904 :

MM. Allenet, Audet, Auger, Bader, Badie, Balmes, Barbier, Basque, Basse, Baujean, Baverey, Beaufort, Belbèze, Bénazet, Bénoit, Beque, Bergeret, Biau, H. Blanc, L. Blanc, Bondil, Bouchet, Bourguignon, de Brisson de Laroche, Buffé, Bulliard, Cambornac, Chanoine, Chatinières, Chauviré, Clapier, Claret, Clément, Cœuilliez, Colleye, Combe, Coulet, Créange, Cristol, Curet, Dauthuile, Debombourg, Delacroix, Demay, Demerliac, Desclaux, Druard, Dube, Dumont, Durand, Durban, Fauroux, Favre, Fontan, Forgues, Fouques, François, Garnier, Gaud, Gerdessus, Gillain, Goudy, Graindorge, Grezot, Guerrier, Heymann, Izard, Jonet, Jonquet, Labastie, Lambert des Cilleuls, Laurens, Lheureux, Lisle, Louis, Lubet, Magnette, Maleplate, Mallet, Mallié, Martin, Masselot, Maupin, Mazière, Meslin, Millet, Momy, Moner, Monloup, Morel, Mossé, Nénon, Onfroy de Bréville, Pancrazi, Péré, Perrache, Pfeiffer, Pierron, Pizard, Plasson, Potier, Puccinelli, M Pujol, Py, Raisin, Rault, Rigaux, Riss, Rivay, Rochigneux, Rolland, Roux, Salinier, Sarda, Shangel, Scherrer, Servent, Sorlat, Thurel, Trabaud, Trémolières, Valeton, Vanlande, de Vezeaux de Lavergne, Villemin, Wateau.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

Le méd. princ. :

M. Thamin est dés. pour emb. sur la *Couronne* (éc. de canonnage) à Toulon, en rempl. de M. Cantellauve.

Les méd. de 1re cl. :

MM Barrat, du port de Rochefort, dés. pour emb. sur le *Descartes*, et Pernet, du port de Toulon, sont autorisés à permuter.

Le prix de médecine navale pour l'année 1903 a été décerné à M. le méd. princ. Pungier, méd. de la div. navale de l'Atlantique, pour son rapport d'inspection générale sur le *Tage*, en 1903.

Des témoignages officiels de satisfaction ont été accordés à cette occasion à :

M. le méd. de 2e cl. Chemin pour son rapport de fin de campagne du *Capricorne*.

M. le méd. de 2e cl. Denier pour son rapport d'inspection générale de l'*Achéron*.

M. le méd. de 1re cl. Giraud pour son rapport d'inspection générale du *Chanzy*.

M. le méd. de 1re cl. Souls, méd. de div. à bord de l'*Infernet*, pour sa notice relative à la lutte contre le paludisme dans l'Est-Africain allemand.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

MM. Curie, Peyré, de Paris.

MM. Audigier, de Toulouse; Wœhling, de Clamart; Chabenat, de La Châtre.

Officiers d'académie

MM. Berruyer, Brulé, Monthus, Serini, Sauvage, de Paris.

MM. Lefebvre, de Fismes; Caillette, de Saint-Maur; Gromo, de Rive-de-Gier; Delsouiller, de Montignac; Faguet, de Périgueux; Villedary, de Saint-Vincent de Cormezac; Masson, de Tullins; Roux, d'Avignon; Bellencontre, de Rouen; Cadiot, méd.-maj. à Angers; Chartier, de Lézy-en-Ourcq.

Les élèves et amis de M. Huchard se sont réunis à l'hôpital Necker, le jeudi 21 juillet, pour lui offrir — à l'occasion de sa nomination d'officier de la Légion d'honneur — une médaille. M. Guyon, qui présidait cette réunion, retraça la vie laborieuse du Dr Huchard. Le prof. Renaut, de Lyon, lié d'amitié avec M. Huchard depuis leur commun internat chez Parrot, évoqua le souvenir de ces temps lointains. M. d'Arcosse, conseiller à la Cour d'Appel, exprima la légitime fierté que les anciens élèves du lycée de Troyes éprouvaient du succès de leur condisciple. M. Barth, parlant au nom des médecins de Necker, fit ressortir toute la valeur pratique des travaux du Dr Huchard. L'importance de ses communications à l'Académie fut signalée par M. Sevestre. M. Gillet, ancien interne du maître, lut une pièce de vers. M. Rénon dit toute la satisfaction qu'il éprouvait à transmettre à ses élèves les leçons qu'il avait reçues de son maître et M. Fiessinger fit l'éloge du Rédacteur en chef du *Journal des Praticiens*.

Très ému, M. Huchard remercia ses amis qui ne lui ménagèrent pas les applaudissements.

G.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

PATHOLOGIE MENTALE

Asile-clinique Sainte-Anne

M. le prof. Joffroy

L'homicide dans ses rapports avec l'aliénation mentale (1)

Messieurs,

L'Université de Paris a créé à la Faculté de médecine un *Institut de médecine légale et de psychiatrie*. Il y a quelques jours M. Brouardel inaugurait la partie médico légale proprement dite de cet enseignement, aujourd'hui j'inaugure l'enseignement de la médecine légale psychiatrique.

Il y a, en effet, deux parties assez distinctes dans l'étude de la médecine légale. « La médecine légale, d'après la définition de Marc, est l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elle. » Or, si le médecin expert peut être appelé à éclairer la justice en pratiquant l'autopsie d'un cadavre, en faisant l'analyse toxicologique des viscères ou en examinant chimiquement quelque tache suspecte, il peut être aussi appelé à examiner, non plus les résultats, mais l'auteur même du crime. « Il n'y a ni crime, ni délit, dit l'article 64 du Code pénal, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » C'est au médecin expert qu'il appartiendra de décider si tel prévenu était dans les conditions énoncées dans cet article.

La responsabilité est, en effet, en raison directe de l'intégrité du fonctionnement des facultés mentales, et c'est grâce à l'examen des facultés mentales qu'on parviendra à décider si le prévenu doit être considéré comme responsable, irresponsable ou partiellement responsable. Vous voyez donc que l'étude de la psychiatrie est, pour le médecin expert, le complément indispensable de la médecine légale proprement dite.

Les crimes ou délits commis par les aliénés sont très nombreux et très fréquents. Ce sont des crimes sur la propriété (vols, incendies, etc.); ce sont aussi des crimes sur les personnes (menaces, violences, homicides, empoisonnements, viols, etc.); il y a enfin des aliénés qui s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis. Il importe de ne pas méconnaître ces malades et de ne pas les traiter en criminels vulgaires, et aujourd'hui que la magistrature, plus éclairée, tend de plus en plus à recourir à l'expertise et à diminuer ainsi le nombre, jadis si considérable, des aliénés méconnus faute d'un examen médical, il ne faut pas que l'ignorance des médecins experts risque de laisser passer inaperçus les troubles mentaux existant.

Pour inaugurer l'enseignement de la psychiatrie médico-légale, je veux profiter de la présence dans nos salles d'un malade qui a tué sa femme, pour rappeler devant vous les principales circonstances dans lesquelles un aliéné peut commettre un meurtre et résumer brièvement la question de l'homicide dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

L'homicide peut s'observer dans la plupart des formes d'aliénation mentale. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit de crimes commis par des *aliénés en liberté*. Dans les asiles, en effet, les meurtres par des malades restent exceptionnels : les précautions, la surveillance efficace, surtout la difficulté de se procurer l'instrument nécessaire suffisent en général à garantir les médecins, les visiteurs et les autres malades des tentatives homicides. Pourtant, en ce qui concerne les médecins, le martyrologe s'enrichit encore trop fréquemment de meurtres ou tentatives d'assasinat commis sur eux par quelqu'un de leurs malades; des exemples récents pourraient être cités.

Ce malade interné qui tue ou tente de tuer son médecin, qui souvent annonce le crime qu'il va commettre et prépare longtemps à l'avance le couteau, la tige de fer ou l'instrument quelconque qui lui servira à accomplir son action, ce malade est presque toujours un *persécuté*.

En effet, de même que tout mélancolique est exposé à se tuer, on peut dire que *tout persécuté est exposé à tuer*. Vous voyez tout de suite l'importance de cette notion, étant donnée la grande place occupée en aliénation mentale par le délire de persécution.

Et comment le persécuté ne tuerait-il pas? Voici un homme qu'on accuse, qu'on injurie depuis des années. La patience a des bornes; et, à la fin, il se révolte. Ses persécuteurs, il ne les voit pas; mais il reconnait leur voix. Au début, il accusait toute une catégorie d'individus, les jésuites, les francs-maçons; mais bientôt les injures se précisent, les voix des persécuteurs se personnifient davantage. D'ordinaire le persécuteur est choisi dans l'entourage immédiat : ce peut être le médecin, c'est souvent un bienfaiteur. Et quand le persécuteur est bien désigné et reconnu, comment le persécuté ne songerait-il pas à s'en venger?

La préméditation apparaît dans ces cas avec une netteté évidente : ce malade adresse d'abord des lettres aux autorités pour se plaindre des malheurs et des injustices dont il est victime : procureurs, commissaires de police reçoivent ces lettres et ont souvent le tort de n'en tenir aucun compte, bien qu'ils soient suffisamment avertis du danger public que présentent de tels malades. Furieux de voir ses plaintes et ses réclamations demeurer sans résultat, le persécuté passe alors aux menaces : il les formule oralement et souvent aussi par écrits. Et comme on continue toujours à ne tenir aucun compte de ses écrits, un beau jour il exécute ses menaces.

Le meurtre commis par le persécuté est toujours accompli dans des conditions particulières et avec un sang-froid imperturbable : c'est l'acte de justice d'un sujet en état de légitime défense et dont enfin la patience a été lassée par un persécuteur implacable; ou bien encore, l'homicide est commis sur le premier venu, sur un passant inoffensif et inconnu, que le malade aura cru entendre répéter à son tour les injures déjà tant de fois entendues. Mais, dans l'un comme dans l'autre cas, l'auteur du meurtre garde, après son exécution, une attitude caractéristique : bien différent de l'assassin ordinaire qui tremble ou cherche à fuir, le persécuté reste *calme, satisfait, presque glorieux*; *il a l'orgueil de la légitime défense*. Justice est faite!

A ces traits vous reconnaîtrez l'homicide du persécuté.

Si l'acte du persécuté se comprend aisément en tant que réaction légitime contre des persécutions imaginaires, en revanche vous serez sans doute plus surpris d'apprendre que le délire *mystique* est capable d'entraîner les mêmes actes criminels. En réalité, l'extase des bienheureux n'est inoffensive qu'en apparence : en cet état de réceptivité, le malade accepte avec soumission et sans raisonner tous les ordres que lui transmettent ses hallucinations généralement auditives, verbales ou psycho-motrices, quelquefois visuelles. Ainsi Pinel rappelle que Jonathan Martin brûla la cathédrale d'York parce qu'il avait reçu l'ordre de « débarrasser la maison du Seigneur des prêtres indignes qu'elle renfer-

(1) Leçon du 14 novembre 1903, recueillie par M. le Dr Pierre Roy, chef de clinique.

mait. » Si les incendies peuvent s'observer en pareil cas, les suicides par délire mystique sont encore plus fréquents; et les homicides ne sont pas rares. Témoin l'observation de Calmeil : un malade présentant du délire mystique explique à son frère qu'il a *entendu* la voix de Dieu lui enjoignant de renouveler le sacrifice d'Abraham et, en présence de parents et d'amis, il lui tranche la tête d'un violent coup d'épée, puis se précipite au milieu de la rue, tenant toujours l'épée ensanglantée et s'écriant : « La volonté du Père Céleste est accomplie! » Souvent ainsi c'est pour accomplir un *devoir* que les mystiques commettent un meurtre; et, dans ce cas, ils n'hésitent pas à frapper les êtres qui leur sont le plus chers. Un autre malade tue son père, toujours par ordre de Dieu, parce que c'était un grand pêcheur.

L'homicide du mystique présente donc des caractères qui le rapprochent de celui du persécuté : celui-ci était en état de légitime défense; celui-là n'a fait qu'obéir à la voix de Dieu. Dans l'un et l'autre cas, justice est faite; et les deux meurtriers n'ont garde de montrer aucun repentir.

Bien différents sont les homicides des affaiblis intellectuels, soit qu'il s'agisse d'une débilité congénitale, imbécillité ou idiotie, soit qu'on se trouve en présence d'un affaiblissement démentiel et acquis des facultés psychiques. Dans tous ces cas, on retrouvera la même absurdité, la même absence de logique et de préméditation dans l'acte commis. C'est par colère, par imitation, ou bien encore pour satisfaire de grossiers appétits que l'*idiot* ou l'*imbécile* tue : tel ce jeune idiot, à la garde duquel on confie un enfant au berceau, et qui le tue parce qu'il pleure et ne dort pas; tel cet imbécile qui, ayant vu égorger un mouton, veut imiter le même acte sur son jeune frère.

Le *dément sénile* tue de la même manière absurde : Pactet et Colin rapportent l'histoire d'une vieille femme qui avait pour voisine une vieille fille habitant au-dessus d'elle; cette vieille fille rentrait tard le soir, roulait sa malle et empêchait ainsi sa voisine de dormir. Alors, un beau jour, celle-ci, au retour de ses dévotions, monte chez elle et la tue, renverse la malle sur le corps de sa victime et s'assied dessus. Puis elle emporte la pendule de la vieille fille pour la donner au curé afin qu'il dise des messes pour le repos de l'âme de la victime. Tout aussi absurdes sont les meurtres que peuvent commettre certains *paralytiques généraux* : l'un étrangle son voisin de dortoir parce qu'il ronflait; tel autre tire deux coups de fusil sur un individu qu'il accuse de ne pas lui avoir rendu ses organes génitaux qu'il lui avait prêtés, et de lui avoir remis les siens à la place (Marandon de Montyel).

L'acte homicide commis au cours de l'*épilepsie* prend, en raison de la maladie qui l'a occasionné, des caractères bien tranchés : quelquefois il y a toute une série de meurtres, accomplis en très peu de temps, avec une inconscience absolue, mais avec une violence, une rage, un acharnement tout à fait exceptionnels. Il s'agit-là d'un véritable équivalent de la grande crise épileptique, impossible à méconnaître; le malade ne revient à lui que plusieurs heures, un, deux ou même trois jours plus tard. Dans tous les cas, il suffira de l'observer quelque temps pour voir apparaître d'autres accès avec grandes attaques d'un caractère non douteux. Mais le plus souvent il s'agit d'une épilepsie larvée, fruste, incomplète; la durée du malaise est presque insignifiante; les attaques antérieures ont toujours passé inaperçues. Alors les difficultés sont plus grandes : Pactet et Colin citent le cas d'un jeune homme qui tua une servante d'hôtel, sa maîtresse. Dans le récit qu'il fait, il se rappelle très bien qu'il est entré dans sa chambre et s'est jeté sur elle; puis il ne se souvient de rien; mais il la revoit étranglée quelques instants après, avec des secousses dans les jambes; il courut alors demander des secours chez les parents de la victime. L'acte lui-même de la strangulation avec un foulard avait été entièrement oublié. Ainsi, d'après Falret, les malades atteints de petit mal ou de simples vertiges épileptiques seraient plus aptes à commettre des violences et plus redoutables, à ce point de vue, que ceux qui ont de grands accès de fureur. Mais, dans la majorité des cas, le meurtre d'un épileptique a des caractères qui permettront toujours de le distinguer : tout d'abord, le meurtrier n'avait aucun intérêt à faire disparaître sa victime et ne pouvait espérer aucun avantage matériel consécutif; la victime est souvent une personne connue ou inconnue qui simplement s'est trouvée sur sa route. Puis l'acte a été commis avec une sorte d'automatisme; des coups violents et répétés ont été portés avec une férocité acharnée. Enfin, et surtout, l'amnésie sous ses différentes formes, en particulier l'amnésie lacunaire, comme dans le cas rapporté ci dessus, est tout à fait caractéristique de l'épilepsie.

L'*impulsion homicide* se présente avec tous les caractères propres aux obsessions, en particulier cette angoisse, cette lutte vaine contre l'impulsion irrésistible et cette conservation de la conscience qui permet au malade de s'analyser. Marcé, Magnan et ses élèves, Ladame, Pitres et Régis, bien d'autres encore, ont insisté sur tous ces faits. L'impulsion est souvent dirigée contre les êtres les plus chers : c'est une mère qui veut tuer ses enfants qu'elle adore; c'est une femme qui veut couper le cou de son mari et qui raconte que lorsqu'elle a vu le cou de son mari qui se penchait, le cou blanc sous le faux-col, elle a eu l'envie irrésistible de prendre le couteau qui était sur la table tout auprès; ou bien, c'est le garçon rôtisseur, dont parle Vallon, qui est pris de l'idée de tuer une fille publique; il repousse d'abord la tentation maudite, puis, cédant au malaise, à l'insomnie auxquels il est en proie, il achète une arme; puis il résiste encore, mais, sur le boulevard, des filles l'accostent, il finit par en suivre une qu'il tue; après quoi, satisfait, ayant retrouvé le calme, il rentre chez lui, se couche, s'endort, passe une excellente nuit et le lendemain va travailler en paix; ce n'est qu'après huit jours qu'apparaît le remords et qu'en proie à ce besoin de confession qu'on retrouve chez tous les obsédés, il va se dénoncer. Il ne faudrait pas croire toutefois que l'idée obsédante de tuer n'ait qu'à apparaître dans la conscience pour qu'elle entraîne nécessairement l'exécution du crime; beaucoup résistent et l'exécution n'est guère à redouter que chez le sujet présentant des symptômes psychiques très accusés de dégénérescence ou des signes manifestes d'alcoolisme, et auquel s'applique exactement la formule : *conscius sui, sed non compos sui*.

Certains obsédés, dans la crainte de succomber dans la lutte qu'ils soutiennent, en arrivent même à avoir l'idée secondaire du suicide : « J'aimerais mieux me tuer moi-même », dit la mère qui a l'idée obsédante de tuer ses enfants qu'elle adore. D'autres, volontairement, s'en vont réclamer leur internement, pour qu'on les empêche de succomber à la tentation.

Il y a encore bien d'autres catégories d'aliénés qui sont exposés à tuer. Je ne vous dirai qu'un mot de l'homicide des *hypochondriaques*, dont les médecins sont fréquemment les victimes : c'est un malade qui fait remonter à quelque opération antérieurement subie (cure radicale de hernie, résection d'un varicocèle, etc.), une imaginaire atrophie

testiculaire, pour laquelle il poursuit son chirurgien; c'est le malade de Biett, le médecin de Saint-Louis, qui décharge son pistolet sur celui-ci, parce qu'il lui avait conseillé de prendre des bains, qu'il en avait pris 300 à la suite et qu'il ne se portait pas mieux, attribuant toutes ses souffrances réelles ou imaginaires au traitement subi; et bien d'autres encore.

Le *mélancolique* est naturellement porté au suicide; pourtant, dans certains cas, on a vu un mélancolique anxieux tuer quelqu'un de son entourage, pour qu'ainsi apparaisse incontestablement sa culpabilité et qu'on ne lui refuse pas le châtiment qu'il attend.

Il convient d'insister davantage sur une variété d'homicide particulièrement fréquente, à savoir l'*infanticide*. On a cité des faits dans lesquels on voit une femme, non aliénée et chez laquelle on n'avait observé antérieurement aucun trouble mental, être prise, à la suite d'un accouchement laborieux, d'un accès extrêmement violent d'agitation maniaque, pendant lequel elle cherche à saisir son enfant et à l'étrangler. S'il s'agit d'un accès classique qui se prolonge pendant des semaines ou des mois, le caractère pathologique de cette abolition de l'instinct maternel n'est pas contestable. Mais, dans certains cas, l'accès de folie serait tout à fait transitoire; il s'agirait d'une sorte d'impulsion irrésistible survenue au moment de l'accouchement et laissant le calme reparaître trois ou quatre heures après. Kluge a rapporté un fait de ce genre observé à Berlin. On voit toutes les difficultés médico-légales qui surgissent alors : car la folie transitoire est fréquemment invoquée par l'avocat qui défend une fille-mère, coupable d'avoir tué son enfant; et le plus souvent il n'y a eu, en réalité, au moment de l'accouchement, aucun délire, mais seulement une émotion très grande, l'émotion d'un premier crime.

Une autre variété d'infanticide, c'est l'*infanticide par agénésie morale*, dont Tardieu rapporte un exemple si typique : une princesse étrangère, à la suite d'une vie éhontée et scandaleuse pendant laquelle elle avait tous ses cochers et laquais pour amants, devint enceinte. Elle accoucha, écrasa la tête de son enfant, le mit dans un vase de nuit qu'elle glissa sous son lit, puis se recoucha tranquillement. Lorsque son crime fut découvert et qu'on lui demanda compte de son acte monstrueux, elle soutint avec une impudeur absolue qu'elle se reconnaissait le droit de disposer de l'enfant qu'elle venait de mettre au monde, de même qu'elle se reconnaissait le droit de vivre de la manière qui lui plaisait. La perversion des instincts entraînait ici manifestement l'irresponsabilité.

Il me reste maintenant à vous parler des meurtres si fréquents commis par les alcooliques. La question médico-légale est singulièrement complexe car, s'il est vrai qu'il ne suffit pas de s'enivrer pour être irresponsable, il faut, d'autre part, tenir compte de la prédisposition plus ou moins grande du sujet, qui lui permet de perdre plus ou moins rapidement, plus ou moins facilement, la conscience de ses actes. L'alcoolisme peut engendrer l'homicide à lui tout seul, en tant que facteur isolé; il peut aussi n'agir qu'en tant qu'appoint alcoolique, surajouté à quelque autre forme de maladie mentale (épilepsie, débilité mentale, délire de persécution, etc.).

1° Il peut tout d'abord se produire des modifications du caractère en rapport avec l'usage des boissons alcooliques. C'est alors le fait divers banal : le mari rentre chez lui après avoir bu, la femme lui fait quelques observations sur son inconduite, la violence naturelle de son caractère, aggravée par l'alcoolisme, le fait s'emporter, en proie à un accès de colère morbide; il est hors de lui, c'est-à-dire véritablement aliéné (*alienus a se*); et en cet état il bat sa femme et peut la tuer.

2° Le meurtre peut être commis au cours de l'ivresse aiguë.

3° Plus fréquemment on le rencontre dans un accès d'alcoolisme aigu au cours de l'alcoolisme chronique.

4° Enfin on observe encore l'homicide au cours des maladies mentales qui apparaissent chez les alcooliques. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'alcool aider au développement d'une psychose greffée sur un terrain plus ou moins prédisposé. Tantôt il s'agit d'un délire mélancolique, tantôt de ce délire de jalousie, avec ou sans hallucinations de l'ouïe, si fréquent chez les alcooliques qui ont encore des rapports sexuels. Le délire de persécution peut également se développer à la faveur de l'alcoolisme. C'est le cas pour l'aliéné meurtrier de sa femme dont je vais vous rapporter l'histoire, et à l'occasion duquel j'ai voulu vous présenter, en une revue rapide, les principales formes d'homicide qui se rencontrent au cours de l'aliénation mentale.

R..., âgé de trente-sept ans, est né à Turin. Il a reçu une éducation très convenable et, fait peu habituel chez les débitants de vins de la banlieue parisienne, il lui est arrivé, au cours de la conversation, de nous faire quelques citations latines. Il est venu en France il y a douze ans, comme représentant de commerce, puis comme comptable; actuellement il tient un commerce de vins dans la banlieue. Il est marié depuis deux ans avec une ancienne maîtresse qu'il ramena d'Italie, et avec laquelle il eut une fille âgée aujourd'hui de douze ans. R..., ne nie pas ses habitudes alcooliques : il avoue qu'il buvait tous les jours au moins deux litres de vin, trois ou quatre absinthes; parfois cette ration s'élevait jusqu'à dix absinthes.

Vous allez l'entendre raconter lui-même son histoire; jusqu'à l'année dernière il vivait très heureux avec sa femme et sa fille : « Nous étions, dit-il, comme trois enfants ensemble. » Mais au début de 1903, il a commencé à entendre, au delà du mur de son jardin, des voix qu'il reconnaissait pour être celles de ses voisins qui l'injuriaient. Il attribuait tout cela à la religion, car il est tout à fait antireligieux : « On peut bien être honnête, ajoute-t-il, et bien élever sa famille, tout en n'ayant pas de religion. » A cette époque, il eut de grands maux de tête, son caractère s'aigrit et il eut des discussions violentes avec sa femme. En mars 1903, il eut une nuit d'insomnie pleine de cauchemars terribles, pendant laquelle il vit défiler sous ses yeux, comme dans un cinématographe, toute une série de tableaux effrayants.

Fort inquiète, sa femme le conduit le lendemain matin à la consultation de l'hôpital voisin. Sur le chemin il entend qu'on le poursuit en le désignant du nom d'un assassin connu : « Voilà Ch...! Voilà Ch...! » A l'hôpital on le trouve assez malade pour le garder et il y reste près de six mois. Pendant tout ce temps il était dans un état de dépression mélancolique, refusant de parler pendant plusieurs semaines, mangeant à peine. Quant aux souffrances qu'il a endurées, il va vous en faire lui-même le tableau : il était séquestré dans cet hôpital par une administration révoltée, des échappés de sacristie qui occupaient non seulement l'hôpital, mais aussi toutes les rues avoisinantes; on se serait cru dans une véritable maison de tolérance. Il continuait à voir la nuit des scènes terrifiantes de massacre; mais, en outre, il sentait qu'on le *démoellait* depuis le cerveau jusqu'aux pieds, par des sucements obscènes. Sa femme et sa fille venaient bien le voir à l'hôpital; mais elles n'étaient plus les mêmes, devenues sans doute les complices de ses

persécuteurs qui voulaient en faire des prostituées et s'emparer de son commerce; et c'est pourquoi sa femme refusait toujours de le faire sortir de l'hôpital.

Le 6 septembre 1903, celle-ci, à la suite d'une scène violente, se décida enfin, sur ses instances et malgré les avis contraires formellement exprimés des médecins, à réclamer la sortie de son mari. Elle l'obtint.

Rentré chez lui, R... se crut d'abord délivré de ses cauchemars habituels. Mais bientôt les souffrances et les tortures que lui infligeaient ses persécuteurs reprirent de plus belle. Il ne tarda pas à reconnaître les auteurs de ses persécutions dans ses voisins, son propriétaire et certains employés de l'hôpital qui fréquentaient son comptoir : c'était D... surtout, aidé de S... et de L... Il entendait très nettement leurs voix qui lui annonçaient en se moquant : « Ta femme sera Mme D... Ta fille sera Mlle D... Il faut que ta fille soit ma putain », et bien d'autres injures. Ce qui l'étonnait, c'est qu'il entendait souvent ces voix s'exprimer en piémontais ou en vénitien. Les murs du jardin, à travers lesquels lui arrivaient les injures des voisins, étaient truqués avec des chambres noires; et de même qu'on se servait contre lui du magnétisme et du chloroforme, de même qu'on le violait, de même sans doute on devait agir sur sa femme et sa fille pour les rendre complices. « Elles étaient toutes changées, dit-il; la maison était toute fracassée; je voyais des ballons, des machines électriques; je ne comprenais rien à rien.»

Le 23 septembre 1903, il se réveilla dans un tel état d'excitation, que sa femme dut s'enfuir et quitter la maison toute la journée. Lui continuait à servir à son comptoir et sans doute aussi à boire; mais il lui arriva, paraît-il, de commettre des erreurs nombreuses, de verser du vin blanc pour du rouge, ou d'offrir du sirop de gomme à un client qui réclamait de l'absinthe. Son excitation croissait. Vers le soir, sa femme rentra; R... eut avec elle une très violente discussion, au cours de laquelle il se saisit d'un petit banc, dont il la frappa brutalement à la tête. Peu de temps après, sa femme succomba à ses blessures.

Aujourd'hui, il nous arrive de la prison de la Santé, sur un rapport médico-légal concluant à son irresponsabilité et à la nécessité de l'interner dans un asile d'aliénés. Vous pouvez vous assurer qu'il y est bien à sa place et qu'il conserve toujours ses idées de persécution, ses hallucinations de l'ouïe (la nuit dernière, il a encore entendu la voix de sa femme) et de la sensibilité générale (on continue à le *démoeller* et à le sucer ignoblement). A ces symptômes il faut joindre un léger degré de confusion mentale : bien qu'il ne soit nullement désorienté, il est persuadé que sa femme est toujours en vie et qu'il va la retrouver quand il sortira, améliorée comme il l'est lui-même. Il est possible à la rigueur qu'il l'ait frappée; mais certainement il n'a pu la tuer; c'est parce qu'elle est séquestrée sans doute qu'elle ne vient pas le visiter ici.

Ce malade est assurément un *alcoolique* : en dehors de ses aveux d'excès alcooliques quotidiens, nous en avons la preuve dans les stigmates de l'éthylisme chronique manifestes chez lui (trémulation des fibres musculaires du visage, léger tremblement des mains et de la langue, exagération des réflexes tendineux, etc.) et dans les hallucinations de la vue qu'il a présentées à plusieurs reprises (scènes panoramiques de massacres, visions cinématographiques terrifiantes).

Ces hallucinations de la vue, mobiles et terrifiantes, si caractéristiques de l'intoxication alcoolique chronique, aujourd'hui il les *interprète*. C'est qu'en effet R... n'est pas seulement un alcoolique, c'est aussi un *persécuté*, chez lequel les hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale servent à renforcer et à confirmer le délire. Nous retrouvons ici la marche habituelle du délire de persécution : les insulteurs d'abord inconnus, innominés, puis assez rapidement personnifiés et reconnus dans l'entourage immédiat; nous observons aussi l'amélioration qui suit d'ordinaire les changements de résidence quand un persécuté déménage, et vous savez que le fait est fréquent, il croit être guéri pendant les premiers jours qu'il passe à son nouveau domicile; puis il entend à nouveau les injures habituelles. De même R..., sortant de l'hôpital après six mois de séjour, et rentrant chez lui, se trouve d'abord amélioré. Mais les troubles mentaux réapparaissent d'autant plus rapidement qu'ils sont ici singulièrement favorisés par le retour des excès alcooliques. C'est dix-sept jours après sa sortie de l'hôpital que R... tue sa femme dans les circonstances que nous avons rapportées.

Je vous ai dit, et vous avez constaté vous-mêmes, combien était justifié le rapport médico-légal qui avait fait transférer ce malade de la prison à l'asile d'aliénés. Ici le pronostic est facile : bien qu'il y ait eu à l'origine un appoint alcoolique très manifeste dans la genèse des troubles mentaux, le délire de persécution qui s'en est suivi est trop bien constitué et organisé pour qu'il ne soit pas, suivant la règle, tout à fait incurable : R... est certainement appelé à finir ses jours dans un asile.

Dans d'autres cas, au contraire, une question très délicate pourra se poser devant vous : tel malade qui aura, comme celui-ci, tué sa femme et qui aura été tout aussi judicieusement estimé irresponsable et interné dans un asile, pourra-t-il et devra-t-il être mis en liberté s'il vient à guérir des troubles mentaux qui ont provoqué et le meurtre de la femme et l'internement du mari?

Un tel problème est extrêmement difficile à résoudre dans certains cas. Je vous citerai l'observation d'un valet de chambre alcoolique chronique qui, au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu, tenta d'étrangler sa femme et fut interné hors de Paris. Isolé, bien traité, abstinent obligé, il était guéri ou du moins paraissait tel au bout de quelques mois. Aussi fut-il, après une longue période d'observation, mis en liberté. Or, le soir même de sa sortie de l'asile il réalisait sur sa femme la tentative d'homicide qu'il n'avait pu achever quelques mois auparavant, ce qui prouve bien que l'alcool, dont il était privé, n'était pas le seul agent en cause.

Et maintenant, après des années, voici toujours le même malade qui, dans l'asile où il a été interné à nouveau, semble à nouveau guéri, et réclame énergiquement sa sortie. Le malade, très lucide, est employé comme travailleur à l'intérieur de l'asile et, comme il accuse le médecin de s'opposer à sa mise en liberté, il prend la résolution de le tuer, en parle à ses camarades et même devant les infirmiers, puis après avoir ainsi menacé pendant des mois il décide de passer à l'exécution et un jour, trouvant une occasion favorable, il se précipite sur le médecin pour le tuer. En sorte qu'il est permis de penser que ce malade est toujours et restera toujours en puissance d'aliénation mentale ; et que, sa seule réaction ayant été jusqu'ici l'homicide, elle est trop dangereuse pour qu'on puisse tenter jamais l'épreuve de la vie libre avec un tel malade.

Mais tous les cas ne se ressemblent pas et il y a une contre-partie : il y a quelques mois je mettais en liberté un malade également alcoolique qui, lui aussi, avait tenté d'assassiner sa femme.

Mais j'avais soin de prévenir celle ci que si son mari recommençait à boire, il se développerait peu à peu de l'insomnie, des cauchemars terrifiants, des idées de jalousie, semblables à celles qu'il avait présentées au début de l'accès dont il était guéri. Et je suis persuadé que, bien avertie, cette femme aurait, dans le cas d'un nouvel accès, le temps de prendre ses précautions et de nous ramener son mari, avant que se produise aucune réaction dangereuse.

Il y a donc, comme vous le voyez, une question d'espèce qui réclame une observation approfondie de chaque cas particulier et ne permet pas l'établissement de quelque loi invariable. Pourtant vous retiendrez qu'au point de vue de l'homicide, que nous étudions spécialement aujourd'hui, il ne faut jamais mettre en liberté le véritable *délirant chronique persécuté ou mystique*, et qu'il en est à peu près de même pour l'*homicide impulsif ou épileptique*.

Si rigoureuse que puisse, dans certains cas, vous apparaître cette loi, retenez que, dans le doute, il vaut toujours mieux s'abstenir de mettre en liberté un aliéné qui a tué que de s'exposer à devenir la cause d'un nouveau meurtre, et qu'entre deux victimes, il est préférable de sacrifier, par une séquestration peut-être trop prolongée, celui qui antérieurement, et sous l'influence de la maladie, a déjà commis un homicide.

HYGIÈNE SOCIALE

Lutte antituberculeuse

Les jardins ouvriers

M. le Dr **Lancry**, qui préconise avec raison la création de jardins ouvriers dans la lutte antituberculeuse, vient de communiquer au Congrès d'Arras un rapport que nous croyons devoir publier, quoi qu'il s'adresse peut-être plus au grand public qu'aux médecins. Mais à l'heure actuelle les questions d'hygiène sociale ont pris une telle importance qu'aucun médecin ne saurait y rester indifférent.

Une comparaison. — Si, au temps des *Contes de Perrault*, quelque génie malfaisant s'était imaginé de pousser et de faire vivre dans les eaux saumâtres d'un estuaire quelques-uns des bancs de poissons qui vivent en haute mer, quel aurait été le résultat de cette fantaisie? Aurions-nous vu, sous l'influence de la sélection naturelle, de la concurrence vitale de l'adaptation des organes se produire des espèces nouvelles et perfectionnées? Ou bien ces malheureux poissons, arrachés à leur milieu normal et aux conditions d'existence désirées par la nature, ne se seraient-ils pas vus, peu à peu, atteints d'*étiolement*, envahis de *neurasthénie*, mines de *consomption*, puis diminués dans le *nombre* et la *vitalité* de *leur progéniture*, finalement frappés de *dépopulation* et voués à la disparition des individus et à l'*extinction de la race!*

Emigration des campagnes. — Ce n'est pas, hélas, sur les poissons de la mer, mais sur nos si belles populations rurales françaises que le génie malfaisant dont je viens de parler a exercé sa funeste influence. Depuis une cinquantaine d'années surtout, nous avons vu nos paysans abandonner en masse la terre bienfaisante qui leur convient et qui les avaient faits ce qu'ils étaient : des hommes capables de soutenir pendant vingt-cinq années les guerres continuelles de la Révolution et de l'Empire, pour venir sur l'asphalte et les pavés, entre des séries de murailles ajourées de portes et de fenêtres, en des habitations veuves de soleil et de verdure, dans une atmosphère meurtrière même aux plantes, essayer de créer une race humaine supérieure dont le superhomme serait le type et le parisien aborigène l'échantillon... si le parisien aborigène, le parisien issu d'aïeux parisiens n'était pas un mythe!

Insalubrité de Paris. — Longtemps les désastreux résultats de cette funeste expérience sont restés ignorés et méconnus, dissimulés qu'ils étaient par l'incessante immigration venue des campagnes qui comblait les vides et masquait la mortalité. Mais voici que les sciences médicales, éclairées par la découverte des micro-organismes qui précisent et affirment irréfutablement l'élément contagieux et le *collectivisme morbide*, rompent les digues qui les confinaient dans le cercle étroit de la pathologie individuelle pour s'irruer dans la pathologie et corollairement dans l'hygiène sociales. Et nous apprenons qu'à Paris plus *du quart* des décès (*Bulletin de l'Œuvre d'Ormesson*), tout au moins *le cinquième* (Thèse Knops) est dû à la tuberculose; et que ***sur 896 enfants quelconques des écoles primaires parisiennes, 141 sont en état de tuberculose latente ganglionnaire*** (Grancher, *Bulletin médical* du 20 juin 1904).

Je n'ai point sous les yeux les statistiques officielles pathologiques de la ville de Paris et il ne semble vraiment pas que l'Administration, craignant sans doute l'émigration en masse, soit bien pressée de les établir et de les publier. Mais je sais — et il me suffit de me rappeler mes souvenirs d'internat — que la Ville-Lumière n'arrive pas à hospitaliser le nombre énorme de ses aliénés et qu'elle est obligée d'en placer un grand nombre en province.

Je n'ignore pas que la puériculture contemporaine donne à Paris un *satisfecit* tout au moins relatif avec sa natalité de 20 pour 1000 habitants, et sa mortalité infantile de 150 décès de nourrissons par 1000 naissances. Mais si l'on tient compte que la population parisienne reçoit constamment une formidable émigration d'adultes, que, par conséquent, le nombre des nubiles y est proportionnellement beaucoup plus considérable qu'ailleurs, on s'aperçoit que ce chiffre de 20 qui exprime la natalité devrait, pour être judicieusement comparé à celui de la province, être réduit au moins de un quart sinon de un tiers. Quant à la mortalité intra-urbaine des nourrissons, qui est d'environ 150, elle devrait, pour permettre une appréciation judicieuse, être augmentée du nombre formidable de petits Parisiens qu'on envoie mourir en province.

Bref et pour conclure : la population parisienne ne se maintient et n'augmente que par une considérable et perpétuelle immigration venue de la province. Mais les familles qui vont s'établir à Paris ne se perpétuent guère au delà de la troisième génération. Et l'on sait, du reste, que les conseils de revision refusent pour inaptitude au service militaire environ la moitié des conscrits parisiens.

Le milieu antibiologique urbain. — Voilà l'influence du milieu antibiologique et antinaturel dans lequel vit l'homme des grandes villes; car ce que je viens de dire de Paris peut s'appliquer, dans des proportions évidemment moindres mais extrêmement pénibles, à tous les grands centres urbains. Voilà les conséquences de la soustraction de l'homme — qui après tout par son corps n'est qu'un animal, *homo sapiens* de Linné — au contact de la terre qui est son milieu normal, naturel, biologique, et j'oserai même dire providentiel.

Valeur hygiénique du jardin ouvrier. — Ceci posé, il nous est facile d'apprécier, dans un coup d'œil d'ensemble, la valeur du jardin ouvrier pour l'hygiène sociale. Le jardin ouvrier tend à écarter l'homme du milieu antibiologique constitué par les centres urbains, pour le ramener au milieu agreste qui convient à sa nature. Il tend à le rapprocher, et il le rapproche, en effet, de la terre, perpétuel et inépuisable foyer de santé, de force, de vigueur pour les individus et pour les familles. Il calme, par le fait seul de son existence et de son nom, la grande erreur antibiologique du temps présent qui arrache l'homme aux campagnes pour le précipiter dans les gouffres urbains. Aussi, et tout logiquement, il doit prévenir et même guérir toutes les conséquences pathologiques sociales engendrées par le milieu urbain.

Véritable panacée préventive. — Oui la valeur hygiénique sociale du jardin est surtout une *action préventive*. La tuberculose que le sanatorium va guérir sera prévenue et conjurée par le jardin; l'alcoolisme que les sociétés de tempérance vont enrayer est prévenu et conjuré par le jardin; la neurasthénie, mère des grandes névroses et aïeule de la folie, est prévenue et conjurée par le jardin; la mortalité infantile, contre laquelle s'élèvent avec un succès que le temps n'a pas contrôlé les gouttes de lait et les jardins ouvriers, sera prévenue et conjurée

par le jardin. Il n'est point jusqu'à l'*avarie*, cette plante vénéneuse dont le milieu de culture tout particulièrement favorable est la réunion de l'asphalte et du ruisseau, qui ne doive subir l'influence préventive salutaire du jardin. Quant à la dépopulation, elle aussi est atteinte dans sa cause physique, la déchéance des organes, dans sa cause morale, le malthusianisme par le jardin, si la législation arrive, comme nous l'espérons, à réaliser le jardin, le *bien de famille* à tous suivant cette formule qui me paraît constituer le but idéal du *socialisme médical* parce qu'elle s'impose comme conclusion à tous les différents chapitres de l'hygiène sociale.

Tout le monde propriétaire.
Petite propriété insaisissable.

Jardins ouvriers et autres. — Mais je m'égare sur le terrain social, alors que c'est du seul jardin que je dois vous entrenir. Il me sera pourtant bien permis de dire, même en restant exclusivement dans la question des jardins, que le jardin ouvrier n'est que la partie la plus retentissante, la plus suggestionnante et surtout la plus actuelle dans le programme de « La Ligue du coin de terre et du foyer. » Notre exposition d'Arras, pour laquelle, au nom de M. l'abbé Lemire, en mon nom et au nom de tous les exposants, nous remercions très vivement M. le Dr Calmette, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur de Lille, qui vous a montré à côté des jardins ouvriers les *jardins scolaires* tels qu'ils existaient vers 1860-70 à Bourecq (canton de Lillers) à l'école primaire de M. Vendeuse, les *jardins des barrièreurs* tels que les fournissent les Compagnies de chemins de fer à leurs plus modestes employés, les *jardins des douaniers*, les *jardins des gendarmes* tels qu'ont su se les procurer la section de douane de Ghyvelde et la brigade de gendarmerie de Saint-Pol-sur-Mer. Quand donc les associations de mutualité, les syndicats pourront-ils assurer un jardin à tous leurs adhérents? Et même, quand donc, suivant le vœu humoristique de M. Aynard, vice-président de la Chambre des députés, au Congrès international des jardins ouvriers, à Paris, chaque député aura-t-il, pour se retirer momentanément de l'obsession des affaires publiques, un petit jardin à cultiver?

Lens et Fort-Mardick. — Pour le moment notre idéal est plus modeste : il nous suffirait que les collectivités communales créent des jardins ou des coins de terre. Pourquoi pas? La commune de Lens, à deux pas d'ici, n'a-t-elle pas conservé jusqu'à nos jours l'œuvre des vieux ménages, fondée par Marguerite de Bourgogne, et qui donne, par ordre d'inscription, une « part de marais » — un jardin — à toute famille du pays arrivée au moment où les forces refusent de continuer le travail normal? La commune de Fort-Mardick, près Dunkerque, qui concède en usufruit perpétuel 22 ares de terre à toute famille qui s'établit dans certaines conditions sur son territoire, a peut-être procréé, depuis sa fondation par Louis XIV en 1670, plus d'enfants sains, vigoureux et robustes que n'en conserveront d'ici vingt ans toutes les Gouttes de lait créées et à créer dans le département du Nord. Que ce résultat ne vous étonne pas : la possession de la terre est un besoin essentiel de la nature humaine. Pendant ma jeunesse, j'ai accompagné comme médecin un convoi d'émigrants français à la Plata. Et ces gens, des Français — j'en avais le cœur gros à en pleurer — chantaient dans la rivière de Bordeaux en saluant d'un dernier adieu la terre de France; c'est qu'on leur avait promis à la Plata le coin de terre qu'ils voulaient posséder et que leur refusait une injuste patrie.

Démonstration médicale.— Dois-je, dans une réunion médicale aussi éclairée que celle-ci, prouver l'influence préventive du jardin contre la tuberculose, l'alcoolisme, la neurasthénie, la mortalité infantile, l'avarie et la dépopulation? Faut-il, énumérant les causes étiologiques de chacune de ces affections, rappeler que le jardin ouvrier écarte des foyers d'agglomération humaine et, par conséquent, des lieux contaminés par le bacille de Koch; qu'il fournit de l'air pur, vif et vivifiant; qu'il traduit d'une manière éminemment pratique cette formule doctrinale de Grancher : *de l'air, encore de l'air, toujours de l'air*; qu'il procure un supplément très appréciable d'aliments sains, nourrissants et rafraîchissants; qu'il détourne du cabaret, en un mot qu'il remplit toutes les indications demandées pour la prophylaxie et la guérison de la tuberculose? Et cela est si vrai, que j'ai cru pouvoir qualifier le jardin ouvrier, l'élément idéal pour le *dispensaire antituberculeux* du Dr Calmette, de *sanatorium à domicile*.

Le jardin ouvrier, en donnant une distraction saine, morale, utile, rémunératrice, combat dans leur cause le désœuvrement, l'ennui et la misère, les grands incitateurs de l'habituelle fréquentation du cabaret;

Le jardin ouvrier en fournissant avec un travail musculaire agréable un lieu de calme et de repos cérébral, en soustrayant, d'une manière momentanée mais fréquente, à la tension d'esprit, à la contention intellectuelle, au tracas, à la suggestion et à l'absorption du labeur journalier; en reposant les yeux et les oreilles, combat le déséquilibre nerveux et le déséquilibre cérébral, en un mot la neurasthénie;

Le jardin ouvrier par le travail qu'il procure, par les ressources qu'il fournit, par les avantages hygiéniques qu'il garantit, fortifie la jeune fille, développe ses organes et combat chez elle la *stérilité des mamelles* : la grande cause de la mortalité infantile. N'est-ce pas chez les femmes qui vivent en contact avec la terre qu'on va chercher les *remplaçantes* et n'est-ce pas encore chez celles qui ont perdu ce contact avec la terre que se trouve l'immense majorité des *remplacées?*

Le jardin ouvrier, s'il était généralisé dans les campagnes, s'il était assuré en dot aux jeunes époux qui s'établissent, ainsi que cela se fait à Fort-Mardick, retiendrait dans les campagnes, dans la vie régulière, dans le mariage, bien des jeunes gens et bien des jeunes filles venus à Paris et dans les grandes villes grossir l'armée des clients de l'Ecole médicale de Fracastor?

On parle de la dépopulation! Tant que le contact avec la terre n'aura pas refait les tempéraments et les individus robustes, tant que la solution de la question agraire n'aura pas assuré aux enfants des familles le *coin de terre* sur lequel les jeunes époux pourront, avec un peu de courage et d'économie, se bâtir la maisonnette ou la chaumière qui abritera leurs amours, tant que l'assurance d'une *dot terrienne* ne garantira pas aux parents que les enfants qu'ils procréeraient trop nombreux seront probablement voués au prolétariat et peut-être à la débauche, quels arguments véritablement convaincants, en dehors du devoir religieux, pourra-t-on apporter contre les conseils du Malthusianisme?

Et qu'on ne dise pas que je me perds dans les nuages ethérés de l'hypothese : en dehors de la commune de Fort-Mardick, elles sont encore nombreuses en France, en Belgique, et elles sont tres fréquentes dans le Luxembourg, les communes où des « parts de bois », des « parts de prairie », des « parts de champs », et surtout des « parts de marais » constituent à tous les enfants de la commune une véritable *dot terrienne* qui les assure contre la misère, et leur permet de vivre modestement mais honorablement, sainement et hygiéniquement en travaillant.

Une part de champ de un demi-hectare assuré pour toute la vie ne coûte qu'une rente annuelle de 30 à 90 fr. Qu'on mette en balance ce que coûte à l'assistance publique et à l'assistance communale, le bureau de bienfaisance, l'hospice, les secours aux réservistes, les cantines scolaires, les fourneaux économiques, les asiles de nuit, les gouttes de lait, etc., on n'aura pas de peine à se convaincre que le mode d'assistance le plus économique est encore de *faire des propriétaires* au lieu de nourrir, de vêtir, d'entretenir, d'élever, d'hospitaliser, de secourir à perpétuité des indigents valides, d'ailleurs tout aussi bien taillés pour le travail que ceux qui les secourent.

Autorités médicales. — Mais s'il est superflu d'insister auprès de medecins sur la valeur médicale, hygiénique du jardin ouvrier, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler le puissant appui donné par les plus hautes autorités scientifiques et par la presse médicale à cette œuvre nouvelle.

Ce sont tout d'abord les Allemands qui viennent nous la chercher à notre Exposition universelle de 1900 et qui, par la bouche du Dr Pannwitz, répondent ces

au Dr Camille Savoire : « Chez nous le sanatorium n'a été que l'étendard de la lutte antituberculeuse, le véritable combat réside dans la création de maisons ouvrières et de jardins ouvriers. » (*Bulletin médical*, novembre 1902).

Un peu plus tard, je publie dans la *Normandie médicale*, grâce à la bienveillance du Dr Brunon, que je ne saurai trop remercier, deux observations de tuberculose des membres : coxalgie suppurée et mal de Pott, guéris par le jardin ouvrier.

M. le prof Grancher me fait l'honneur de m'inviter chez lui à une réunion médicale pour connaître l'œuvre des jardins ouvriers, son existence, son développement en France, et j'y conquiers, pour ce nouveau moyen de prophylaxie sociale et sa bienveillance et celles des Drs Albert Robin et Camille Savoire.

C'est le prof. Albert Robin qui accepte la présidence de la séance médicale du Congrès international des jardins ouvriers.

Ce sont les prof Calmette, Letulle, Landouzy, Lucas-Championnière, Champetier de Ribes, les Drs Legrain, Sersiron, Baudouin qui envoient leur adhésion motivée au Congrès des jardins.

Toutes ces lettres d'adhésion ont été publiées par *La Ligue du coin de terre et du foyer* en une brochure spéciale ainsi que celles non moins approbatives des prof. Surmont, Lemière, Derville, Oui (de Lille), des Drs Etienne (de Nancy), Levrand (de Saumur), Duriau, Ruyssen, Herbart, Monteuuis, Breynaert, Dewèvre Dekmyn (Dunkerque), Geeraert (de Inalo), Pascalin (de Saint-Pol-sur-Mer), Delbecq (de Gravelines). Je crois pouvoir les résumer toutes dans une lettre que me faisait l'honneur de m'adresser le prof. Grancher, dont la lettre d'adhésion au Congrès m'avait paru d'un caractère trop intime pour être livrée à la publicité :

« Paris, 29 octobre 1903.

« Mon cher confrère,

« Je regrette vivement que par excès « de discrétion et parce que je vous y « parlais de ma santé, vous n'ayez pas « cru devoir publier ma lettre d'adhésion « sans réserves au Congrès des jardins « ouvriers.

« Votre œuvre est bonne, excellente « même; elle est aimable, saine et peu « coûteuse; enfin elle aidera puissamment « à la *préservation* contre la tuberculose.

« Comptez-moi, je vous prie, parmi « vos adhérents et croyez à ma vive et « affectueuse sympathie. »

GRANCHER.

Publications médicales. — Quant à la littérature médicale des jardins ouvriers, je signalerai :

Tuberculose et jardins ouvriers (*Normandie médicale*), par le Dr Lancry.

Les jardins ouvriers, discours du prof. Albert Robin et rapport du Dr Camille Savoire (*Bulletin médical*).

Le sanatorium à domicile, par le Dr Lancry (*Bull. gén. de thérapeutique*).

Gouttes de lait et jardins ouvriers, par le Dr Lancry (*Bull. gén. de thérapeutique*).

Une communication à la Société obstétricale de France par le Dr Lancry.

La lutte anti-alcoolique par le jardin ouvrier, par le Dr Lancry, dans les *Annales anti-alcooliques*.

Je ne cite pas les publications extra-médicales, notamment dans les mémoires de la Société dunkerquoise quoique celles-ci ne soient pas sans valeur.

Une appréciation de M. J. Lucas-Championnière. — A propos de l'une d'elles, voici ce qu'écrivait, dans un article magistral sur la tuberculose, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu, directeur du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (numero du 10 janvier 1904), M. le prof. Just Lucas-Championnière.

Cette idée que le traitement de la tuberculose dans les sanatoriums ne saurait être confondue avec l'œuvre sociale nécessaire pour la défense contre la tuberculose, a été très bien développée dans une brochure très intéressante du Dr Lancry (de Dunkerque), quoique l'auteur y soit encore trop disposé, selon moi, à croire aux vertus des sanatoriums.

En ce qui concerne *la prévention*, il ne la voit que dans les *précautions contre la contagion et des transformations de nos mœurs, de nos lois, de nos coutumes.* Sa brochure est pleine d'idées que nous ne pouvons exposer ou discuter; nous en citerons quelques propositions originales.

Il recherche, avant tout, les moyens pratiques de forcer les villes et les villages à l'hygiène.

L'auteur, qui s'est beaucoup occupé de questions sociales, fait dans ses conclusions cette remarque :

« Pour guérir ou simplement améliorer un tuberculeux, il faut le transporter dans un sanatorium à la campagne. Il en aurait coûté bien moins pour lui assurer dans cette même campagne une maisonnette six mois avant qu'il devienne tuberculeux. »

Il veut retenir les ruraux dans les campagnes et propose :

1° D'assurer à l'agriculture française la fourniture de toutes les denrées consommées en France;

2° De rendre insaisissables les petites propriétés familiales;

3° De reconstituer les biens communaux. Il ajoute : « Dans la plupart de nos campagnes on pourrait, avec 500 000 fr. que coûte un sanatorium, créer 250 hectares de biens communaux, de quoi faire éclore 500 familles rurales saines et vigoureuses.

M. Lancry a, du reste, donné une forme précise à ses idées de défense sociale en jouant un rôle considérable dans la création des jardins ouvriers qui est une des œuvres les plus curieuses, non seulement à un point de vue social très général, mais simplement au point de vue de la prévention de la tuberculose

Aperçu économique et social. — J'en ai terminé avec la partie hygiénique du jardin ouvrier, mais aujourd'hui que tout homme éclairé, et par conséquent tout médecin, est plus ou moins social ou socialiste, il me sera bien permis d'insister sur ce fait que le jardin ouvrier ramène les classes laborieuses dans les antiques traditions de l'alliance du travail professionnel avec le travail naturel de la terre, et que cette alliance — telle celle de la voile et de la machine sur le navire — assure l'ouvrier contre les vicissitudes aujourd'hui si nombreuses dans toutes les industries. Il y a déjà plusieurs années qu'une grande usine métallurgique à Vieux-Condé avait distribué des terres à cultiver pour aider son personnel ouvrier à supporter une longue crise de chômage forcée par insuffisance des commandes. Tout dernièrement la famine qui atteignait les pêcheurs de sardines du Finistère eût été certainement conjurée si ces marins avaient eu en culture, comme ceux de Fort-Mardick, une parcelle de littoral.

Enfin, je terminerai par cette dernière et capitale considération. Voulons-nous oui ou non éteindre ou cultiver le paupérisme; voulons-nous oui ou non l'abolir?

Pour faire des propriétaires il faut de toute évidence faciliter l'accès de la propriété à ceux qui ne possèdent pas et entraver la perte de la propriété à ceux qui possèdent. Le jardin ouvrier achemine à la propriété ceux qui ne possèdent pas, voilà sa grande caractéristique sociale.

Conclusion. — La deuxième partie du XIXe siècle a rompu au profit des grandes villes la judicieuse proportion qui doit exister entre la population rurale et la population urbaine, d'où les épidémies de tuberculose, d'alcoolisme, de neurasthénie, d'avarie, d'athrepsie et finalement la dépopulation.

Que l'hygiène sociale ait pour objectif le retour dans les campagnes et la vie conforme au vœu de la Nature et aux lois biologiques qui régissent l'espèce humaine!

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Congrès international d'otologie et la presse

Le 7e Congrès international d'otologie va se tenir à Bordeaux du 1er au 4 août. Les rapports mis à l'ordre du jour sont

1° Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique. Rapporteurs : MM. Politzer, Gradenigo, Delsaux.

2° Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe. Rapporteurs : MM. Brieger, Von Stein, Dundas Grant.

3° Technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène. Rapporteurs : MM. Knapp, Schmiegelow, Botey.

Le choix de ces rapports a été heureux, car les trois questions sont de nature à intéresser les médecins en dehors des

spécialistes. Aussi nous avions songé à envoyer un de nos collaborateurs à Bordeaux pour faire le compte rendu de ce Congrès, mais nous y avons renoncé à la suite des dispositions prises par le Comité d'organisation, qui inaugure ce que l'on peut appeler le *Compte rendu officiel et gratuit*. Ceci demande quelques explications.

Jusqu'à présent les bureaux des divers congrès, en vue de faciliter la tâche des journaux qui rendent compte des travaux de ces congrès, envoyaient aux dits journaux *les rapports dès leur publication*. Grâce à cette mesure les rédacteurs, chargés du compte rendu du Congrès, préparaient d'avance leur résumé des divers rapports, leur imprimant un cachet personnel, et étaient tout à fait préparés à suivre les discussions auxquelles donnaient lieu les idées émises dans ces rapports. De cette façon, les journaux pouvaient donner le lendemain matin le compte-rendu des communications faites dans la journée précédente. C'est ainsi que le *Bulletin Médical* a opéré en 1900, lors du Congrès international de Paris.

Le comité du Congrès international d'otologie a rompu avec cette tradition et a décidé que :

1° Les rapports ne seront pas envoyés aux membres du Congrès avant l'ouverture de la session, mais un résumé leur sera remis au début du Congrès ;

2° Un service de presse sera organisé par le bureau du Congrès ;

3° Aucune communication ne sera faite à la presse *avant le Congrès*;

4° Tout travail, immédiatement après sa lecture, sera immédiatement remis entre les mains du comité de publicité du Bulletin.

5° Dès la fin de la session le bureau enverra, à tous les journaux qui lui en auront fait la demande, un exemplaire des résumés et une traduction française de tous les résumés des communications remis par les auteurs ;

Ces mesures sont-elles heureuses? Nous ne le pensons pas, et voici pourquoi :

1° Les membres du Congrès n'ayant pas eu entre les mains les rapports avant la séance, ne les connaîtront que peu ou prou, et les discussions — si tant est qu'elles se produisent — s'en ressentiront.

2° Quant à la presse il y a gros à parier — au moins pour les journaux d'informations — qu'elle se désintéressera d'un congrès dont le compte-rendu lui parviendra avec un retard qu'il est facile d'escompter.

3° Pour ce qui est des lectures, il n'est pas probable que le résumé officiel, qui ne dira que ce que le comité voudra, fasse regretter le compte-rendu personnel, original, indépendant que faisait chaque rédacteur en se plaçant au point de vue de la clientèle spéciale de son journal.

En somme, l'avenir dira si le Comité du VII[e] Congrès international d'otologie a été bien inspiré en croyant que le rôle de la presse est de publier après coup un résumé officiel de ses séances. Il dira qui a raison des otologistes ou du professeur Pitres qui, en présidant le Congrès de médecine de Nancy, proclamait : « La presse est l'âme des Congrès. »

GRANJUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet

Hépatite aiguë. Laparotomie exploratrice

M. Faure. — **M. Denys** (de Constantinople), nous a adressé l'observation d'un jeune homme atteint de graves accidents hépatiques. Le foie était très volumineux, l'ictère était très intense et la température élevée, et l'on pouvait songer à un abcès du foie. Une ponction n'ayant donné aucun résultat, M. Denys a fait une laparotomie; il a constaté une augmentation considérable du foie, dans lequel il a pratiqué plusieurs ponctions sans donner issue à aucun liquide purulent. Le ventre a été refermé et le malade a guéri sans incidents.

On a déjà publié un certain nombre d'observations analogues et noté un pareil résultat à la suite d'une simple laparotomie exploratrice. Mais ces faits doivent être séparés de l'observation de M. Mignon qui a institué un drainage des voies biliaires.

Dans un cas particulier où les accidents paraissaient également menaçants, j'ai trouvé un gros foie, et derrière lui une sorte de magma inflammatoire, auquel je n'ai pas cru devoir toucher; j'ai drainé la plaie et mon malade a guéri. Ces faits, où l'on a pratiqué le drainage, diffèrent de ceux où il n'y a eu que ponction vaine ou même seulement laparotomie exploratrice ; ils n'ont qu'un point de ressemblance, c'est la guérison survenue après la laparotomie, dont il est difficile d'expliquer l'action salutaire.

M. Delbet. — J'ai déjà fait publier deux observations d'affections du foie qui ont guéri après la laparotomie. Je les rappellerai brièvement. L'une concerne un enfant dont le foie énorme s'accompagnait d'une ascite abondante qu'on avait déjà plusieurs fois ponctionnée. Je pensais à de la syphilis hépatique, diagnostic qui fut rejeté par le médecin du malade. En présence de la gravité de son état, j'ai ouvert l'abdomen et j'ai trouvé un foie très volumineux, irrégulier et coudé, et, de plus, de nombreux ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. Je portai le diagnostic de néoplasme avec mauvais pronostic. Or, huit jours après l'intervention, l'ascite ne s'était pas reproduite, puis le foie a diminué de volume et l'enfant a repris sa vigueur; mais, six mois plus tard, il a présenté une gomme du front.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, dont le lobe droit du foie était arrondi et très hypertrophié, simulant un kyste hydatique. Sous l'œil nous n'avons pas vu de kyste, mais un foie énorme, lisse, régulier, jaune pâle. J'ai refermé le ventre sans y toucher, et la guérison est survenue à la suite.

M. Lejars. — Chez une femme qui présentait de la cachexie avec un gros foie, bosselé, faisant saillie au-dessous des côtes, j'ai pratiqué la laparotomie, qui m'a conduit sur une tumeur, du volume du poing, dure, bosselée, de coloration jaunâtre et faisant corps avec le foie. En arrière se trouvait une autre petite tumeur de même nature. J'ai tenté un instant de faire la décortication de la première grosseur, mais je me suis arrêté en présence du sang, et j'ai refermé le ventre. Tous les accidents ont disparu sans autre traitement, et depuis douze ans la malade se porte très bien. C'était probablement de la syphilis hépatique, car il y a deux ans je l'ai soignée par le mercure pour de l'ostéo-périostite du tibia, qui a rapidement cédé.

M. Michaux. — Je rapprocherai du fait de M. Denys le cas d'un petit malade, que j'ai vu atteint des phénomènes ordinaires d'une hépatite infectieuse. J'ai trouvé le foie hypertrophié, ne contenant pas de collection purulente, mais parsemé à sa surface de nombreux petits abcès, dans lesquels on n'a découvert aucun microbe spécial. J'ai ouvert ces abcès et le petit malade a parfaitement guéri de cette angiocholite.

M. Reynier. — Je me souviens avoir traité, il y a dix ans, un étudiant en médecine, qui présentait, au-dessous des fausses côtes, une tumeur douloureuse, du volume d'une mandarine et paraissant tenir à une côte. Croyant à un abcès, j'ai fait une incision qui n'a rien donné. La tumeur dépendait du lobe gauche du foie; une ponction m'a révélé que je plongeais dans un tissu dur; d'autres ponctions faites dans le voisinage n'ont rien donné. Depuis ce jour la tumeur a disparu et la guérison persiste.

M. Hartmann. — J'ai observé deux faits qui se rapprochent des précédents. Dans l'un, le foie était très volumineux et, après la laparotomie exploratrice, l'organe est revenu à son volume normal. Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune fille, d'apparence cachectique, chez laquelle je croyais à l'existence d'un kyste hydatique. A l'ouverture du ventre, j'ai constaté un foie d'aspect cancéreux, que j'ai respecté et, depuis lors, la malade se porte très bien.

M. Faure. — Ce qui ressort de ces observations, c'est que la laparotomie exploratrice agit favorablement, sans qu'on puisse en connaître le mécanisme.

A propos de la mastoïdite

M. Chavasse. — Je ne veux pas revenir longuement sur cette question qu'on a abordée précédemment. J'ai traité un nombre assez considérable de mastoïdi-

tes. Autrefois, j'intervenais tardivement, maintenant j'opère de bonne heure, après quarante-huit heures de traitement médical, si les accidents ne sont pas tombés, car s'il est fréquent de voir la guérison spontanée chez l'enfant, je n'en ai observé que deux exemples chez l'adulte. D'ailleurs, j'y suis encouragé par une statistique de Molinier qui a noté, sur 73 cas, 7 morts avec complication, 32 cas de lésions persistantes et seulement 18 guérisons sans opération.

Présentation

M. P. Delbet présente un appareil à extension continue pour fractures de l'humérus, au nom de **M. Heitz-Boyer**. Cet appareil a donné une réduction complète des fragments osseux; il a l'avantage de laisser absolument libres le foyer de la fracture et les deux articulations de l'épaule et du coude.

Un mince collier plâtré, appliqué autour de l'extrémité inférieure du bras, et deux tiges faisant l'extension constituent tout cet appareil.

ÉLECTION

M. Rieffel est élu membre titulaire de la Société.

En raison des vacances annuelles, la Société interrompt ses séances jusqu'au mercredi 5 octobre.

OZENNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 juillet

Sclérodermie

M. Antony présente un malade, âgé de quarante deux ans, atteint de sclérodermie avec atrophie de la face et ulcération de la langue.

Cette affection, très rare dans le milieu militaire, a débuté, il y a seize ans, à la suite d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire. Malgré de nombreux séjours aux eaux minérales de Dax, d'Amélie et de Bourbonne les-Bains, cette maladie n'avait cessé de progresser. Elle semble actuellement en voie d'amélioration, depuis que le malade est soumis à des massages réguliers et à l'usage de bains hydro-galvaniques, à raison de trois séances par semaine, d'une durée de dix minutes.

Electrode indifférent (pôle négatif) sur la nuque, électrode positive à la borne d'un bain de pieds ou de mains. Intensité du courant: 5 milliampères.

La peau des mains s'est assouplie; les doigts, dont les 2e phalanges étaient soudées en flexion sur la première, sont plus mobiles. L'induration des bras tend à diminuer.

M. Danlos a vu un malade très comparable à celui ci qui a été amélioré par le bain électrique.

Paralysie faciale ourlienne. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien

M. Dopter rapporte l'observation d'un malade atteint d'oreillons et d'orchite ourlienne, au cours desquels il a présenté une paralysie faciale gauche, périphérique, avec hémiplegie droite du voile du palais et de la langue, et mydriase du côté gauche.

La ponction lombaire révéla une quantité considérable de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien, manifestation symptomatique d'une véritable méningite lymphocytique. Cette forte réaction méningée explique vraisemblablement la pathogénie de ces troubles nerveux.

Il est probable que l'inflammation de la méninge se propage, par les gaînes, aux troncs nerveux, et engendre des lésions de leurs fibres; parmi celles-ci il en est qui peuvent être épargnées; les paralysies ainsi produites sont alors dissociées, parcellaires, comme celles qu'on observe dans les paralysies survenant au cours des méningites cérébro-spinales. tuberculeuses ou autres.

Cette observation semble pouvoir rendre compte encore de la genèse de certains troubles décrits dans l'infection ourlienne : névrite optique, certains cas de surdité, paralysie du muscle droit interne, mydriase, etc...

Du purpura

M. Grenet communique deux observations de purpura qui ont guéri par l'apparition d'un zona. La ponction lombaire a permis de constater de la lymphocytose très accusée. Dans quatre autres cas de purpura, l'auteur a trouvé aussi de la lymphocytose. Aussi admet-il dans le purpura une réaction méningée. Il trouve aussi une certaine analogie entre cette affection et le zona.

Présentation de malades

M. Queyrat présente un malade qui a vécu pendant six mois avec une femme avec laquelle il avait des rapprochements journaliers. Au bout de ces six mois survint une rupture, et peu après cet homme présentait un chancre syphilitique. Huit jours après survenait un deuxième chancre syphilitique, et un troisième douze jours après. Puis de deux jours en deux jours se sont montrés des accidents qui rappellent le chancre, et qui doivent être le résultat d'inoculations successives

M. Danlos. — M. du Castel a attiré l'attention sur les accidents qui se produisent quelquefois entre l'apparition du chancre et celle de la rougeole et dont il fait des lymphangites locales. Je crois, pour ma part, que ce sont des accidents locaux précédant l'infection générale. On n'insiste pas assez sur ces accidents.

M. Queyrat présente un malade atteint d'une ulcération de la lèvre inférieure donnant, à première vue, l'impression d'un chancre syphilitique. Mais pas de ganglion. Il s'agit, en réalité, de syphilides gommeuses, dont on trouve d'autres échantillons à la lèvre supérieure.

M. Morel-Lavallée présente un malade qui a une transposition complète des organes.

G.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Recherches sur la transmissibilité de la diphtérie par l'eau

Nous avons relaté, dans le numéro du 2 avril 1904 du *Bulletin médical*, p. 306, les premières recherches de MM. **F. Seiler** et **W. de Stoutz** à l'effet de savoir si le bacille de Lœffler était transmissible par l'eau, recherches qui ont permis d'établir que ce bacille, alors qu'il provient de cultures pures très virulentes, est susceptible de se conserver dans l'eau distillée pendant un mois au moins, sans perdre de ses propriétés germinatives.

Actuellement, ces mêmes auteurs, dans un nouveau travail (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet 1904), ont cherché à déterminer la limite de cette conservation de la vitalité du bacille diphtérique dans l'eau. Pour ce faire, ils ont poursuivi les ensemencements de l'eau infectée, d'une part, sur sérum et, d'autre part, dans du bouillon. Ces ensemencements, répétés pendant quatre mois consécutifs, ont révèle des faits intéressants.

En premier lieu, le bacille prospère dans l'eau distillée; il s'y multiplie à tel point que, dès le second mois, il est possible d'obtenir directement, avec l'eau puisée au fond du vase, des préparations de bacilles de Lœffler. Mais, tandis que, jusqu'à la fin du premier mois, le bacille change relativement peu, il n'en est plus de même dès cette date et plus tard. Une modification très curieuse s'opère dans sa forme au fur et à mesure de son séjour dans l'eau, toujours maintenue à la température ordinaire. Les bacilles ont une tendance à s'allonger et à s'amincir, déformations qui ne cessent de s'accentuer. Enfin, ils forment de véritables chainettes de trois ou quatre articles, réunies par des parties plus menues et plus étroites. Un observateur non prévenu n'y reconnaîtrait pas facilement le microbe de la diphtérie. Cependant, c'est bel et bien le bacille de Lœffler qui fournit de telles images. Pour le prouver, des ensemencements sur sérum ont été faits avec ces cultures déformées. Douze heures après, on a obtenu de superbes colonies offrant tous les caractères du bacille de la diphtérie. Les chainettes avaient disparu en faisant place à de petits amas stratifiés de microbes groupés en accents circonflexes. L'épaisseur du bacille était redevenue normale.

Pour déterminer le degré de virulence des bacilles de Lœffler transformés par un séjour prolongé dans l'eau, les auteurs du présent mémoire ont fait, avec ces microbes, des cultures dans du bouil-

lon normal, ils ont ensemencé ce bouillon sur gélose et de cette dernière ils ont ensemencé de nouveau dans du bouillon normal. On sait que, par ce moyen, on accentue considérablement la formation de toxines diphtériques. Des cobayes du poids de 500 gr., inoculés avec 1 cc de cette culture, après avoir présenté des troubles généraux graves avec œdème à la région inoculée, ont cependant guéri au bout de quelques jours.

Ainsi donc, le bacille très virulent dont dérivaient ces cultures, avait subi une très forte atténuation par son séjour prolongé dans l'eau. La virulence n'était pas complètement annulée cependant, puisque les essais d'inoculation avaient rendus les cobayes très malades, et qu'il aurait été possible, en forçant la dose, de provoquer la mort de l'animal en fin de compte.

Plusieurs semaines après la publication du premier mémoire de MM. Seiler et de Stoutz, est paru, dans le *Centralblatt fur Bakteriologie* (1901, p. 203), un travail de M. D. Konradi, relatif au sort des bactéries pathogènes dans l'eau. Cet auteur a pu se convaincre que la plupart de ces microbes vivent dans l'eau pendant très longtemps. Ils y gardent leur virulence quoique à des degrés très divers, mais en tout cas, ils conservent après de très longs séjours dans ce liquide, la propriété de fournir des cultures types très faciles à caractériser.

Comme les expériences de Konradi n'ont pas porté sur le bacille de la diphtérie, celles de MM. Seiler et de Stoutz viennent en quelque sorte les compléter et les confirmer sous ce rapport. Sans doute, il reste encore plusieurs points obscurs à élucider dans cette question. Mais on peut dire, d'ores et déjà, que le bacille de Lœffler se conserve dans l'eau à l'état vivant pendant plus de quatre mois consécutifs, qu'au bout de ce temps sa forme caractéristique se retrouve dans les cultures et que celles-ci sont virulentes quoique à un degré notablement moindre.

Méningite non tuberculeuse, à forme prolongée, guérie par les ponctions lombaires

Dans une récente séance de la Société médicale de Genève, **M. Moukhtar** a présenté un garçon, âgé de quinze ans, qui avait été admis à la clinique médicale du professeur Bard avec des symptômes de méningite. La ponction lombaire révèle une polynucléose exclusive. Le troisième jour de la maladie survient assez brusquement une hémiplégie droite avec aphasie motrice complète. L'aphasie commence à disparaître trois jours plus tard, et six jours après son apparition le malade parle comme auparavant Quant à la paralysie, elle s'améliore très sensiblement pendant les cinq premiers jours, mais le malade garde jusqu'à la fin de sa maladie une faiblesse marquée de son côté droit. Le signe de Babinski était très net. Le huitième et le quatorzième jour on pratique deux autres ponctions lombaires; toujours les polynucléaires sont en grande majorité. Les cultures du liquide restent stériles. Depuis cette époque, la maladie présente des périodes de rémission et d'aggravation successives. Les rémissions durent de trois à quinze jours pendant lesquels le malade se sent très bien, malgré la persistance de la fièvre et de la céphalée. Les crises d'aggravation surviennent sans aucune cause apparente. Outre l'aggravation et la réapparition de phénomènes méningés, le pouls devient irrégulier et le malade tombe quelquefois dans un coma profond C'est au moment de l'apparition de ces phénomènes qu'on pratiquait les ponctions lombaires qui furent répétées douze fois. Leur effet a été très favorable. Actuellement le malade est guéri; il n'accuse qu'une légère faiblesse de la main droite et de la jambe.

Il faut dire que, dans ce cas, on avait d'abord essayé le traitement habituel de la méningite et les frictions au collargol, mais sans résultat aucun.

Le prof. **Bard** a fait ressortir l'utilité très grande qu'ont présenté, chez ce malade, les ponctions lombaires. Les symptômes étaient aussi bien ceux d'une méningite septique que ceux d'une méningite tuberculeuse. La ponction lombaire a fait pencher le diagnostic en faveur de la méningite septique. On voyait aussi, autrefois, des guérisons de méningites graves, mais les ponctions lombaires sont sûrement d'une grande utilité pour le diagnostic et le traitement de ces affections.

L'eucalyptol et l'essence de wintergreen substitués à l'extrait de fougère mâle dans le traitement de l'ankylostomiase

Pour expulser l'*anchylostoma duodenale*, un des moyens les plus sûrs est, comme on sait, l'extrait de fougère mâle, surtout lorsqu'on l'associe au chloroforme et à l'huile de ricin, comme dans la formule que voici :

Extrait éthéré de fougère mâle.	4 gr.
Chloroforme	3 gr.
Huile de ricin	40 gr.

(Dose maxima pour adultes)

Cette formule, due à **M. Herman**, directeur de l'Institut provincial de bactériologie à Mons, a été, au dire de cet auteur, employée des milliers de fois dans les provinces de Liège et du Hainaut, sans jamais occasionner aucun accident sérieux ou permanent, soit du côté du tube digestif, soit du côté des organes nerveux et spécialement de la rétine.

Or, on sait que, dans ces derniers temps plusieurs cas d'amblyopie filicique définitive ont été signalés. Tenant compte de ces faits, l'auteur a cru utile de chercher à remplacer l'extrait de fougère mâle par un autre agent médicamenteux. Dans ce but il entreprit, sur une vaste échelle, au Dispensaire provincial contre l'ankylostomiase de Mons, des essais comparés de traitement, d'une part avec l'extrait de fougère mâle, d'autre part avec l'eucalyptol ou l'essence de wintergreen (*Scalpel*, 17 juillet 1904).

Les expériences ont été faites tantôt sur le même sujet, en comparant l'action des différentes mixtures, tantôt par séries de sujets prenant chacun une mixture différente.

On tenait compte de la quantité d'œufs d'ankylostome relevée dans les selles, ainsi que du nombre des parasites expulsés! Afin d'avoir des résultats aussi comparables que possible, on a conservé le type de la formule ci-dessus mentionnée, en y remplaçant l'extrait de fougère mâle, soit par l'eucalyptol, soit par l'essence de wintergreen. On avait ainsi les deux formules suivantes:

Eucalyptol	2 gr.
Chloroforme	3 gr.
Huile de ricin	40 gr.
Essence de wintergreen	4 gr.
Chloroforme	3 gr.
Huile de ricin	40 gr.

La prise de ces médicaments se faisait dans un espace de temps variant de une heure à une heure et demie, en trois fois, à intervalles réguliers.

La dose entière n'était donnée qu'aux adultes. Si la narcose survenait après la deuxième prise, on attendait l'heure pour finir la bouteille.

Ces mixtures ont été données à la cuiller ou en capsules de 5 gr. Ce dernier mode d'administration n'a paru présenter aucun avantage spécial.

Le malade subissait une cure en trois étapes espacées de huit jours, et ne passait qu'une nuit au dispensaire. Il y entrait vers six heures du soir, était purgé au moyen de sel de Carlsbad avant de se coucher, et prenait le lendemain, à jeun, le vermifuge, restant au lit pendant l'action du médicament.

Voici quelles sont les conclusions de l'auteur:

La mixture à l'eucalyptol est aussi active que la mixture chloroformofilicique, tout en étant mieux supportée et d'un effet hypnotique un peu plus marqué que cette dernière.

La mixture à l'essence de wintergreen agit comme la mixture à l'eucalyptol. Son degré d'efficacité paraît un peu moindre, et son effet hypnotique est moins marqué.

En conséquence, dans la cure de l'ankylostomiase on peut remplacer, tout au moins dans les combinaisons médicamenteuses précitées, l'extrait de fougère mâle par l'eucalyptol ou même par l'essence de wintergreen. Ces produits présentent l'avantage de ne pas être toxiques aux doses indiquées.

L'hermophényl contre la blépharite ciliaire

En thérapeutique oculaire, l'hermophényl (solution d'oxyde de mercure dans le phénol-bisulfonate de soude) a déjà été employé en collyre contre l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par M. Bérard (de Lyon), et, contre les granulations molles de la conjonctive, par un

ophtalmologiste italien, M. Popolani.

On sait que ce produit, tout en étant un antiseptique énergique, est peu irritant, ce qui permet de l'employer en solution concentrée. D'autre part, ne coagulant pas, à froid, l'albumine, il est susceptible d'entrer en contact intime avec les tissus, à l'encontre de ce qui se produit avec le sublimé en solution.

L'ensemble de ces propriétés suggéra à **M. G. Grilli** (*Abruzze Sanitario*, 15 juillet 1904), assistant de la clinique ophtalmologique du professeur Parisotti, à Rome, l'idée de substituer, dans le traitement de la blépharite ciliaire, l'hermophényl à la solution glycérinée de bichlorure de mercure, laquelle donne pourtant de bons résultats.

Ces essais thérapeutiques ont consisté à frotter, tous les deux jours, très fortement, le bord ciliaire avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'hermophényl à 1 %. Les deux premiers cas traités donnèrent des résultats surprenants; ces malades, qui fréquentaient depuis de nombreux mois la clinique, furent complètement guéris en moins de deux semaines.

Encouragés par ces résultats, le prof. Parisotti et l'auteur multiplièrent leurs expériences thérapeutiques. Le nombre des malades traités s'éleva bientôt à une vingtaine. La guérison s'obtenait d'une façon constante. Quelques cas même qui n'avaient pas été amendés par la solution de sublimé dans la glycérine, qui avaient résisté à la pommade ordinaire jaune et à la pommade à l'ichthyol, furent guéris rapidement au moyen de lavages, répétés trois à quatre fois par jour, avec une solution d'hermophényl à 1 %.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Précis de thérapeutique oculaire, par le Dr Sorini, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté.

Comme l'a dit Panas, la thérapeutique doit être considérée comme le but suprême à atteindre en médecine, qui est l'art de guérir. La thérapeutique oculaire est très vaste, puisqu'elle comprend des moyens médicaux et chirurgicaux, sans compter les moyens optiques. Aussi faut-il accueillir avec faveur toutes les publications qui ont pour but de vulgariser les notions de thérapeutique, en exposant les moyens mis en usage pour guérir les maladies des yeux, et la façon de les employer dans la pratique courante.

M. Sorini a été bien inspiré en entreprenant ce travail; il l'a mené à bonne fin, et il convient de l'en féliciter. Chargé de la partie réservée à la technique thérapeutique dans le cours de perfectionnement que M. le prof. de Lapersonne a institué à l'Hôtel-Dieu, il s'est toujours attaché à l'étude de ces questions, et notamment à celle des collyres huileux, sous la direction du regretté Panas; il était naturel qu'il cherchât à faire profiter les praticiens du fruit de ses travaux.

Son livre est le résumé de ses conférences, il est surtout pratique, et l'on y trouve condensé sous une forme claire tout ce qu'il est utile de connaître.

Les premiers chapitres sont consacrés d'abord à l'étude des règles de l'asepsie, à la technique et à son application spéciales; puis à l'anesthésie générale et locale, à ses agents et à leur mode d'emploi. Puis M. Sorini étudie tour à tour: les principaux médicaments employés dans les affections des membranes externes (antiseptiques, astringents, caustiques); les médicaments qui agissent sur la musculature de l'iris et le tonus de l'œil (mydriatiques, myotiques); les modificateurs des circulations locales (révulsifs, dérivatifs, vaso-constricteurs et dilatateurs); les agents physiques (chaleur, froid, électricité, lumière); les agents mécaniques (bandages, massage, etc., etc.); la prothèse oculaire; les médications générales et leurs agents usités dans la pratique ophtalmologique, ce qui fait un chapitre de 40 pages, en rapport avec l'importance du sujet.

Le livre se termine par un chapitre consacré à des consultations sur quelques maladies oculaires fréquentes, consultations dont l'utilité sera fort appréciée par les praticiens.

Le Précis comprend dix chapitres, où, en 310 pages sont clairement résumées et condensées les connaissances thérapeutiques oculaires actuelles.

Dr Kopff.

Librairie J.-B. Baillière

Hygiène des rues

Sous ce titre, M. le Dr Yvert vient de faire paraître un ouvrage intéressant et pratique à la fois. Comme il le dit si judicieusement dans la préface, notre confrère s'est attaché surtout à vulgariser et à généraliser les grands principes d'hygiène, si méconnus aujourd'hui, et pourtant si indispensables à toutes les classes de la société.

Dans toute agglomération, après la question des eaux et des égouts, la plus importante au point de vue hygiénique est sans contredit celle des rues. La rue, en effet, dit Fonssagrives, est l'unité hygiénique de la ville. Celle-ci vaut, comme salubrité, ce que valent les rues qui la constituent.

Le Dr Yvert, fidèle au programme qu'il s'est tracé, passe en revue, dans une série de chapitres, les problèmes qui s'imposent aux préoccupations des municipalités réellement soucieuses d'assurer le bien-être des habitants et la salubrité des voies publiques. Il insiste tout particulièrement sur les dangers inhérents à la diffusion dans l'atmosphère des poussières des rues et des appartements, au stationnement, à la collecte et au transport des ordures ménagères, en même temps il expose les moyens de lutter efficacement contre cette source éminemment dangereuse de contamination et d'infection; chemin faisant, il décrit succinctement les procédés et appareils utilisés en France ou à l'étranger et les progrès réalisés.

Ce volume ne pouvait être publié en un moment plus opportun que celui où toutes les communes de France préparent le règlement sanitaire prescrit par l'article premier de la loi du 15 février 1902.

Il pourra donc être consulté très avantageusement par les maires, les conseils municipaux et même par les conseils d'hygiène.

Le Dr Yvert a fait réellement œuvre utile en vulgarisant les perfectionnements d'hygiène concernant les rues, places et promenades publiques, qui sont à l'essai à Paris, à Londres, Berlin, Vienne, Hambourg, Munich, Cologne, Bruxelles, etc., etc., et dont devront désormais s'inspirer les maires des communes qui ne craindront pas de compromettre leur popularité en veillant à la stricte exécution des règlements édictés par la nouvelle loi.

Dr L. Aubert.

Félix Alcan, éditeur

Guide pratique de chirurgie infantile, par M. Estor.

L'ouvrage de M. Estor n'est pas une œuvre d'érudition. C'est un guide, un vade-mecum, dans lequel le lecteur trouvera des renseignements essentiellement pratiques, qui lui permettront de résoudre les principaux problèmes de la chirurgie infantile et de l'orthopédie.

Toutes les affections chirurgicales de l'enfance et de l'adolescence, groupées par ordre alphabétique, ce qui facilite les recherches, y sont passées en revue.

A propos de chacune d'elles, l'auteur rappelle en quelques mots les symptômes, le diagnostic différentiel, et expose le traitement qui, dans sa pratique personnelle, lui a donné les meilleurs résultats.

G. Berruyer.

Vient de paraître :

Manuel pratique d'allaitement. Hygiène du nourrisson, par Pierre Budin, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. grand in-8 jésus, cartonné toile de 240 pages, avec 88 figures, la plupart tirées en couleurs, dans le texte. Prix : 5 fr.

Chirurgie orthopédique, par le prof. P. Berger et le Dr S. Banzet. 1 vol. in-8° avec 489 figures dans le texte. Prix : 20 francs. (Librairie Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.)

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Baucur, au 8e d'inf.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Abbatucci, au 22e d'inf., placé en activité hors cadre pour servir au consulat de Pakhoi.

A la Martinique.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Sarrat, à la Guadeloupe.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Butin, hors cadres à la Guadeloupe. — Réintégré.

A la Côte d'Ivoire (en activité hors cadres).

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. David, au 22e d'inf.

Au Dahomey (en activité hors cadres).

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

(Service du chemin de fer) M. Donnet, au 4e d'inf.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

Au 8e d'inf. à Toulon, M. Castagné.

Au 7e d'inf. à Rochefort, M. Devaux.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Au 6e d'inf. à Brest, M. Cordier.

Au 1er d'art. à Lorient, M. Tanvet.

Au 4e d'inf. à Toulon, M. de Lavigne Sainte-Suzanne.

Au 8e d'inf. à Toulon, M. Michelet.

Au 2e d'art. à Cherbourg, M. Mias.

Au 24e d'inf. à Perpignan, M. Fargier.

Les méd. aides-maj. de 1re cl :

Au 3e d'art. à Toulon, M. Pouthiou-Lavielle.

Au 6e d'inf. à Brest, M. Lacroix.

Au 5e d'inf. à Cherbourg, M. Vaillant.

Au 3e d'inf. à Rochefort, M. Gaillard.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Le méd. princ. de 2e cl. :

Méd.-chef de l'hôp. mil. de Saigon, M. Fortoul.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

A l'hôp. de Tourane, M. Recoules.

Les méd.-majors de 2e cl. :

Au 11e d'inf. à Saigon, M. Edinger.

Au 12e d'inf. à Saigon, M. Marotte.

A l'hôp. mil. de Saigon, M. Talbot.

Au 3e tir. tonkinois à Bac Ninh, M. Perrot.

Au 12e d'inf. au cap Saint-Jacques, M. Cadet,

A l'ambulance de That-Khé, M. Laurenti.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Au 5e d'art. au cap Saint-Jacques, M. Lenoir.

A l'hôp. mil. de Saïgon, M. Paramananda Mariadassou.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :

Au bat. de tir. cambodgiens à Pnom-Pen, M. Wadoux.

A l'hôp. mil. de Saigon, M. Le Gorgeu.

Au poste méd. de Thaï-Binh, M. Sarraïlhé.

A l'hôp. mil. de Saigon, M. Fistié.

Au 10e d'inf à Dap Can, M. Poncin.

A l'hôp. mil. d'Hanoï, M. Garrot.

En Afrique occidentale

Le méd.-maj. de 2e cl. :

A la disposition de M. le gouverneur général, M. Mul.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :

Au 1er tiraill. sénégalais (bat. de la Guinée), M. Durand.

Au 2e tir. sénégalais (bat. du 1er terr. mil.), M. Peyrot.

Au 2e tir. sénégalais (bat. du 2e terr. mil.), M. Bouilliez.

Au 6e d'art. à Saint-Louis, M. Pistre.

Au 1er tir. sénégalais (bat. du fleuve), M. Bodiou.

Au 6e d'art. à Kati (groupe du Soudan), M. Laulhengue.

A Madagascar.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

Au 2e tiraill. malgaches à Tamatave, M Renaud.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

A l'ambulance de Fort-Dauphin, M. Legendre.

Au 7e d'art. à Tananarive, M. Bottarel

Le méd. aide-maj. de 1re cl. stag. :

Au 3e tiraill. sénégalais à Ankavandra, M. Néel.

Autorisation de prolongation de séjour

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Indo-Chine (3e année) M. Pancot.

Madagascar (3e année) M. Creen.

NOUVELLES

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN TURQUIE

Le Sultan a fait interdire la consommation des boissons alcooliques dans tous les établissements publics. Or, la statistique annuelle de la criminalité vient de faire connaître les fruits d'une si excellente mesure, que l'on n'oserait guère prendre en Occident.

Rien que dans la juridiction de Pera, le plus important faubourg de Constantinople, cette prohibition, qui, d'ailleurs, n'atteint que les musulmans, a fait que de 1902 à 1903 la quantité de meurtres a baissé de 23 à 15 et les simples contraventions de 680 à 188.

Les mêmes mesures sont appliquées avec succès en Asie-Mineure. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

DE L'UTILITÉ DU LATIN DANS LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Un médecin de Francfort prescrit à un malade faisant partie d'une Société de secours mutuels, une douzaine de citrons. La pharmacie de la Société refuse d'exécuter l'ordonnance, donnant pour raison que le citron n'est pas un médicament. Le médecin modifia alors son ordonnance, et, au lieu de citron, formula : *citrus medica*. Le pharmacien ne fit plus d'objections et délivra les citrons.

Le *Journal de médecine de Bordeaux*, auquel nous empruntons cette nouvelle, l'a donnée sous le titre de « serepsite de pharmacien ». Ne pourrait-on l'intituler aussi judicieusement : « la fôôrme administrative. »

L'APPENDICITE CHEZ LE CHIMPANZÉ

M. Weinberg publie, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, l'observation d'un chimpanzé mort à l'Institut d'une appendicite aiguë hémorragique, compliquée de quelques lésions de l'intestin grêle. Cet animal, depuis son entrée à l'Institut Pasteur, avait été enfermé dans une cage désinfectée, nourri exclusivement de lait, de riz bouilli et de fruits cuits. De nombreux lombrics existaient dans l'intestin, et c'est à leur présence que M. Weinberg attribue la cause de l'appendicite.

Bibliographie de l'« Union médicale »

Médecine à forfait et fonctionnarisme médical, par le Dr Dinet (*Revue de déontologie*, juin 1904, page 479).

Encore l'Union médicale Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement, séance du 11 juillet 1904, p. 495 et 503.

COURS DE VACANCES

(Hospice de Bicêtre. Service de M. P. Marie.)

Clinique et anatomie pathologique des maladies du système nerveux

(Cours de perfectionnement exclusivement pratique pour médecins et étudiants.

M. le Dr A. Léri, chef du laboratoire, commencera ce cours le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme

Séméiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et moelle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto diagnostic. Electro diagnostic. Exercices de radioscopie clinique.

Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychothérapie.

Démonstrations d'anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques.

Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera deux heures.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôtel-Dieu de Lyon.*)

Clinique de M. le prof. Jaboulay.

Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire

Par M. le Dr L. Bérard

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

Leçon recueillie par M le Dr Pinatelle, ex-interne des hôpitaux.

Les cliniciens qui, avec M. Dieulafoy, ont voulu réduire la thérapeutique de l'appendicite aiguë à cette formule radicale : « Opérez toujours et d'emblée », ont dû reconnaître rapidement que la variété des faits ne se prêtait pas à un impératif aussi catégorique. Dans la majorité des cas, le traitement médical rationnel doit être institué avant tout autre. On ne peut plus contester aujourd'hui les nombreux succès qu'on lui doit, et qui ont été proclamés par des chirurgiens tels que MM. Jalaguier, Roux (de Lausanne) et Sonnenbourg.

Pourtant, il est certaines formes ou plutôt certaines phases de l'appendicite aiguë, dont je veux vous entretenir aujourd'hui, et où l'intervention chirurgicale immédiate s'impose. Trop souvent les malades sont soumis à notre examen, alors que le péritoine est intéressé déjà dans sa presque totalité par le processus infectieux. Il n'y a plus rien à attendre de l'opium, de la diète et des applications de glace. L'opération reste la seule chance de salut; chance précaire, il est vrai, et que ne tenteraient peut-être pas les chirurgiens plus soucieux de leur statistique que de l'intérêt absolu des malades. Cette chance, il faut néanmoins la courir, eussiez-vous à enregistrer dix échecs pour un seul succès; dès lors que votre abstention ne laisse à ceux qui ont mis leur confiance en vous aucune porte de salut, vous n'êtes en droit de désarmer que devant la mort.

De tels cas sont déjà très délicats, par les risques auxquels ils exposent la réputation du praticien. Ils ne le sont pas moins par la décision immédiate qu'ils commandent; en effet, la proportion des succès que donne l'intervention est en raison directe de sa précocité. Or, la péritonite généralisée appendiculaire est souvent d'un diagnostic difficile, car le début peut en être des plus insidieux, et nombre de symptômes lui sont communs avec des lésions moins graves de la séreuse.

C'est ainsi qu'il faudra toute votre perspicacité pour démêler les signes de la septicémie péritonéale dans l'accélération du pouls, dans sa dissociation avec la température, dans l'altération des traits, dans la dyspnée toxémique, dans la sécheresse de la langue, dans la tendance au refroidissement des extrémités, alors que cependant le ventre restera aplati, souple, presque indolore, alors qu'il n'y aura ni vomissements, ni arrêt des matières, et que tous les troubles digestifs se réduiront à une légère diarrhée, à un petit hoquet tenace.

Parfois, au contraire, l'orage péritonéal éclate à grand fracas: rapidement l'abdomen se tympanise; ses parois s'immobilisent, elles sont douloureuses au moindre contact et sur une large étendue; la circulation des matières et des gaz s'interrompt; des vomissements porracés se succèdent sans répit; le thermomètre atteint 39° et 40°. On croit d'autant plus volontiers à une péritonite diffuse appendiculaire, que les douleurs spontanées et provoquées les plus vives peuvent être localisées au voisinage du cœcum. Et pourtant il s'agit simplement d'une poussée d'infection aiguë autour d'une lésion ancienne ou torpide des annexes, salpingite, kyste dermoïde, hématosalpinx rompu ou tordu. Et ces lésions annexielles tendent d'ordinaire à rétrocéder d'elles-mêmes avec la simple mise au repos de la malade, avec quelques cataplasmes chauds ou quelques applications de glace. Vous avez pu observer récemment un de ces cas au n° 21 de la salle Saint-Pierre: arrivée dans un état que l'on considérait comme désespéré, avec une température de 39°5 et un ventre énorme, la malade fut laissée au lit et à la diète liquide pendant une semaine; au bout de ce temps le thermomètre était redescendu à 38°, le toucher combiné au palper pouvait reconnaître un pyosalpinx qui fut ouvert à froid par le vagin; un mois après, cette femme nous quittait guérie. Dans d'autres circonstances une péritonite bacillaire septicémique, à forme d'occlusion aiguë, peut aussi donner le change, je vous en ai rapporté un cas la semaine dernière (1) La fièvre typhoïde enfin expose à de semblables erreurs.

***

Voici quelques exemples, pris dans le service, qui vous représenteront les principaux types de la *péritonite généralisée appendiculaire*.

Le 11 mai entrait à Saint-Pierre une femme de trente-deux ans, envoyée par son médecin avec le diagnostic de péritonite aiguë. Ses antécédents n'étaient chargés d'aucune tare. Elle n'accusait comme maladie antérieure qu'une crise douloureuse, survenue quelques années auparavant, localisée dans le bas-ventre, et pour laquelle on l'avait soignée à domicile par des applications de cataplasmes sur l'hypogastre et par des injections vaginales chaudes. Parfois ses digestions étaient pénibles; elle avait des nausées au moment de ses époques; elle vomissait alors facilement, sans que ces troubles digestifs eussent aucun retentissement douloureux en un point quelconque de l'abdomen.

Elle n'avait jamais souffert de l'estomac. Elle n'avait pas de pertes blanches. Ses règles étaient toujours régulières; elle les avait eues le 6 avril, puis le 6 mai, mais cette fois brusquement interrompues, « à la suite d'un refroidissement », nous disait la malade, qui expliquait naturellement par là ce qui suit :

Le dimanche 8 mai, à 4 heures du matin, cette femme est réveillée par une vive douleur syncopale, bientôt irradiée à tout l'abdomen. A ces douleurs angoissantes s'ajoutent des vomissements et un état nauséeux, persistant jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital, le 11 mai.

A ce moment, l'abdomen est ballonné dans toute son étendue. Une sonorité tympanique, égale en tous points, a fait disparaître complètement en haut la matité du foie. Il n'y a pas, d'autre part, de matité des flancs; donc il n'y a pas d'épanchement liquide dans le péritoine sus-pelvien. Cette distension ne s'accompagna pas de la sensibilité si vive et si superficielle des péritonites diffuses, qui donnent au doigt explorateur, par un réflexe musculaire de défense, la sensation caractéristique de rénitence douloureuse. Il n'y a pas d'immobilisation absolue des muscles de la paroi et du diaphragme dans la respiration. Cet abdomen, si dilaté, se laisse déprimer un peu, mais le palper ne fournit aucun renseignement sur la localisation des lésions initiales. Au toucher vaginal, on perçoit, par contre, avec une grande netteté, une masse rénitente, presque fluctuante et douloureuse : il ne s'agit évidemment pas d'anses intestinales distendues, ni d'un épanchement libre, mais probablement d'une poussée de péritonite aiguë enkystée autour d'un organe

(1) L. Bérard. — Diagnostic et traitement des péritonites tuberculeuses (*Bulletin médical*, juin 1904).

pelvien, soit une trompe, soit un appendice prolabé dans le bassin, sans qu'aucun symptôme permette de préciser davantage cette localisation d'origine. Avec cela, pas d'iléus complet. La malade est allée à la selle la veille; elle a eu le jour même quelques évacuations gazeuses par l'anus. Depuis vingt-quatre heures, elle ne vomit plus; elle n'a pas de hoquet. Sa température, de 38°5 le matin, est, le soir, de 39°. Son pouls est fréquent, à 130, mais assez tendu. Elle vient d'ailleurs de supporter les secousses d'un trajet de deux heures en voiture. M. Pinatelle appelé immédiatement auprès d'elle croit à une poussée de péritonite autour d'une annexite réchauffée. Il prescrit une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum, fait appliquer de la glace sur le ventre et pratique une injection de 1 centigr. de morphine. (La morphine a l'avantage sur l'opium de calmer plus rapidement les douleurs et de ne pas entretenir au même degré la parésie intestinale.)

Le lendemain, je confirme ce diagnostic, et nous continuons l'expectation; en effet, la température oscille entre 37°8 et 38°8 le soir; le pouls s'est ralenti, il bat de 100 à 110; la malade accuse elle-même un mieux sensible.

Mais, dès le lendemain, nouveau changement; la température monte à 39°8, puis à 40°3 le matin suivant; le pouls, plus fréquent, est plus petit. Le ballonnement s'est accentué, l'iléus se complète; la malade n'a plus d'émissions gazeuses par l'anus; elle recommence à vomir, pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital. Les traits se tirent, la langue devient rouge et sèche, la dyspnée est considérable.

Ce changement à vue ne laisse plus de place au doute; il s'agit de péritonite généralisée et non de péritonisme autour d'un foyer collecté.

Après avoir constaté que le cul-de-sac de Douglas bombe fortement par en bas, j'interviens le 14 au matin par une incision vaginale. Vous connaissez les avantages de cette voie, dont l'emploi fut vulgarisé surtout par les chirurgiens lyonnais à la suite de Laroyenne, et que M. Jaboulay a utilisée si souvent devant vous. Elle draine avec le minimum de traumatisme, et au point le plus déclive, les collections du péritoine. Et dans les cas désespérés elle reste la seule intervention possible chez les sujets que l'on ne peut pas endormir profondément, ni opérer longuement; quelques inspirations d'éther, un coup de ciseau dans le cul-de-sac postérieur, une forte pince ou le dilatateur Tripier pour élargir cette ouverture, une grosse éponge ou un drain entouré de mèches introduits dans le petit bassin; l'opération est terminée.

Dans notre cas, nous évacuons ainsi un demi-litre environ de liquide séro-purulent, qui jaillit d'abord sous tension, puis s'écoule ensuite en bavant ce liquide, mal lié et grumeleux, répand une odeur infecte de choux pourris. Le doigt, introduit dans l'incision pelvienne, arrive au contact d'anses intestinales distendues, mais non agglutinées; en s'insinuant entre elles, il facilite l'écoulement de nouvelles quantités de pus très fétide.

La malade se déclare soulagée; les vomissements se calment, mais la fièvre ne cède pas, le pouls reste petit; elle meurt dans la nuit. A l'autopsie, nous trouvons un grand compartiment pelvien à moitié cloisonné, que l'opération a ouvert et vidé, et dans lequel plonge un appendice turgescent, perforé en deux points, presque réduit à une bouillie de sphacèle. Tout le ventre est rempli de liquide louche et d'exsudats fibrineux jusqu'à l'épigastre.

Ici, même à la discussion rétrospective, aucun élément rationnel de diagnostic ne nous permettait d'affirmer l'appendicite plutôt qu'une annexite; la malade avait été soignée jadis pour une affection annexielle, et l'appendice, en situation pelvienne, occupait la région de la trompe.

Pourtant je retrouve dans ce premier cas deux symptômes qui auraient pu nous décider à intervenir un jour plus tôt : le premier, est *la discordance du pouls et de la température*. Dans la plupart des états inflammatoires se maintient un certain parallélisme entre ces deux facteurs, qui varient dans le même sens : pouls rapide, température élevée. Dans les infections péritonéales graves, au contraire, souvent le pouls s'accélère, tandis que la température monte à peine au-dessus de la normale, ou parfois même s'abaisse quand un viscère s'est perforé subitement dans le grand péritoine. Ce signe excellent n'a toutefois de valeur que s'il est durable; les malades fatigués par un transport long et pénible dans des véhicules d'occasion, les femmes nerveuses impressionnées par un examen ou par les préparatifs d'une intervention, le présentent souvent d'une façon transitoire. Chez notre malade, le second jour, après une nuit de repos, le pouls était encore à 110, alors que la température était descendue à 37°8.

Autre remarque : *l'aggravation des symptômes fut progressive* dès le second soir du séjour à l'hôpital, malgré la mise en œuvre du traitement médical classique : pouls, température, distension de l'abdomen, obstruction devenaient plus inquiétants à mesure que l'infection gagnait de proche en proche des régions plus élevées du péritoine. Aussi bien, interpréterons-nous ce premier type, dont l'évolution totale dura huit jours, comme un exemple de péritonite *suppurée par diffusion*, par propagation, à la grande séreuse, d'un foyer d'abord pelvien.

***

Chez un second malade, presque à la même époque, nous avons vu évoluer un cas de *septicémie péritonéale aiguë* proprement dite, c'est-à-dire d'intoxication septique massive, contre laquelle la séreuse n'a même pas eu le temps d'ébaucher une résistance. C'est cette forme dont je vous détaillais les allures insidieuses au début de cette leçon, et où l'absence de fièvre, la souplesse et l'indolence de l'abdomen risquent d'égarer le pronostic du médecin s'il n'analyse pas avec soin les caractères de la tension artérielle, de la respiration, du facies, etc.

Le 9 mai entrait à Saint-Sacerdos un jeune homme de dix-huit ans, avec le diagnostic d'appendicite. C'était un grand garçon, maigre et frêle, dont l'enfance avait été accidentée de toutes les maladies éruptives du premier âge, et qui toussait, depuis plusieurs années, chaque hiver, sans que l'on pût affirmer chez lui une tuberculose en évolution. Depuis quelques jours, il manquait d'appétit, se plaignait vaguement de la tête et du ventre, quand brusquement, le 6 mai, il fut pris de coliques violentes avec vomissements. L'orage se calma au bout de quelques heures; des lavements, administrés le lendemain, amenèrent une débâcle stercorale; et le malade, laissé au lit, accusait une amélioration sensible lorsque, sur les instances du Dr Collet, qui gardait quelque arrière-pensée, il fut transporté à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, on constate tous les signes locaux d'un plastron inflammatoire au niveau de la fosse iliaque droite, comme s'il s'était agi d'un abcès péricæcal en voie de collection derrière la paroi abdominale. Les évacuations intestinales sont normales; il n'y a pas d'état nauséeux; la température ne dépasse pas 38°2. Mais en désaccord complet avec ces signes locaux bénins, l'état général nous semble grave. Ce malade, maigre et débile, était en état de moindre défense quand la crise a éclaté; son facies nous inquiète par

l'effilement des narines, par le ton bistré qui encercle les yeux, par l'étirement des traits et par la teinte générale des téguments, à la fois livide et cyanotique que l'on a qualifiée de « plombée ». Cette teinte indique toujours une intoxication profonde de l'économie, et traduit la gêne apportée à l'hématose : vous la retrouverez dans la plupart des septicémies chirurgicales, dans les fièvres infectieuses graves, dans la diphtérie toxique, etc.

Ajoutez à ce tableau une certaine expression d'angoisse qui se lisait sur la face, et des battements des narines suivant les oscillations d'une respiration superficielle et anhélante.

Le pouls, peu tendu, battait à 110-120, bien que la température fut à 38°2 seulement. Les urines étaient peu abondantes et chargées d'urates.

Aussi je songeai à une *septicémie péritonéale diffuse*, je portai d'emblée un pronostic très sombre, et j'intervins le matin même de l'entrée du malade, que l'on avait apporté à l'aube. Par l'incision de Roux, j'arrivai sur des tissus pariétaux épaissis et œdématiés. J'ouvris la séreuse à la sonde cannelée; il n'y avait pas de cloisonnement péritonéal. Immédiatement se présentent dans la plaie des anses intestinales grêles distendues et congestionnées, libres d'adhérences, entre lesquelles sourd du pus rougeâtre et fétide. L'appendice est rencontré en arrière d'elles, violacé, turgide, en voie de sphacèle mais non encore perforé. Je le résèque. Des mèches de gaze autour d'un drain tamponnent la plaie qui est laissée béante. Le malade supporte bien cette opération rapide; il dort dans la soirée, n'éprouve aucune nausée et ne se plaint plus de ses douleurs abdominales. Toutefois, le facies et la tension artérielle nous semblent encore mauvais. Le lendemain, l'évolution se précipite; la dyspnée s'accentue; le pouls devient encore plus rapide et plus filant. Au troisième jour, la température s'élève à 39° et les vomissements reparaissent pour la première fois depuis l'intervention. Malgré nous, l'opéré est emmené dans sa famille, il succomba quelques heures après.

Dans l'histoire de ces deux malades, vous avez sans doute été frappé par ce fait que la circulation des matières dans l'intestin avait été tardivement troublée, et que les vomissements et la constipation, ces deux signes si habituels de la péritonite, avaient été à peine marqués. De fait, ces symptômes, qui traduisent la parésie réflexe de l'intestin, ne sont pas toujours proportionnels à la gravité de l'infection; les caractères du pouls, de la respiration, de l'excrétion urinaire et du facies que je vous ai détaillés plus haut constituent des repères beaucoup plus précieux.

***

Dans quelques circonstances, cependant, les vomissements et la coprostase apparaissent d'emblée comme les signes cardinaux de la péritonite; au point qu'ils éveillent l'idée d'un obstacle mécanique au cours des matières, d'une obstruction vraie : d'où l'appellation d'*étranglement paralytique* donnée par Duplay et Henrot à ces accidents.

Je puis vous en résumer brièvement un exemple, qui répondra à un troisième type clinique de la péritonite appendiculaire : *la septicémie péritonéale à forme d'occlusion.*

L'an dernier, je fus appelé à examiner un homme de soixante-trois ans, un peu éthylique, qui souffrait depuis quelque temps de troubles abdominaux mal définis, accompagnés de dysurie. Le malade étant un prostatique, on avait songé d'abord à des phénomènes digestifs d'origine urinaire, par infection latente. Depuis huit jours la constipation allait en s'accentuant, sans nausées ni vomissements cependant; depuis la veille, toute émission de matières et de gaz avait été supprimée. Sur ces entrefaites, je vois le malade : le facies est animé, la langue pâteuse et étalée, le pouls à 100, la respiration à 30, la température à 38°4. L'abdomen, assez météorisé, se laisse encore déprimer par places, sans que les muscles de la paroi ni le diaphragme paraissent immobilisés dans la respiration. A la palpation, pas de douleur nette, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, où la paroi se met en contracture de défense dès que l'appui de la main se fait sentir. Si la pression se prolonge, une douleur assez vive est accusée; elle s'irradie vers la région lombaire droite, douloureuse elle-même à la succussion. Le toucher rectal fait percevoir une prostate un peu grosse, un cul-de-sac de Douglas distendu, mais indolore.

Néanmoins, à cause de la douleur iliaque je pense à une pseudo-occlusion d'origine appendiculaire, et je décide une intervention immédiate. L'incision de Roux nous conduit sur une collection de pus roussâtre, peu abondante, mal limitée par des anses grêles très distendues et par des tractus fibrineux qui englobent l'appendice sphacélé.

Ces péritonites appendiculaires à forme d'occlusion ne sont pas exceptionnelles : vous en trouverez plusieurs cas mentionnés par M. Lépine à la Société de médecine de Lyon en 1897, par M. Marion et M. Cestan dans la *Gazette des hôpitaux* en 1900 et 1901, par M. Broca dans ses Leçons Cliniques, etc.

Résumons maintenant à grands traits ces trois formes de péritonite aiguë généralisée dues à l'appendicite :

La première, avec ses réactions thermiques élevées, avec le ballonnement énorme de l'abdomen, avec la marche envahissante et progressive de tous ses symptômes, invoque l'idée de la *diffusion* d'un processus infectieux d'abord localisé.

Les deux autres relèvent plutôt d'une *imprégnation septicémique* massive de tout l'organisme. Les réactions thermiques, comme tous les autres réflexes de défense, sont paralysées rapidement; la température s'élève peu, ou bien elle reste à la normale, ou bien elle s'abaisse. L'examen du sang révèle également cette défaite des organes de protection; tandis que dans les abcès circonscrits et dans les péritonites cloisonnées, les globules blancs polynucléaires apparaissent en quantité dans le sang, où leur chiffre passe de 8000 à 15 et 20000 par millimètre cube; dans la toxhémie septique la polynucléose fait défaut.

Et cet empoisonnement, souvent consécutif à la perforation précoce de l'appendice dans un péritoine sain, se manifeste par le facies plombé, par la tachycardie, par l'hypotension, par la dyspnée et par l'oligurie. L'iléus paralytique n'est qu'une modalité éventuelle de cette péritonite septique.

***

Quelles sont donc les conditions dans lesquelles le malade atteint d'appendicite est plus particulièrement menacé de ces infections péritonéales diffuses? A vrai dire, nous ne pouvons pas répondre nettement à cette question, ni faire intervenir comme facteurs constants, soit la *durée* de l'infection, soit la *situation* de l'appendice, soit la *résistance générale* préalable du malade.

1° En effet, si l'on voit d'ordinaire la péritonite putride par perforation évoluer plutôt dans les quarante-huit heures qui suivent le début de l'appendicite, ainsi que l'a montré dans sa thèse Allard, un élève de M. le prof. Poncet, il faut savoir cependant que, même avec un processus en apparence localisé dans la fosse iliaque droite depuis plusieurs jours déjà, cette perforation peut encore se réaliser dans une séreuse libre; témoin notre deuxiè-

me malade. Récemment encore j'ai vu la perforation se produire au septième jour après une amélioration nette de tous les symptômes. C'est là ce que M. Dieulafoy a appelé les *accalmies traîtresses de l'appendicite;* et c'est sur de tels faits qu'il s'est appuyé surtout pour recommander l'intervention immédiate dès que le diagnostic était posé.

Pourtant les péritonites généralisées par diffusion sont plutôt le fait des abcès circonscrits que l'on a trop tardé à ouvrir et qui ont rompu leurs barrières d'adhérences, ainsi qu'on l'observe dans les appendicites suppurées que l'on a voulu laisser refroidir Laissez-moi vous dire à ce sujet que, s'il est excessif d'opérer de suite toutes les appendicites diagnostiquées, on n'est pas en droit néanmoins d'attendre toujours, comme le voudraient aujourd'hui quelques chirurgiens et beaucoup de médecins, que la poussée aiguë soit résolue pour opérer à froid. Et, en général, quand au quatrième ou au cinquième jour, malgré les applications de glace, la diète absolue et l'immobilisation de l'intestin, on perçoit dans la fosse iliaque droite un plastron douloureux chez un malade dont la température ne s'abaisse pas le matin au-dessous de 38°2 à 38°5, on doit opérer. Car neuf fois sur dix on évacuera ainsi un abcès; et toujours, en tout cas, on drainera un foyer de péritonite péri-appendiculaire. En pareille occurence, lorsque l'appendice se présente sous le doigt, il ne faut pas manquer de l'enlever.

Ne croyez pas, en effet, qu'une poussée antérieure d'appendicite suppurée, dont l'abcès a été évacué par le bistouri, mette complètement à l'abri d'accidents graves ultérieurs comme on l'a trop répété. En effet, bien souvent l'appendice n'est pas sphacélé au cours de l'évolution de l'abcès qu'il a déterminé. Dans ma statistique personnelle, je compte quatre malades chez lesquels j'avais incisé par la voie iliaque des abcès appendiculaires sans chercher à réséquer l'appendice : deux d'entre eux, rentrés chez eux complètement guéris, succombèrent l'un deux ans après, l'autre (une jeune femme) un an plus tard, à la veille de se marier; tous deux furent emportés en quelques jours, d'après le diagnostic de leur médecin, par une péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Chez les deux autres, j'eus à intervenir à des périodes variant de six mois à un an pour un nouvel abcès; et cependant, chez l'un de ces derniers, la première poussée, nettement gangréneuse, avait entraîné le sphacèle d'une énorme quantité de tissu cellulaire de la fosse iliaque; chez l'autre (un enfant de neuf ans) j'ai pu attendre, pour intervenir à nouveau, que la seconde poussée d'appendicite fût refroidie. Je vous présente ici son appendice que j'ai enlevé hier; vous voyez que sa lumière est libre avec un gros calcul stercoral vers la pointe, et qu'on y trouve seulement çà et là quelques taches ecchymotiques de folliculite hémorragique; cet enfant sera cette fois définitivement guéri.

2° Pas plus *que la durée de l'infection*, la situation initiale de l'appendice ne peut être incriminée. Cependant, il semble bien que les localisations postéro-internes et inféro-internes (appendicite pelvienne), dans lesquelles l'organe s'insinue plus ou moins loin entre des anses libres, soit plus dangereuse au point de vue de la généralisation de l'inflammation péritonéale. On a incriminé aussi les situations postéro-supérieures, dans lesquelles l'appendice se dirige vers la face inférieure du foie; mais alors, dans ces types, on observe plutôt les suppurations pleurales, péri et intra-hépatiques tardives, bien décrites par MM. Dieulafoy et Loison, ou bien encore ces combinaisons d'appendicite et de péricholécystite dont la pathogénie a été si remarquablement discutée dernièrement par MM. Tripier et Paviot, ou bien enfin ces compressions avec thrombose des veines iliaques, à la suite desquelles on voit évoluer des phlébites des deux membres inférieurs, surtout du membre inférieur gauche, comme l'ont montré MM. Villard et Vignard.

3° Pas plus que la durée et la localisation primitive, l'état *général du malade ne peut* être mis en cause. Si notre second malade était un débilité, valétudinaire depuis longtemps, par contre, la première était une femme vigoureuse chez laquelle on ne relevait aucune tare. Méfiez-vous cependant des appendicites, même bénignes en apparence, chez des sujets dont les échanges sont ralentis par l'obésité, par l'alcoolisme et surtout par le diabète. Chez eux, les globules blancs sont rapidement annihilés, et l'absence fréquente de réaction dès le début de la maladie peut vous faire conclure faussement à la bénignité de l'infection. Si bien que, chez ces malades, même après l'incision hâtive d'un abcès appendiculaire, vous devez vous attendre à des convalescences prolongées et accidentées par des complications intestinales, cardiaques, pulmonaires et rénales, sur lesquelles je ne saurais plus longuement insister ici, telles que le melœna appendiculaire (Dieulafoy), les embolies septiques, etc.

⁂

Quand la péritonite généralisée est confirmée, quelle conduite devez-vous tenir?

Les indications à remplir sont les suivantes : évacuer le contenu septique du péritoine par une ou par plusieurs incisions appropriées, combattre l'intoxication septicémique, et l'iléus paralytique qui l'accompagne souvent.

Avant toute intervention, une injection sous-cutanée de sérum artificiel s'impose.

Diverses incisions du péritoine ont été proposées : la plus habituelle est celle de Roux, à cheval sur l'épine iliaque antéro-supérieure, qui, mieux que celle de Jalaguier (sur le bord externe du grand droit) draine la fosse iliaque et les parties hautes de l'abdomen, mais à laquelle il convient d'ajouter une contre-ouverture vaginale, ou rectale suivant la méthode de M. Jaboulay, quand le liquide septique s'est infiltré entre les anses intestinales jusque dans le petit bassin. On a également conseillé l'incision simultanée des deux fosses iliaques et de la ligne blanche de part et d'autre de l'ombilic, pour les cas assez fréquents où des collections multiples seraient séparées les unes des autres par des cloisonnements fibrineux. Chaque fait se juge et peut commander une conduite spéciale.

Dans tous ces cas, lorsqu'on arrive directement sur l'appendice, après l'incision de la paroi, il ne faut pas manquer de l'enlever pour supprimer la cause de l'intoxication, son séjour dans l'abdomen entrainant l'aggravation des accidents déjà produits. Mais si on ne le rencontre pas d'emblée, il ne faut pas s'obstiner à aller le chercher coûte que coûte, au risque d'accroître le shock déjà subi par l'opéré.

La première règle de ces interventions est, en effet, d'aller vite et de faire simple. Pour cette raison, l'anesthésie doit être sinon rejetée, du moins maintenue superficielle et *discontinue;* car l'agent anesthésique par lui-même est un poison. En outre, au cours d'un sommeil prolongé et profond, il faut redouter chez ces opérés les vomissements abondants et le passage du contenu de l'estomac dans la trachée; c'est pourquoi le lavage préalable de l'estomac, s'il peut être toléré par le malade, constitue une bonne précaution.

Toujours dans le but d'éviter un

traumatisme inutile, abstenez-vous de manœuvres prolongées sur l'intestin. Récemment encore M. Bode, de Francfort, recommandait d'éviscérer par segments et de laver soigneusement toutes les anses souillées de pus; je ne vous le conseille pas, car, comme l'a montré M. Tixier dans sa thèse, l'éviscération pratiquée après infection du péritoine est des plus dangereuses.

De même pourrait-on discuter l'opportunité des grands lavages du péritoine avec la solution tiède de sérum artificiel. On leur a reproché de porter l'infection dans les recoins de la grande séreuse qui pourraient être encore indemnes. Mais on peut concilier le désir d'évacuer les éléments septiques et la crainte de les diffuser, en pratiquant ces lavages sous une pression très faible, et en assurant l'écoulement facile du liquide par une contre-ouverture vaginale ou rectale, le malade étant placé dans le décubitus en position inclinée, la tête plus haute que les pieds. J'ai guéri ainsi un enfant opéré *in extremis*. Dernièrement, deux chirurgiens américains, MM. Georges et Russel Fowler, ont érigé en méthode de traitement post-opératoire de la péritonite, l'utilisation de cette position surélevée du thorax, dans laquelle ils maintiennent leurs opérés pour faciliter le drainage. Ils prétendent avoir guéri 65 sur 98 cas de péritonite suppurée d'origine appendiculaire opérés par eux (1).

Cette merveilleuse statistique, même avec l'heureuse modification apportée par G. et R. Fowler au manuel opératoire ancien, ne saurait être acceptée que sous réserves.

Trop souvent, en effet, on a englobé parmi les péritonites généralisées appendiculaires de simples abcès péritonéaux cloisonnés, parfois très vastes, qui remplissent le bassin et les fosses iliaques jusqu'à l'ombilic, mais qui ont refoulé en masse les intestins au-dessus d'un dôme d'adhérences. Le pronostic de ces grands abcès n'est pas beaucoup plus grave que celui des petites collections péricœcales, si l'on a soin de les drainer au lieu d'élection par une contre-ouverture vaginale ou rectale.

D'ailleurs, parmi les péritonites diffuses elles-mêmes, les cas ne sont pas assez comparables entre eux pour que leur évolution puisse faire l'objet d'une statistique globale. La péritonite suppurée par diffusion est moins grave que la péritonite diffuse adhésive à type d'occlusion, elle-même moins redoutable que la septicémie péritonéale sans suppuration.

En tout état de cause, et quel que soit le type clinique, restez toujours très réservé dans votre pronostic; et, l'opération faite, aidez-vous de tous les moyens capables de relever l'état général du malade : injections profuses et répétées de sérum artificiel, toniques cardiaques, antithermiques. Deux de ces moyens adjuvants sont encore à l'étude; je ne fais que vous les signaler en terminant, car ils n'ont pas encore fait leurs preuves. Ce sont : dans les septicémies péritonéales sans pus, la production d'un abcès de fixation par la méthode de Fochier qui, dans un de mes cas personnels, a paru réveiller les réactions leucocytaires et contribuer ainsi à la guérison. L'autre est l'anus contre nature, ouvert au cœcum, par l'incision de drainage, dans les septicémies péritonéales à type d'occlusion : cette boutonnière de l'intestin ouverte au passage des matières comme une soupape, aurait pour effet d'atténuer la distension paralytique des anses grêles et de faciliter le retour du péristaltisme normal, tout en supprimant une des grandes causes d'intoxication, la stercorhémie. Mais trop souvent cet anus ne donne pas un écoulement abondant des matières ni un affaissement notable de l'intestin; les anses agglutinées entre elles et coudées se vident peu ou pas. Deux fois j'y ai eu recours sans succès.

Pour conclure, je dirai que devant une pareille gravité des infections péritonéales généralisées d'origine appendiculaire, il vaut mieux prévenir que lutter. Dans toute appendicite, même bénigne, suivie dès le début et traitée rationnellement par la glace, la diète et le repos au lit, si au deuxième ou au troisième jour la rétrocession des phénomènes ne s'effectue pas nettement, avec une concordance suffisante des symptômes locaux et généraux, il faut soumettre à l'appréciation du chirurgien l'opportunité d'une intervention. Car, si l'on a pu reprocher à la formule exclusive de M. Dieulafoy des opérations inutiles, par contre il n'est pas de médecins et peut-être pas de chirurgiens qui n'aient eu au moins une fois à se repentir d'avoir, par la temporisation quand même, laissé mourir un malade de péritonite.

(1) Georges et Russel Fowler, cités par Lejars in *Sem. méd.*, 15 juin 1904 : La position élevée de la tête et du tronc dans le traitement post-opératoire de la péritonite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance de juillet

Une nouvelle conception de la responsabilité des experts près les conseils de revision

M. Granjux. — Dans la discussion, à la Chambre des députés, de la loi sur le service militaire, le rapporteur, M. Berteaux, a émis, à propos de durée de la responsabilité des experts, une théorie qui nous paraît aussi inexacte que dangereuse. Voici les paroles prononcées par cet orateur :

Les jeunes gens ont le droit de se présenter à la commission préparatoire d'examen munis de tous les certificats dont ils ont besoin : certificats des médecins traitants, certificats des médecins consultants ; ils ont le droit de tout apporter, et la commission a le devoir de prendre connaissance de ces attestations ; non seulement elle ne peut les négliger, mais elle est obligée d'en prendre acte et de les annexer au procès-verbal des opérations.

Ces pièces, le conseil de revision en aura ensuite connaissance, et, par conséquent, vous voyez que la responsabilité des médecins militaires serait gravement engagée, le jour où ils passeraient outre à des certificats de ce genre, sans un très minutieux examen.

Si plus tard, en effet, le jeune homme est reconnu impropre au service militaire, s'il est atteint, au cours de son service, d'une maladie qui soit attribuable à un état physique signalé à la commission préparatoire et au conseil de revision, la responsabilité des médecins militaires se trouvera nettement établie.

Ni M. le Ministre de la Guerre, ni M. le Garde des Sceaux se sont levés pour combattre cette étrange affirmation ; aucune voix n'a protesté contre elle. Et cependant cette responsabilité à longue échéance de l'expert ne saurait être acceptée, car elle est en contradiction avec l'enseignement de chaque jour. Le pronostic du médecin ne peut porter avec une certaine exactitude que pendant un temps limité, nous dirions volontiers très limité. Voici, à l'appui, un fait qui me semble des plus suggestifs.

Un jeune homme, un an et demi avant le moment de tirer au sort, fit, à la suite d'une grippe, une poussée tuberculeuse du sommet d'un poumon. Il fut soigné par un des plus distingués médecins des hôpitaux, jouissant d'une réputation toute spéciale pour les affections pulmonaires. Quand vint le moment du conseil de revision, le maître et moi donnâmes un certificat constatant ce qui s'était passé l'année précédente et, bien que le jeune homme ne présentât plus aucun signe à l'auscultation, il fut ajourné.

L'année suivante, je fus d'avis de demander encore un ajournement; mon confrère, au contraire, estimait l'enfant assez bien guéri pour pouvoir affronter

sans danger la caserne. Le père se rangea à cet avis, et son fils fut pris.

La première année du service militaire se passa très bien, mais, au cours de la seconde, la tuberculose reparut si nettement qu'on dut réformer le jeune homme.

Quand on voit un clinicien aussi avisé, ayant tout le temps d'examiner son malade et dans les meilleures conditions, se tromper ainsi,quand on voit un pronostic aussi judicieusement, aussi consciencieusement établi, complètement infirmé en moins de quinze mois, comment peut-on prétendre obliger l'expert près un conseil de revision à rendre un jugement *ne varietur* pendant des années.

La théorie développée par M. le rapporteur est donc irréalisable, dangereuse à tous égards, et il me semble que la Société de médecine légale — si tel est son avis — rendrait service au pays en faisant connaître à qui de droit son opinion à cet égard.

M. le prof. **Brouardel.** — M. Granjux a tout à fait raison. Il est impossible d'imposer pareille responsabilité à l'expert. Dans ces conditions, il serait en réalité obligé, pour se mettre à couvert, de réformer tout individu ayant un certificat médical constatant une maladie quelconque.

Ainsi, les théories actuelles, celle de Behring par exemple, veulent que chaque homme ait dans un coin de son organisme un foyer tuberculeux, un ou plusieurs ganglions contenant dès l'enfance des bacilles de Koch ; chez les uns, ces foyers restent inertes toute la vie ; chez d'autres, un accident quelconque les met en évolution. Il est impossible de savoir à quelle catégorie appartient un conscrit, tous devraient donc être réformés, et il n'y aurait plus d'armée possible.

Nous savons tous combien, pour une même maladie, le pronostic est variable suivant l'individu, sans que nous ayons les éléments qui permettent d'apprécier, de déterminer à l'avance cette variabilité.

J'appuie donc la proposition de M. Granjux et estime que la Société de médecine légale doit s'élever contre la théorie émise par M. Berteaux et en démontrer le danger, pour l'expert et pour l'armée elle-même.

La Société, partageant l'avis des deux orateurs, vote à l'unanimité les conclusions suivantes, présentées par M. Granjux:

La Société de médecine légale,

Considérant, d'une part, que M. le rapporteur de la commission de l'armée a déclaré à la Chambre des députés que si un jeune homme, pris bon au conseil de revision, malgré un certificat d'un médecin civil, est plus tard reconnu impropre au service militaire, s'il est atteint, au cours de son service,d'une maladie qui soit attribuable à un état physique signalé à la commission préparatoire et au conseil de revision, la responsabilité des médecins militaires se trouvera nettement établie ;

Que la présente conception de la responsabilité des experts n'a soulevé à la Chambre des députés aucune objection, soit des membres du gouvernement, soit des députés :

Considérant, d'autre part, que tout jugement porté par un expert médical présente d'autant plus de certitude qu'il s'agit du présent et ne peut engager l'avenir que pour un temps rapproché et fortement limité:

Estime : qu'il y a lieu de protester contre la théorie de la responsabilité tardive des experts, émise par M. le rapporteur de la commission de l'armée, comme dangereuse et irréalisable dans la pratique.

M. le Secrétaire général voudra bien porter cette protestation à la connaissance de la Commission de l'armée,aux présidents de la Chambre des députés et du Sénat, et au Ministre de la Guerre.

Les réclames médico pharmaceutiques et la santé publique

A la suite d'un rapport de **M. Leredu** sur cette question et de la discussion qui a suivi, le secrétaire général met aux voix la résolution suivante :

Les réclames médico-pharmaceutiques, — qui décrivent les symptômes d'une maladie, en font connaître la marche et les conséquences, la nomment et indiquent le remède et son emploi, comme devant amener la guérison ou une atténuation dans l'état du malade, — constituent un danger public, et il y a lieu, dès lors, de demander au législateur d'étendre aux auteurs de ces réclames les dispositions de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice illégal de la médecine.

Cette résolution est votée à l'unanimité. — M. le Secrétaire général est chargé de la transmettre au Gouvernement et au Parlement, en y joignant le rapport de M. Leredu et la discussion à laquelle ce rapport a donné lieu.

G.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 11 juillet.

Taitement des fibromes par la méthode d'Apostoli

MM. Delherm et Laquerrière reconnaissent, comme M. Moutier, toute la valeur du traitement électrique des fibromes et considèrent que l'opinion exprimée autrefois par Thomas Keit, conseillant de n'intervenir chirurgicalement qu'après un essai loyal de l'électricité, reste tout aussi vraie.

Mais tandis que Moutier préconise un seul procédé à l'exclusion de tout autre, les décharges de condensateur, ils utilisent diverses méthodes suivant les indications; tout en considérant le courant continu utilisé avec le maximum d'intensité tolérable par le malade, ainsi que le recommandait Apostoli (sans jamais dépasser, d'ailleurs, cette dose tolérable) comme le procédé le plus efficace et comme le procédé donnant les résultats éloignés les plus durables.

Pour MM. Delherm et Laquerrière, le procédé des décharges de condensateur est, physiquement et physiologiquement, un succédané de la faradisation et ils ne trouvent aucune différence essentielle entre les deux procédés. Physiquement, ils n'admettent pas non plus, comme le prétend M. Moutier, que la galvano-caustique intra-utérine (méthode d'Apostoli) donne des eschares dont on ne sait ni la limite ni l'étendue. Le courant continu obéit à des lois mathématiques et la meilleure preuve en est dans les remarquables travaux de Minet qui a pu, avec tant de précision, étudier l'action galvanocaustique dans l'urètre, organe autrement sensible que l'utérus.

Cliniquement, ils ont utilisé concurremment les divers procédés électriques préconisés contre le fibrome, entre autres dans un but didactique à l'usage des médecins fréquentant la clinique Apostoli-Laquerrière; ils peuvent donc baser leurs conclusions sur une étude comparative. Sans entrer dans le détail des indications qu'ils considèrent comme plus particulières à chacun d'eux, ils estiment qu'à ce point de vue aussi les décharges de condensateur sont assimilables à la faradisation. Ils considèrent ces deux procédés comme un bon traitement, ils les utilisent, en particulier, comme hémostatique immédiat chez les malades pas encore traitées dont on ignore la tolérance pour le courant continu. Ils croient que, comme palliatif momentané, on peut demander, quoi qu'en pense M. Moutier, des résultats aussi constants à la faradisation qu'aux décharges de condensateur, à la condition de se servir d'un courant faradique déterminé (bobine à gros fil, interruptions espacées, séances courtes), la faradisation pouvant, suivant des détails d'instrumentation et de technique, avoir, tout comme les décharges de condensateur, des effets très différents les uns des autres.

Ils estiment, d'après leur pratique personnelle, d'après les publications des auteurs, que la méthode d'Apostoli donne les résultats les plus constants, qu'elle n'est pas dangereuse si (comme d'ailleurs toutes les manœuvres sur l'utérus) elle est appliquée avec du soin et de l'expérience, qu'elle n'est pas basée sur l'emploi d'une cautérisation aveugle et pouvant s'étendre d'une manière impossible à préciser.

D'autre part,il faut remarquer que c'est la seule méthode pour laquelle on a apporté des statistiques intégrales (Carlet, Apostoli, Keit, etc.) et que, d'autre part, c'est la seule où l'étude des résultats éloignés a été faite pour un grand nombre de malades et une longue période de temps (seize ans, thèse Laquerrière).

Du meilleur mode d'administration des ferments de la digestion

M. Jaboin. — La pepsine, la pancréatine

et les kinases ont des propriétés absolument incompatibles et sont généralement employés sous une forme qui ne conserve pas leur activité intégrale. Pour remédier à l'inconvénient de ce mélange, j'ai imaginé une dragée à double enveloppe; elle est formée d'un noyau intérieur de pancréatine et de kinase enrobé dans une enveloppe mince de gluten; puis elle est recouverte avec de la pepsine dragéifiée. Celle-ci disparaît dans le milieu acide de l'estomac, et le noyau intérieur se résorbe dans l'intestin.

Contribution à l'étude de l'action des eaux sulfureuses dans le traitement mercuriel

M. A. Desmoulière. — En maintes circonstances on a pu remarquer que l'administration d'eaux sulfurées aux malades soumis à un traitement mercuriel, empêchait les phénomènes d'hydrargyrisme. M. Desmoulière cite deux observations très intéressantes venant corroborer cette assertion. De ses travaux il résulte qu'en plus de l'action connue des eaux sulfurées sur l'activité des excrétions cutanées et urinaires, il y a lieu, pour expliquer leur rôle au cours d'un traitement mercuriel, de tenir compte des faits suivants. L'utilisation des sels de mercure peut, dans certains cas, être très lente, qu'il s'agisse de médication par la voie stomacale (bichlorure de mercure, protoiodure, etc.) ou d'injections et surtout d'injections de sels insolubles pouvant donner lieu à des nodules. Le sel de mercure, soit directement, soit en se transformant peu à peu, occasionne la formation de précipités d'albuminates qui ne pourront agir qu'après redissolution.

Or, les eaux sulfureuses renferment, comme le montre l'auteur, une série de composés possédant la propriété de redissoudre les albuminoïdes, beaucoup mieux que le chlorure de sodium, principal corps dont l'organisme semble disposer pour remettre le mercure en circulation. Par suite, l'administration d'eaux sulfurées pendant le traitement mercuriel permettra l'utilisation du mercure accumulé et immobilisé.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Le chlorure de calcium, en lavements, contre les pertes sanguines hémorroïdaires

Le chlorure de calcium ayant la propriété d'augmenter la coagulabilité du sang, M. J. **Boas** (*Ther. der Gegenwart*, juillet 1904) eut l'idée de l'appliquer au traitement des hémorroïdes fluentes. Pour cela, il s'est servi d'une solution à 10 % de chlorure de calcium cristallisé, chimiquement pur. Au moyen d'une petite seringue dont la canule est bien huilée, on injecte, dans le rectum, 20 grammes de cette solution, que le malade doit retenir. Cette injection, faite d'abord le matin, après une selle spontanée ou provoquée, est renouvelée au besoin le soir, au moment du coucher. Dans les vingt-cinq cas où l'auteur a eu l'occasion de l'employer, ce traitement a fait promptement cesser les hémorragies, mais sans influencer les tumeurs hémorroïdaires elles-mêmes. Pour obtenir un effet complet et durable, les injections intra-rectales de chlorure de calcium doivent être continuées longtemps, pendant un mois dans les cas graves, après le premier arrêt des hémorragies. Elles ne seraient nullement douloureuses et n'irriteraient pas la muqueuse rectale.

Traitement de la tuberculose par une tuberculine d'origine bovine

Depuis quelque temps, M. **C. Spengler** (*Deutsche med. Wochenschr.*, 28 juillet 1904), médecin à Davos, traite les tuberculeux par des inoculations avec le bouillon de culture de bacilles de la maladie pommelière des bovidés. Cette tuberculine bovine présenterait sur la tuberculine humaine de Koch l'avantage de provoquer une réaction générale beaucoup moins intense, ce qui permettrait de la manier avec sécurité. En revanche, la réaction locale à l'inoculation sous-cutanée de la lymphe de M. Spengler est intense. Elle se manifeste par un œdème dur de la région injectée, dont il faut attendre la disparition complète avant de procéder à une nouvelle injection.

La préparation de la tuberculine bovine est la même que celle de l'ancienne tuberculine de Koch. On prend une culture en bouillon de bacilles de la maladie pommelière et, après l'avoir filtrée, on la tient à l'autoclave jusqu'à ce qu'elle ait perdu, par évaporation d'eau, la moitié environ de son volume primitif. Enfin, on l'additionne de 50 % de glycérine ou d'un mélange de glycérine et de solution physiologique de chlorure de sodium. Un centimètre cube de cette lymphe contient dix milligrammes de tuberculine bovine. La dose initiale est d'un milligramme. On augmente ensuite progressivement les doses, suivant la réaction produite. On procède, en somme, comme on l'a fait autrefois (et comme d'aucuns le font encore), avec l'ancienne tuberculine de Koch.

Ce procédé aurait donné à M. Spengler des résultats favorables.

Recherches sur la tuberculose expérimentale

Dans une récente séance de l'Académie de médecine de Belgique, **M. Heymans** (*Journ. méd. de Bruxelles*, 28 juillet 1904) a communiqué les résultats de ses recherches expérimentales sur l'infection tuberculeuse, recherches qu'il poursuit depuis sept ans et qui, actuellement, ont porté sur plus de mille lapins, plus de cinq cents cobayes, une centaine de bovidés et quelques dizaines de chiens.

Voici ce qu'elles ont permis de constater :

Après injection d'une même dose d'une culture identique, à un lot d'animaux semblable, la tuberculose évolue très différemment, d'après le type aigu, subaigu ou chronique, ce qui dépend, sans doute, de la localisation accidentelle des tubercules. Les cultures diverses d'une même génération déterminent, en moyenne, une tuberculose d'autant plus rapide que la culture s'est développée plus lentement (Roux). En général, les animaux qui mangent à volonté survivent plus longtemps que ceux qui sont soumis à une ration fixe, mais suffisante, cependant. L'inoculation dans la veine auriculaire du lapin provoque d'abord, exclusivement et uniformément, la tuberculose du parenchyme pulmonaire ; tous les bacilles qui tuberculisent y sont donc arrêtés. Cette tuberculose pulmonaire peut guérir par sclérose régressive ; les bords et le sommet du poumon sont le plus longtemps tuberculeux, tandis que les parties profondes du parenchyme pulmonaire se guérissent plus facilement et plus rapidement. Les tubercules superficiels du poumon peuvent déterminer la tuberculose pleurale, qui peut exister de la sorte alors même que le poumon est redevenu normal. C'est là également l'origine habituelle de la tuberculose pleurale, si fréquente chez le bœuf. D'autre part, pendant la régression des tuberculoses pulmonaires, des bacilles résorbés par les vaisseaux néoformés au centre nécrosé des tubercules peuvent, après passage à travers le cœur gauche, aller s'arrêter au niveau d'un réseau capillaire de la grande circulation, déterminant des tuberculoses métastatiques des articulations, des séreuses, de l'iris, du rein, etc.

Après injection intrapéritonéale, il apparaît d'abord une tuberculose des viscères abdominaux, spécialement de l'épiploon ; cette tuberculose peut également rétrograder et devenir latente, tout en provoquant ensuite une tuberculose pulmonaire consécutive qui, à son tour, peut s'implanter dans un organe périphérique. La tuberculose peut donc émigrer successivement, par la voie lymphatique, et surtout par la voie sanguine, dans différents organes, parfois sans laisser de traces dans l'organe antérieurement atteint. La tuberculose primitive de l'intestin peut ainsi disparaître, tout en provoquant une tuberculose pulmonaire; celle-ci peut également résulter d'une infection primitive au niveau de la partie supérieure de la muqueuse respiratoire, tandis que l'infection directe du parenchyme pulmonaire par les bacilles inhalés ne se produit peut être jamais.

Le bacille tuberculeux occupe une place à part parmi les microbes pathogènes; c'est un parasite tantôt intra-cellulaire, tantôt extra-cellulaire, qui est refractaire à l'action toxique des humeurs extra-cellulaires et intra-cellulaires, mais qui ne tue guère par empoisonnement.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Manuel technique d'histologie, par M. le prof. Stöhr, traduit par MM. Toupet et Critzmann. Paris.

Ce manuel technique constitue un véritable compendium de nos connaissances en histologie : il a été remanié, d'après la dixième édition allemande, par le Dr Mulon, préparateur à la Faculté de médecine de Paris, et il est enrichi d'une préface du professeur Cornil. Les chapitres consacrés au système nerveux et aux organes des sens sont illustrés de figures en noir et en couleur d'une clarté saisissante. Enfin, tous les détails concernant les plus récents procédés de coloration sont exposés avec une minutie qui rendra les plus grands services aux travailleurs, étudiants ou médecins.

E. C.

Vient de paraître

Recherches sur le sarcome, par le Dr Albert Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine et chirurgien en chef des hôpitaux de Nantes, correspondant de la Société de chirurgie et de la Société anatomique, et le Dr Henri Malherbe, membre de la Société de dermatologie. 1 vol. grand in-8, accompagné d'une planche et de 171 figures dans le texte. Prix : 8 fr (Masson et Cie, éditeurs.)

L'eau potable. Etude chimique, physique et bactériologique, par A. Biais, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, docteur en médecine, docteur en pharmacie. 1 vol. de 176 pages et 14 figures. Prix : 3 fr. (A. Maloine, libraire-éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Lajoanio, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

M. Evrard, au 3e tirail. algériens.

M. Miecamp, à la comp. des Oasis sahariennes à Colomb.

M. Delmas, au 2e chass. d'Afrique.

M. Générot, à la comp. des Oasis sahariennes de la Saoura.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

Les méd. de 2e cl. :

M. Marin est dés. pour servir en sous-ordre au 5e dépôt des équipages de la flotte à Toulon, en rempl. de M. Chalibert, pr.

MM. Dorso, emb. sur le *Duguay-Trouin*, et Douval, emb. sur le *Iunois*, sont autorisés à permuter d'embarquement.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Cognes, 4 Laffont, 5 Thémoin.

MM. les médecins principaux :

1 de Bonadona, Julien-Laferrière, Gazeau, Rousseau, Michel, Bourdon, Robert, Damany, Négretti, Gauran.

11 Durand, Valence, Ménier.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Bonnefoy, Viancin, Sisco, Glérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius.

11 Audiat, Hernandez, Barrau, Barrat, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Titi, Viguier.

21 Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne Baret.

31 Castaing, Merleau-Ponty, Giraud, Liffran, Abeille de la Colle, Maitlin, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton.

41 Penon, Dargein, Charnel, Rolland, Douarre, Bastier.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Bourges, 2 Marin.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Moure, chargé de cours complémentaire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

LA LUTTE ANTIALCOOLIQUE A LILLE

Nous avons signalé en son temps l'arrêté du Dr Augagneur, maire de Lyon, pris en vertu de la loi de 1881 et en vue de limiter le nombre des cabarets. Cet exemple vient d'être suivi par le maire de Lille. Il vient, en effet, de prendre un arrêté, aux termes duquel il est interdit d'ouvrir, dans la ville de Lille, de nouveaux débits de boissons, cafés, cabarets, etc. : à une distance de moins de 250 mètres (deux cent cinquante mètres) des cimetières, des édifices consacrés à un culte quelconque, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. Les infractions seront constatées et poursuivies conformément aux lois.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Le 1er août s'est ouvert, à Bordeaux, le Congrès d'otologie sous la présidence du Dr Moure qui a fait l'historique de la science otologique.

Le Dr Pritchard, de Londres, a parlé ensuite en qualité de président du dernier Congrès. Il a salué la France, toujours au premier rang du progrès scientifique.

Sont élus secrétaires : MM. Lermoyez, de Paris, et Lannois, de Lyon.

Le prof. Politzer, de Vienne, a fait, sur la nécessité de l'enseignement otologique dans les Facultés, une communication qui a été écoutée avec la plus profonde attention. (*Le Temps*).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE SAUVETAGE

Une exposition internationale et un Congrès international de sauvetage et de secours publics doivent avoir lieu prochainement à Paris. L'exposition sera ouverte au Grand Palais (Champs-Elysées) du mois d'août au mois de novembre 1904. Le Congrès doit se tenir dans le même palais, du 25 septembre au 2 octobre 1904 inclus, sous la présidence de M. Gerville-Réache, député.

La quatrième section du Congrès doit s'occuper des secours sur la voie publique, la cinquième section du sauvetage en temps de guerre terrestre et maritime la sixième des secours dans les usines.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, M. le Dr Grumberg, 5, boulevard de Clichy, ou au Commissariat général de l'Exposition internationale de sauvetage et de secours publics, 3, rue des Moulins, Paris 1er. Téléphone 237-17.

Le montant de la cotisation, fixé à 5 francs pour les membres adhérents et 20 francs pour les membres donateurs, doit être envoyé à M. le Dr Cornet, trésorier de la Commission d'organisation du Congrès, boulevard Saint-Germain, 73.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

XIVᵉ CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1ᵉʳ au 7 août inclus.

Les démences vésaniques

M. Deny (de Paris), *rapporteur*.

En mettant la question des *démences vésaniques* au nombre de celles qui doivent être discutées à la session de Pau, il semble bien que le Congrès de Bruxelles, l'an dernier, ait voulu, sur l'initiative de Gilbert Ballet, que le problème de la *démence précoce* fut abordé de front et qu'il reçut, s'il était possible, une solution. La nosographie actuelle de la démence précoce n'a pu être constituée, en effet, qu'à la faveur d'un démembrement des anciennes vésanies et des démences qui leur succèdent : si la démence précoce est une psychose *constitutionnelle*, ne pouvant être attribuée qu'à une prédisposition strictement inhérente au sujet, comme on l'admet encore pour l'hystérie, les classifications actuelles, malgré leurs imperfections, gardent toute leur valeur; si, au contraire, la démence précoce est une maladie *accidentelle*, au même titre que la paralysie générale progressive, une revision complète du groupe actuel des vésanies et des démences s'impose, qui permettra d'exclure définitivement des cadres de la psychiatrie, non seulement les anciennes folies simples, déjà condamnées par Morel et par J. Falret, mais encore la plupart des psychoses, qu'on s'est efforcé de rattacher dans ces dernières années à la dégénérescence mentale.

L'existence de la démence précoce, c'est-à-dire d'une psychose à manifestations variées, qui se montre surtout chez les jeunes gens à l'époque de la puberté ou de l'adolescence, et qui se termine presque toujours, sinon toujours, au bout d'un temps relativement court, par l'abolition complète de l'intelligence, ne saurait plus être aujourd'hui contestée par personne. Il n'est aucun médecin praticien, en effet, qui n'ait eu l'occasion d'observer quelques exemples de cette affection, et les aliénistes, dont elle a davantage attiré l'attention, l'ont depuis longtemps décrite sous des vocables divers : *idiotie accidentelle ou acquise, démence précoce, hébéphrénie, folie de la puberté, démence chronique primaire de la jeunesse, démence juvénile, démence vésanique, démence primitive*, etc. Le terme de démence précoce, qui est le plus répandu et d'ailleurs d'origine française (Morel), doit être préféré parce qu'il est exclusivement clinique et ne préjuge pas de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, ni du classement nosographique de cette affection.

Historique. — Si la plupart des aliénistes admettent l'existence d'une affection démentielle propre à l'adolescence, l'accord est loin d'être aussi unanime en ce qui concerne sa nature et son étiologie, accidentelle ou constitutionnelle. L'histoire des origines de la démence précoce montre bien les divergences de vue des auteurs français ou étrangers; on peut à cet égard distinguer trois périodes.

1° *Période française* (1809-1860). — La notion de la démence précoce est d'origine française et appartient sans conteste à Esquirol. En la dépouillant de tous les attributs d'une espèce nosologique, en l'assimilant à un simple stigmate de dégénérescence, Morel lui porta un coup funeste. Après Morel, la théorie de la dégénérescence élargie, amplifiée et magnifiée par l'Ecole de l'Admission de Sainte-Anne, finit par englober toute la pathologie mentale, au point que J. Falret a pu dire, sans être taxé d'exagération, que la *folie des dégénérés* de Magnan était comme un immense océan, sans limites et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître toutes les variétés les mieux établies et les plus naturelles des maladies mentales. Tel fut le sort de la confusion mentale et aussi de la démence précoce après Morel.

2° *Période allemande* (1860-1890). — Si la notion première de la démence précoce est d'origine française avec Esquirol, en revanche il n'est pas contestable que la conception actuelle de cette maladie soit fondée à peu près uniquement sur les travaux des auteurs allemands; c'est Hecker traçant le tableau clinique complet de l'hébéphrénie (1871), c'est Kahlbaum créant une nouvelle entité, la catatonie (1874); c'est surtout Kræpelin ajoutant à ces deux formes morbides la démence paranoïde et les groupant toutes trois sous le nom de démence précoce (1893-1899).

3° *Période contemporaine* (1900-1904). — D'Allemagne, la synthèse de Kræpelin revient en France et se généralise à l'étranger, donnant lieu à toute une série de travaux confirmatifs.

Étude clinique. — La démence précoce est une psychose essentiellement caractérisée par un *affaiblissement spécial et progressif des facultés intellectuelles* qui survient le plus souvent chez des *sujets jeunes, jusqu'alors normaux*, s'accompagne de *troubles psychiques variés* (excitation, dépression, confusion, conceptions délirantes, hallucinations, etc.) et qui se termine, dans la grande majorité des cas, par l'*abolition de toute espèce d'activité psychique et physique*.

Le début est habituellement signalé par des troubles *névropathiques protéiformes*, suivis *d'accès délirants polymorphes*, mais ayant néanmoins certains caractères particuliers et accompagnés de symptômes physiques.

Comme la paralysie générale, la démence précoce comporte des *signes psychiques* et des *signes physiques*. Parmi les signes psychiques, les uns sont *constants, invariables, fondamentaux* (affaiblissement des facultés intellectuelles avec les symptômes qui en dérivent); les autres sont *épisodiques, variables* ou *accessoires* (manifestations délirantes, troubles sensoriels, états d'excitation, de dépression, de stupeur)

1° *Signes psychiques fondamentaux. Démence globale spécifique.* — L'affaiblissement des facultés, symptôme capital de la démence précoce, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels.

Le premier de ces caractères est d'être *primaire* (ce qui justifie une fois de plus la dénomination de *précoce* donnée à cette variété de démence), c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède pour un observateur attentif toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu, cet affaiblissement est *global*, car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté); mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable *spécificité* — il est *électif*, parce que, tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré.

Le déficit intellectuel des déments précoces est en effet *incomplet* quoique *global* au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir *total* lorsque, par les progrès de la maladie, toutes les facultés sont anéanties. Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences primaires, la *paralysie générale* et la *démence sénile*. Si l'on voulait exagérer en un schéma le caractère spécial de chacune de ces trois démences, en réalité globales, on pourrait dire qu'au début du moins, la démence précoce est surtout *morale*, la démence paralytique, *intellectuelle*, la démence sénile, *volontaire*.

Au point de vue effectif et moral, on observe d'abord des *modifications légères du caractère* (variabilité de l'humeur, instabilité, tendance à la rêverie et à l'isolement, irritabilité); puis se montre *l'apathie, l'anesthésie morale, l'indifférence émotionnelle* qui se traduisent par la négligence de la tenue, des habitudes malpropres, la disparition des sentiments de famille, la perte de la notion des convenances, l'incuriosité, etc. Cette disposition des sentiments affectifs chez des sujets qui ne marquent aucun intérêt pour tout ce qui les entoure et gardent pourtant une mémoire assez exacte, constitue un signe presque pathognomonique de la démence précoce.

L'activité motrice volontaire est diminuée (*aboulie*) et la volonté n'exerce plus son pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques.

Le *syndrome catatonique* comprend : des phénomènes de *négativisme* (lenteur

et hésitation des mouvements par contrainte psychique, résistance invincible aux sollicitations motrices, inertie complète, stupeur); des phénomènes de *suggestibilité* (docilité extrême, activité imitative, flexibilité cireuse des membres, attitudes cataleptiformes, continuation automatique des gestes commencés, automatisme rotatoire, écholalie, échomimie, échopraxie); enfin des phénomènes de *stéréotypie* caractérisés par la répétition incessante et indéfinie des mêmes gestes, des mêmes grimaces, des mêmes mots, etc., un besoin continuel de mouvement, de gesticulations désordonnées, des fugues irrésistibles, des impulsions soudaines, des explosions de rires ou de pleurs, etc., traduisent, d'autre part, l'exagération de l'activité automatique.

Du côté de la sphère intellectuelle, les troubles portent principalement sur l'*attention* (allongement des temps de réaction), la *mémoire* (impossibilité de fixer correctement de nouvelles images, verbigération écrite ou parlée, néologismes, etc.), l'*association des idées*, etc.

2° *Signes psychiques accessoires.* — Lorsque la démence globale spécifique existe à l'état isolé pendant tout le cours de l'affection, sans véritables conceptions délirantes, sans hallucinations et surtout sans phénomènes marqués d'excitation, on se trouve en présence d'une forme *atténuée* ou *fruste* de la démence précoce. Les autres variétés cliniques de l'affection (*catatonie, hébéphrénie, démence paranoïde*) résultent, au contraire, de l'association de cet affaiblissement des facultés avec d'autres troubles psychiques moins importants, tels que :

a) *Manifestations délirantes.* — Le plus souvent ce sont des idées de richesse, de grandeur ou de persécution et aussi des idées hypochondriaques, mystiques, érotiques, etc., mais toujours foncièrement polymorphes et asystématiques, et qui égalent, si même elles ne dépassent la multiplicité, la niaiserie, l'extravagance des conceptions du paralytique général. Toutefois, dans certaines formes de démence paranoïde, le délire est plus cohérent, plus tenace; ce sont surtout des idées de persécution et de grandeur dont l'expression verbale est le plus souvent illustrée de néologismes, de jargonaphasie avec gestes cabalistiques, et qui s'accompagnent le plus souvent de :

b) *Troubles sensoriels* : hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale.

c) *États d'excitation, de dépression et de stupeur catatoniques.* — Le délire et les troubles sensoriels prédominent dans l'hébéphrénie et la démence paranoïde; c'est, au contraire, dans la démence catatonique que s'observent les réactions psycho-motrices les plus variées.

Tantôt il s'agit d'une *excitation à la fois intellectuelle* (loquacité intarissable, verbiage incohérent, salade de mots, jargonaphasie, néologismes, verbigération, débit déclamatoire de tronçons de phrases grammaticalement correctes, mais complètement vides de sens) et *motrice* (attitude de sphinx, d'athlète, de crucifiement; les malades se drapent à l'antique dans leurs couvertures ou se dissimulent sous les draps à la manière des serpents de nos muséums, puis tout à coup se remettent à gesticuler, grimper, sauter, danser, etc.). Tantôt, au contraire, les catatoniques en état de *stupeur* se tiennent tout le jour immobiles, raidis, figés en des attitudes pénibles, négativistes ou, par instants, suggestibles. La seule explication plausible des symptômes catatoniques de la démence précoce doit être cherchée dans l'affaiblissement progressif de toutes les opérations intellectuelles.

3° *Signes physiques.* — Ils sont beaucoup moins caractéristiques que ceux de la paralysie générale; on ne peut qu'énumérer les plus fréquemment observés : exagération des réflexes tendineux (92,3 % de la totalité des cas), diminution des réflexes cutanés plantaires (71,1 %), troubles pupillaires : diminution du réflexe pupillaire à la lumière (58,3 %), diminution de l'accommodation pupillaire à la distance (41,6), inégalité pupillaire (50), mydriase (76,9), myosis (5), diminution du réflexe pharyngien (40 %) et du réflexe conjonctival (18,1), troubles de la menstruation (91), troubles vaso-moteurs (69,1), cyanose, refroidissement des extrémités, hyperhydrose; dermographisme (93,3), etc., etc... Enfin, il semble qu'il y ait une formule urinaire de la démence précoce (oligurie, hypoazoturie, hypophosphaturie, hypochlorurie; mais cette formule peut sans doute varier aux différentes périodes de la maladie. L'élimination du bleu de méthylène serait retardée et prolongée.

Étude anatomo-pathologique. — La démence précoce doit être considérée comme une entité clinique à laquelle fait encore défaut une *base anatomique* indiscutable. Les méninges ne sont pas altérées (absence habituelle d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien). Pas de modifications morphologiques des circonvolutions et des sillons du cerveau; dans deux cas, Klippel et Lhermitte ont trouvé le cervelet manifestement asymétrique. Ces deux auteurs, à la suite d'examens histologiques très soignés, ont conclu qu'il n'existait pas de lésions inflammatoires ou diapédétiques de la paroi des vaisseaux, mais que, dans l'encéphale et dans la moelle, les *lésions sont localisées aux neurones des centres d'association* : atrophie des grandes cellules pyramidales, sauf au niveau des régions motrices, dégénérescence granulo-pigmentaire des mêmes cellules, avec chromatolyse diffuse. Ces modifications sont très comparables à celles que Gilbert-Ballet a signalées dans un cas de confusion mentale et dans un cas de psychose polynévritique; dans les deux cas on notait la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse. Au contraire, dans les autres démences (paralytique, sénile, toxi-infectieuse, etc.), tous les tissus de l'encéphale (neurone, névroglie, leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives) entrent en réaction sous l'influence de l'agent pathogène.

Toutefois, il ne semble pas que soit justifiée la distinction proposée par Klippel et Lhermitte entre les *délires* et *démences dites organiques* à lésions diffuses de tous les éléments encéphaliques et, d'autre part, les *délires* et *démences dites vésaniques* à lésions exclusives du neurone (type : démence précoce. En effet, A. Voisin, Alzheimer, Nissl, Pierret et Bridien, etc. concluent tous que la *démence cliniquement constatée s'accompagne toujours de lésions matérielles* atteignant les cellules nerveuses, le tissu de soutien ou les vaisseaux.

Dans le cerveau d'individus atteints de *psychoses dites fonctionnelles*, on pourra toujours trouver un *fondement anatomique*. On ne peut plus continuer, en se fondant sur l'insuffisance de nos connaissances anatomiques, à établir une différence entre les démences *organiques* et les démences *vésaniques* (Nissl).

Étude étiologique. — De fréquence variable, suivant les milieux et la conception plus ou moins extensive de la démence précoce, qu'ont les différents observateurs, cette affection, telle que la comprend Kræpelin, représente *un quart environ de la population des asiles*. La période de la vie la plus favorable à l'éclosion de la maladie s'étend de quinze à trente ans (mais certains cas de catatonie ou de démence paranoïde peuvent n'apparaître qu'à l'âge adulte et même à la ménopause. Les deux *sexes* sont à peu près également exposés à cette affection (nombre équivalent de déments précoces à Bicêtre et à la Salpêtrière). *L'hérédité névro-psychopathique* est une condition étiologique générale qui domine toute la pathologie mentale et nerveuse; on l'observe dans environ 70 % des cas de démence précoce. Mais les stigmates physiques de dégénérescence s'observent exceptionnellement. Toutes les causes de *surmenage* et *d'épuisement physique et moral* ont une influence incontestable, de même que la *puberté*, les *troubles menstruels*, l'*état puerpéral*, etc., et semblent justifier l'hypothèse d'une *auto-intoxication*, peut-être d'origine sexuelle. Sous la multiplicité, plus apparente que réelle, de ces causes, il y aurait là une étiologie *spéciale*, sinon véritablement *spécifique*, de la démence précoce.

Nature et pathogénie de la démence précoce. — S'agit-il d'une psychose *constitutionnelle*, inhérente à l'individu, dont l'hérédité est la cause nécessaire et suffisante ou, au contraire, d'une psychose *accidentelle*, dont le développement est lié, non plus à la prédisposition, réduite alors au minimum, mais à des facteurs étiologiques puissants ou à des lésions matérielles brusquement ou progressive-

ment constitués? En dehors des données cliniques, l'*étiologie* (multiplicité des causes réductibles à un *processus d'auto-intoxication*, *aptitude* organique incontestable, mais pas plus développée que pour toute autre maladie; apparition de l'affection sur une *mentalité normale* dans la presque totalité des cas) permet de conclure que, si la démence précoce peut se montrer chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. D'autre part, l'*anatomie pathologique*, tout en affirmant l'existence d'une profonde altération de la cellule nerveuse et de ses prolongements, a révélé dans quelques cas une légère infiltration leucocytaire, en sorte qu'on ne peut nier l'analogie avec les lésions d'origine toxi-infectieuse, telles qu'on les a observées dans la confusion mentale et la psychose polynévritique. Ainsi, l'hystopathologie actuelle de la démence précoce tend à faire admettre l'existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.

On peut donc conclure que la *démence précoce, tout en restant soumise dans les mêmes limites que la paralysie générale à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise, est, au même titre et dans la même mesure qu'elle, une maladie fortuite et accidentelle.*

Les démences vésaniques en général. — Sous ce nom on désignait généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, *consécutifs aux psychoses*, par opposition aux *démences névrotiques* (états démentiels consécutifs à l'épilepsie, la chorée, etc.). Mais toutes les psychoses ne sont pas également sujettes à verser dans la démence; certaines même sont estimées irréductibles et réfractaires à ce mode de terminaison (délire des persécutés-persécuteurs, délire d'interprétations de Sérieux et de Capgras, paranoïa type Kræpelin, folies intermittentes, etc.). Et, si l'on admet la notion de la démence précoce, maladie accidentelle et non dégénérative, il reste bien peu de chose, même au seul point de vue clinique, des prétendues démences vésaniques :

1° Les *démences consécutives aux folies généralisées* ne sauraient subsister à la suppression, en tant qu'entités morbides, de leurs psychoses primitives (*manies*, *mélancolie*) devenues de simples états syndromiques, toujours rattachables à quelque affection bien caractérisée (folie maniaque dépressive, paralysie générale, démence précoce, psychose d'involution, etc.).

2° Les *démences consécutives aux psychoses des dégénérés* (délires d'emblée ou polymorphes, paranoïa aiguë, etc.), ne sont, en réalité, que des aspects variables d'une démence, non secondaire ou terminale, mais primaire et protopathique, qui est la démence précoce.

3° Les *démences consécutives aux délires systématisés chroniques hallucinatoires* seraient, d'après Sérieux et Séglas, les seuls états démentiels vésaniques qui subsisteraient à l'avènement de la démence précoce. Mais ces états doivent être rattachés à la démence paranoïde, parce qu'ils s'accompagnent toujours, malgré leur systématisation et leur cohérence, d'une *crédulité* excessive et de la perte complète de la *faculté auto-critique*, d'une véritable *cristallisation* ou stéréotypie du délire, parfois même de gestes baroques, tics de toutes espèces, stéréotypies verbales, néologismes, etc., tous signes qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés.

En attendant le jour où les progrès de l'anatomie pathologique nous permettront de faire, pour le syndrome clinique de la démence, ce qui a été si heureusement réalisé par les remarquables travaux de Bourneville et de quelques autres auteurs pour le syndrome clinique de l'idiotie, nous sommes donc *en droit de nier aujourd'hui l'existence des démences vésaniques ou secondaires*, en nous appuyant sur des considérations purement cliniques.

Mais déjà l'histologie pathologique est venue confirmer notre opinion clinique en déclarant que *la démence, quelle que soit son origine, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable.*

DISCUSSION

M. Parant (Toulouse) s'étonne que M. Deny, chargé d'un rapport sur les démences vésaniques, ait commencé par en nier l'existence, pour, ayant ainsi éliminé l'objet de son rapport, ne traiter qu'une question nosographique, celle de la démence précoce. Cette question menacerait de révolutionner toute la pathologie mentale, mais on peut en discuter les données principales : après les origines modestes que lui avait données Esquirol, en France, la démence précoce nous revient d'Allemagne, singulièrement hypertrophiée, englobant la manie, la mélancolie, la stupeur, la confusion mentale, ce ne seraient plus là des entités morbides, causes primaires des démences vésaniques ou secondaires, mais de simples épisodes d'une seule et même affection primaire, la démence précoce.

Cette conception n'est pas fondée pour les raisons suivantes : elle manque de preuves et ne repose guère que sur des affirmations. Elle n'a pas de base anatomique certaine et sa pathogénie est difficile à établir. Sa description clinique enfin n'est que partiellement exacte.

Sans conteste, il y a des sujets, surtout des jeunes, qui, pour des causes diverses, indépendantes même de toute influence héréditaire, deviennent aliénés et tombent rapidement dans la démence, et l'on peut concéder que, dans quelques cas, fort rares du reste, cette démence précoce était alors vraiment primitive. Mais, pour la généralité des cas, rien ne prouve qu'elle soit telle et il y a, au contraire, de bonnes raisons pour soutenir que les manifestations délirantes, marquant le début de la maladie, y occupent le tout premier plan de la scène et donnent à la maladie un cachet tout spécial. Loin d'être des accidents accessoires, ces manifestations délirantes sont des éléments primordiaux et constituent par eux-mêmes, par leur persistance, par leur intensité et par leur nature, le point de départ de la démence. Celle-ci n'est donc réellement qu'une démence secondaire.

Les raisons principales qu'on a de dire que les manifestations dont il s'agit sont des éléments primordiaux, et non des accidents accessoires, c'est qu'elles aboutissent souvent, non à la démence, mais à des délires systématisés chroniques, où la démence ne vient que tardivement. D'autres fois également l'affection aboutit à des guérisons solides et durables.

En face de ces considérations les partisans de la démence précoce ne craignent pas d'affirmer que même ces cas curables, et même ces délires systématisés secondaires, rentrent dans le bloc indécis de la démence précoce. Mais on ne peut, avec vraisemblance, parler d'une démence primaire quand l'affaiblissement des facultés intellectuelles ne se montre qu'à la suite d'un délire chronique à longue évolution; ce n'est plus alors une démence précoce, mais une démence bien tardive; et si la guérison survient sans que les facultés demeurent amoindries, ce n'est même plus alors de la démence.

On peut donc déclarer, comme conclusion, que cette doctrine de la démence précoce, telle que la conçoit la psychiatrie allemande, n'est ni établie sur des faits assez solides, ni suffisamment démonstrative pour que les Français bouleversent, à son profit, toutes leurs conceptions classiques.

M. Gilbert-Ballet (Paris) loue le rapporteur d'avoir nettement et bravement posé la question de la démence précoce. Au point de vue nosographique et clinique, M. Ballet repousse les critiques *a priori* de M. Parant, et adopte les conclusions du rapport : de plus en plus, les psychiatres français accepteront l'existence, en tant qu'entités cliniques, de la démence précoce simple, de l'hébéphrénie, de la catatonie et de la démence paranoïde. Il y a trente ans, on se contentait d'étiqueter déments et déments vésaniques une foule de malades incurables et qu'on n'examinait pas; les Allemands nous ont rendu un grand service en dégageant les caractères des différentes modalités cliniques de la démence précoce. Aussi M. Ballet demande à être compté au nombre des partisans les plus outranciers de la démence précoce, et se contente de quelques objections cliniques de second ordre, tenant à la terminologie proposée pour la définition. Si le propre de la démence précoce est de s'installer d'emblée et précocement, peut-être ne faut-il pas parler, comme le veut M. Deny, d'un *affaiblissement progressif*; il faut faire aussi des réserves fondamentales sur l'affirmation que la maladie surviendrait sur des sujets jeunes *jusque-là normaux*;

enfin, il faudrait mentionner, dès la définition, la fréquence relative des cas légers, permettant la continuation au moins apparente, de la vie sociale; il y a par le monde une foule de déments précoces que leurs familles considèrent comme guéris.

Ceci dit, M. Ballet rappelle les termes, proposés par lui à Bruxelles, en 1903, et conservés par le rapporteur, dans lesquels se pose le problème : la démence précoce est-elle une psychose *constitutionnelle* ou *accidentelle?* Tout d'abord il y a, sans doute, des cas à éliminer, qui sont qualifiés démence précoce et qui représentent des cas de psychoses toxiques ou de confusion mentale. On obtient, en conservant ces cas, des éléments étiologiques et cliniques très différents et qui n'appartiennent pas, en réalité, à la démence précoce. Le rapport conclut à la démence précoce, maladie *accidentelle*. Au contraire, M. Ballet persiste dans son opinion, que cette maladie est bien une psychose *constitutionnelle*, et apporte à l'appui de sa thèse des arguments anatomo-pathologiques et cliniques.

1° *Arguments anatomo-pathologiques.* — Il y a une grosse différence entre les lésions trouvées par Klippel et Lhermitte dans quatre cas de démence précoce (diminution du nombre des cellules *pyramidales, en dehors des zones psycho-motrices, sans modifications de la forme cellulaire,* avec chromatolyse légère, etc.) et les lésions décrites par Ballet et ses élèves dans la confusion mentale (tuméfaction, gonflement, *modifications de la forme cellulaire* des cellules *géantes* de la *région rolandique*, avec chromatolyse intense, etc., etc.). En vain M. Deny a tenté d'homologuer des lésions de caractères aussi différents, et de se baser sur cette prétendue analogie hystopathologique avec la confusion mentale pour en déduire l'origine toxhémique de la démence précoce. Fussent-elles même comparables, les lésions indiquées par Klippel et Lhermitte pourraient être encore attribuées à une intoxication secondaire, tout à fait en dehors de l'affection cérébrale et sous la dépendance de la stéatose hépatique ou de la tuberculose pulmonaire, notées à l'autopsie. Bien plutôt qu'une lésion toxique, la *diminution du nombre des cellules pyramidales* (Klippel et Lhermitte) semble indiquer une lésion morphologique congénitale, c'est-à-dire *constitutionnelle.*

2° *Arguments étiologiques et pathogéniques.* — M. Deny est trop bon observateur pour n'avoir pas reconnu l'existence de l'hérédité nervo-psychopathique dans la démence précoce; mais il en a singulièrement diminué l'importance pathogénique au profit de l'auto intoxication. Pour sa part, M. Ballet apporte les résultats de sa statistique personnelle : dans dix-sept cas de démence précoce, il a toujours trouvé des antécédents héréditaires (bizarreries du père, singularités de conduite chez les parents, etc.) ou personnels malformations du crâne et des oreilles, excentricités, etc.), parfois même les uns et les autres. Tel est le seul élément étiologique positif dont nous disposions. Faut-il donc en chercher quelque autre, aussi hypothétique que l'auto-intoxication?

En dehors des statistiques, M. Ballet a surtout été impressionné par certains faits particulièrement éloquents : ce sont deux frères qui ne vivent pas ensemble, qui ont chacun des professions différentes, et qui deviennent presque en même temps déments précoces : l'un à vingt-six, l'autre à vingt huit ans. M. Ballet avait déjà cité cet exemple l'an dernier; mais, depuis, il a encore appris qu'un cousin de la même famille avait également sombré dans la démence précoce. C'est une dame qui, à vingt ans, est atteinte de la même maladie, après une existence invraisemblablement orageuse (violée à quatorze ans, mariée, divorcée, morphinomane, prostituée, etc.); son père, au moment de sa naissance, était en pleine paralysie générale. C'est un jeune dément paranoïde de vingt-six ans, dont le frère jumeau, la sœur aînée et le fils de celle-ci sont également déments précoces.

On répond que la prédisposition héréditaire joue dans l'étiologie de la démence précoce un rôle équivalent, mais pas supérieur à celui que tous lui reconnaissent dans la paralysie générale. Mais, qu'on cherche chez les paralytiques généraux des exemples aussi impressionnants que ceux qui sont cités ici. Et, d'ailleurs, a-t-on pour la démence précoce un facteur occasionnel aussi fréquent et incontestable que l'est l'intoxication syphilitique pour la paralysie générale?

M. Ballet affirme qu'il est dégagé de tout préjugé au sujet de la doctrine assurément trop amplifiée de la dégénérescence mentale; il est donc tout prêt à lui enlever encore la démence précoce. Mais, pour établir que cette affection est une psychose accidentelle et non constitutionnelle, nous n'avons, jusqu'ici, qu'une hypothèse. L'hypothèse d'une auto-intoxication n'est peut-être pas fausse, mais ce n'est qu'une hypothèse.

M. Régis (de Bordeaux) constate que, grâce au rapporteur, la question abordée déjà l'an dernier à Bruxelles avec le rapport de Claus (*catatonie et stupeur*) s'est encore élargie. Mais il se borne, pour sa part, à affirmer sa foi en la doctrine qu'il a toujours enseignée et tient à conserver une manie et une mélancolie, qu'elles soient symptomatiques ou non; partant, il conserve les démences vésaniques qui peuvent être consécutives à ces états morbides, comme aussi elles peuvent suivre les psychoses des dégénérés, les folies systématiques, etc.

Maintenant peut-on admettre, d'autre part, l'existence d'une démence précoce, telle que M. Deny l'a exposée? M. Régis y consent, bien qu'à son avis on n'ait pas assez insisté sur le rôle de l'hérédité similaire, bien qu'il n'ait trouvé, pour sa part, ni le dermographisme, ni l'exagération des réflexes (Deny), ni la formule hématologique de Dide et Chenais, contre lesquels on pourrait produire des examens contradictoires de Sabrazès. Régis demande qu'avant de rechercher la nature accidentelle ou constitutionnelle de la démence précoce, on se demande si vraiment une telle affection existe. Il propose de distinguer parmi les observations : 1° des faits concernant des adolescents plus ou moins tarés antérieurement qui, parvenus à l'âge critique de la puberté, s'arrêtent, puis reculent; c'est la démence précoce, formule française (Morel), le seul type à conserver; 2° des faits concernant les catatoniques et les déments paranoïdes des Allemands et qu'on doit rattacher au groupe de la confusion mentale et des psychoses toxiques, à étiologie bien particulière et versant bien rarement dans la démence précoce.

M. Crocq (Bruxelles) apporte à l'appui des partisans de la démence précoce, sa statistique personnelle : sur 300 malades entrés à sa maison de santé (150 femmes et 150 hommes), il a observé 47 cas de démence précoce, incontestables et par leurs symptômes et par leur évolution fatale au point de vue intellectuel. La maladie est peut-être plus fréquente chez les femmes (18,51 %) que chez les hommes (12,16 %), tout au moins dans la classe aisée. C'est de trente et un à trente-cinq ans que la maladie débute le plus souvent. Parmi les facteurs étiologiques et en dehors de l'action de la dégénérescence mentale (antécédents héréditaires dans 68,08 % des cas), Crocq insiste sur l'action possible de l'alcoolisme (2 cas), de la syphilis (3 cas) et surtout des traumatismes craniens : dans quatre cas la démence précoce a semblé être créée de toutes pièces, en dehors de toute prédisposition héréditaire, les symptômes typiques se montrant parfois moins de quinze jours après le trauma.

M. Masselon (Pau) insiste sur les caractères psychologiques de la démence précoce qui permettent de la différencier de certaines autres formes d'affaiblissement intellectuel primitif, à côté desquelles elle vient prendre place pour former le groupe des démences primitives.

La suggestibilité, l'échomimie, l'échopraxie, les stéréotypies, la conservation des attitudes, le négativisme,..., etc., ne sont que des symptômes secondaires de cette affection : ils ne sont que les manifestations de l'affaiblissement intellectuel particulier. Cet affaiblissement est primitif et consiste en une incoordination intra-psychique (Stransky) primitive, une désagrégation totale des éléments de l'esprit avec vie autonome de ces éléments.

Les états de confusion que l'on voit survenir au cours de la maladie sont épisodiques; l'affaiblissement psychique leur est antérieur : aussi ne peut-on englober la démence précoce dans le groupe des confusions mentales.

Les délires systématisés chroniques hallucinatoires évoluant vers la démence, bien qu'ayant une terminaison

identique, ont des caractères psychologiques différents de ceux des déments précoces : ces délires, y compris le délire chronique de Magnan, forment le groupe de la démence paranoïde ou paranoïaque, démence primitive, qui vient se placer à côté de la démence précoce, mais qui est distincte d'elle.

Certains débiles qui, sous des causes banales, tombent dans la démence, présentent des caractères qui ressemblent à ceux des déments précoces : ces malades rentrent dans la conception de Morel et doivent être exclus du cadre de la démence précoce, psychose accidentelle.

M. Doutrebente (Blois) s'en tient, au contraire, aux théories de Morel, et insiste sur les difficultés de diagnostic entre la démence précoce et les diverses formes de confusion mentale.

M. Wallon (Paris) est également un défenseur du vieil édifice de la dégénérescence mentale : la démence est un aboutissant, une période terminale, et non une maladie. La manie et la mélancolie existent bien réellement et peuvent être suivies de démences vésaniques.

M. Pactet (Villejuif) dépose en son nom et au nom de son interne, **M. Privat de Fortunié**, qui les a recueillies, sept observations de démence précoce, dont il tire les conclusions suivantes au sujet de l'étiologie et de la pathogénie de la maladie, de l'âge de son apparition et de son pronostic.

1° La démence précoce exige, pour se développer, un cerveau débilité héréditairement ou par des accidents survenus au cours de la vie intra-utérine et devenus, de ce fait, particulièrement vulnérable aux actions pathologiques s'exerçant sur lui ultérieurement, et en particulier aux infections ou aux auto-infections résultant de maladies aiguës ou de causes morales et du surmenage.

2° La démence précoce est une maladie exclusivement de l'adolescence et de la première jeunesse, contrairement aux idées de l'école allemande qui tend à englober la pathogénie mentale à peu près tout entière dans cette espèce nosologique, tombant ainsi dans un excès analogue au nôtre en ce qui concerne la dégénérescence.

3° La démence précoce est incurable, contrairement encore aux idées allemandes, et les cas de guérison qui ont été signalés se rapportent, sans doute, à d'autres formes de maladie mentale et en particulier à la confusion mentale, état avec lequel le diagnostic de la démence précoce est souvent très difficile.

M. Colin (Villejuif) lit, au nom de **M. Klippel**, cette note sur l'*anatomie pathologique et la nature de la démence précoce*.

« Je dois des remerciements à M. Deny, qui m'a fourni les cerveaux de plusieurs déments précoces et qui a fait une large place à mes travaux sur ce sujet, dans son remarquable rapport.

Dans ce rapport, M. Deny n'est pas d'accord avec moi sur tous les points.

Après avoir montré que l'encéphale était composé de tissus de différenciations diverses, comportant des vulnérabilités différentes, j'ai cherché à établir que certaines maladies mentales frappaient l'ensemble de ces tissus, les éléments neuro-épithéliaux (neurones et névroglie) aussi bien que les éléments vasculo-conjonctifs (vaisseaux et méninges), tandis que d'autres se localisaient en définitive sur les seuls éléments neuro-épithéliaux. J'ai ensuite fait remarquer que c'était dégager un caractère important d'un agent pathogène, que de reconnaître sur lesquels de ces tissus portait son action.

Ayant étudié la démence précoce à l'aide de ce principe, j'ai reconnu que dans mes quatre cas il n'existait aucune réaction du tissu vasculo-conjonctif. Non, dans aucun de mes cas, il n'y avait de lésions vasculaires : ni leucocytose dans le sang contenu, ni diapédèse, ni hyperhémie, ni prolifération ou dégénérescence des parois.

En découvrant dans quelques points, circonscrits, de la prolifération névroglique au voisinage des vaisseaux, j'ai fait remarquer que c'était là une réaction du tissu neuro-épithélial et non du tissu vasculo-conjonctif.

Cette lésion du seul tissu neuro-épithélial m'a semblé indiquer que les agents pathogènes qui l'avaient provoquée, c'est-à-dire qui n'avaient entraîné de lésions que dans le tissu le plus hautement différencié et par là le plus fragile, avaient dû agir d'une façon assez faible, mais répétée sur l'individu seul et aussi sur ses ascendants. De la sorte, les réactions vasculo-conjonctives pouvaient faire défaut, grâce à ce mode d'action très spécial et contrairement à d'autres maladies où les altérations vasculaires se produisent avec constance.

De là toutes les démences reconnaissent des lésions organiques, mais dans les maladies dites vésaniques, ces lésions, qui, d'ailleurs, y peuvent être des plus profondes, seraient circonscrites au seul tissu neuro-épithélial.

A ces distinctions anatomiques devaient correspondre des distinctions pathologiques, à savoir : des agents pathogènes ayant des modes d'action différents. Mais voici que d'autres auteurs ont montré, dans quelques cas de démence précoce, non dans tous, il s'en faut, des lésions vasculaires plus ou moins accusées.

En rappelant ces faits, M. Deny considère qu'il n'y a pas de différences anatomiques entre la démence précoce et les démences à lésions vasculo-conjonctives. Mais quelles sont les lésions vasculaires observées par les auteurs dans la démence précoce ?

S'agit-il de cellules névrogliques comprimant ou envahissant les capillaires, le tissu vasculaire lui-même étant demeuré intact sous l'influence de l'agent pathogène causal ?

J'ai reconnu, moi aussi, sur quelques points, cette prolifération névroglique qui n'est nullement contraire à ma manière de voir, *la névroglie étant d'origine épithéliale et non conjonctive*. S'agit-il de diapédèse, ce que M. Deny ne nous dit pas ? En ce cas, la diapédèse ne serait-elle pas le résultat d'une maladie infectieuse intercurrente ? Je rappelle ici que, même par ponction sur le vivant, on ne rencontre pas de leucocytose rachidienne.

En citant ce fait, M. Deny n'a pas marqué combien c'était là un argument défavorable à la présence d'une lésion vasculaire diapédétique dans l'encéphale.

Quoi qu'il en soit de cette lésion, on peut être, et on est le plus souvent, dément précoce, sans que l'autopsie démontre la plus minime lésion du tissu vasculaire de l'encéphale, cela en opposition avec d'autres démences, où les réactions du tissu vasculo-conjonctif sont constantes.

Or, je ne crois pas que, dans une recherche sur la nature et la nosographie de la démence précoce, il soit possible de négliger une lésion qui est à la fois constante et suffisante, peut-être même la seule qu'on ait observée jusqu'ici.

Si des altérations exclusives du tissu neuro-épithélial ne suffisent pas à faire distinguer la démence précoce de toutes les autres maladies mentales, du moins la séparent-elles d'un certain nombre d'entre ces maladies.

En négligeant les différences sur lesquelles je viens d'insister, M. Deny en est venu à donner de la nature de la démence précoce une définition qui, peut-être, est insuffisante à fixer sa place en nosologie. »

M. Colin (Villejuif) critique les tendances actuelles, imitées des Allemands, à vouloir faire rentrer la presque totalité des maladies mentales dans la démence précoce, d'une part, la paranoïa, de l'autre.

L'étude des types cliniques est indispensable en médecine, mais pour délimiter un type clinique, il importe de bien définir les termes qu'on emploie. En conservant aux mots *démence* et *précoce* la signification qu'ils ont toujours eue en Français, il apparaît que la démence précoce est une maladie survenant chez les jeunes gens, *avant la trentième année* (terme déjà reculé), et caractérisée par un affaiblissement en bloc, aboutissant à la perte des facultés intellectuelles.

Le mode de début est variable comme dans toutes les affections. La maladie, une fois constituée, présente 1° un siège anatomique, 2° des symptômes particuliers, 3° une évolution spéciale.

Le siège anatomique a été fixé par Klippel.

Les symptômes cardinaux sont : 1° la *suppression de la volonté*, entraînant la perte de l'association volontaire des idées, au point de vue intellectuel, l'absence des réactions volontaires au point de vue physique; 2° les *troubles vasomoteurs*; 3° les *impulsions*.

Les autres symptômes (catatonie, négativisme, tics, altération des réflexes, troubles pupillaires) sont accessoires et n'appartiennent pas en propre à la maladie.

Au point de vue de l'évolution, la démence précoce frappe les prédisposés héréditaires, plus accessibles que les autres aux auto-intoxications, au surmenage (y compris cette forme de surmenage constituée par les causes morales). Elle est *incurable*; les cas de guérison cités appartiennent à la confusion mentale.

Ainsi limitée, la démence précoce constitue bien une *entité morbide* qu'il est légitime d'admettre et qu'il est possible de diagnostiquer.

M. Dide (Rennes). — La démence précoce a actuellement conquis son droit de cité et la discussion ne parait porter que sur les limites à assigner à cette maladie mentale. Je pense qu'il y a lieu de réserver cette appellation à des cas survenant avant l'achèvement du développement complet de l'individu et caractérisés au point de vue mental par des alternatives d'excitation maniaque et de dépression avec inhibition, ces alternatives étant le plus souvent commandées par des hallucinations psycho-motrices (excitation) et psycho-inhibitrices (dépression), ces dernières provoquant un état pénible subjectif (sperrung des auteurs allemands). La maladie évolue rapidement vers un affaiblissement intellectuel ou l'attention et les sentiments affectifs sont altérés d'une façon précoce. Des formes anormales résultent de l'exagération d'un symptôme: les formes catatoniques agitées ou stupides sont les exemples les plus simples. Dans la forme paranoïde il existe une période délirante qui peut être la première en date. La démence précoce simple non délirante est une forme fruste où les états obsédants et impulsifs semblent remplacer les hallucinations décrites plus haut.

Ainsi limitée dans ses grandes lignes, la démence précoce semble devoir comporter, comme la paralysie générale, des signes physiques dont pas un isolement n'est pathognomonique, mais dont le groupement paraît important.

Les signes vaso-moteurs sont à citer en première ligne; ce sont : le dermographisme, le pseudo-œdème, le purpura, l'érythème multiforme, les alternatives de congestion et d'anémie de la papille; puis viennent les troubles reflexes; exagération des reflexes tendineux, diminution des reflexes cutanés, variabilité de l'état moyen de la pupille. Il faut citer encore les troubles génito-urinaires : troubles de la fonction génitale, modification de la formule urinaire avec oligurie, augmentation de la densité, diminution notable de l'urée; on peut noter enfin des modifications de la formule hématologique avec légère lymphocytose et apparition en quantité exagérée d'éosinophiles.

Il semble bien que la démence précoce soit liée à des phénomènes auto-toxiques, mais certainement très différents des auto-intoxications hépato-rénales puisque le régime lacté intégral appliqué à douze malades pendant cinq mois n'a apporté que d'insignifiantes modifications à l'état mental.

Les guérisons signalées résultent probablement souvent d'erreurs de diagnostic ou doivent être considérées comme des rémissions, du moins dans l'immense majorité des cas.

M. Gilbert-Ballet, au nom de **MM. Raoul Leroy** et **Laignel Lavastine**, présente les coupes de l'encéphale et des viscères d'une femme de vingt-trois ans, morte tuberculeuse chronique à l'asile des aliénés d'Evreux, en octobre 1903, et observée dans cet asile depuis juillet 1899. Née d'un père alcoolique, délirant intermittant, sœur d'une paralytique infantile, réglée à quinze ans, douée d'une intelligence suffisante pour être restée neuf ans domestique dans la même maison, la malade entre à l'asile avec le diagnostic de « mélancolie avec hallucinations de la vue ». Négligeante, paresseuse, irritable, éclatant de rire et fondant en larmes à chaque instant sans motif, elle manifeste des idées de grandeur, des idées érotiques et des idées de persécution. Successivement, on note du négativisme, de la catatonie, une rémission de trois mois, puis une obésité énorme en quelques semaines, un négativisme et une stupeur absolus, puis une nouvelle rémission de mai à novembre 1902 et, enfin, une dernière période de stupeur avec accès d'excitation catatonique. A l'autopsie, aucune lésion macroscopique en dehors des tuberculeuses. Au microscope, on ne voit dans l'écorce cérébrale aucune lésion des méninges ni des vaisseaux; il n'existe pas d'inflammation; les pyramidales géantes sont normales, mais peu nombreuses, les grandes pyramidales sont de forme normale avec chromatolyse centrale ou totale, et sont neuronophagées surtout au niveau du lobule paracentral; à ce niveau seulement les petites pyramidales sont un peu atteintes; les autres variétés de cellules sont normales. Cervelet, protubérance et bulbe paraissent normaux.

Le foie graisseux, la thyroïde un peu scléreuse, les reins ont les caractères habituels des viscères trouvés à l'autopsie d'un phtisique. L'écorce cérébrale, comparée à celle d'un phtisique de même âge, paraît en différer par deux points : les grandes pyramidales sont plus touchées; les pyramidales géantes du lobule paracentral sont plus rares.

M. **E. Dupré** (Paris). — Je désire rapporter au Congrès la relation de deux cas de démence précoce à forme catatonique, terminés par la guérison.

Il s'agit de deux jeunes filles de dix-huit et vingt-trois ans qui, après avoir présenté le syndrome le plus net et le plus complet de la catatonie, avec raideur, stéréotypie des attitudes et du langage, négativisme, impulsions, etc., pendant plusieurs mois, ont toutes les deux absolument guéri sans diminution ultérieure saisissable de l'intelligence. La guérison dure, chez l'une des malades, depuis dix-huit mois, chez l'autre depuis huit mois. L'avenir décidera s'il s'agit, dans ces deux cas, de rémission ou de véritable guérison. La cessation des accidents est, en tout cas, complète. Ces cas sont analogues à ceux qu'ont déjà observés et publiés les anciens aliénistes, à ceux auxquels faisait allusion tout à l'heure M. Parant, et rentreraient dans la seconde classe des pseudo-démences précoces de Régis, celles des psychoses toxiques subaiguës, qui atteignent les prédisposés, sous des influences encore mal connues.

M. le Secrétaire général du Congrès lit, au nom de M. **Paul Garnier** (de Paris), une communication où l'auteur s'élève violemment contre la prétention de faire entrer la psychose systématique progressive dans le cadre de la démence précoce. Celle-ci n'est, en réalité, qu'une sorte d'idiotie retardante, produite par une auto-intoxication, engendrée elle-même par des causes d'épuisement et de surmenage. Il n'y a pas là de quoi venir détruire la grande œuvre des maîtres de l'école psychiatrique française.

M. **Deny** répond, la discussion du rapport étant close, et les communications afférentes au sujet étant épuisées, aux différentes critiques qui lui ont été adressées. Il repousse hautement l'accusation d'avoir voulu détruire l'œuvre de ses maîtres. Il n'a constaté que des faits bien observés et apporte une conviction sincère. La grosse difficulté est que tout le monde n'accorde pas aux deux mots *démence précoce* la même signification.

Au point de vue anatomo-pathologique, il ne faut peut-être pas affirmer, comme le disait M. Ballet, que la diminution du nombre et du volume des cellules cérébrales, notée dans la démence précoce, est en faveur d'une lésion morphologique congénitale : une telle hypothèse, si on l'appliquait, par exemple, aux cellules des cornes antérieures de la moelle dans la maladie d'Aran-Duchenne, serait inadmissible.

Quant au rôle étiologique de la prédisposition héréditaire dans la démence précoce, M. Deny rappelle que M. le prof. Joffroy estime qu'il est plus nécessaire encore d'être prédisposé que d'être syphilitique pour devenir paralytique général. Il ne faut donc pas affirmer que la démence précoce, tout en pouvant parfaitement apparaître chez les prédisposés, ne puisse être, d'autre part, une maladie aussi accidentelle et *acquise* que la paralysie générale.

Enfin nul, pas même Kræpelin, ne nie la possibilité d'une guérison et les deux cas de M. Dupré, en dehors de toute possibilité d'erreur de diagnostic, ne vont pas à l'encontre de la conception de la démence précoce.

(*A suivre*) Pierre Roy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'exercice illégal de la médecine

Dans notre numéro du 27 juillet (1) nous avons signalé l'extraordinaire rapport que le recteur de l'Université d'Alger a adressé au gouverneur de la colonie à propos de l'exercice illégal de la médecine par les instituteurs sous l'œil bienveillant — pour ne pas dire avec la complicité — de l'administration. Sur le moment le pourquoi de cet aveu cynique ou inconscient nous échappait. Notre incertitude n'aura pas été de longue durée. Le *Journal officiel* du 31 juillet a donné la clef de cette énigme; on y lit, en effet, le décret suivant :

> Art. 1er. — Les personnes qui se sont particulièrement distinguées par leurs services et leur dévouement à la cause de l'assistance publique en Algérie peuvent recevoir un diplôme et une médaille d'honneur.
>
> Art. 2. — Le diplôme et la médaille sont décernés par arrêté du ministre de l'intérieur sur la proposition du gouverneur de l'Algérie.
>
> Art. 3. — La médaille est en bronze, en argent ou en or, d'un module de 27 millim., avec bélière de même métal.
>
> La médaille de bronze et d'argent est suspendue à un ruban blanc et jaune.
>
> La médaille d'or est suspendue au même ruban, agrémenté d'une rosette.

Il est probable qu'avant peu les colons auront la satisfaction de voir la rosette blanc et jaune à la boutonnière de l'instituteur qui, *d'octobre à janvier, a soigné 293 malades, non compris les élèves des deux classes.*

Ce sont des titres qu'on peut qualifier, sans exagération, d'*exceptionnels*.

***

Ces lignes étaient écrites, quand, à la lecture d'un article publié dans la *Presse médicale*, nous nous sommes demandé si nous avions le droit de reprocher à M. le recteur d'Alger de louer les instituteurs pratiquant illégalement la médecine, alors que les médecins incitent eux-mêmes les instituteurs à exercer illégalement la médecine.

M. le Dr Boulay, en effet, après avoir très judicieusement rappelé la fréquence des végétations adénoïdiennes et leurs funestes conséquences chez les enfants, conclut avec raison à la nécessité de dépister cette affection dans les écoles. Mais — et c'est là que nous nous séparons totalement de notre confrère — il propose de confier le soin de faire ce diagnostic de végétations adénoïdes non pas aux médecins-inspecteurs des écoles, mais aux instituteurs. Voici ce qu'il écrit (2) :

> A notre époque, où les médecins s'occupent volontiers d'hygiène et de médecine sociales, il serait certainement aisé de les convaincre des méfaits des végétations adénoïdes. Peut-être serait il plus difficile d'attirer sur ces méfaits l'attention des parents et d'éveiller suffisamment leur esprit d'observation pour qu'ils arrivent à soupçonner d'eux mêmes la présence de végétations chez leurs enfants. Mais il existe un moyen détourné d'y arriver, c'est de faire de l'instituteur l'intermédiaire entre les parents et l'enfant, lui apprenant à dépister l'affection chez ses élèves.
>
> A cet effet on distribuerait à tous les instituteurs et institutrices des écoles primaires un court exposé des symptômes cardinaux de l'affection, moyennant lequel ils seraient à même de désigner les enfants qui leur sembleraient les présenter On leur donnerait également, en vue d'établir une statistique, un tableau d'examen à remplir pour tous les enfants qu'ils auraient désignés : *les médecins inspecteurs des écoles pourraient, d'ailleurs, leur venir en aide sur ce point* (1).
>
> « Dans la majorité des cas un instituteur intelligent sera en état de poser un diagnostic probable. »

Nous n'insisterons pas sur l'ignorance dans laquelle M. Boulay croit les praticiens à l'égard des méfaits des adénoïdes; mais il nous semble qu'il a fait une confusion radicale entre les attributions médicales des médecins inspecteurs des écoles et celles des instituteurs. Ce sont ceux-ci qui doivent venir en aide à ceux-là, et non ceux-là à ceux-ci.

La question est, paraît-il, portée devant le Congrès de Bordeaux. Nous ignorons comment il la résoudra ; mais s'il se prononce pour que l'on confie aux instituteurs le soin de faire le diagnostic des végétations adénoïdes chez les écoliers, il n'y a pas de raison pour qu'on ne généralise pas la mesure. On verrait alors sous peu les instituteurs chargés de vérifier l'état des dents de leurs élèves, de mesurer leur acuité auditive, d'examiner leur acuité visuelle et, sans doute, de délivrer les verres correcteurs, à moins que les opticiens ne réclament. Ce seraient les instituteurs qui désigneraient les enfants à envoyer dans les colonies de vacances ou dans les hôpitaux marins, etc.

Et pendant ce temps là que feraient les médecins-inspecteurs des écoles?

Si c'est là le progrès, il nous échappe ; nous n'y voyons que la confusion.

GRANJUX.

(1) L'apothéose de l'exercice illégal de la médecine.

(2) Végétations adénoïdes et hygiène sociale. (*Presse médicale*, 1904, 3 août).

(1) Ce passage n'est pas en italique dans le texte, mais nous avons cru devoir le souligner.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Séance du 25 juillet.

Nouvelles données sur le rôle du système nerveux dans la fonction du cœur

MM. Jean Dogiel et K. Arkhanguelsky ont fait des expériences sur des animaux (chiens et chats), qui ont été préalablement soumis à l'action du curare et de la respiration artificielle. L'accélération du rythme du cœur, ainsi que les arrêts de ce dernier ont été notés à l'aide du kymographion, dont le manomètre a été relié à l'artère carotide. Pour l'excitation des nerfs, ils se sont servis d'un courant induit d'une certaine force.

Les résultats obtenus prouvent que la fonction du cœur dépend de plusieurs conditions variables qui agissent soit séparément, soit en se combinant les unes avec les autres d'une certaine manière, c'est-à-dire que la fonction du cœur dépend :

1° Du nerf pneumogastrique ;

2° Des nerfs du système sympathique ;

3° Peut être aussi du centre vasomoteur du cerveau ou de l'action de la moelle épinière ;

4° De la différente distribution de la quantité de sang et de la composition de ce sang.

Sur les propriétés bactéricides des sucs helminthiques

(Note de **MM. L. Jammes et H. Mandoul**, présentée par M. Alfred Giard)

Un certain nombre d'observations ont permis de croire à l'action bienfaisante des tœnias adultes sur leurs hôtes ; les plus remarquables d'entre elles sont relatives à des tuberculeux tirant bénéfice de la présence de ces parasites dans leur intestin. Dans notre étude sur l'action toxique des vers intestinaux (*Comptes rendus*, 27 juin 1904), nous avons été conduits, après avoir constaté l'absence de cette action, à rechercher les autres propriétés des sucs helminthiques et notamment leur pouvoir bactéricide. Les vers ont été broyés et leurs sucs stérilisés par pasteurisation (52°) ou par filtration sur bougie. Les liquides obtenus ont été, les uns ensemencés avec des microbes variés, comme des milieux de culture ordinaires, les autres injectés à des animaux infectés au préalable.

Nos expériences paraissent démontrer que les sucs d'ascaris sont dépourvus de propriétés bactéricides Elles confirment, par contre, l'existence de cette propriété chez les tœnias.

Nous pensons qu'il existe, dans l'organisme des tœnias, une substance bactéricide soluble et que l'action des sucs dépend des proportions de cette dernière ; les variations que nous avons relevées tiennent, sans doute, en partie, aux procédés de préparation (mode de filtration, degré de dilution, etc.).

Sur la nature infectieuse de l'anémie du cheval

(Note de **MM. Vallée et Carré**, présentée par M. Roux).

Il sévit aujourd'hui, dans toute la vallée de la Meuse, dans les départements limitrophes et en Normandie, une maladie fort intéressante du cheval, qui se traduit principalement par des signes d'anémie grave, progressive, et se termine d'ordinaire par la mort du sujet. Cette affection tue chaque année un grand nombre de chevaux.

Rattachée par plusieurs auteurs à une

nourriture défectueuse, insuffisante, à de mauvaises conditions d'entraînement ou de logement, l'anémie est considérée par d'autres comme une affection de nature vermineuse ou microbienne.

Grâce aux éléments de travail qui nous ont été obligeamment fournis par MM. Dieudonné, Pierrot et Laurent, nous avons pu établir d'une façon satisfaisante la véritable nature de la maladie.

Le simple examen de la courbe thermique des malades fait prévoir que ces sujets, dont la température, fréquemment voisine de 40°, présente de larges oscillations, sont sous le coup d'une maladie infectieuse.

L'inoculation du sang de certains malades à un cheval neuf produit chez celui-ci l'évolution d'une anémie à marche rapide absolument identique à la maladie naturelle.

Nous avons déjà réalisé ainsi deux passage successifs chez le cheval.

Toutes nos recherches bactériologiques sont restées infructueuses. On isole du sang des animaux atteints de la maladie naturelle ou de l'affection expérimentale des microbes variés (bact. coli, staphylocoques) et les mêmes bactéries se retrouvent dans les viscères aussitôt après la mort. Il est impossible de leur reconnaître un rôle spécifique.

Nous n'avons pas réussi davantage à mettre en évidence dans le sang des malades, soit un piroplasme, soit un trypanosome, en utilisant tous les artifices expérimentaux usités dans ce genre de recherches.

Il était donc permis de supposer que le virus appartenait au groupe des microbes, dits invisibles, de la fièvre jaune, de la fièvre aphteuse, de la péripneumonie, etc., dont la caractéristique est de traverser les filtres qui retiennent les microbes visibles au microscope. Nous avons donc réalisé l'expérience suivante :

On filtre, sur une bougie de fabrication spéciale, un peu plus poreuse que la bougie V de Berkfeld, un mélange de 500 cc de sérum d'un malade et de 2000 cc d'une dilution en sérum physiologique d'une culture très riche de pasteurella ovine extrêmement virulente. On recueille sous le filtre un liquide opalescent qui, inoculé dans les veines à des lapins et dans le péritoine à des cobaye à la dose de 20 cc, laisse ces animaux indifférents. Le filtre avait donc bien retenu le très petit microbe de la pasteurellose ovine; il était parfait.

Un cheval en excellent état de santé reçoit dans la jugulaire 500 cc de ce filtrat, soit 100 cc du sérum de malade; après six jours d'incubation il présente tous les signes d'une anémie à marche rapide absolument caractéristique.

Nous sommes donc autorisés à affirmer que l'anémie du cheval est une maladie contagieuse, inoculable, due à un agent du groupe des microbes dits invisibles. Cette constatation autorise à penser que certaines formes d'anémie (anémie pernicieuse de l'homme, anémie des chiens de meute) sont peut-être aussi de véritables maladies infectieuses.

Certains animaux contractent, à la suite d'inoculations sous-cutanées de produits virulents provenant de chevaux anémiques, une affection bénigne avortée ou ne semblent nullement indisposés. Nous étudions actuellement les propriétés du virus de l'anémie du cheval et les qualités thérapeutiques du sérum des sujets saturés de sang virulent.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

LES VACCINATIONS ANTIRABIQUES A L'INSTITUT PASTEUR EN 1903

630 personnes ont subi le traitement antirabique à l'Institut Pasteur en 1903. Sur ce nombre 4 sont mortes de rage, mais chez 2 d'entre elles la maladie s'est déclarée moins de quinze jours après la fin du traitement; par suite ces deux décès ne doivent pas être comptés dans la mortalité des personnes traitées, qui se réduit alors à 2, soit 0,32 %.

Les deux personnes mortes de rage après le traitement sont : 1° un enfant de cinq ans, mordu à la joue par un chien errant, ayant mordu un chien qui est mort enragé. L'enfant a été traité du 5 au 25 mars. Le 27 avril il est mouillé toute la journée et rentre le soir frissonnant. Le lendemain il boit et mange difficilement. Amené à l'hôpital Pasteur le 29, il succombe dans la nuit. Le bulbe de cet enfant, inoculé sous la dure-mère, à plusieurs lapins, ne leur a pas inoculé la maladie. 2° Un enfant de sept ans mordu à la cuisse par un chien errant. Il a été traité du 13 au 30 septembre et est mort le 25 octobre. Son bulbe, inoculé sous la dure-mère des lapins, leur a donné la rage le quinzième jour.

Les personnes mortes moins de quinze jours après la cessation du traitement sont : 1° Un enfant de neuf ans mordu à la jambe, chez lequel les premiers symptômes de la rage se sont montrés le cinquième jour après le traitement. Deux personnes, mordues par le même chien, mais moins gravement, traitées aussi à l'Institut Pasteur, se portent bien. 2° Un homme de trente ans, mordu à la main, dix jours après la fin du traitement il était mort. Les douleurs avaient débuté par la main mordue.

LES MÉDECINS COMMUNAUX EN ALGÉRIE

Les médecins communaux, en Algérie, demandent avec raison à être soustraits au despotisme des maires. Par suite, le Syndicat des médecins du département d'Alger s'est efforcé de rendre applicables aux médecins médecins communaux les articles 102 et 103 de la loi municipale du 15 avril 1884, qui enlève au maire le droit de révocation d'une catégorie des salariés de la commune (garde-champêtre, commissaire de police, agents de l'octroi, etc.), lesquels peuvent seulement être suspendus par le maire et ce pour une période maximum de un mois.

M. Maurice Colin, député, a vu à ce sujet M. le Président du Conseil, ministre de l'intérieur, qui l'a informé qu'une modification à la loi de 1884 serait mise à l'étude et proposée sous peu aux Chambres.

Dans ces conditions, le Syndicat a adopté à l'unanimité le projet suivant, qui sera soumis à qui de droit.

« Art. 1. — Les médecins communaux ne sont pas considérés comme salariés de la commune, et les articles 88 et 89 de la loi du 15 avril 1889 ne leur sont, par suite, pas applicables.

« Art. 2. — Ils sont nommés, pour une période de trois ans, par le préfet dans chaque département, et ne peuvent être suspendus ou révoqués que par lui.

« Art. 3. — Ils touchent sur le budget des communes une indemnité de logement de 500 francs par an et, en outre, un traitement fixé par le préfet.

« Art. 4. — Une liste d'admission aux secours médicaux gratuits sera arrêtée en séance du conseil municipal à la session ordinaire de novembre de chaque année.

« Cette liste portera individuellement toutes les personnes, même appartenant à une seule famille, ayant droit, à titre gratuit, aux traitements, médical, pharmaceutique et aux secours en nature. Les personnes ne figurant pas sur cette liste ne pourront jouir des mêmes prérogatives, sauf les cas d'urgence avérée. »

DE LA TEMPÉRATURE DU NOURRISSON DANS SES RAPPORTS AVEC LA MENSTRUATION DE LA NOURRICE

La température du nourrisson est un réactif des plus sensibles. Elle varie avec chaque genre d'alimentation au point que le tracé thermique peut caractériser le mode d'allaitement par lait humain, lait de vache, lait d'ânesse, etc... C'est ce qui ressort des études de M. E. Weill et ce qui l'amena à étudier les relations de la courbe thermométrique du nourrisson avec la menstruation de la nourrice.

Il se trouve que cette courbe est exactement calquée, au point de vue de sa durée, sur celle des règles, de telle sorte qu'elle pourrait faire reconnaître l'existence d'une menstruation chez une nourrice qui la cacherait.

Il est donc vraisemblable que le lait, pendant les règles, renferme une substance toxique susceptible de changer le type thermique du nourrisson (*Bul. méd. de l'Algérie.*)

SUICIDE ET DIVORCE

Le divorce exerce une influence sur la dépopulation, en favorisant les suicides. Cela, M. Jacques Bertillon l'a établi d'après des statistiques convaincantes. Là où on ne divorce guère, on ne se suicide guère; là où les divorces sont nombreux, les suicides *sont* nombreux, là où le nombre des divorces monte, le nombre des suicides monte. M. Durkheim admet la même proposition, mais il en réserve les conséquences aux hommes (*Le Suicide*, Alcan, édit., 1897, p. 289-300). Chez les femmes, le divorce exerce une influence contraire : il y a d'autant moins de suicides qu'on compte plus de divorces, et inversement il y a d'autant plus de suicides qu'on compte moins de divorces. (*Le Journal des Praticiens.*)

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1er au 7 août inclus.

(*Suite*)

La localisation des fonctions motrices de la moelle épinière

M. Sano (Anvers), *rapporteur*.

La recherche des localisations motrices dans le système nerveux n'est pas une question de date récente en France. Pour la moelle épinière Vulpian et Hayem, ce dernier surtout, avaient déjà posé le problème dans toute son étendue (Vulpian, 1868 et 1872; Hayem, 1873); mais, depuis ces auteurs, les méthodes sont devenues plus précises, les documents anatomo-pathologistes se sont multipliés, les résultats ont été plus fructueux et plus décisifs.

Le rapporteur, dans un premier chapitre, fait un consciencieux exposé des recherches faites avant 1890 par les diverses méthodes qui ont précédé la connaissance de la méthode de Nissl : méthode de l'anatomie normale et de la dissection (Féré, Herringham), méthodes de l'anatomie comparée (Kaiser), de la physiologie (Ferrier et Yeo, Paul Bert, Marcacci), méthode anatomo-clinique (David et Prevost, Hayem et Gilbert). Ces différentes méthodes n'ayant pas donné des résultats suffisamment probants, le rapporteur les élimine rapidement et aborde directement, dès son second chapitre, les résultats obtenus par la méthode expérimentale, la seule qui, d'après lui, donne aujourd'hui des résultats nettement positifs.

Un paragraphe spécial est consacré à l'exposé de cette méthode expérimentale. Cette méthode, qui a été indiquée par M. le prof. Nissl (d'Heidelberg), consiste à produire une lésion périphérique dans un nerf, dans un muscle ou dans un segment de membre et à rechercher ensuite, après une quinzaine de jours, dans les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière, la « réaction à distance » qui peut s'y être produite : pour mettre cette réaction en évidence il est nécessaire d'employer la coloration au bleu de méthylène, dite coloration de Nissl. Cette méthode, dit M. Sano, est « spécifique » pour la recherche des localisations : enlever un muscle et trouver dans la moelle un groupe de cellules nerveuses en réaction à distance, c'est prouver la relation fonctionnelle qui unit ce groupement cellulaire à l'innervation du muscle.

Pour produire avec le maximum de certitude les lésions centrales, on a eu recours tantôt à la simple section ou à la résection d'un nerf, tantôt à l'amputation d'un membre ou segment de membre, tantôt même à la rupture violente ou à l'arrachement du nerf. Cette dernière méthode a été surtout préconisée par M. Van Gehuchten, mais cet auteur a été le premier à en reconnaître les sérieux inconvénients : on arrive ainsi aisément à « dépasser le but », pour ainsi dire, car non seulement « la rupture a lieu dans la profondeur de la moelle elle-même, mais encore des phénomènes inflammatoires aigus se produisent du côté de la moelle. »

M. Sano parle ensuite des erreurs personnelles que chacun peut commettre et qui ne doivent pas entacher la valeur de la méthode ni faire croire qu'il existe des contradictions irréductibles entre les résultats obtenus par les divers expérimentateurs. Rien que le simple numérotage des racines médullaires peut être une cause d'erreur, étant donné que le nombre des racines peut varier de 30 à 37 suivant l'espèce animale et, en particulier, chez les divers animaux de laboratoire (30 chez le cobaye, 34 chez le lapin, 37 chez le chien, etc.). Des erreurs nombreuses ont été commises, résultant soit de simples fautes d'impression, de reproduction defectueuse des figures, soit de ce que les auteurs de ces recherches délicates avaient, comme plusieurs l'ont reconnu, péché « par inattention ».

Après ces remarques d'ordre général, M. Sano aborde franchement l'exposé de la série des *recherches expérimentales*, faites dans ces dernières années avec l'aide de la méthode de Nissl. Dans une première période, les auteurs se sont contentés des sections *nerveuses*. De cette façon, Marinesco a démontré que chaque nerf rachidien possède en général, dans la corne antérieure de la moelle épinière, un noyau principal et des noyaux accessoires; le noyau principal constitue une masse bien circonscrite, « excepté pour le médian et le cubital qui ont un noyau principal commun »; chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois, et même davantage; le noyau médian a des fonctions motrices étroitement liées à l'innervation des territoires dépendant des rameaux postérieurs des nerfs rachidiens, des muscles du dos en particulier. D'après Knape, cependant, il n'y aurait pas, dans la moelle, de noyaux nettement circonscrits, d'où les nerfs des membres tireraient leur origine, mais les différents groupes auraient probablement des fonctions différentes, la flexion serait fonction des noyaux latéraux, l'extension des noyaux centraux.

Dans une seconde période, les expérimentateurs ont extirpé des *muscles* ; les résultats furent, dès lors, plus précis; on reconnut que pour chaque muscle il existait dans la moelle un noyau d'innervation bien déterminé (Parhon et ses collaborateurs, Goldstein, Sano, Popesco, Mme Parhon). Cependant, à la même époque, d'autres auteurs, Van Gehuchten et de Neef surtout, en amputant des *segments de membres*, obtinrent également des localisations bien délimitées dans la moelle, et ils en conclurent que chaque segment de membre possède dans la moelle un noyau d'innervation; ces résultats concordaient admirablement avec les recherches du prof. Brissaud, sur la métamérie spinale.

On étudia alors les rapports topographiques qu'affectent tous ces noyaux entre eux dans la moelle; le rapporteur s'attache à démontrer qu'il n'y a aucune discordance entre les multiples découvertes de tous les auteurs dont il a passé en revue les travaux, mais qu'elles se complètent, au contraire, mutuellement; chacun d'eux avait vu juste, mais chacun n'avait vu qu'un côté de la question.

La différenciation profonde du système musculaire trouve son image dans la différenciation des noyaux médullaires; à chaque muscle répond un noyau, à chaque groupement fonctionnel musculaire répond un groupement de noyaux, au segment d'un membre correspond dans la moelle une zone qui comprend les noyaux fonctionnels précédents. Le renflement cervical, par exemple, comprend trois zones d'innervation *segmentaires* répondant aux trois segments du membre supérieur, bras, avant-bras et main; chacune de ces zones est subdivisible en groupements nucléaires *fonctionnels* répondant, les uns à l'extension, les autres à la flexion; dans chacun de ces groupements on peut, enfin, reconnaître l'existence de noyaux *musculaires* individuels, répondant chacun à un muscle isolé et même, pour chacun des muscles complexes comme le sterno-cléido-mastoïdien, le quadriceps fémoral, etc., on peut trouver dans la moelle des noyaux répondant à chacun des grands faisceaux du muscle.

Il est vraiment remarquable de voir que la disposition des noyaux dans la moelle reproduit avec une étonnante simplicité la topographie des muscles dans les membres; c'est ainsi que le noyau du deltoïde entoure le noyau du biceps dans sa partie supérieure, comme le muscle deltoïde lui-même enveloppe la partie supérieure du muscle biceps; de même le noyau des adducteurs se trouve en dedans et en arrière du noyau du quadriceps fémoral, comme les muscles adducteurs se trouvent eux-mêmes en dehors et en arrière du muscle quadriceps.

Les *recherches anatomo-cliniques* ont démontré que, chez l'homme, comme chez tous les autres vertébrés, ce plan général trouve son application. Mais M. Sano met en garde contre l'importance qu'on est tenté d'attribuer aux découvertes anatomo-cliniques : elles ne doivent être admises qu'à la condition qu'elles concordent avec les données expérimentales. Il faut, en effet, tenir compte, dans l'anatomie pathologique de la moelle humaine, des affections qui ont nécessité l'intervention opératoire, l'amputation d'un membre, par exemple, ainsi que des affections ou infections associées diverses, intercurrentes ou terminales.

De plus, les lésions anciennes qui se sont compliquées d'atrophie ou de sclérose médullaire, et les lésions destructives de la substance médullaire (tumeurs, syringomyélies, hématomyélies, etc.), ne peuvent servir de documents pour établir la théorie des localisations : ces lésions ont, en effet, suffi à elles seules à produire un bouleversement de la topographie médullaire, et à empêcher de faire la part exacte et à délimiter la situation des altérations secondaires aux lésions périphériques. Ces cas servent, cependant, à démontrer la valeur pratique de la théorie des localisations pour l'interprétation des symptômes morbides. En somme, les cas favorables sont peu nombreux, et parmi eux un petit nombre seulement ont été étudiés, par la méthode de Nissl, dans le but spécial de rechercher les localisations des fonctions motrices dans la moelle; aussi n'est-il pas possible encore de donner avec certitude, chez l'homme, la fonction de chacun des noyaux. Ce que l'on sait, c'est que les noyaux cellulaires sont infiniment plus nombreux que ceux que l'on décrivait autrefois, c'est-à-dire les quatre groupes antéro et postéro-internes et postéro-externes décrits par Waldeyer, et que chaque noyau, loin d'être constitué par une colonne de cellules ininterrompue et verticale, est constitué par une masse de forme et de situation essentiellement variables, suivant les niveaux : aussi ces groupements cellulaires ne peuvent-ils être soigneusement étudiés que sur des coupes sériées, ce qui nécessite une modification à la méthode préconisée par Nissl, à savoir une inclusion préalable des fragments de moelle. Un vaste champ d'étude reste ouvert dans la pathologie humaine.

Ces considérations résultent, pour le rapporteur, d'une comparaison impartiale des différentes théories soigneusement exposées : il constate que chacune d'elles est appuyée sur un certain nombre de faits nettement positifs, mais qu'il n'y a aucune opposition essentielle entre elles et qu'il est facile de les mettre toutes d'accord.

Dans son remarquable rapport, M. Sano a tenu à conserver la plus complète impartialité et à ne s'appuyer que sur les recherches qui ont été faites, en dehors de lui-même, dans les différents pays; mais dans une annexe à ce rapport, il a tenu à communiquer au Congrès un résumé des travaux qu'il avait entrepris dès les premiers moments où la question des localisations motrices a été mise à l'ordre du jour, et qu'il a complétés par une série de recherches nouvelles, depuis qu'il a été chargé de la rédaction de ce rapport. Ces travaux forment, maintenant, un ensemble complet, et par son œuvre personnelle M. Sano cherche à justifier les idées que lui avaient suggérées les travaux des divers auteurs.

DISCUSSION

M. Grasset (Montpellier) envisage les conséquences qui découlent du consciencieux rapport de M. Sano : la question des localisations motrices chez l'homme est encore incomplètement élucidée et les diverses théories proposées sont trop exclusives. Mais il faut garder ces faits sur lesquels s'appuie chacune de ces théories. Trois types de localisation médullaire sont bien établis :

1° Le type *à distribution segmentaire* (Brissaud, Van Gehuchten, etc.), dans lequel les troubles périphériques résultant de la lésion médullaire occupent des zones limitées par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres.

2° Le type *à distribution radiculaire* (Déjerine) où les troubles occupent des zones limitées par des lignes parallèles à l'axe des membres.

3° Le type *à distribution individuelle musculaire* (Sano).

Ces trois types ne supposent pas l'existence de centres contradictoires, mais simplement superposés. C'est l'application à la moelle d'une loi générale dont on trouve des exemples typiques dans les centres bulbaires et mésocéphaliques : ainsi le nerf moteur oculaire commun, qui est l'analogue d'une racine motrice antérieure de la moelle, a, lui aussi, trois groupes de centres dont la lésion produit trois types de troubles périphériques :

1° Le noyau, ou origine réelle du nerf, représente le *centre radiculaire*.

2° Les petits noyaux qui fragmentent la colonne principale du III représentent les *centres individuels musculaires*.

3° Enfin, il y a des centres supérieurs, supra-nucléaires (Parinaud) qui, lorsqu'ils sont lésés, produisent, non la paralysie d'un ou de plusieurs muscles oculaires d'un seul côté, mais des paralysies associées, bilatérales, lévogyres ou dextrogyres des deux yeux, frappant, par exemple, du même coup le droit interne du côté gauche et le droit externe du côté droit. Ces centres supra-nucléaires du III représentent les *centres segmentaires* de la moelle. Mais ici la ligne médiane ne passe pas par la racine du nez, mais par le milieu de chacun des deux yeux, le segment droit par exemple, étant formé de la moitié droite de chacun des deux yeux; chaque hémisphère cérébral voit et regarde du côté opposé et avec les deux yeux.

Ainsi, pour le nerf de la troisième paire, les trois ordres de centres existent et sont superposés.

Il en est de même dans la moelle : la distribution des troubles périphériques des lésions médullaires a aussi ses centres supra-nucléaires. Tout appareil nerveux a son unité centrale dans l'écorce cérébrale et son unité périphérique dans la fonction.

M. Grasset prétend simplement tracer ainsi un cadre qu'il reste à remplir par des observations anatomo-cliniques.

M. Parhon (Bucarest) approuve pleinement les conclusions de M. Sano et insiste sur l'importance de la technique mise en œuvre pour l'interprétation de faits expérimentaux aussi délicats.

M. Brissaud trouve le schéma proposé par M. Grasset très ingénieux et très clair; toutefois, dans la comparaison des centres médullaires avec les différents centres du III, on pourrait peut-être supprimer la chiasmatisation qui le complique un peu. Nous n'avons pas aujourd'hui les moyens de construire autre chose que des schémas; mais on ne saurait nier l'importance d'un schéma pour la démonstration didactique de faits aussi complexes.

M. Cabannes (Bordeaux) demande au rapporteur quelques explications complémentaires sur les localisations sympathiques médullaires du centre cilio-spinal.

M. Sano cite les recherches entreprises à cet égard, mais dans l'interprétation des lésions il faut tenir compte des troubles vaso-moteurs très importants qu'on détermine en enlevant les ganglions du grand sympathique. Les expériences de Huet, Collins et Onuf, Laignel-Lavastine ont localisé le centre cilio-spinal à la partie inférieure de la moelle cervicale, dans le voisinage du canal central. Mais il reste beaucoup à faire au sujet du grand sympathique et nous n'avons encore aucune localisation précise, par exemple, pour un sphincter déterminé, cervical, utérin, etc...

M. Gilbert Ballet communique, au nom de **M. Laignel-Lavastine**, les résultats d'expériences entreprises sur la localisation médullaire du grand sympathique.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la moelle épinière de l'homme

MM. Parhon et Goldstein (Bucarest). — Nous avons étudié la moelle lombo-sacrée de deux malades dont le premier avait subi la désarticulation de la jambe d'un côté, et l'amputation de la cuisse vers son milieu du côté opposé. Le second avait subi d'un seul côté cette opération. Le résultat de cette étude confirme d'une façon générale ceux auxquels sont arrivés Sano, Van Gehuchten, de Buck, Nelis, de Neef, Bruce, Marinesco, pour la localisation globale de la jambe et du pied. Dans le groupement postéro-latéral et post-postéro-latéral, on distingue facilement des groupements secondaires représentant, ainsi que M. et Mme Parhon l'ont montré expérimentalement pour la jambe, chez le chien, des véritables centres musculaires. Pour la cuisse, les lésions sont minimes dans nos deux cas. Elles correspondent néanmoins aux groupements où Van Gehuchten et De Neef, chez l'homme, Marinesco, M. et Mme Parhon et nous-mêmes, chez les animaux, plaçons la localisation des muscles de ce segment. Si l'on tient compte de ces recherches, on doit admettre que les centres des muscles de la face postérieure de la jambe sont placés en dedans de ceux de la région antéro-externe. Le centre du jambier antérieur est le plus

haut situé de tous les centres des muscles de la jambe. Celui des jumeaux est, par contre, celui qui descend le plus bas. Il est situé en avant de celui du plantaire grêle, du jambier postérieur et des fléchisseurs. Les centres des premiers sont placés plus bas que ceux du jambier antérieur et des extenseurs des orteils. Pour la cuisse, le centre du quadriceps occupe le groupement externe du 3e et du 4e segment lombaire, celui du couturier, le groupement antéro-externe du premier de ces segments. Le centre du grand adducteur occupe le groupement central du 4e segment. Dans la partie centrale du 3e se trouvent les centres des des deux premiers adducteurs et du droit interne. Dans le 5e segment, le groupement central innerve le demi-membraneux et probablement le demi-tendineux. Dans les deux premiers segments sacrés, il est en rapport avec le biceps crural (Parhon et Papinian). A ce niveau, le groupement antéro-externe est en rapport avec les muscles fessiers.

Etude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires

MM. C. Parhon et J. Papinian (Bucarest). — Nous avons pratiqué l'examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile, quatre-vingts ans après le début de la maladie. Tous les muscles de la jambe et du pied, ainsi que le 2e adducteur, le biceps crural et la plus grande partie du quadriceps étaient réduits, microscopiquement au moins, à des masses adipeuses. Au point de vue de la topographie des atrophies, on pourrait parler dans ce cas d'une topographie segmentaire complète pour la jambe et le pied, incomplète pour la cuisse. On pourrait de même soutenir qu'il s'agit d'une topographie nerveuse incomplète ou d'une topographie radiculaire avec le même caractère. Nous ne voulons défendre aucune de ces théories. Nous estimons que la dernière ne peut être généralisée pour les raisons suivantes : 1e parce que la paralysie n'intéresse pas toujours *tous* les muscles d'un territoire radiculaire ; 2e parce qu'elle envahit souvent des territoires voisins ; 3e parce que, ainsi que M. Marinesco l'a montré récemment, les notions de racine et de segment ne sont pas exactement superposables. A notre avis, on exprime mieux la vérité, et sans rien préjuger, en disant que *dans la poliomyélite antérieure aiguë on rencontre une topographie spinale des muscles atrophiés*. En mettant en parallèle les muscles malades avec les groupements cellulaires absents, et en tenant compte des recherches antérieures, nous concluons que : les groupements postéro-latéral et post-postéro-latéral de la moelle lombo-sacrée sont en rapport avec les muscles de la jambe et du pied. Dans les 1er et 2e segments sacrés, les deux groupements centraux innervent les deux chefs du biceps crural. Dans le 5e segment lombaire, le groupement central innerve le demi-membraneux et probablement aussi le demi-tendineux. Dans le 4e segment, le groupement central est en rapport avec le grand adducteur, le groupement externe avec le quadriceps.

Essai de localisations dans les ganglions spinaux

M. G. Marinesco. — La structure différente des espèces cellulaires des ganglions spinaux rendrait probable l'hypothèse de la diversité fonctionnelle de ces cellules. Les ganglions spinaux du chien contiennent cinq types cellulaires auxquels on peut assigner des fonctions différentes. La section des nerfs sensitifs, chez le chien comme chez le lapin, surtout chez ce dernier animal, est suivie d'une réaction localisée dans les cellules à couches concentriques, et quelques petites cellules obscures. S'il s'agit d'un nerf sensitif considérable, la réaction s'étend à trois ganglions. S'il s'agit d'une branche nerveuse, on ne trouve plus la réaction que dans un seul. L'ablation d'un muscle volumineux est suivie de réaction dans les cellules claires, volumineuses, dont la substance chromatique est disposée sous forme de granulation. En outre, les petites cellules obscures réagissent également. Au point de vue de la rapidité de la réaction, les petites cellules claires sont plus précocement atteintes ; en effet, la réaction est apparente vingt-quatre heures après, tandis que les cellules à couches concentriques ne réagissent qu'après le quatrième jour. Ce retard dans la réaction est dû à la nature même de la cellule et non pas à l'absence de prolongements dans ces cellules. Mais il y a, dans les ganglions spinaux, une variété de cellules ne réagissant pas après la section des nerfs sensitifs ; ce sont les cellules claires, à gros corpuscules. La section de la racine postérieure au dessus du ganglion ne produit pas non plus de réaction dans ces cellules. Ces expériences tendent à prouver que les cellules à couches concentriques sont en rapport avec l'innervation de la peau, les grosses cellules claires, avec l'innervation musculaire, tendineuse et osseuse, et les petites cellules obscures avec l'innervation des vaisseaux. L'ablation d'un muscle produit des lésions dans un seul ganglion, dans deux, trois ou même quatre, suivant la longueur et la grosseur du muscle. Il semblerait que les localisations sensitives ganglionnaires sont totales, ou, pour mieux dire, régionales. Les neurones sensitifs de la même région se réunissent pour former un ensemble correspondant à ces régions. La section d'un nerf sensitif cutané, ou sensitif musculaire, ne produit pas de lésions dans un groupe déterminé, mais les cellules en réaction sont disséminées. Enfin, l'origine des nerfs sensitifs dans un ou plusieurs ganglions nous explique, d'une part, les réflexes localisés, et, d'autre part, la diffusion de ces réflexes suivant l'intensité de l'excitation.

(*A suivre*) Pierre Roy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Au sujet de l'enseignement de l'anatomie dans les études médicales

Par M. P. Trolard

Professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Alger.

I

Le *Bulletin médical* du 22 juin contient un projet de réglementation de l'enseignement anatomique dû à M. le prof. Truc, de Montpellier. Comme j'en suis certain, l'auteur de ce projet ne voudra voir, dans la critique de ses propositions, qu'une preuve de l'importance que chacun de nous attache à son opinion, et, comme, j'en suis certain aussi, il désire cette critique, je demande la parole sur la question qu'il vient de mettre à l'ordre du jour.

M. Truc estime qu'actuellement on consacre beaucoup trop de temps à l'anatomie. Cinq semestres pour apprendre l'anatomie descriptive, l'histologie, l'embryologie et l'anatomie topographique, lui paraissent dépasser la mesure.

Ces cinq semestres sont-ils bien consacrés exclusivement à l'anatomie ? Tel n'est pas mon avis, les élèves, depuis la troisième inscription, devant suivre les cours de physiologie, de physique et de chimie biologiques, de pathologies, d'accouchement, de médecine opératoire et les cliniques ; les règlements le veulent ainsi, du moins. Je sais bien que, dans la pratique, il en va tout autrement. Les bons élèves qui, d'ailleurs, sont à peu près partout la minorité, usent des ressources que les règlements mettent à leur disposition. Quant aux autres, ils se font un devoir, sinon une gloire, d'ignorer ces ressources. Voici quel est, généralement, l'emploi de leur temps.

La première année ils ne font rien, attendu qu'ils n'ont aucun examen à subir à la fin de cette année. Ils viennent baguenauder à quelques séances de dissections et vont bailler ou dormir aux autres cours. Ils suivent plus assidument les cliniques où ils savent trouver des distractions, mais ils n'y apprennent rien, puisqu'ils ignorent les premiers éléments de l'anatomie et de la physiologie.

En seconde année, commence le gavage de l'anatomie. Ils disséquent juste pour apprendre à faire une préparation à peu près propre et dévorent les manuels et les bouquins « à colles ». On lâche tous les autres cours, cela va de soi. L'examen d'anatomie subi, c'est au tour de la physiologie, de l'histologie et de l'embryologie, que l'on apprend de la même façon que l'anatomie descriptive.

En troisième année, l'élève se met sous pression, s'enferme avec ses manuels de pathologie et d'accouchement. Et, après la 10e inscription, le voilà sacré anatomiste, physiologiste, pathologiste et accoucheur. Le 3e examen comporte, théorique-

ment, une épreuve pratique et un examen oral d'anatomie topographique; mais ces épreuves n'existent que sur le papier, à ma connaissance du moins, dans la plupart des Facultés ou Ecoles secondaires: c'est dire que les élèves ne paraissent plus à l'amphithéâtre dès qu'ils ont subi leur examen d'anatomie descriptive, soit après la 8e inscription. En réalité, on ne les voit aux travaux de dissection que pendant un semestre. Et quel semestre! Avec les vacances de Noël et du jour de l'an, avec les congés donnés à tout propos, le semestre se réduit à un peu plus d'un trimestre!

Donc, il n'est pas exact d'avancer que cinq semestres sont exclusivement réservés aux études anatomiques, puisque, d'une part, les élèves studieux suivent de nombreux autres cours, et que, d'une autre part, les étudiants amateurs ne vont aux cours et aux travaux d'anatomie que pendant un semestre très écourté.

M. le prof. Truc pense qu'une année entière pourrait « largement suffire » pour apprendre l'anatomie, l'histologie et l'embryologie. Je me permets de ne pas partager son avis, pour les raisons suivantes:

Il n'y a, à mon avis du moins, qu'une seule manière de connaître l'anatomie: c'est de l'avoir *vue* et *revue*. Or, pour bien la voir et la revoir, jusqu'à ce qu'elle soit incrustée dans les cellules cérébrales du centre de la mémoire optique, il n'y a aussi qu'une seule manière: c'est d'avoir eu sous les yeux tous les détails de l'organisme humain, aussi longtemps que la pose est nécessaire, pour en obtenir une image claire et indélébile dans le cortex cérébral. Enfin, pour donner à cette pose le temps nécessaire, il n'y a également qu'un moyen: c'est la dissection, qui retient longtemps l'attention de l'élève sur l'organe qu'il met à découvert, qu'il isole des organes voisins, qu'il nettoie de façon à lui donner bon aspect, dont il scrute tous les détails à la pointe de son scalpel, et qu'il fait fonctionner, s'il s'agit d'un muscle, par exemple.

Je prétends qu'un étudiant ou un médecin ne sait pas son anatomie, s'il ne se représente de façon à en avoir l'image ***devant les yeux*** l'organe qu'il décrit ou qu'il va examiner, et qu'il s'expose, dans la pratique, à de cruelles méprises, s'il l'a apprise par cœur. Exemples:

Il y a une vingtaine d'années, dans la capitale, avait lieu un concours de chirurgien des hôpitaux. L'épreuve clinique comportait l'examen d'une tumeur de l'angle interne du pourtour de la cavité orbitaire. Or, un des candidats les plus en vue diagnostiqua une tumeur de la glande lacrymale. Il est certain que, s'il avait eu la question à traiter par écrit, il eût fait une composition superbe: beaucoup de bibliographie et d'anatomie comparée, de profonds aperçus philosophiques, de longs développements sur l'embryologie et l'histologie, lui eussent conquis l'unanimité des suffrages. On lui eût aisément pardonné d'avoir *oublié* d'indiquer simplement l'endroit occupé par la glande; notion vulgaire, après tout!

Dans une grande ville du centre de la France, un chirurgien en renom est appelé auprès d'un enfant qui vient d'avaler un os. A l'aide du doigt, le chirurgien s'assure qu'en effet il y a dans le pharynx, à droite et un peu au-dessus du larynx, un corps étranger. L'indication est précise; il faut, au plus tôt, à l'aide d'une pince, l'extirper. La famille consent à l'opération; mais, au préalable, elle désire avoir l'avis d'un autre médecin, qui est aussitôt mandé. « Touchez, cher confrère, vous allez aisément sentir le corps étranger sous votre doigt; il est à droite, dans le pharynx. » Le médecin consultant pratique le toucher et, s'adressant au chirurgien: « Il n'y a pas qu'un os; il y en a deux; un à droite et un à gauche. » — « Pas possible! » — « Tellement possible, que s'il n'y en avait pas deux, ce serait une très curieuse anomalie, attendu qu'il s'agit des grandes cornes de l'hyoïde. »

Croit-on que le chirurgien de la capitale, s'il avait une ou deux fois tenu sous son scalpel une glande lacrymale, aurait commis la bourde colossale qui le fit éliminer? Croit-on que si le chirurgien de province, qui savait peut-être ce que c'était que le stylhial, l'épihyal, le cérotohyal et l'hypohyal, avait une seule fois fait la coupe du pharynx, il se serait exposé à la dure leçon qu'il reçut? Le voit-on, si la famille n'eût appelé un consultant, saisir la corne de l'hyoïde et tirer dessus jusqu'à ce que force reste à la pince?

J'ai connu un candidat à l'internat de Paris qui était extraordinairement ferré sur l'anatomie. Il me fit un jour une mirifique leçon sur le facial; c'était du Sappey tout pur. J'en étais abasourdi et quelque peu humilié, car, bien que j'eusse disséqué ce nerf plusieurs fois, j'aurais été incapable de garder la parole aussi longtemps sur un pareil sujet. Comme j'avais un crâne sur la main, il me vint à l'idée, je ne sais trop pourquoi, de dire: « Tiens! voilà une tête qui n'a pas de trous stylo-hyoïdiens! » — « C'est vrai! » me répondit il. Deux magnifiques trous se voyaient pourtant à plusieurs mètres de distance! J'étais fixé et mon conférencier reconnut, sans se faire prier d'ailleurs, qu'il n'avait de sa vie jamais vu un nerf facial.

On voudra bien me pardonner d'avoir introduit dans mon plaidoyer des faits aussi vulgaires; mais ils me paraissent si démonstratifs que je n'hésite pas à les raconter chaque fois que j'en trouve l'occasion: et naturellement je n'ai eu garde de laisser échapper celle-ci.

En somme, j'ai voulu démontrer qu'il n'y a qu'une seule façon d'apprendre l'anatomie: c'est de l'apprendre sur le cadavre. Aussi, chaque année, voici quel est mon discours d'ouverture: « Pajot disait à ses élèves que, pour être un bon accoucheur, il fallait trois qualités: 1° de la patience; 2° de la patience; 3° de la patience. Pour devenir un bon anatomiste, il faut trois choses: 1° disséquer; 2° disséquer; 3° disséquer. »

La conséquence de ma manière de voir est qu'une année entière ne serait pas suffisante, comme le propose M. Truc, car on ne peut disséquer que l'hiver, les travaux pratiques d'anatomie n'étant guère possible pendant l'été et les sujets étant d'ailleurs réservés pour la médecine opératoire.

La seconde raison pour laquelle je combats le projet Truc, c'est que, devant des élèves qui ne recevraient, pendant l'année exclusivement consacrée à l'anatomie, aucune notion des autres branches de l'enseignement médical, le professeur devrait s'abstenir de toute incursion dans le domaine de la physiologie et dans celui de la pathologie. Or, ce serait le priver d'un moyen de rendre un peu attrayante l'étude du corps humain, étude bien aride, si l'on doit se borner à de sèches descriptions. En répartissant le cours sur plusieurs années, on peut, au contraire, se livrer à ces incursions qui raniment l'attention des auditeurs. Chez ceux de première année, les aperçus pratiques n'ont pas, il est vrai, une grande portée; mais ceux de seconde et de troisième année (si l'on prolonge les études anatomiques jusqu'en cette année) s'y intéressent et s'y intéresseront certainement.

Enfin, la troisième raison que je donnerai est la suivante: l'esprit appliqué longtemps sur un seul genre d'études atteint une sorte de satiété qui lui fait prendre en aversion la spécialité à laquelle on le ramène sans cesse, sans un moment de diversion. Les meilleurs plats, les mets les plus goûtés finissent, on le sait, par être pris en horreur quand ils paraissent sans interruption sur la table. Comme l'estomac, le cerveau se révolte devant l'uniformité de la cuisine.

Telles sont les raisons qui m'empêchent de souscrire au régime proposé par M. le prof. Truc. Ce dernier, il est vrai, fait observer, à l'appui de sa thèse, que, grâce aux livres classiques fort remarquables d'aujourd'hui et aux figures qui y sont semées en grand nombre, grâce aussi aux pièces conservées à l'état frais pour ainsi dire, à l'aide des liquides en usage aujourd'hui, il serait possible d'enseigner rapidement à nos jeunes gens l'anatomie pratique, c'est-à-dire celle dont ils auront besoin, quand ils auront à soigner des malades.

A ce dernier point de vue, je partage entièrement l'avis du professeur de Montpellier. J'estime que l'on fait aujourd'hui aux futurs praticiens des cours trop savants. Nombre de professeurs, surtout les jeunes, semblent craindre de se mettre à la portée d'élèves qui ont *tout* à apprendre; ensuite, ils ne savent pas se garder de faire montre d'érudition, et c'est avec un véritable luxe de détails, la plupart d'aucune application pratique,

qu'ils décrivent tel ou tel organe. Je sais bien qu'un détail minuscule, sans importance actuellement, peut par la suite s'élever en dignité; mais ne sera-t-il pas temps de lui rendre les honneurs attribués à sa nouvelle hiérarchie, quand il sera monté en grade? D'un autre côté, les élèves travailleurs, ceux qui veulent émerger, ne manquent pas, quand ils possèdent de bons éléments puisés aux cours et aux travaux pratiques, de poursuivre leur étude plus loin et de s'initier aux arcanes les plus intimes de l'anatomie, ce en quoi ils sont toujours aidés par le professeur, qui est enchanté de rencontrer des fervents de l'anatomie.

En résumé, les cours simples des professeurs ne rebutent pas la grande masse des étudiants ou ne leur fournissent pas le prétexte qu'ils cherchent volontiers, pour excuser leur apathie ou leur façon d'apprendre une science toute d'observation dans des manuels; ils ne peuvent plus invoquer que l'anatomie est une chose tellement difficile, qu'ils renoncent à l'apprendre, bornant toute leur ambition à passer tant bien que mal l'examen qui les en débarrassera une fois pour toutes. D'une autre part, ces cours simples n'empêchent nullement les bons élèves de scruter profondément l'anatomie.

Je suis aussi de l'avis de M. Truc, quand il affirme que l'anatomie ne s'apprend pas dans les coûrs, et que les professeurs devraient surtout s'appliquer à faire de bonnes conférences pratiques. Les cours *ex cathedra* ne sont réellement profitables qu'à ceux qui savent déjà quelque chose et ont appris ce qu'ils savent sur le cadavre. Si on veut conserver ces cours, il faudrait les réserver pour les élèves qui, se destinant aux concours, veulent parfaire leur instruction.

M. Truc estime que, pour cet enseignement pratique, il serait nécessaire d'augmenter l'effectif actuel du personnel assistant, et d'élever les émoluments des professeurs qui se consacreraient entièrement à leur chaire. Je n'ai guère besoin de dire que je suis aussi en communauté d'idées avec lui sur ces points. Mais il demande là quelque chose d'impossible. Impossible n'est pas français, dit-on. Cela est vrai, quand il s'agit d'une réforme qui ne dépend pas d'un ministère; mais lorsque l'arche sainte doit être mise en mouvement, c'est pure naïveté que d'oser parler d'une modification à apporter dans les règlements administratifs. Eh! quoi! il y aurait dans les Écoles un personnel d'assistants plus nombreux que ne le comporte le règlement! Eh quoi! il y aurait des professeurs mieux payés que les autres! Mais alors, ç'en serait fait de l'uniformité! Autant demander tout de suite la fin du monde... administratif.

Je suis donc partisan des indications que donne M. Truc pour rendre l'enseignement plus pratique et plus à la portée des étudiants; mais, je me sépare de lui, quand il écrit que les préparations conservées et les livres actuels peuvent permettre de diminuer la durée des études anatomiques. Ce que j'ai dit plus haut au sujet de la nécessité des dissections, me dispense de revenir sur ce point. Les pièces, aussi bien préparées qu'elles soient, ne laisseront jamais dans le cerveau de l'étudiant qu'une impression fugitive, quand bien même elles passeraient plusieurs fois sous ses yeux. Devrait-on crier au paradoxe, que je dirai même qu'elles seront nuisibles à l'élève. Celui-ci, en effet, s'installera avec son bouquin devant ces pièces élégantes dues au scalpel d'habiles prosecteurs; sa lecture terminée, il sera convaincu qu'il possède admirablement tout ce qui lui a été donné de voir *cito, tuto et jucunde* Par la suite, s'il s'aperçoit de quelques lacunes, il reviendra une fois, deux fois peut-être, à la préparation; mais alors il sera tellement sûr de lui-même qu'il défiera les plus solides champions. Seulement, si on lui demande, à quelque temps de là, de découvrir le muscle, le nerf ou le ligament qu'il croit si bien connaître, neuf fois sur dix il portera son scalpel à côté.

Les pièces préparées d'avance ne peuvent, à mon avis, que servir à donner à l'élève une idée générale de la dissection qu'il va entreprendre; elles doivent ensuite être retirées de ses yeux, pour qu'il ne se borne pas à les copier. Elles peuvent également lui être utiles, quand il constate un vide dans ses connaissances acquises sur le cadavre; il les *consulte* un instant, pour combler ce vide, pour raccorder des souvenirs imprécis; mais il ne saurait leur demander davantage.

Ce que je dis des pièces, je l'étends *à fortiori* aux images des livres. Certainement nos livres classiques sont tous remarquables, comme le dit M. Truc; mais j'en suis à me demander s'ils ne concourent pas un peu, et même peut-être beaucoup, à l'abaissement, hélas trop vrai! des études anatomiques actuelles. Cette opinion a aussi l'air d'un paradoxe et pourtant elle n'est pas à repousser complètement. En effet, nos étudiants, quand ils ont parcouru ces magnifiques ouvrages, où ils trouvent, pour en comprendre le texte, de très nombreuses et très belles figures, arrivent à se persuader que tout autre travail est superflu, et qu'il est inutile d'aller perdre du temps et de se salir les mains à l'amphithéâtre.

Evidemment, je n'entends pas dire qu'il eût fallu en rester au primitif Cruveilhier (quatre petits volumes, sans l'ombre d'une figure), mais je constate que, si nous, les vieux, nous avons dû dépecer force cadavres pour saisir le texte de ces volumes, il nous est resté quelque chose de nos nombreuses dissections. Et sans vouloir prétendre qu'il est absolument indispensable d'en passer par là, je crois pouvoir, toutefois, avancer que les trop grandes facilités d'études théoriques que donnent aujourd'hui les livres classiques, sont très probablement la cause ou une des causes qui éloignent les élèves des études sur le terrain. Il serait absurde de condamner ces livres; mais il serait imprudent de propager cette idée qu'ils permettent de diminuer sensiblement la durée des travaux pratiques, d'autant plus que de leur diminution à leur suppression complète la distance serait vite franchie.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 juillet. (Suite et fin.)

Sur la propriété que possèdent certaines portions du corps humain de projeter continuellement une émission pesante

M. Blondot a découvert que certains corps, tels que des pièces de monnaie, projettent continuellement une matière pesante dont l'existence est mise en évidence par l'augmentation de luminosité que cette matière produit en tombant sur un écran à sulfure de calcium. M. **Julien Meyer** a entrepris des expériences en vue de rechercher si certaines portions du corps humain émettent de la matière pesante. L'écran sensible était formé d'une bande de carton sur laquelle était fixé du sulfure de calcium formant une tache de 5mm de diamètre.

Il a constaté que diverses portions du corps humain émettent d'une façon continuelle des jets de matière pesante comparables à des jets liquides animés de vitesse inégale.

Cette matière pesante traverse le papier, le carton, le bois sous une épaisseur de 1 centim., mais elle est arrêtée par le plomb sous une épaisseur de 1 millim., le papier mouillé, le verre.

Du venin de l'abeille

M. C. Phisalix. — Le moineau est un très bon réactif physiologique pour le venin d'abeille; lorsqu'on fait piquer l'oiseau dans la région pectorale par deux ou trois abeilles, on voit survenir en moins de cinq minutes les symptômes d'intoxication.

C'est d'abord un affaiblissement général et progressif des mouvements, l'oiseau s'affaisse sur ses pattes; s'il essaie de voler, bientôt il retombe épuisé; la parésie augmente et l'animal ne peut que raser le sol dans ses tentatives d'envolée; il oscille, fait des mouvements incoordonnés; il est pris d'un tremblement généralisé qui augmente de plus en plus : c'est une sorte de danse de Saint-Gui dans laquelle les muscles des pattes, des ailes, de la tête, des yeux, sont constamment agités de petites secousses cloniques; la respiration devient difficile et l'oiseau ouvre le bec pour aspirer l'air qui semble lui manquer. Néanmoins l'animal conserve d'abord son intelligence

et se défend du bec et des ongles; mais vers la fin, l'agitation est fréquemment interrompue par des périodes de somnolence; la paralysie s'accentue et la mort arrive au bout de deux ou trois heures par arrêt respiratoire, le cœur continuant à battre encore pendant quelques minutes. A l'autopsie, on constate que le sang contenu dans le cœur est noir et qu'il se coagule rapidement. Le muscle pectoral, du côté inoculé, a pris une teinte jaunâtre, dû à un début de mortification.

En préparant une solution de venin on peut l'analyser physiologiquement, et l'on constate que le venin d'abeilles, tel qu'il est inoculé par l'insecte, contient trois principes actifs distincts : 1° une substance phlogogène ; 2° un poison convulsivant; 3° un poison stupéfiant.

L'existence dans la sécrétion venimeuse d'un insecte de deux poisons, à effets absolument contraires, est un fait nouveau qu'il est intéressant de rapprocher de ceux que M. Bouchard a le premier mis en lumière dans ses recherches sur les poisons de l'urine.

MÉDECINE MILITAIRE

La fièvre typhoïde dans l'armée d'Afrique

L'*Eclair* du 9 août vient de publier un interview d'un médecin militaire à propos de la fièvre typhoïde, interview qui mérite d'être cité, non seulement parce qu'il met les choses bien au point, mais aussi parce qu'il a le mérite de faire connaître au grand public les responsabilités en jeu. Voici ce que notre camarade a dit au sujet de l'étiologie :

C'est toujours à l'occasion de déplacements ou de manœuvres que la fièvre typhoïde fait le plus de ravages dans l'armée.

En Algérie, plus que partout ailleurs, il importe de n'accorder qu'une valeur limitée à la théorie hydrique. Car il est incontestable qu'en Algérie ce sont le surmenage, la misère physiologique et quelquefois aussi les excès alimentaires, boissons en particulier, qui peuvent mettre l'organisme en état de réceptivité d'un bacille capable de produire, soit la fièvre typhoïde typique, soit un état typhoïde.

En campagne, en colonne, on fait comme on peut, mais en temps de paix, en station ou en manœuvre, on a le devoir de veiller à tout ce qui sauvegarde la santé du soldat. C'est ainsi que j'estime absolument néfaste, qu'on commence en Algérie les manœuvres à la même époque qu'en France.

Il n'est pas, en effet, besoin d'être grand clerc pour savoir que la mauvaise saison commence en Algérie en mai-juin, pour finir vers septembre-octobre. Par conséquent, il semblerait tout indiqué qu'on fît exécuter les manœuvres vers la période de Pâques, qui, par tous les hygiénistes, est reconnue la meilleure, puisque les touristes la choisissent pour visiter la seconde France.

La question des fatigues à faire supporter aux hommes me paraît aussi devoir prêter à différentes interprétations. On ne peut jamais dire en Algérie que l'on réalisera un programme de manœuvres donné. Si, d'une façon toute militaire, on entend qu'un programme soit rempli, il peut se faire que les fatigues imposées aux hommes soient plus grandes, attendu que, au lieu du temps moyen supporté pour les manœuvres, il n'est pas rare de tomber sur des chaleurs excessives ou, au contraire, sur des pluies extrêmement gênantes.

La morale à tirer de ces faits bien acquis est la suivante :

Il importe que, dans notre armée, on ne se borne pas à supprimer les microbes de l'eau; il faut qu'on se préoccupe des à-côtés de cette question, la fièvre typhoïde, à-côtés qui peuvent facilement devenir des facteurs de la plus haute importance. Il est évident que là où la fièvre typhoïde existe, les germes morbides existaient. Et c'est justement à l'égard des conditions de réceptivité que l'on peut surtout lutter efficacement.

De tout ceci se dégage une conclusion : c'est que le mal vient du rôle effacé dans lequel le commandement tient le service de santé, dont le directeur n'a qu'une action nominale, et notre confrère n'hésite pas à dire que c'est l'*autorité militaire qu'il faut rendre responsable*.

Maintenant que les inspections générales sont supprimées, le vrai rôle du médecin-inspecteur, c'est d'être un inspecteur permanent, et non point de se borner à des constatations nécrologiques. Son action, en un mot, doit être préventive; elle ne le fut à aucun moment; on ne le saura jamais assez. Et j'estime qu'il est grand temps que ce titre officiel de médecin-inspecteur serve à autre chose qu'à orner des cartes de visite.

Nous n'avons jamais dit autre chose, et c'est satisfaction pour nous de trouver un nouvel appui dans la campagne que nous menons depuis si longtemps dans ce journal.

Dr Noel.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Traitement par la simple exposition à l'air des plaies semées de greffes épidermiques

A la veille de l'avènement de l'antisepsie listérienne, un chirurgien allemand, alors professeur à Zurich, M. E. Rose, appliquait sur une vaste échelle le traitement « ouvert » des plaies. Il consistait à exposer simplement la plaie à l'air ambiant, tout en prenant les mesures nécessaires pour assurer, au moyen d'une posture appropriée du membre lésé ou du drainage, l'écoulement des produits de sécrétion qui tombaient goutte à goutte dans un récipient placé *ad hoc*. Ne subissant le contact d'aucune pièce de pansement, qui à cette époque n'était jamais stérile, les plaies traitées de la sorte ne suppuraient habituellement pas. Elles sécrétaient une sérosité dont une portion s'écoulait au dehors, tandis qu'une autre partie demeurait à la surface de la plaie ou, par suite d'évaporation d'eau, elle se concrétait ou même se desséchait sous forme de croûtes. Sous cet enduit protecteur, la cicatrisation progressait rapidement. La réunion immédiate des plaies fermées au moyen de sutures s'obtenait également sans encombres.

Cette méthode, dont les résultats furent réellement brillants en comparaison de ceux du pansement « septique » de l'ancienne chirurgie, dut cependant céder bientôt la place à une méthode plus rationnelle et plus brillante encore dans ses effets, celle de l'antisepsie. Mais si le pansement aseptique moderne remplace avec avantage le traitement des plaies à ciel ouvert, ce dernier, d'après les observations de **M. F. Bruening** (*Centralbl. f. Chir.*, 30 juillet 1904), assistant du prof. Goldman, à Fribourg, mériterait même actuellement la préférence dans les cas spéciaux où l'on pratique des greffes épidermiques. Pour éviter l'accolement des « transplants » aux pièces de pansement, on a coutume de les recouvrir de protective ou d'une feuille de papier d'étain ou simplement d'une couche de pommade les maintenant ainsi dans une sorte de chambre humide où ils se macèrent et perdent de leur vitalité. Or, laissant la plaie à découvert, on évite ces inconvénients. La seule précaution à prendre, c'est d'enlever, au moyen d'un petit tampon de tarlatane, les gouttes de sérosité qui s'accumulent au pourtour des greffes sous lesquelles elles ont tendance à pénétrer. On peut le faire sans le moindre risque, l'adhérence des transplants à la surface de la plaie étant devenue des plus intimes au bout de six à huit heures.

Traitement de l'ostéomyélite aiguë par la stase veineuse artificielle

Dans une séance de la Société des naturalistes et des médecins de Bonn, le prof. **Bier** (*Deutsche med. Wochenschr.*, 4 août 1904) a présenté plusieurs sujets qu'il a traité, avec succès, pour ostéomyélite aiguë, au moyen de la stase veineuse artificielle qu'on réalise par l'application d'un lien constricteur à la racine du membre malade. Ce procédé permettrait de faire avorter les ostéomyélites prises tout au début de leur développement. A-t-on affaire à des cas plus avancés de cette affection, alors qu'il existe déjà de la suppuration, on ponctionne l'abcès ou bien on l'ouvre au moyen d'une petite incision, puis, après avoir lavé la cavité de l'abcès avec une solution physiologique de chlorure de sodium et sans avoir recours à aucun drainage ni tamponnement, on soumet le membre atteint à des séances quotidiennes de stase veineuse artificielle, dont la durée est portée progressivement de huit à vingt-deux heures. Ce traitement aurait pour effet de supprimer quasi immédiatement les douleurs et les troubles de l'état général; la fièvre ne tarderait pas à disparaître à son tour, et la guérison s'obtiendrait sans production de nécroses.

L'existence d'arthrite suppurée et de décollement épiphysaire ne serait pas

une contre-indication à l'emploi de la stase veineuse artificielle. S'agit-il de suppurations articulaires non encore ouvertes, il faut évacuer le pus au moyen d'une ponction, mais on doit s'abstenir d'incisions larges, du drainage et du tamponnement, la stase veineuse artificielle permettant de se passer de ces moyens qui, d'ailleurs, sont susceptibles d'amener des raideurs articulaires.

Effets favorables du sérum antistreptococcique dans l'appendicite

M. M. S. Maslovsky (*Roussky Vratch*, 1901, n° 29) relate deux cas d'appendicite aiguë, bien caractérisée, et ayant déjà abouti — à en juger, du moins, par les frissons répétés — à la suppuration, cas dans lesquels, après refus des malades de se laisser opérer et alors que leur état paraissait des plus graves, l'auteur eut recours au sérum antistreptococcique de Marmorek. Dans ces deux observations, à partir du moment de l'injection de 20 centimètres cubes de ce sérum, on vit se produire une chute en lysis de la température, et s'amender tous les autres phénomènes morbides. En quelques jours, la fièvre avait complètement disparu, et les malades entraient en convalescence.

L'anémie pernicieuse progressive traitée comme une auto-intoxication entérogène

Pour le professeur **E. Grawitz** (*Terapia*, de Saint-Pétersbourg, juin 1901), médecin de l'hôpital de Charlottenbourg, l'anémie pernicieuse progressive, que Biermer a décrite le premier comme une entité morbide *sui generis*, celle qui n'est pas symptomatique de pertes sanguines incessantes (ankylostomiase, etc.), serait due à une auto-intoxication par les produits de décomposition des albumines alimentaires, cette décomposition étant elle-même sous la dépendance d'une anachlorhydrie ou hypochlorhydrie gastrique. Cette conception pathogénique se trouve confirmée par les résultats d'un traitement qu'elle a inspiré à M. Grawitz et que ce clinicien a déjà eu l'occasion d'appliquer à nombre de cas d'anémie pernicieuse, avec un succès constant.

Les malades, d'habitude très affaiblis et présentant même souvent des troubles psychiques, ont besoin du repos au lit et d'un régime alimentaire visant à écarter les aliments riches en albumine, surtout la viande et les œufs, et composé essentiellement d'hydrates de carbone de digestion facile. Il faut éviter aussi tout excès de liquides, même de lait, de crainte de dilater l'estomac et d'influencer défavorablement le cœur, souvent très affaibli. Le mieux est de faire manger, fréquemment dans la journée, des petits morceaux de pain sur lesquels on étale un peu de beurre aux anchois ou de caviar, et de donner aussi des légumes verts en purée, de la purée de pomme de terre, du riz avec un jus de fruit et une petite quantité de lait coupé de décoction d'avoine.

Comme il a été dit, les sujets atteints d'anémie pernicieuse sont toujours plus ou moins anachlorhydriques, d'après l'expérience de M. Grawitz. Aussi leur estomac, dans lequel l'antiseptique naturel, l'acide chlorhydrique, fait défaut, doit-il être désinfecté par des lavages fréquemment renouvelés. A cet effet, l'auteur se sert d'une solution tiède de chlorure de sodium à 1 %. Ces lavages sont répétés d'abord chaque jour, puis tous les deux jours seulement. Après chaque lavage, avant de retirer la sonde, on verse dans l'estomac la quantité nécessaire d'un liquide alimentaire, ce qui permet de nourrir le malade malgré son inappétence. Il va sans dire qu'on fait ingérer aussi de l'acide chlorhydrique. En outre, on donne de la limonade, le jus de citron étant un excellent antiseptique. On s'occupe également de l'antisepsie intestinale, qu'on réalise au moyen de lavages avec la même solution de chlorure de sodium à 1 %, injecté à travers un long tube introduit dans le rectum, et par lequel l'irrigation une fois terminée, on administre un lavement alimentaire.

Au début du traitement, il est parfois nécessaire d'avoir recours à la digitale, à petites doses, pour combattre l'affaiblissement du cœur, et même aux inhalations d'oxygène, en cas de crise hyposystolique.

Plus tard, alors que l'état du malade se sera déjà considérablement amélioré, on pourra donner de l'arsenic ou du fer, toujours à faibles doses, mais ces médicaments sont d'une importance toute secondaire, le traitement diététique, associé à l'antisepsie gastro-intestinale et aidé du repos au lit, constituant le véritable moyen curatif de l'anémie pernicieuse progressive.

Il ne faut pas oublier que le malade, une fois guéri, n'en demeure pas moins hypochlorhydrique, c'est-à-dire qu'il peut rechuter, s'il ne ménage pas ses organes digestifs. Ces rechutes, d'ailleurs, cèdent au même traitement.

VLADIMIR DE HOLSTAIN.

LIVRES NOUVEAUX

Joanin et Cie, éditeurs

Les infections digestives des nourrissons, par le Dr Nobécourt, chef de laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés. Un volume de la Bibliothèque de médecine pratique

Avec les chaleurs sont revenues les gastro-entérites aiguës qui fauchent si cruellement nos nouveau-nés. Malgré les efforts des ligues contre la mortalité infantile, des gouttes de lait, des dispensaires, la maladie reste fréquente et le médecin doit la connaître à fond. La petite, mais complète monographie écrite par M. le Dr Nobécourt en fournit les moyens. L'étude préalable des microbes de l'intestin normal et pathologique, et celle des prédispositions et des défenses des nourrissons contre l'infection digestive, permettent à l'auteur d'aborder ensuite avec fruit l'étude clinique de l'affection et son traitement rationnel. Il distingue des infections intestinales aiguës et subaiguës à forme de diarrhée catarrhale, à forme pyrétique, à forme algide ou choléra infantile, à forme dysentéroïde ou mucomembraneuse, et des infections chroniques pouvant aboutir à l'atrophie, à l'athrepsie, au rachitisme. Après l'étude des moyens prophylactiques, Nobécourt étudie le traitement curatif et passe en revue la diète hydrique, simple, gazeuse ou alcaline, le lavage de l'estomac, le lavage de l'intestin à l'eau pure, à l'eau salée, boriquée, oxygénée, l'emploi des purgatifs, calomel, sulfate de soude, magnésie, huile de ricin, l'ingestion d'acide lactique ou chlorhydrique, de sels de bismuth, de tannigène et de tannalbine, de levure de bière, l'administration d'injections sous-cutanées salines, les bains, l'alimentation aux différents laits, au babeurre, au kéfir, à l'eau albumineuse, aux bouillons de viandes et de légumes, aux féculents. Appliqué à temps et d'une façon judicieuse, le traitement, non seulement sauvera des vies compromises, mais évitera cette prolongation des affections digestives qui retentit si fâcheusement sur l'avenir de l'enfant.

E. A.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

Les méd. de 1re cl. de réserve :

MM. Peyron et Crambes.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Decorse, aide-major de 1re cl. des troupes coloniales.

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Portel, au 7e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

MM. Ferrandini et Savignac, au 7e d'inf.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Léger, au 23e d'inf.

En Afrique occidentale

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Clouard, au 6e d'inf.

Au corps d'occupation de Chine

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Lorans, au 2e d'inf.

A la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Lamandé, au 2e d'inf.

A Madagascar.

Le méd. aide-maj. de 1re cl :

M. Mongie, au 5e d'inf.

En Nouvelle-Calédonie.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Jousset, au 3e d'inf.

A la Martinique.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Levet, en service hors cadres à la Guadeloupe; réintégré.

A la Guadeloupe.

Le méd. aide maj. de 1re cl. :

(Service général) M. Thélème, en service à Saint Barthélemy; réintégré.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

Au 6e d'inf. à Brest, M. Le Ray.

Au 8e d'inf. à Toulon, M. Branzon-Bourgogne.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Au 23e d'inf. à Paris, M. Brunati.

Au 24e d'inf. à Perpignan, M. Péloli.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

Au 22e d'inf. à Hyères, M. Bourges.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

Au poste médical de Long-Tchéou (en activité hors cadres), M. Plomb.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

Au poste médical de Tcheng Tou (en activité hors cadres), M. Mouillac.

A Madagascar

Le méd.-maj. de 1re cl. :

Au service général (méd.-chef de l'hôp. mil. de Tamatave), M. Renaud.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

Au service des troupes (méd.-major du 2e tiraill. malgaches à Tamatave), M. Tédeschi.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. stag :

Au 3e tiraill. sénégalais (infirm. de Mandabé), M. Jeauneau.

Au 7e d'art. (portion secondaire), M. Carmouze.

Autorisation de prolongation de séjour

Les méd.-majors de 2e cl. :

Indo-Chine (3e année), M. Brau.

Madagascar (3e année), M. Castueil.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier

M. le prof. Tillaux, de Paris.

Au grade de chevalier

M. Thiéry, agrégé, de Paris.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le Conseil municipal de Paris vient de prendre une délibération portant qu'une somme de 3000 francs sera allouée à M. le professeur Grancher et à ses collaborateurs, en vue de continuer leurs travaux commencés, relativement aux moyens de combattre la tuberculose dans les écoles.

CESSION DE CLIENTÈLE MÉDICALE

Le journal *le Temps* du 28 juillet 1904 publie sur ce sujet un article dont nous citerons les passages les plus intéressants :

« En principe, la cession de clientèle est déclarée nulle, lorsqu'elle est pure et simple, et qu'à défaut de détermination d'autres avantages, elle paraît n'avoir pour objet que la confiance et la fidélité qui rattachent les malades au médecin, c'est-à-dire des sentiments qui sont hors du commerce.

« Mais la cession de clientèle, même ainsi qualifiée dans l'acte, est reconnue valable, lorsqu'elle porte en même temps sur d'autres objets ou avantages, dont le cessionnaire peut réellement tirer profit, comme si, par exemple, la convention opère vente du mobilier personnel et professionnel, des instruments et livres de médecine, et si le cédant s'engage à présenter son successeur à la clientèle, par démarches personnelles ou par circulaires, à lui céder le bail de son appartement et à ne pas s'établir à nouveau dans un rayon déterminé, pour éviter de lui faire concurrence.

« La cession de ces divers éléments donne à la cession de la clientèle un caractère pratique, qui la rend licite. »

Mais la question vient de se poser sous une forme nouvelle et particulièrement intéressante.

Il s'agissait de savoir si la cession de clientèle, qui est faite dans des termes qui la rendraient valable si elle était réalisée par le médecin en exercice, est également valable lorsqu'elle est faite, non point par le médecin lui-même, mais par sa veuve ou ses héritiers.

Dans un procès de ce genre intenté au Dr R... par la veuve et l'enfant du Dr L..., le tribunal civil de X avait déclaré nulle la cession dont il s'agit, par cette considération que les principaux éléments d'une cession de clientèle, tels que recommandations et présentations du nouveau médecin, ne paraissaient susceptibles d'être utilement réalisés que par le cédant lui-même.

Mais la Cour d'appel de Rennes a réformé cette décision, et validant la convention litigieuse, elle a alloué à Mme veuve L... les dommages intérêts qu'elle réclamait. Son arrêt porte que la cession de clientèle, qui comprend vente de mobilier, cession de location, engagement de présenter le successeur à la clientèle, etc., opère transmission de biens et avantages négociables, et que ces divers éléments, qui faisaient partie du patrimoine du médecin défunt, peuvent être valablement cédés par la veuve et les héritiers qui succèdent à ce patrimoine.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE DE BORDEAUX

Sur un rapport de M. Politzer, le prix Lenval, que le Congrès a mission de décerner, est partagé entre MM. Gellé (de Paris), 400 fr., et Alexander (de Vienne), 200 fr.

L'Assemblée a décidé que le prochain Congrès se tiendra à Budapesth en 1908, sous la présidence de M. Baecke

Le VIIe Congrès international d'otologie a été déclaré clos le jeudi 4 août.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

(Hôtel d'Assézat et de Clémence Isaure).

Programme des prix pour 1905.

Prix J. Naudin. — Des suppurations bacillaires chez les animaux. Valeur du prix : 400 francs.

Prix Gaussail. — Des modifications de la moelle osseuse dans les infections. Valeur du prix : 600 francs.

Programme des prix pour 1906.

Prix Gaussail. — Des infections puerpérales chez les animaux domestiques. Valeur du prix : 600 francs.

Médailles d'encouragement

Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des Statuts).

Conditions générales des concours

Les mémoires écrits lisiblement, en français, sont seuls admis à concourir; ils doivent être adressés franco à M. le Secrétaire général, au siège de la Société (Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir franco à M. le Secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois, leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1er au 7 août inclus.

(*Suite*)

Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels

M. Kéraval (Ville-Evrard), *rapporteur*.

La multiplicité des documents juridiques et médicaux et la variété des dénominations employées ont singulièrement compliqué une question déjà longuement et bien des fois débattue.

L'*aliéné criminel* est un aliéné qui n'est devenu criminel que parce qu'il était aliéné, et dont l'état d'irresponsabilité a été reconnu par la justice. Au contraire, le *criminel aliéné* serait, pour beaucoup d'auteurs, très différent du précédent: ce serait un véritable criminel, un criminel ordinaire, reconnu et condamné comme tel, mais qui, par la suite, deviendrait aliéné. A la verité, on peut penser qu'il y a dans cette seconde catégorie un grand nombre d'aliénés méconnus et réellement malades dès avant leur condamnation. Enfin, il y a un troisième groupe d'aliénes *dangereux*, *vicieux*, *difficiles*, etc., qui doivent être rattachés, pour des raisons diverses, aux deux groupes précédents. Mais on a pu dire à bon droit que tous les aliénés avaient la virtualité dangereuse, comme ils ont tous la virtualité criminelle.

A l'égard de tous ces malades, on peut d'abord prendre une série de mesures *préventives* :

1° Il faut prendre toutes les précautions nécessaires à la *séquestration rapide des aliénés*, en luttant par une propagande active et judicieuse contre les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles, en divulgant les dangers des aliénés en liberté et les avantages qu'il y a à les traiter aussitôt que possible, en facilitant les formalités légales et administratives de l'admission, qui retardent ou s'opposent si fréquemment à l'internement des aliénés (autoriser l'admission provisoire sur certificat d'un seul médecin, faciliter les placements volontaires gratuits, etc.), en généralisant l'enseignement des maladies mentales, etc.

2° *Lorsque l'aliéné est interné*, le médecin est presque toujours suffisamment armé pour prévenir les crimes ou délits qu'il pourrait commettre. Mais il convient d'adopter les méthodes et instruments d'assistance aux conditions modernes: les asiles ne doivent être ni trop pleins, ni trop grands, parce qu'on n'y connaît pas ses malades et l'on ne peut surveiller son personnel; ils doivent être d'une population modérée : 400 à 500 malades, répartis en petits quartiers, éloignés les uns des autres, comme autant de villas; la répartition sur un vaste espace permettra seule l'individualisation des aliénés. A chaque petit pavillon on annexera des dortoirs pour pratiquer l'alitement continu, des chambres d'isolement disséminées, des salles d'hydrothérapie. Il faut proscrire les grands quartiers de sûreté, et ne pas rassembler en un même local un trop grand nombre d'aliénés agités ou dangereux. Les diverses entités mentales, lorsqu'on les occupe, en les séparant, ne pensent plus à nuire, ne contaminent plus les voisins et ne sont plus une force dissolvante pour les autres. D'ailleurs, certains aliénés criminels, dont plusieurs ont commis des crimes retentissants, sont souvent des persécutés qui travaillent; d'aucuns jouissent même d'un *no-restraint* complet.

3° Il est parfaitement possible de prévenir les crimes et délits des *aliénés sortis des asiles* par guérison ou par amélioration. La sortie prématurée d'un aliéné criminel est toujours regrettable; on ne saurait, toutefois, le condamner à la détention perpétuelle (Christian) ou baser la durée de sa séquestration sur la durée des peines que l'aliéné aurait encourues s'il avait été reconnu criminel responsable (Brierre de Boismont). Il est tout naturel que l'on craigne la rechute avec récidive criminelle; mais on peut se guider sur les prodromes qui avaient annoncé l'accès d'aliénation mentale, sous l'influence duquel cet aliéné était devenu criminel (Georget). On a proposé d'envoyer ces aliénés, condamnés à perpétuité, en des lieux où ils jouiraient d'une existence plus douce, sans recourir à des colonies agricoles spéciales installées en Nouvelle Calédonie (H. Contagne). Le principe de l'*open door*, de la colonisation familiale, de la sortie sous garantie permettra au patient de témoigner d'une guérison soutenue et de s'acheminer progressivement vers la liberté complète. Enfin, la surveillance peut se continuer par l'intermédiaire des *Sociétés de patronage*, qui s'enquerront, avant la mise en liberté, de savoir si l'aliéné, quel qu'il soit, doit retrouver à sa sortie le même milieu et s'il est à craindre qu'il ne reprenne les mêmes habitudes, alcooliques ou autres. Par cette surveillance efficace, sans être vexatoire, la réintégration rapide, en cas de rechute est assurée.

De telles mesures *préventives* appliquées avant, pendant et après l'internement ne sauraient prétendre à supprimer entièrement et immédiatement les crimes et les délits des aliénés. Aussi a-t-on proposé différentes mesures à prendre, parmi lesquelles on peut distinguer des *dispositions judiciaires* et des *dispositions médico-administratives*.

I. — Dispositions judiciaires. — Il s'agit de savoir si la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative est opportune, celle-là étant déclarée plus indépendante que celle-ci et disposant de moyens d'action supérieurs au sujet des enquêtes et des moyens de surveillance dont elle dispose.

1° A l'égard des *aliénés criminels*, on a dit que l'intervention de la magistrature dans leur séquestration, leur maintenue et leur sortie, outre qu'elle garantissait la sécurité sociale, supprimait la responsabilité du médecin traitant. Bien que l'auteur n'ait jamais éprouvé le besoin de dispositions légales de cette sorte, il reconnaît, néanmoins, que l'intervention du tribunal civil, si elle prend pour base l'expertise médico-légale, peut, dans certains cas, rendre des services.

2° Autant nous avons été perplexe au sujet des dispositions judiciaires concernant les aliénés criminels, parce que ce sont avant tout des malades, autant nous nous rangerions volontiers à l'idée d'une législation particulière pour les *criminels aliénés* proprement dits. Lorsque, par la réforme de l'expertise et de la contre-expertise, appliquée à tout accusé ou inculpé (projets Cruppi, Dubief, Alombert-Cogel), on aura minutieusement écarté tous les sujets suspects d'aliénation, il y aura bien des chances en faveur de la criminalité prédominante chez ceux des condamnés qui deviendront aliénés en cours de peine ou qui resteront aliénés après l'expiration de leur peine. Il s'agit là d'esprits modelés d'une certaine façon, foncièrement criminels, imposant par conséquent des mesures de protection légale adaptées à leur moralité et dont la sortie doit demeurer à la disposition du tribunal civil, comme l'établit déjà l'article 29 de la loi de 1838.

3° Les *aliénés dangereux*, *vicieux*, *dépravés* de nos asiles ne méritent, a notre avis, aucune intervention de la magistrature. Sans doute le pêle-mêle actuel des asiles d'aliénés offre de grands inconvénients exigeant certainement des réformes, mais des réformes d'ordre médical bien plus que juridique. Qu'on installe, comme l'a demandé H. Colin, un quartier ou un petit asile spécial de réforme ou de traitement spécialisé, rien de mieux. Mais il faut se garder de s'engager inconsciemment dans la voie de la répression déguisée; car le médecin risquerait de se laisser entraîner par les surveillantes ou les religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence (Bourneville).

II. Dispositions médico-administratives. — Depuis longtemps on a proposé d'éliminer, des asiles ordinaires, les aliénés criminels, les criminels aliénés, les aliénés dangereux, etc., en copiant les pratiques anglaises, déjà imitées par l'Amérique, l'Italie et l'Allemagne.

1° En ce qui concerne les *aliénés criminels*, le débat pivote autour des deux interrogations suivantes : Faut-il conserver, dans l'asile ordinaire, l'aliéné criminel? Faut il créer pour lui un asile spécial ou un quartier spécial? Mais les fous criminels ne sont pas tous dangereux et il existe, d'autre part, des alié

nés, délinquants ou non, plus dangereux que les aliénés criminels. La notion de la délinquance cède ainsi le pas à celle de la nocivité. Il n'y a qu'un petit nombre d'aliénés criminels qui soient dangereux et qu'il est opportun d'enlever de l'asile des aliénés ordinaires : ce ne sont pas les plus criminels, mais surtout les plus dégénérés dans le sens de l'abolition du sens moral avec tendances agressives perturbatrices.

Pour ceux-là l'*asile spécial* est supérieur, dit-on, au *quartier spécial*, d'abord parce que la sûreté de Bicêtre n'a pas donné de bons résultats, puis parce que le groupement de ces aliénés dans un asile indépendant, asile d'Etat, en favorisera le traitement humain.

Toutefois Alombert-Goget recommande instamment d'examiner sérieusement le malade avant de se décider ; quoique, en effet, l'*asile spécial de sûreté* ne doive être ni une prison, ni une maison dont le séjour implique une sorte de déshonneur, il sera tenu en suspicion par le public, de sorte que, si l'on y envoie un malade d'un asile ordinaire, la famille en ressentira forcément le contre-coup. Cette recommandation constitue tout juste l'inverse d'une des raisons alléguées par certains, qui ne veulent pas de la promiscuité des aliénés criminels avec les autres aliénés, parce qu'elle serait pour ces derniers une espèce de déshonneur. A moins qu'on ne veuille appliquer à tous les aliénés criminels, parce que criminels, des mesures draconiennes, il serait peut-être sage de ne pas trop se hâter de construire des bâtiments spéciaux. Cette catégorie de malades est peu nombreuse et si peu dangereuse que beaucoup de médecins reconnaissent n'avoir eu besoin, à leur égard, que d'une surveillance affectueuse (Doutrebente). D'ailleurs, l'établissement de Gaillon (*Asile spécial de condamnés aliénés et épileptiques*) se trouve, depuis la désaffectation votée par la Chambre des députés en 1901, à la disposition des médecins qui voudraient l'expérimenter pour quelques-uns de leurs aliénés criminels particulièrement difficiles. Il y a des nécessités locales à envisager et des particularités individuelles propres au terroir. Mais c'est un devoir d'assistance simple, et il sera toujours temps de faire appel à l'arsenal des moyens judiciaires et des procédés d'ordre pénitentiaire.

2° Si, après la réforme de l'expertise, il est démontré qu'il existe encore des *criminels aliénés*, il n'est pas douteux que ceux-ci réclameront un traitement spécial : ce sont des criminels d'habitude, chez lesquels l'aliénation mentale doit être tenue pour subordonnée à la criminalité. Ces criminels là, condamnés à juste titre, ne doivent pas, tant à cause de la tache morale que des habitudes qu'ils apportent des milieux dans lesquels ils ont vécu, être traités avec les aliénés. Mais où doivent-ils être internés? Dans un seul *asile spécial d'Etat*, commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels (Motet, Dubief, etc.)? Dans un asile spécial pour les criminels aliénés ou condamnés aliénés (Bourneville, Vallon, etc.)? Dans des quartiers spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention (Gilbert Ballet, P. Sérieux, etc.)? Si Gaillon devient, comme la Chambre à l'air de le désirer, un asile d'essai à l'usage des aliénés criminels en général, on y pourra peut être réserver un quartier de criminels aliénés et un local d'inculpés en observation. Cette spécialisation permettrait de poursuivre plus amplement l'étude des inconnues qui nous inquiètent toujours sur les rapports de la criminalité avec l'aliénation mentale.

3° Faut-il donc traiter également dans un bâtiment spécial tous les aliénés *dangereux, vicieux, dépravés* de nos asiles ? Faudra-t-il envoyer à l'asile spécial tous les individus porteurs de signes psychiques et physiques de régression qui trahissent l'aliéné dangereux *apte à être criminel* (Marandon de Montyel) ? Mais le nombre et les inconvénients des aliénés très dangereux semblent avoir été quelque peu exagérés. Nous avons de la répugnance à souscrire à la création d'un asile qui, malgré toutes les précautions, recevrait tous les *déchets moraux* des asiles d'aliénés ordinaires.

Ce qu'il faut, c'est faire œuvre simplement médicale en réformant complètement les établissements encombrés, mal distribués et qui ressemblent plutôt à des prisons qu'à des hôpitaux d'aliénés. Si, malgré toutes les améliorations, il reste quelques sujets réfractaires, on aura toujours le droit de les envoyer à Gaillon, administrativement, sans autre recours, conformément aux conclusions d'un rapport démonstratif.

DISCUSSION

M. Doutrebente (Blois). — Les asiles d'aliénés, tels qu'ils sont organisés actuellement, peuvent répondre à toutes les indications ; les aliénés criminels ne se distinguent pas des autres aliénés par des caractères assez tranchés pour qu'il soit nécessaire de créer des asiles spéciaux. Il faut désencombrer les asiles et les améliorer progressivement.

Sont surtout dangereux les aliénés qui vivent en liberté et ne peuvent pas être rapidement internés.

L'intervention du pouvoir judiciaire est nécessaire pour le placement et la sortie des aliénés, principalement des aliénés criminels.

M. Colin (Villejuif) pense que, chez un même individu, il peut y avoir et folie et tendances criminelles superposées ; tels sont les persécuteurs, les faibles d'esprit, les incendiaires, les pervertis sexuels. Ils forment la plus grande majorité des aliénés criminels. A côté d'eux, on trouve des aliénés dangereux ou difficiles, qui n'habitent guère que les grandes villes. Il n'y a pas une forme spéciale de folie chez les criminels ; aucun signe ne permet de la distinguer des formes habituelles de la folie. Il n'y a qu'une chose qui compte, c'est l'acte criminel ; et c'est pour cela qu'il faut créer un *asile spécial*. Il ne faut pas faire de sentiment dans une question d'intérêt social ; ce n'est qu'en les séparant des aliénés criminels qu'on pourra améliorer le sort des aliénés ordinaires.

M. Colin pense que les quartiers d'asiles annexés aux prisons choqueraient l'opinion publique ; les quartiers spéciaux annexés aux asiles seraient insuffisants. Ce qu'il faut, c'est un asile central ou plusieurs asiles régionaux pour aliénés criminels, comme il en existe en Angleterre et aux Etats-Unis.

Il faut réclamer l'intervention de la magistrature pour le placement des aliénés criminels, ne pas séparer ceux-ci des criminels devenus aliénés et ne pas sélectionner tous ces sujets suivant la forme d'aliénation qu'ils présentent (la sélection se fera à l'asile spécial). Enfin les aliénés criminels ne devraient jamais être mis en liberté (voyez l'histoire de Vacher) ; l'asile spécial serait pour eux une prison perpétuelle, d'où ils ne pourraient sortir que très exceptionnellement, conditionnellement et sous une surveillance effective.

M. Parant (Toulouse). — La dénomination d'aliénés criminels est des plus déplorables. Elle assemble deux mots qui ne devaient pas se trouver réunis, et elle est de nature à entretenir les opinions fausses qui ont cours sur l'internement des aliénés, que la plupart des gens, au lieu d'y voir une simple hospitalisation, sont portés plutôt à considérer comme un emprisonnement. Les aliénistes devraient éviter avec soin de réunir ces deux mots ensemble.

Il est inutile, préjudiciable même au bien moral des aliénés, de créer des asiles spéciaux pour ceux qui ont pu commettre des actes réputés crimes ou délits. Pour les déments de toute catégorie, cela est absolument inutile ; pour les autres, et comme corollaire des considérations énoncées à propos de la dénomination d'aliénés criminels, on les expose à être considérés comme des prisonniers de droit commun, ce qui sera pour eux une flétrissure injuste, et l'on en viendra peut-être à dire ainsi d'un aliéné qu'il a été condamné à la détention dans un asile.

Il suffirait, pour les plus difficiles de ces aliénés, aussi bien que pour certains aliénés persécuteurs, raisonnants, impulsifs, imbéciles, qui sont susceptibles de troubler le bon ordre d'un asile et d'être fort désagréables aux autres malades, de créer pour eux des quartiers tout spéciaux, dût-on même les isoler entièrement.

L'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement et la maintenue des aliénés n'est point désirable. Non seulement elle n'augmentera pas les garanties que présente l'intervention de l'autorité administrative, mais plutôt elle contribuera, comme les mesures précédentes, à assimiler les aliénés à des délinquants, à

des criminels, ce qui sera souverainement déplorable.

M. Rey (Marseille). — 1° L'appellation d'aliénés criminels est sans valeur, puisqu'il n'y a que l'intervention judiciaire, souvent due au hasard, qui puisse faire distinguer cette catégorie des aliénés simplement dangereux.

2° Seule, l'appellation de « criminels aliénés », malgré des erreurs possibles, a une signification.

3° D'une manière générale, les uns et les autres peuvent, sans inconvénient, être traités dans un asile ordinaire.

4° Les cas pouvant nécessiter l'internement dans un asile spécial constituent une rare exception : cette mesure doit être réservée à quelques dégénérés doués de mauvais instincts, dangereux et absolument irréductibles.

5° La généralisation de cette mesure aux aliénés simplement dangereux, ouvrirait la porte à de regrettables abus.

6° On sait que les criminels aliénés de Gaillon sont, pour la plupart, soumis à des arrêtés d'interdiction de séjour. Le devoir du médecin étant de placer les malades dans les conditions les plus propres à prévenir une rechute, l'auteur propose le vœu suivant : « l'arrêté d'interdiction de séjour qui pèse sur un criminel devenu aliéné sera rapporté à l'expiration de sa peine. »

7° A propos de la sortie des aliénés délinquants, le médecin peut-il les signaler préventivement, dans un certificat adressé à l'autorité administrative ou judiciaire, comme capables de simuler la folie et de déclarer que dans certains cas de récidives criminelles, il y aura lieu de les considérer comme responsables ? D'après l'avis de l'auteur, c'est là un zèle qui semble mal dissimuler le désir d'éloigner de nos services des sujets souvent incommodes, à moins qu'il ne faille y voir le souci d'obtenir la confiance des magistrats dispensateurs des expertises médicales et encore réfractaires aux idées actuelles sur la psychiatrie criminelle.

M. Pactet (Villejuif) se rallie aux conclusions de M. Colin et demande la création d'un asile spécial.

M. Vallon (Paris) n'est pas partisan d'un asile spécial pour *tous* les aliénés criminels, mais seulement pour ceux qui troublent constamment la tranquillité des asiles et nécessitent des mesures de répression, en opposition avec la conception moderne de l'asile-hôpital. Un quartier spécial d'hospice suffirait peut-être; mais à la tête il faudrait placer, non un administrateur, mais un médecin.

M. Gimbal (de Prémontré), sur 1150 malades, a trouvé 40 aliénés criminels, soit une proportion de 3,47 %. Sur ces 40 sujets, 27 se sont comportés à l'asile comme tous les autres malades, 13 seulement se sont rendus insupportables et auraient réclamé des mesures spéciales.

M. P. Garnier (Paris), dans une note communiquée par M. Dupré, ne se rallie pas aux conclusions du rapporteur : il reste toujours le partisan d'un *asile de sûreté*, intermédiaire à l'asile-clinique et à l'asile-prison.

M. E. Dupré (Paris). — Chargé par le Tribunal d'examiner, à Bicêtre, un malade, bien connu des aliénistes experts, inspecteurs ou chefs de service de la Seine, et de statuer sur la demande de mise en liberté formée par ce malade, j'ai rédigé un rapport dont je désire rappeler les conclusions devant le Congrès, à l'occasion de la discussion des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.

H... est un débile, appartenant à la famille des fous moraux et des persécutés-persécuteurs, c'est-à-dire présentant des lacunes intellectuelles et surtout morales, considérables, de l'égoïsme et de l'orgueil, et une déviation constitutionnelle des facultés logiques, dont l'incessante activité commandée par l'agitation morbide du tempérament, aboutit à des jugements faux et à des actes anti sociaux.

Il est de plus un homme violent, agressif, que la moindre excitation peut précipiter à l'impulsion homicide. H... est, enfin, un alcoolique récidiviste qui, sous l'influence d'excès, même légers, de boissons, devient extrêmement dangereux et capable de meurtre. L'homicide est, chez lui, non l'effet direct du délire alcoolique, mais bien le produit de sa constitution psychopathique, surexcitée par l'appoint épisodique du poison.

Si, depuis plus d'un an, sous l'influence de l'internement et de la diète d'alcool, H... est devenu calme et d'apparence pacifique, cette modification dans son attitude ne doit pas en imposer pour un changement dans la constitution psychique du sujet. Celui-ci qui, déjà, à deux reprises, s'est montré capable d'assassinat au milieu des apparences du plus grand calme, est et reste un être dangereux et anti-social. J'émets cette affirmation, non seulement au nom de la notion classique de l'incurabilité de ces états psychopathiques constitutionnels, dont il offre un exemple, non seulement au nom de l'étude du passé du malade, mais encore à la suite de l'examen direct de H..., qui nous révèle chez lui la persistance de la fausseté du raisonnement, des perversions morales et des tendances à la violence.

Le malade est en état, non de guérison, mais de rémission. Cette rémission prendrait fin à la sortie de l'asile, car, au dehors, H... retrouverait vite, dans les difficultés de la vie, dans la boisson, les causes d'excitation qui remettraient en jeu ses aptitudes aux violences agressives et homicides. H... doit être considéré comme un véritable *explosif* qui, mis à l'abri de tout choc, reste silencieux et inoffensif, mais que le premier heurt ferait dangereusement éclater.

Je considère la mise en liberté d'H... comme un danger pour lui et surtout pour la Société. J'estime qu'il est nécessaire de le maintenir enfermé dans un établissement spécial, sans mesure de rigueur inutile, mais sous une surveillance attentive.

A la suite de ce rapport, le malade, maintenu à Bicêtre, a fait, un an après, une tentative d'incendie à l'hospice. Pour ces sujets à criminalité pathologique, aliénés non délirants, mais dégénérés récidivistes de l'alcool et de l'homicide, êtres dangereux et anti-sociaux, s'impose la création des asiles de sûreté, intermédiaires à l'asile et à la prison.

Après quelques paroles de **MM. Ferré** (Pau), **Girault** (Rouen), l'inspecteur **Drouineau**, **Régis** (Bordeaux), **Crocq** (Bruxelles), le rapporteur répond brièvement aux objections formulées, et les conclusions suivantes sont adoptées :

Le Congrès, à la majorité des membres votants, émet le vœu que :

1° La création d'asiles spéciaux pour le traitement des aliénés particulièrement dangereux s'impose d'urgence ;

2° Dans ce but, l'établissement de Gaillon doit être utilisé immédiatement, sous le simple couvert de la loi de 1838 ;

3° L'autorité judiciaire doit intervenir dans l'internement, le maintien et la sortie des aliénés criminels ;

4° L'outillage hospitalier des asiles doit être considérablement amélioré (désencombrement, augmentation du personnel médical et infirmier, etc.).

Seul, ce dernier vœu est adopté à l'unanimité.

(*A suivre*) Pierre Roy.

FAITS CLINIQUES

Arthralgie hystérique. Guérison par auto-suggestion

Par le Dr P. Caziot

Médecin-major de 2e classe, médecin de l'Orphelinat Hériot.

Un artificier de vingt ans, entre le 28 juin à l'hôpital militaire de Maubeuge, avec le diagnostic de « rhumatisme articulaire aigu, non amélioré par cinq mois de traitement. »

C'est un homme assez grand, brun, à physionomie très mobile. Il se plaint du genou droit, qui serait douloureux depuis cinq mois, et raconte qu'en mars derniers il a été pris spontanément — sans prodromes, sans motifs — d'une douleur vive dans la jambe, le mollet et la cuisse, puis dans le genou droit. Il fut exempté de service pendant une dizaine de jours, mais comme le genou devenait plus douloureux et la jambe raide, il fut envoyé à l'hôpital militaire de Versailles pour « arthralgie du genou droit. » La douleur était vive pendant la marche, plus modérée au repos, et consistait en élancements dans la région prérotulienne. La jointure, paraît-il, était un peu gonflée, la peau était plus rouge et il y aurait eu un peu de fièvre (?).

A Versailles, notre homme, d'abord envoyé aux blessés, est évacué en médecine avec le diagnostic « rhumatisme articulaire. » On fait de la révulsion, de la compression, on lui donne du salicylate de soude à la dose de 5 ou 6 grammes pendant trente-six jours consécutifs, paraît-il. Aucun résultat. Le genou est toujours douloureux, la marche impossible, et le malade est, de guerre lasse, envoyé en convalescence. Le changement d'air donnera peut-être un bon résultat.

Dans sa famille on traita le genou malade par des frictions au baume opodeldoch, des sinapismes, de la révulsion, des enveloppements ouatés; on reprend le salicylate quotidien : le tout en vain. Les douleurs sont les mêmes, le genou est raide, la marche impossible. En fin de compte, notre homme échoue à l'hôpital de Maubeuge, où nous l'examinons avec M. Woirhaye, alors médecin-chef de cet hôpital.

Dès qu'on veut enlever le pansement qui recouvre le genou, le malade est pris d'une très vive appréhension; la physionomie est angoissée, la sueur perle sur le front. Mais, aussitôt qu'on essaie de toucher la jointure, il se défend, accuse une douleur très vive au moindre frôlement de la peau et immobilise son genou en contractant énergiquement son quadriceps. Cette vive et superficielle douleur, cette contracture, l'absence de toute déformation du genou (un peu rouge, ce qui s'explique facilement par la révulsion et les pansements antérieurs), n'étaient pas des symptômes bien classiques de rhumatisme articulaire, et d'ores et déjà on pouvait penser, devant cette émotivité et cette hyperesthésie singulières, à une affection d'origine nerveuse.

On continue l'examen. Au contact des mains qui palpaient cette fois la jointure, le malade pousse un cri, se rejette en arrière, est pris de spasmes laryngés avec légère cyanose de la face. On recherche immédiatement les stigmates de l'hystérie et l'on trouve de l'anesthésie cornéenne, pharyngée et testiculaire.

Interrogé, le malade donne alors les renseignements suivants :

Une grand'mère maternelle a la réputation d'avoir été très nerveuse dans sa jeunesse. Le père, qui a quarante-neuf ans, est colère, émotif, sujet à des crises que le malade qualifie de « coups de sang ». La mère, enfin, présente de véritables crises; elle a aussi des douleurs erratiques, des céphalées fréquentes et des anesthésies partielles souvent constatées.

Notre pseudo-rhumatisant est la ressemblance physique de la mère. Tout jeune, il a de violentes peurs nocturnes; il urine au lit. Plus tard, il a des crises de colère au cours desquelles il est pris de tremblement généralisé, de convulsions et même, parfois, perd connaissance. La puberté ne modifie en rien cet état nerveux et, à l'heure actuelle, une émotion un peu vive, la foule, le bruit, la musique, l'étourdissent, le font tomber en faiblesse, les jambes lui manquent et il va jusqu'à perdre connaissance. Le caractère est capricieux, un rien le fait pleurer, un rien le fait sourire. La nuit, cauchemars, sensation d'être au milieu de grands dangers, hallucinations hypnagogiques et zoopsie, céphalée frontale tenace, etc., etc. Au point de vue génital, peu de désirs vénériens. Le malade a renoncé au coït, qui lui donnait des crises de spasmes laryngés.

Fait important pour nous : depuis plusieurs années il ressent, tous les jours, et plusieurs fois par jour, des douleurs erratiques sans localisations bien spéciales. Ce sont des sensations de piqûres de la peau, pas bien douloureuses, mais persistant une dizaine de minutes. Il semble bien que c'est la localisation d'une de ces douleurs, au niveau du genou, qui a déterminé chez lui l'affection articulaire actuelle, car le malade dit qu'au moment où il a commencé à souffrir il eut peur de devenir boiteux. Il aurait donc ainsi, à l'occasion d'une douleur banale, créé de toutes pièces dans son esprit un ensemble de symptômes qu'il s'imaginait ressentir, puisqu'il croyait les présenter. Cette auto-suggestion est, d'ailleurs, bien connue des neuropathologistes.

Si l'on examine le genou, on voit que la peau est rouge, un peu épaissie, portant la trace des nombreux topiques appliqués. Pas de déformation ni d'atrophies musculaires sus ou sous-articulaires. L'hyperesthésie cutanée rend difficile le palper superficiel, mais le palper profond est relativement facile, car la douleur est bien moindre, le choc du talon n'est pas douloureux et l'on peut facilement constater l'intégrité des os et des synoviales. Quand on cherche à plier le genou on provoque une contracture violente de tous les muscles de la cuisse. Le malade, lui-même, le plie spontanément sans grande difficulté, cependant. La marche est impossible sans bâton. Si on confisque la canne, notre homme présente une véritable crise d'agoraphobie.

Le diagnostic de cette artropathie commence à se dessiner. Il sera tout à fait évident une fois accompli l'examen du système nerveux. On constate, en effet, une anesthésie en « molletière » des deux jambes, de l'hyperesthésie de la région pubienne, de la fosse iliaque, de la région sus-scapulaire, etc. Peu de sang à la piqûre. Anesthésie passagère des doigts (le malade, apprenti tailleur, s'est plus d'une fois cousu la peau du doigt après l'étoffe qu'il raccommodait). Acuité auditive un peu diminuée, rétrécissement du champ visuel, achromatopsie pour le rouge. Anesthésie cornéenne, pharyngée, testiculaire; zone hystérogène à la face antérieure du genou droit, etc.

Devant les antécédents héréditaires et personnels, l'histoire de la maladie, l'hyperesthésie si exquise — hystérogène, même — du genou, coïncidant avec une sensibilité profonde normale, l'absence d'atrophie, puis l'absence de toute cause classique d'affection articulaire (blennorragie, syphilis, traumatisme, infections, etc.), le diagnostic s'impose d'arthralgie hystérique.

Signalée depuis longtemps, étudiée par Brodie et Charcot, l'arthralgie hystérique *sine materia* et, particulièrement la coxalgie, est loin d'abord d'être connue, puis souvent regardée par ceux qui l'acceptent, non pas comme une arthropathie d'origine hystérique, mais comme une arthropathie *chez* un hystérique. Et c'est pourquoi le nombre est si grand des hystériques traités avec énergie — avec une extrême énergie même — et qui ont eu à subir l'extension continue, le vésicatoire, la révulsion, et jusqu'à la désarticulation d'un membre reconnu entièrement sain à l'autopsie. Gilles de la Tourette a cité un nombre respectable d'opérations de ce genre empruntées à Brodie, Herbert Mayo, Coulson, Bœckel et M. Lannois (*Lyon médical*, 15 mars 18..) est revenu sur ces déplorables erreurs à propos d'une de ses malades atteinte de coxalgie hystérique.

En l'absence de diagnostic exact, les malades tels que celui dont nous rapportons l'histoire, sont soumis à deux alternatives également fâcheuses. Et on ne saurait trop le répéter. Ou bien l'affection est prise au sérieux, et l'effort du chirurgien pourra devenir extrêmement dommageable, puisqu'il peut aller jusqu'à l'ablation d'un membre non malade; ou bien le malade sera pris pour un simulateur ou un malade imaginaire (l'absence de tout signe physique commandera parfois cette opinion), et l'arthralgie pourra devenir incurable à cause de l'état mental spécial du malade qui s'entête à croire à sa lésion, et de son auto-suggestibilité. Bœckel n'a-t-il pas vu une hystérique réclamant à grand cris l'amputation !

Nous avons vu que l'arthralgie de notre homme avait eu pour point de départ la localisation, au niveau du genou, d'une douleur erratique. Le malade eut peur de devenir boiteux, et créa de toutes pièces, dans son esprit, sa boiterie. L'affection est donc psychique, et c'est un traitement psychique qui lui convient. On devra donc s'adresser à l'esprit des malades, les persuader que leur affection n'est pas grave, les en convaincre, leur montrer qu'elle est guérissable, qu'elle guérira. Autant il est déplorable de les traiter avec trop d'énergie (souvent de grandes crises et des états incurables sont le fruit de trop brutales manœuvres), autant il est maladroit de se moquer d'eux, de les abandonner à eux-mêmes, sous prétexte que l'accident dont ils souffrent est sans importance. Les hystériques sont incapables de réagir spontanément; il faut que le médecin agisse pour eux, s'adresse à leur intelligence — et les hystériques sont souvent intelligents — leur fasse comprendre que tel remède doit être et sera efficace à bref délai. Il faut aussi frapper l'imagination si impressionnable du malade, l'intimider un peu en lui laissant voir derrière la médication du moment une autre médi-

cation très désagréable ou douloureuse, et dont on affecte de redouter l'obligation de se servir en cas d'échec du traitement actuellement employé. Il faut donner la foi et, en hystérie comme ailleurs, il n'y a que la foi qui sauve; il faut intimider pour forcer à réagir, mais non pas terroriser: la crainte du médecin est le commencement de la guérison.

C'est d'après ces idées que fut entrepris le traitement de notre homme.

On fit donc semblant d'être convaincu de la réalité de l'affection articulaire, et après une consultation exagérée à dessein et que le malade suivait avec une physionomie anxieuse, nous décidons, avec M. Woirhaye, d'appliquer quelques pointes de feu, en ajoutant que si le traitement ne donnait pas les résultats attendus, on ferait des électrisations avec des bobines d'une extrême puissance. Mais, en même temps, on le rassura et on lui certifia la guérison dans un bref délai.

Un jour de réflexion est laissé au sujet pour mieux préparer le choc thérapeutique. Puis, une quinzaine de pointes de feu sont appliquées. On fait un énorme pansement, et deux jours après on annonce au malade qu'il est guéri. Il se lève, prend sa canne et va s'asseoir dans la cour. On le félicite, on se montre enthousiasmé du résultat. Dès le lendemain, la canne est confisquée, et comme notre homme fait quelques pas, les félicitations deviennent hyperboliques. Le jour suivant, il monte les escaliers et trouve lui-même qu'il va beaucoup mieux. Pour brusquer les choses, on lui fait, comme par inadvertance, ressentir les effets d'une forte machine électrique, en lui disant que l'on préparait une autre machine beaucoup plus puissante, dont on voulait se servir pour qu'il put être présenté guéri le 16 juillet à M. le médecin inspecteur. Très effrayé, le malade nous dit qu'il n'en aurait pas besoin, qu'il serait guéri avant cette date. Et en effet, le soir même, on le voyait sauter à pieds joints par dessus les bancs de la cour. La guérison s'est maintenue complète depuis lors.

La conclusion s'impose d'elle-même : ne pas perdre de vue la fréquence de l'hystérie mâle, et en particulier de l'hystérie des soldats; puis, toutes les fois que, chez un homme jeune et nerveux, on se trouve en présence d'une douleur mono-articulaire sans déformation de la jointure, sans atrophie, sans état pathologique antérieur (blennorragie, rhumatisme, maladies infectieuses, etc.) ou sans traumatisme, il faut penser à l'hystérie. Hâtons-nous d'ajouter que cette conclusion ne s'applique tout spécialement qu'aux cas observables dans le milieu militaire, ou nous n'aurons à examiner que de *récentes* arthralgies sans déformations, sans contractures musculaires ou fibro-tendineuses, et, par conséquent, non comparables aux *vieilles* arthropathies hystériques avec déformations considérables, que l'on observe parfois dans les hôpitaux civils

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Au sujet de l'enseignement de l'anatomie dans les études médicales

Par M. P. TROLARD

Professeur d'anatomie à l'École de médecine d'Alger.

(Suite et fin) (1)

II

Il ne suffit pas de combattre des opinions; encore faut-il proposer quelque chose à la place de ce que l'on critique. Comment pourrait-on concevoir l'enseignement de l'anatomie ?

Si le régime actuel doit durer — et, hélas! il durera encore longtemps, bien qu'il soit condamné par la presque unanimité de ceux qui s'intéressent à l'avenir de la médecine en France — on devra maintenir les trois semestres affectés (ou qui devraient être affectés) à l'anatomie, avec les modifications suivantes, toutefois :

1° Pendant le premier semestre, il y aurait deux séances de travaux pratiques par jour, une le matin, une le soir. Il me paraît parfaitement inutile d'envoyer dans les cliniques des débutants qui ignorent ce que c'est que le foie et la place qu'il occupe. Le peu qu'ils apprennent à l'hôpital est chèrement acheté au point de vue du temps. En allant aux cliniques après un semestre d'anatomie à doubles séances quotidiennes, ils auraient déjà un petit bagage qui leur permettrait de suivre avec fruit les visites et les leçons.

2° A la fin de la première année, examen portant sur les matières enseignées aux cours d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Les notes obtenues à cet examen, qui comprendrait des épreuves pratiques et des épreuves orales, seraient mises sous les yeux du jury du premier examen de doctorat.

A l'examen de passage et à l'examen probatoire, les élèves auraient, en outre, à fournir un carnet, sur lequel seraient consignées leurs préparations avec les notes obtenues pour chacune d'elles.

3° Au troisième examen de doctorat, épreuves *effectives*, pratiques et théoriques, d'anatomie topographique. Obligation de présenter aussi un carnet de dissection.

Si l'on doit modifier le régime actuel, je demande, avec M. le prof. Truc, que l'on augmente d'une année la durée des études. Il est véritablement extraordinaire que, lorsque le champ des connaissances médicales a plus que doublé depuis trente ans, la scolarité n'ait pas été augmentée d'une seule journée. Pour ne parler que de l'enseignement qui est de ma compétence, je me bornerai à faire remarquer que, lorsque j'ai commencé à professer, je consacrais trois ou quatre leçons à la névroglie centrale. Aujourd'hui, un semestre me suffit à peine et, bien entendu, je m'en tiens aux faits entièrement acquis.

A notre époque, il n'est plus permis à un médecin, même à celui qui ne veut faire que de la clientèle, d'ignorer les centres nerveux; or, avec les règlements en vigueur, l'enseignement de cette partie de l'anatomie ne peut être donné qu'aux dépens des autres parties. C'est pourquoi je proposerais, la durée des études étant portée à cinq ans, d'éloigner l'époque du troisième examen de doctorat, qui n'aurait lieu qu'après la 12e inscription; et, à l'anatomie topographique, l'on ajouterait l'anatomie des centres nerveux. Le cours portant sur cette matière pourrait avoir lieu pendant le semestre d'été de la deuxième année, les pièces de démonstration qui servent à ce cours étant conservées dans des conditions telles qu'elles n'ont rien à craindre des températures les plus élevées et qu'elles n'ont aucun inconvénient, au point de vue de l'hygiène, pour l'auditoire.

Si l'on ne peut guère songer à astreindre des élèves à venir dans un amphithéâtre d'anatomie et à y disséquer des sujets plus ou moins bien injectés, pendant la saison d'été, je crois qu'ils seront mal venus à protester s'ils sont invités à assister à des leçons et à des travaux pratiques faits dans ces conditions.

Voilà ce que l'on pourrait faire, étant donné que l'on maintienne le régime actuel, mais je ne dois pas cacher que mes sympathies vont au régime des examens de passage pendant le cours des études et des examens probatoires, placés à la fin de la scolarité. Aujourd'hui, nos étudiants n'apprennent plus la médecine; ils préparent des examens et, une fois *débarrassés* des matières de ces examens, ils se défendent même d'y penser. Aussi, quels déplorables résultats! Il y a unanimité sur ce point!

L'état-major est toujours brillant, très brillant, parce que les intelligences d'élite émergent malgré les défectuosités d'un enseignement, aussi mauvais qu'il soit. Nos Facultés ne comptent que des maîtres éminents; mais le gros du corps d'armée est incapable de soutenir la comparaison avec le corps médical des pays voisins.

L'ancien régime avait cela de bon que, le stade scolaire terminé, l'étudiant devait reviser toutes ses matières et, cette fois, en les coordonnant entre elles. C'était alors qu'il faisait de larges applications des sciences dites accessoires, qu'il avait apprises d'une façon surtout théorique. Il comprenait le pourquoi de l'enseignement de ces sciences, saisissait leur importance et, grâce à cette dernière impression, les gravait profondément dans son esprit.

C'est, dit-on, pour remédier au mal de pléthore dont souffre la Faculté de Paris que l'on a supprimé le régime des examens de passage, et que l'on a jugé bon d'appliquer à toutes les Écoles, même les

(1) Voir notre précédent numéro.

plus anémiées, le remède qui doit sauver la grande Faculté.

Il ne faut pas songer à rendre aux Ecoles de province le régime ancien et à conserver pour Paris le régime actuel, car les étudiants se précipiteraient tous, sans exception, vers la capitale, où le diplôme serait plus facilement et plus rapidement enlevé qu'ailleurs; c'est alors que la pléthore prendrait une tournure ultra-alarmante. Il est évident que les épreuves doivent partout être les mêmes. Que faire alors?

S'il est exact que l'abandon de l'ancien régime est dû à l'écrasante et peu agréable besogne qui incombait au personnel de la Faculté de Paris, par le fait des examens de passage, il me semble que le problème est loin d'être insoluble. A la Faculté de droit il y a aussi, tous les ans, de fort nombreux examens de fin d'année. On a recours à un moyen très simple: on fait appel à des professeurs de Facultés de province. L'Ecole de médecine, à défaut de ses anciens agrégés, ne pourrait-elle suivre cet exemple?

Les efforts de tous ceux que préoccupent les résultats de notre enseignement actuel devraient donc tendre à obtenir le retour à l'ancien système. M. Truc reconnaît lui-même qu'avec ce système « on formait encore de vrais praticiens ». Que n'emploie-t-il sa grande autorité à peser sur l'administration universitaire, qui, d'ailleurs, ne demande peut-être pas mieux que d'être incitée par des hommes comme lui, pour réparer la grosse faute qu'elle a commise?

L'ancien régime n'avait soulevé qu'une critique, et qui, de l'avis de beaucoup, était justifiée : c'était l'intercalation de l'examen de physique, de chimie et d'histoire naturelle au beau milieu des autres épreuves probatoires. Si l'on revenait à ce régime, il n'y aurait qu'à placer cet examen au début des épreuves définitives, ou, comme on le fait aujourd'hui, à en adjoindre les matières à d'autres examens, en tant qu'applications biologiques.

Il est une autre solution qui, sans conteste, serait bien préférable aux meilleurs des régimes administratifs que nous ménage l'*Alma Mater*; mais elle est tellement simple, tellement logique, c'est-à-dire tellement révolutionnaire, que je ne veux en parler que pour mémoire.

Nos universités n'ont de commun que le nom avec leurs homonymes de l'Etranger; il leur manque les deux conditions essentielles de la vie universitaire : la liberté et l'autonomie financière. Placées sous la direction immédiate des Recteurs, lesquels n'ont à s'inspirer que des ordres et des instructions partis de Paris, ce sont, à véritablement parler, de simples administrations qui, comme toutes les autres, dépendent d'une administration centrale. Limitées dans leur budget, c'est à grand'peine qu'elles arrachent au gouvernement les quelques sous dont elles ont besoin pour vivoter. Leurs attributions d'organisation intérieure sont des plus restreintes; c'est ainsi qu'elles ne peuvent même pas augmenter leur personnel des préparateurs, ni celui des garçons, sans l'assentiment du ministre; et, s'il leur venait à l'idée de proposer de rémunérer davantage les professeurs qui se consacrent entièrement à l'enseignement, leur proposition serait accueillie avec une profonde stupéfaction. Comme autre exemple de leur étroite tutelle, je citerai ce fait de professeurs qui ne peuvent toucher aux économies réalisées sur leur budget d'une année sans une autorisation expresse du ministre.

Quant aux cours, les heures n'en sont pas fixées par M. le ministre; mais telle année, on doit faire telle chose; telle autre année, telle autre chose. A telle époque, tel examen; à telle autre époque, tel autre examen.

Le côté le plus plaisant de cette organisation, c'est la prétendue autonomie financière des Universités. Généralement on entend par institution autonome, une institution qui vit de ses propres ressources. Or, est-ce le cas de nos Universités? Sauf la Faculté de médecine de Paris, qui, je crois, balance ses recettes et ses dépenses, toutes les autres n'arrivent pas à joindre les deux bouts. Aussi, ce n'est pas tout à fait la misère noire dans les laboratoires, mais c'est loin d'être une honnête médiocrité. Il n'y a pas si longtemps que l'on a signalé le laboratoire d'histologie d'une grande Faculté auquel il ne manquait qu'une chose : des microscopes.

C'est un progrès, dit-on, que d'avoir le nom; il ne reste plus qu'à avoir la chose. Je voudrais bien partager cette espérance; mais, étant donnée la façon de procéder et de raisonner dans notre bon pays administratif, n'y a-t-il pas à craindre qu'un jour ou l'autre on ne vienne plutôt arguer des médiocres résultats obtenus par « l'expérience loyale » des Universités, pour retirer au plus vite les quelques petites mesures libérales concédées. Et pourtant, c'est évidemment du côté des Universités libres qu'est l'avenir; c'est de l'émulation et de la rivalité de ces centres d'instruction, que naîtra la véritable vie scientifique et qu'elle prendra son plein essor. Enfin, c'est de ces foyers qui sauront, est-il besoin de le dire? se passer d'instructions émanant de bureaux ou d'ailleurs, pour recruter un personnel de choix et pour avoir des laboratoires irréprochables, c'est de ces foyers que sortiront des médecins dignes de ce nom. On n'y verra pas des questions, comme celle de l'agrégation, par exemple, s'y agiter indéfiniment, par la bonne raison qu'il n'y aura pas de place pour ce genre de discussion. On n'y verra pas des maîtres de grande valeur astreints, sous prétexte qu'ils sont trop jeunes, à marquer le pas, à attendre « leur tour » pour être nommés professeurs, dût leur tour arriver l'avant-veille de la retraite.

Quant à l'enseignement de l'anatomie, puisque c'est lui qui est surtout en jeu dans ces lignes, il n'y aura qu'à se reposer sur les Universités du soin de le maintenir dans son rôle prééminent et de le rendre attrayant et pratique.

C'est grâce à leur régime de liberté que les Universités relèveront le niveau moyen de l'instruction médicale; mais cette indépendance est, cela va de soi, liée à l'autonomie financière de ces institutions. Une Université ne se conçoit qu'autant que ses recettes couvrent *toutes* ses dépenses, c'est-à-dire qu'autant que ses élèves versent dans la caisse tout l'argent dont elle a besoin pour assurer le paiement du personnel et du matériel. Et il doit en être ainsi, d'abord parce que l'Etat est impuissant et sera toujours impuissant à assumer la charge de tenir l'enseignement médical à la hauteur des exigences modernes; ensuite, parce qu'il est inadmissible que la collectivité continue à payer les frais d'apprentissage d'un certain nombre de jeunes gens. Il n'y a qu'un enseignement qui doit être supporté par tous : c'est l'enseignement primaire, puisqu'il est obligatoire; les autres doivent être payés intégralement par ceux qui y ont recours, pour en tirer les moyens de se faire une position libérale ou autre.

La rétribution complète des études par les élèves aura d'autres conséquences. Ainsi, il est certain que le jour où les professeurs seront rémunérés en raison de leur savoir, de leur talent et de la peine qu'ils se donneront pour former des élèves, on n'entendra plus contre le personnel enseignant les critiques actuelles, dont certaines sont justifiées. D'un autre côté, le jour où les élèves auront à sortir de leur poche ou de celle de leurs parents le quantum proportionnel à la dépense générale, il n'y aura plus d'étudiants amateurs.

A la seule objection que puisse soulever la rétribution intégrale de l'enseignement par les élèves, à savoir que seuls les enfants de familles aisées pourront se destiner à la carrière médicale, je réponds que grâce à des bourses nationales, départementales et communales, tout jeune homme intelligent et travailleur ne sera jamais arrêté dans ses études par la question d'argent.

Et si, comme je le propose en vain, hélas! depuis vingt ans, l'on décide enfin que les bourses ne seront plus désormais que des avances, remboursables aussitôt que l'ancien boursier sera dans une situation qui lui permettra la restitution, on arrivera à avoir un jour des caisses suffisamment riches pour faire face à tous les besoins.

Les Universités seraient donc libres de leurs mouvements, c'est entendu, mais, comme tout ce qui est d'essence humaine est faillible et comme, d'ailleurs, l'exercice de la médecine est chose d'intérêt public, j'estime qu'un certain contrôle de l'Etat serait nécessaire. Réduit au minimum, il devait être juste suffisant pour intervenir comme médiateur dans cer-

tains cas (désordres, troubles, malversations, etc., etc.). L'État n'aurait aucune action directe sur le mode d'enseignement; toutefois, il en aurait une qui serait réelle et très efficace, et qui consisterait à se réserver le droit de faire passer les examens probatoires. Un jury examinant, entièrement distinct du personnel enseignant, se transporterait deux fois par an dans toutes les Facultés et Écoles réorganisées et procéderait à deux sortes d'examens, qui ne seraient subis qu'après terminaison du stade scolaire. L'un de ces examens, qui correspondrait à ce que l'on pourrait appeler la licence ès-sciences médicales, porterait sur les sciences dites accessoires; le second, sur la médecine proprement dite. Il va sans dire que le pas serait donné et largement aux épreuves pratiques.

Mais ce régime des Universités, si jamais il se réalise un jour, est encore bien éloigné. En attendant, puisque l'on continuera à attendre l'inspiration qui soufflera des bords de la Seine, puisse l'*alma mater* donner le jour à de nombreuses circulaires qui développeront le thème suivant : « Sans anatomie, pas de physiologie et pas d'anatomie pathologique; sans anatomie pathologique, pas de physiologie pathologique, et sans physiologie pathologique, pas de médecine! »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juillet

Un cas de périodicité sexuelle chez l'homme

M. Ch. Féré. — Les exemples de périodicité sexuelle chez l'homme sont assez rares pour mériter d'être signalés. Le cas actuel est encore venu à ma connaissance à propos de troubles intellectuels.

C'est un homme de cinquante-trois ans, d'une bonne santé générale, et sans antécédents. Dès la puberté, qui s'est montrée chez lui vers quinze ans, il a été sujet à une périodicité sexuelle remarquable par ses accompagnements. Tous les mois, il remarquait des phénomènes congestifs locaux coïncidant avec des représentations mentales relatives à la sexualité, qui duraient deux ou trois jours; mais il était en même temps frappé de l'abondance des urines. Jusqu'à trente-six ans, il s'est livré à son industrie avec une activité féconde et avec une satisfaction ininterrompue. Toute cette période a été marquée dans sa fonction sexuelle par une phase d'excitation sexuelle intermensuelle, se manifestant régulièrement au milieu du mois, mais ne durant que un ou deux jours, avec les mêmes caractères et les accompagnements que les phases mensuelles; elles manquaient de temps en temps quand son état général subissait une dépression momentanée.

L'excitation génitale n'a jamais été intense. A partir de l'âge de dix-huit ans, il avait en général un rapport sexuel à chaque phase d'excitation. Ce rapport déterminait généralement une recrudescence des manifestations urinaires qui l'inquiétaient.

Après l'âge de trente-six ans, quand les phases d'excitation intermensuelle ont cessé, l'excitation mensuelle a diminué, les rapports sexuels sont devenus très irréguliers et rares. A quarante deux ans, les phénomènes d'excitation intermensuelle ont disparu, et les phases mensuelles ont commencé à retarder; elles ont cessé à leur tour vers quarante-cinq ans.

Ce n'est qu'à partir du moment où elles ont cessé complètement qu'elles ont été remplacées par les phénomènes actuels. A une époque correspondant à une ancienne phase d'excitation genésique, entre le 20 et le 25 du mois, notre sujet s'éveille au milieu de la nuit vers les 3 heures, avec un besoin pressant d'uriner. Ce besoin précoce d'uriner est accompagné d'une obsession toujours la même, et qui consiste en ce qui suit :

Le sujet seul à sa disposition un groupe de deux femmes, qui sont des personnes qu'il a connues autrefois, mais avec lesquelles il n'a jamais eu de rapports sexuels ni aucune privauté. Ces deux femmes se préparent à se livrer à lui successivement d'une manière très particulière, qu'il n'a jamais songé à pratiquer pendant toute la durée de son activité sexuelle. Elles doivent tour à tour se laisser pénétrer par lui, tandis que celle qui assiste pratique des manœuvres propres à accélérer le spasme de la première. Lui reste immobile, pour pouvoir résister aux deux assauts successifs et ne pas perdre ses nerfs, telle est son expression. L'obsession de cette possibilité ne s'accompagne d'aucune trace d'excitation locale. Elle persiste d'une manière constante tant qu'il est inoccupé. Elle est interrompue par les personnes qui lui adressent la parole, mais non par leur simple présence; elles se reproduisent à une table d'hôte lorsqu'il cesse de manger.

L'obsession dure en général trois jours et s'accompagne pendant la journée de besoins fréquents d'uriner plus abondamment que d'ordinaire; à plus de dix reprises différentes il a recueilli ses urines et les a fait analyser sans qu'on y trouve de caractère anormal.

A mesure que l'obsession s'est répétée, elle s'est accompagnée des représentations visuelles plus intenses qui en sont arrivées à obstruer le champ visuel et à masquer dans certaines circonstances la vue des objets réels. C'est alors qu'il a craint pour sa raison et qu'il a manifesté le désir de se soigner. Mais il n'a jamais pris qu'à des doses insuffisantes le bromure de camphre qu'on lui avait conseillé de prendre quelques jours avant la date probable de l'apparition de l'obsession. Depuis un an cependant, tout a cessé, peut-être en raison de l'involution complète de la fonction sexuelle.

La périodicité a, en somme, survécu à la fonction normale pendant plusieurs années, sous forme de troubles psychiques.

Effets physiologiques de l'ascension en ballon

Des expériences de **M. L. Lapicque**, il résulte que dans l'hyperglobulie rapide des ascensions il n'y a qu'un phénomène de changement de répartition des globules dans les divers territoires vasculaires, par suite de phénomènes vaso-moteurs.

Opérant sur un chien et sur un cobaye, M. Lapicque a constaté la diminution de l'hémoglobine dans le sang artériel.« C'est la contre-partie nécessaire de l'augmentation des globules dans le sang périphérique, si cette augmentation n'est qu'un phénomène de répartition différente des globules dans la masse du sang. Sa constatation est une preuve de la réalité de ce mécanisme. »

Le même observateur accepterait facilement la vaso-dilatation céphalique comme phénomène normal de la physiologie des ascensions. Ce phénomène vaso-moteur concorderait avec les deux observations brutes que voici :

1° Les chiens non anesthésiés deviennent somnolents vers 3000 mètres (observé dans ses deux ascensions par Victor Henri);

2° Diverses personnes, lorsqu'elles se baissent pour ramasser un objet au fond de la nacelle, ont l'impression de vertige caractéristique de la légère congestion cérébrale.

MM. Henri et Jolly, de leur côté, sont arrivés à cette conclusion que les augmentations de globules rouges qui ont été trouvées par différents observateurs, et par eux mêmes, dans le sang périphérique, au cours d'ascensions en ballon, doivent s'expliquer probablement par des répartitions inégales des éléments sanguins dans le sang périphérique et dans le sang artériel, et par des actions vasomotrices, plutôt que par des néoformations et des afflux de globules des organes hématopoiétiques.

Des préparations de sang desséché, faites pendant l'ascension, puis fixées, colorées et examinées au laboratoire, n'ont pas permis de déceler la présence de globules rouges nucléés chez le lapin. Ce résultat négatif, qui confirme des résultats antérieurs, va contre l'idée d'une néoformation de cellules sanguines.

M. de Saint-Martin, après examen du sang recueilli dans ces ascensions, conclut :

1° La proportion de l'acide carbonique contenue dans le sang paraît n'être que médiocrement influencée par un changement brusque d'altitude. Par contre, les chiffres de l'oxygène et de l'azote s'abaissent régulièrement à mesure qu'on s'élève.

2° Une ascension rapide, loin d'amener une concentration du sang central, a produit un effet manifestement contraire

dans la seule observation double que nous avons faite.

Reproduction expérimentale du mal de bassine, dermatose professionnelle des dévideuses de soie

MM. F. Heim et L.M Pautrier. — On désigne sous le nom de « mal de bassine » une dermatose professionnelle qui atteint les mains des femmes occupées au dévidage des cocons de ver a soie. La macération prolongée du cocon dans l'eau bouillante provoque la dissolution de la bave qui agglutine les fils de soie; l'ouvrière chargée du dévidage peut alors, en malaxant le cocon ramolli dans une bassine remplie d'eau chaude, dérouler et bobiner les fils. Le travail du dévidage s'effectue donc la main plongée dans une solution plus ou moins concentrée des principes que l'eau chaude peut emprunter par macération au fil de soie et à la chrysalide incluse dans le cocon; ce travail détermine fréquemment, chez les ouvrières qui s'y adonnent, la dermatose ci-visée.

Cette affection débute par un érythème marqué, avec formation de vésicules ou de bulles, remplies d'une sérosité claire, bientôt purulente; les douleurs sont alors assez intenses. La guérison se produit après l'ouverture des pustules, à moins que la dermatose ne se complique d'inflammation profonde et de la formation de petits phlegmons circonscrits. L'étiologie de cette affection reste obscure.

Potton, qui décrivit le premier, il y a une cinquantaine d'années, le mal de bassine, invoqua comme cause déterminante les produits de putréfaction des chrysalides dans les cuves où s'opère la macération des cocons; cette opinion fut unanimement admise jusqu'à la date récente où Fabre (d'Avignon) trouva dans le sang et les excréments des chenilles de divers *Bombyx* (processionnaires, ver à soie du mûrier), un principe vésicant, soluble dans l'éther. Le mal de bassine serait, pour cet auteur, déterminé par ce principe irritant déversé par la chenille à la surface du cocon, au moment de la nymphose.

Nous nous trouvons donc en présence de deux théories étiologiques : la première met en cause la chrysalide putréfiée, la deuxième le fil de soie normal, considérant comme inoffensive la manipulation de la chrysalide.

Un double intérêt biologique et hygiénique s'attache à l'étiologie du mal de bassine; la distribution au bétail, souvent tentée, parfois nocive, de litières et excréments de vers à soie et des chrysalides retirées des bassines de dévidage y ajoute un certain intérêt zootechnique.

Chargés par M. le ministre du commerce de l'étude de cette affection professionnelle, nous nous sommes attachés tout d'abord à élucider son étiologie encore obscure, et à obtenir la reproduction expérimentale des lésions qui la caractérisent.

Il semble établi, par l'expérience industrielle, que, seuls, les vers qui ont souffert au moment de la nymphose, fournissent des cocons nocifs; ces cocons constituent une sorte commerciale inférieure et certaines usines se font un monopole de leur traitement; dans ces usines, et dans ces usines seules, sévirait le mal de bassine.

Nous avons donc utilisé, pour nos expériences, un lot de cocons de nocivité établie par l'éclosion de la dermatose chez les fileuses qui les avaient maniés; dans ces cocons, les chrysalides, d'apparence normale, à ptérothèques bien dessinées, étaient desséchées, exemptes de toute altération apparente; la poudre obtenue par broyage aseptique et à sec des dites chrysalides servit à la confection de pommades et emplâtres (nous nous sommes finalement arrêtés au type suivant : poudre de chrysalides, 5 gr.; lanoline, 7 gr ; vaseline, 2 gr.), appliqués sur peau humaine et sur peau de cobaye et lapin. Seules les applications sur peau humaine (peau d'une jeune fille et notre propre peau, à l'avant-bras) ont donné des résultats positifs. Des applications de quatre, huit, douze et même vingt-quatre heures sur peau saine sont restées infructueuses; ce premier résultat nous conduisit à attribuer un rôle déterminant à la macération préalable de l'épiderme, à laquelle sont soumises les mains des dévideuses. La macération, par application de pansement humide, de la peau de l'avant-bras, suivie de l'application, pendant trente-six heures, de la pommade de chrysalide, nous a permis, à trois reprises, d'obtenir des lésions dont nous présentons une photo aquarelle, montrant l'aspect très exact du tégument. Notons : rougeur sombre, diffuse, présence d'un léger œdème, de très petites vésicules, appréciables surtout à la loupe, formation de croûtelles séreuses, jaunâtres, faciles à détacher, laissant à nu de minuscules érosions, enfin un aspect particulier de l'épiderme épaissi, hypertrophié, présentant des sillons, une striation beaucoup plus marquée que normalement. Les lésions s'accompagnent à cette période d'une sensation de tension, d'un léger prurit; elles sont franchement douloureuses à la pression.

Les symptômes vont en s'atténuant rapidement; après dessication des lésions, desquamation légère, tout se termine vers le douzième jour. Ces lésions expérimentales sont, en somme, celles des dermites artificielles.

Toute réserve faite sur l'imprégnation du fil de soie par un corps irritant, dont nous n'avons pu jusqu'ici mettre l'action en évidence, nous sommes autorisés à conclure que la chrysalide du ver à soie du mûrier, desséchée, en apparence saine, morphologiquement normale, renferme un principe irritant, dont l'application sur la peau humaine reproduit, la macération aidant, la dermatose dite mal de bassine.

Il n'y a rien de surprenant à ce que, dans la chrysalide, la production d'un corps excrémentiel, vésicant, soit corrélative des phénomènes d'histolyse et d'histogenèse, alors que les expériences faites sur les chenilles de *Bombyx* processionnaires, les intoxications provoquées chez de jeunes oiseaux de bassecour par ingestion de chenilles de *Piaris* tendent à démontrer la présence, très répandue, dans le sang et les excreta urinaires, des larves de lépidoptères de principes irritants.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE TERRITORIALE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Rivaud, aff. au 19e corps.

M. Variot, aff. au 7e corps.

Les méd.-majors de 2e cl. :

M. Bataille, aff. au 13e corps.

M. Boujus, aff. au 5e corps.

M. Broquet, aff. au 2e corps.

M. Van Gelder, aff. au 10e corps.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

M. Canolle, méd. princ. de 2e cl. de réserve.

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

Au Dahomey (en activité hors cadres).

Le méd. aide-maj. de 2e cl. :

M. Blin, en service à l'Institut Pasteur.

A Mayotte (hors cadres)

Le méd. aide-maj. de 1re cl.:

M. Lamoureux, au 21e d'inf.

En France.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Decorse, au 21e d'inf. à Paris.

Vient de paraître

De l'anémie ankylostomiasique des mineurs, par le Dr A. Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine. Paris 1901 Un vol in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. (Librairie Jules Rousset, 1 rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince.)

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

L'ORTHOPÉDIE
DANS LA
PRATIQUE JOURNALIÈRE

Appareil plâtré pour coxalgie (1)

Par MM. P. Desfosses et G. Berruyer

Les chirurgiens qui s'occupent des affections osseuses de l'enfance sont actuellement à peu près d'accord sur les grands points du traitement de la coxalgie : immobiliser l'articulation en bonne attitude et la soustraire au poids du corps.

***

Les *vésicatoires*, les *applications de teinture d'iode*, les *pointes de feu* sont parfaitement inutiles.

Les injections modificatrices d'acide phénique, de glycérine iodoformée, de chlorure de zinc, etc., qui donnent de si bons résultats pour les tumeurs blanches des autres articulations, comptent bien peu de partisans lorsqu'il s'agit de coxo-tuberculose. On ne peut espérer atteindre à l'aveugle un foyer tuberculeux profondément enfoui sous des masses musculaires épaisses.

La résection précoce a de trop sérieux inconvénients pour ne point avoir été abandonnée par ses promoteurs eux-mêmes.

Les appareils spéciaux que Le Fort, Hoffa, Hessing, Thomas firent construire pour assurer l'immobilisation de la hanche, tout en permettant la marche, n'entrent pas dans la catégorie des moyens thérapeutiques à la portée de tous; ces appareils ne sont, du reste, nullement supérieurs à l'appareil plâtré.

Ce qu'on doit chercher à obtenir, c'est de faire disparaître les douleurs et d'assurer au membre atteint pendant toute la durée de la maladie, une position correcte. Or, sauf l'appareil plâtré, les procédés d'immobilisation encore employés aujourd'hui (gouttière de Bonnet, extension continue), ne remplissent pas ces conditions.

Bonnet, de Lyon, avait posé le principe du traitement de la coxalgie : l'immobilisation de la jointure dans une bonne position. *La gouttière* qui porte son nom fut même, à un moment, le meilleur appareil pour assurer cette immobilisation.

Toutefois, la gouttière de Bonnet a le grand inconvénient d'être dispendieuse, d'un transport difficile et surtout de n'assurer ni l'immobilité parfaite, ni le redressement absolu. Aussi son emploi ne saurait être recommandé; la fausse sécurité qu'elle donne étant très préjudiciable au malade.

L'extension continue, préconisée par nombre de chirurgiens, amène une cessation rapide des douleurs et répond à la grande indication de mettre le membre dans une bonne position en faisant disparaître la contracture musculaire. Mais nous ne saurions trop insister sur la grande difficulté qu'on éprouve pour la *bien appliquer* et pour surveiller *son application*. Mal surveillé l'appareil à extension le mieux appliqué ne tarde pas à ne plus remplir son office et le membre malade reprend sa position vicieuse. D'autre part, l'appareil à extension continue exige le séjour au lit, ne permet pas les promenades au grand air, à la pleine lumière solaire qui constituent un adjuvant si précieux à la thérapeutique de la coxalgie.

L'appareil plâtré, au contraire, permet de sortir l'enfant tout en s'opposant au moindre changement dans la position du membre atteint, c'est là un de ses avantages principaux.

***

APPLICATION DE L'APPAREIL PLATRÉ

Objets nécessaires.— Pour appliquer cet appareil, il faut, comme pour tous les appareils plâtrés orthopédiques, se procurer un maillot en tricot de coton, des bandes plâtrées, on y joindra un *appui-tête* (on peut improviser un appui-tête avec une boîte de bois, une pile de livres, un coussin dur), un *pelvi-support* d'une minceur telle qu'on puisse le retirer lorsqu'on aura enroulé des bandes plâtrées par dessus lui. Le pelvi support de Lorenz qui s'applique sur n'importe quelle table nous paraît être le meilleur. Certains chirurgiens interposent dans l'épaisseur de leur appareil plâtré des *lamelles de bois de placage* ou des *minces lames de fer blanc perforées*; l'emploi de ces lamelles est loin d'être indispensable.

Manœuvre de redressement. — Un membre inférieur atteint de coxalgie se place très souvent, dès le début de l'affection, dans une attitude vicieuse. L'application du grand appareil plâtré doit donc, presque toujours, être précédée de manœuvres de redressement et généralement ces manœuvres ne sont possibles que si on a recours à l'anesthésie générale par le chloroforme ou par l'éther.

L'enfant, baigné, lavé, endormi, est placé sur la table d'opération de façon que ses membres inférieurs dépassent l'extrémité de la table. Un aide fixe le bassin sur le plan de la table en maintenant les deux os iliaques. Le chirurgien saisit la cuisse de l'enfant avec les deux mains, au-dessus des condyles fémoraux pour éviter de décoller l'épiphyse inférieure pendant les manœuvres de redressement. Il fait alors exécuter au membre des mouvements alternatifs d'abduction et d'adduction en tâchant surtout de déterminer de l'abduction et de l'hyperextension. En même temps le chirurgien tire fortement sur le fémur. Ces mouvements doivent être faits sans brusquerie afin d'éviter de produire une fracture du fémur.

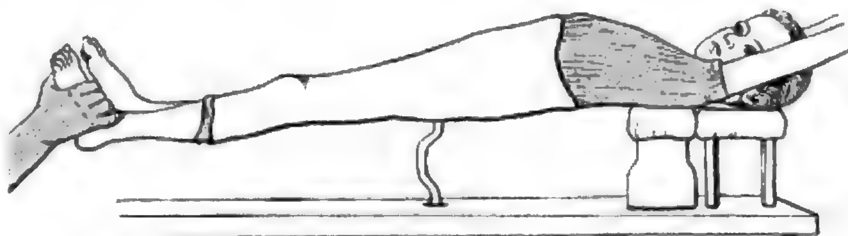


Fig. 1. — Manière de confectionner l'appareil. Position de l'enfant.

Lorsque l'articulation est suffisamment assouplie, on munit l'enfant de son maillot qui doit remonter jusqu'à l'appendice xyphoïde et descendre jusqu'au pied. On place ensuite l'enfant de la façon suivante : la tête et les épaules reposent sur l'appui-tête, le bassin repose, par la partie inférieure du sacrum, sur le pelvi-support fixé au bord de la table.

Un aide maintient la partie supérieure du tronc dans la rectitude, en tenant l'enfant sous les bras. Un autre immobilise le bassin et un troisième tient les jambes de l'enfant en lui faisant face.

Le chirurgien doit surveiller très exactement ces aides, car il est essentiel que l'enfant reste absolument immobilisé dans la position donnée. Ducroquet, Calot ont inventé des appareils à extension avec pelvi-support qui permettent de fixer l'enfant d'une fa-

(1) V. *Bulletin médical*, 1904, n° 51, p. 597, n° 57, p. 660.

çon parfaite. Ces appareils présentent de grands avantages, néanmoins ils ne sont pas indispensables pour la confection d'un excellent appareil plâtré.

Pour que le membre soit en bonne position, il faut que la jambe soit en extension sur la cuisse et la cuisse en extension complète sur le bassin. Toute ensellure lombaire doit avoir disparu. Comme dans la coxalgie le membre inférieur a une tendance à se mettre en adduction et en rotation interne, il est préférable de le placer en abduction, mais en évitant d'exagérer cette attitude.

Application de l'appareil. — Pendant ces préparatifs, les bandes plâtrées ont été mises à tremper dans l'eau. Pour un enfant de dix à douze ans, il faut environ 10 à 12 bandes de 4 mètres de long sur 10 centimètres de largeur.

Le chirurgien, se plaçant du côté de la hanche malade, enroule alors les bandes plâtrées autour du tronc et de la cuisse sans serrer aucunement, on commence par le tronc, on passe en spica sur la hanche, on descend sur la cuisse, le genou, jusqu'à la cheville. Dans cet enroulement, il faut avoir soin, dès qu'on est sur une partie conique, de faire des renversés, comme nous avons indiqué dans un précédent article. L'aide qui maintient les jambes, chaque fois qu'il en est besoin pour l'enroulement de la bande, écarte la jambe du côté sain en tenant toujours immobile et en rectitude la jambe du côté malade. La partie de l'appareil qui doit être le plus solide est la région de la hanche; il ne faut pas craindre, pendant l'application, d'empiéter sur la région génitale, on en sera quitte pour dégager cette région en coupant le plâtre après dessication. Pendant qu'on enroule les bandes, et surtout dès que cet enroulement est terminé, on a soin de bien modeler le plâtre sur les parties qu'il recouvre; on veillera surtout à bien mouler les crêtes iliaques en déterminant une dépression au-dessus des crêtes et une dépression au-dessous, sur la fosse iliaque externe, le bassin, les condyles fémoraux, la rotule. Ce moulage, ce modelage se fait avec le creux de la main, avec la paume; c'est un tour de main essentiel à attraper pour tous ceux qui s'occupent quelque peu de chirurgie orthopédique.

Quand ce modelage est bien fait au niveau du genou, il n'est pas nécessaire de comprendre le pied dans l'appareil plâtré, on pourra s'arrêter au-dessous du mollet; mais si le genou est arrondi, sans relief, s'il se prête mal au modelage, il est essentiel de plâtrer également le pied pour s'opposer aux mouvements de rotation externe.

Ce modelage sera continué pendant tout le temps que le plâtre mettra à sécher, temps qui généralement ne dépasse pas cinq à dix minutes. Dès que se sera produite l'élévation de température qui indique la *prise* du plâtre, on descend l'enfant du pelvi-support, on régularise les contours de l'appareil avec un bistouri, on échancre légèrement l'appareil au niveau des organes génitaux. Si l'appareil est bien modelé sur le bassin, on peut sans inconvénient échancrer largement l'appareil au niveau de l'abdomen et ne pas le faire remonter sur la partie antérieure du thorax; la respiration, de cette façon, sera plus libre.

La partie du tricot qui dépasse le plâtre sera rabattue sur le plâtre, il faut avoir soin de ne pas couper ce tricot en régularisant les contours, car le tricot s'oppose beaucoup à ce que le rebord du plâtre soit coupant.

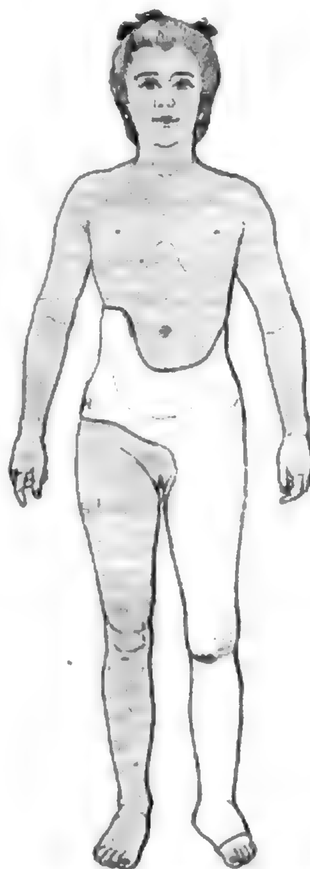


Fig. 2. — Appareil pour coxalgie terminé.

***

SOINS CONSÉCUTIFS

Les soins que nécessitent les appareils plâtrés sont d'ordinaire très simples, beaucoup plus simples que ceux qu'exigent les appareils à extension continue.

Loin d'être une gêne, comme l'appareil à extension continue, l'appareil plâtré rend pour le petit coxalgique les mouvements beaucoup plus faciles en supprimant toute douleur. L'enfant redevenu gai, mange de bon appétit, chaque jour il sera promené au grand air dans une petite voiture, exposé à la lumière dans un jardin ou sur une plage.

Les parents, chaque jour, le médecin de temps à autre, devront surveiller le plâtre, examiner si l'appareil ne blesse pas. L'attention devra porter surtout sur la région inguinale du côté opposé à la lésion et sur la région vertébrale, d'une façon générale sur toutes les saillies osseuses.

S'il s'agit d'un petit enfant, la mère ou l'infirmière prendra de grandes précautions pour éviter que l'urine ou les matières fécales ne viennent souiller le plâtre.

Si on n'a pas pris le pied dans l'appareil on aura soin d'enrouler une bande de crepon Velpeau.

***

DURÉE DU PORT DE L'APPAREIL PLATRÉ

L'appareil plâtré sera changé toutes les fois qu'il sera nécessaire. Si le premier appareil a été bien appliqué, il n'y aura pas de redressement à faire et l'application du deuxième appareil sera très simplifiée.

Généralement on doit changer l'appareil, devenu trop petit, tous les deux ou trois mois.

Il est impossible de préciser l'époque où l'enfant pourra être débarrassé définitivement de son appareil. Il ne faut jamais compter moins d'un an et demi ou deux ans, même dans les cas favorables.

Cette idée de la longueur du traitement doit être inculquée dès le début aux parents qui appellent trop souvent de leurs vœux le moment où leur enfant sera rendu à la vie normale.

FAITS CLINIQUES

Plaie de l'œil droit par arme à feu. Perte de la vision des deux yeux

Par le Dr Delahaye

Médecin des hôpitaux de Toulon

Cette intéressante observation a été recueillie par nous, dans le service de nos confrères les Drs Daspres et Bertholet.

Il s'agit d'un nommé Delfini, âgé de dix neuf ans, entré à l'hôpital civil de

Toulon, le 26 décembre 1903, à 11 heures du soir, atteint de plaie par arme à feu (revolver dit Lebel, calibre 6 mm). L'interne de garde constate une plaie contuse de 7 à 8 millimètres, siégeant sous le tiers interne de la paupière inférieure droite, et une autre de même dimension sur la sclérotique, en un point situé au même niveau que la première. L'hémorragie, au dire des assistants et d'après le sang répandu sur les vêtements du blessé, ne paraît pas avoir été abondante. Le blessé ne répond pas aux questions qu'on lui pose et paraît être indifférent à ce qui se passe autour de lui. Néanmoins, son pouls est bon, sa respiration normale. On se contente d'appliquer un pansement occlusif sur l'œil blessé, on administre une pilule de 0,05 centigr. d'opium.

Le lendemain matin, l'état du blessé n'a pas empiré; il est toujours dans le coma, sa température est de 37,4, son pouls bon, plein, bat à 70. Le chirurgien en chef fait enlever l'appareil appliqué dans la nuit et constate, en plus des lésions déjà relevées, une hyperémie généralisée de la conjonctive. Le malade pousse des cris plaintifs pendant le pansement. En examinant de plus près le blessé, on remarque quelques caillots sanguins dans la narine droite et une ecchymose sous-conjonctivale de l'œil gauche. La pupille de l'œil gauche est fixe et dilatée, ne réagit pas à la lumière. On constate des taches ecchymotiques sur la luette et le voile du palais. Ni contracture, ni paralysie dans les membres supérieurs ou inférieurs. Tous ces phénomènes laissent supposer que l'on est en présence d'une plaie pénétrante du crâne. La tête du malade est complètement rasée; rien d'anormal n'apparaît à l'inspection, si ce n'est une petite plaie (1 centimètre) siégeant en un point correspondant à l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche. Pansement occlusif des deux yeux et collyre à l'ésérine.

Le malade se maintient ainsi pendant quelques jours, toujours dans le même état comateux, s'alimentant de quelques gorgées de lait qu'on lui fait prendre avec peine. On constate une légère suppuration de l'œil droit, le malade ne pouvant supporter le plus léger pansement.

Le 2 janvier 1904, la famille du blessé apporte une balle trouvée sur les lieux de l'accident et correspondant au calibre du revolver. Le chirurgien en chef établissant alors une relation entre ce fait et la plaie du cuir chevelu constatée lors de son premier examen, décide une intervention tout au moins exploratrice.

Opération. — On fait une incision de 8 à 10 centimètres, partant du niveau de la suture fronto-pariétale gauche, allant jusqu'à 3 ou 4 centimètres en avant de la suture pariéto-occipitale et située à 4 centimètres au-dessus de l'oreille. Rien d'anormal dans les tissus du cuir chevelu, si ce n'est une légère infiltration sanguine sans importance, à la hauteur de la petite plaie mentionnée plus haut. Le pariétal présente une perte de substance semblant faite à l'emporte pièce et ayant une circonférence de 7 à 8 millimètres de diamètre. Cette brèche est agrandie prudemment par quelques coups de ciseau; quelques caillots de sang, que l'on peut évaluer à 30 ou 40 gr. s'en échappent; on trouve même la bourre de la cartouche. Drainage, suture et pansement de la plaie opératoire, dont l'évolution se fait normalement, puisque au premier pansement, c'est-à-dire huit jours après, on constatait une réunion par première intention. A dater de cette intervention, l'état du malade, jusque-là stationnaire, s'améliore de jour en jour; son alimentation devient plus aisée. Il commence à répondre aux questions qu'on lui pose; la mémoire revient peu à peu; l'incohérence de ses paroles et de son idéation disparaît, de telle sorte que quinze jours après son entrée à l'hôpital, on peut dire qu'il avait retrouvé toutes ses facultés intellectuelles. Mais, malheureusement, la vision des deux yeux semble être perdue. « Depuis le jour où l'on me menait à une pharmacie, dit le blessé, je n'ai plus vu la lumière. »

Aujourd'hui, le 28 février 1904, deux mois après l'accident, la plaie opératoire est complètement cicatrisée; celle de la paupière inférieure droite n'est plus apparente; on peut voir, sur la sclérotique de l'*œil droit*, une petite cicatrice rétractile répondant à l'orifice d'entrée de la balle. La cornée est dépolie et présente une taie occupant toute sa position interne et inférieure. L'iris est complètement déformé, adhérent à la cornée dans toute sa partie inférieure. *L'œil droit* possède tous ses mouvements en haut, en bas, à gauche et à droite.

Quant à l'*œil gauche*, privé aussi de la vision, il apparaît normal à la simple inspection, présentant seulement un léger ptosis ayant des tendances à s'améliorer. Le réflexe pupillaire est aboli.

Voici, du reste, la note que M. le Dr Opin, oculiste, a bien voulu nous remettre, après avoir examiné à l'ophtalmoscope les yeux du blessé.

« L'œil droit est en voie d'atrophie. Il existe une dialyse de l'iris en sa partie inférieure. On constate à ce niveau, à la partie inférieure du globe, une petite dépression cicatricielle. Perte de la vue du côté droit. Il y a eu, évidemment, une atrophie du globe, consécutive à une plaie du corps ciliaire produite par la balle de revolver.

« Du côté gauche, on constate une mydriase moyenne de la pupille, qui ne réagit ni à la lumière ni à l'accommodation; une parésie des muscles droit interne et droit inférieur; les mouvements d'élévation et d'abduction sont conservés.

« Pas de perception lumineuse. A l'ophtalmoscope on trouve une décoloration uniforme de la papille.

« Comment s'expliquer ces accidents ?

« Il ne peut être question d'une section du chiasma par la balle; on aurait aussi, dans ces conditions, des lésions du sinus caverneux qui ne sont guère compatibles avec l'histoire clinique du malade.

« Il est probable que la balle, après avoir intéressé la partie inférieure du globe oculaire droit et amené son atrophie, a cheminé presque transversalement et traversé l'orbite gauche en sa partie postérieure.

« En effet, on s'explique ainsi qu'elle ait sectionné le nerf optique gauche et intéressé la branche inférieure du moteur oculaire commun.

« On pourrait se demander s'il n'y a pas eu atrophie du nerf optique par suite d'épanchement sanguin dans sa gaine au niveau de sa portion canaliculaire, mais il faut remarquer que la vision du côté gauche a été abolie dès le lendemain du traumatisme. Cela ne peut donc s'expliquer que par suite d'une section du nerf par la balle. Les atrophies traumatiques d'origine canaliculaire n'amènent la perte de la vision que un mois environ après l'accident.

« D'ailleurs, des observations analogues ont été publiées. (Voir Brissaud, « Cliniques sur les maladies du système nerveux », 1895, page 390).

« Ajoutons qu'il n'y a pas de troubles dans la zone du trijumeau.

« En résumé, atrophie du globe oculaire droit par traumatisme direct. Atrophie optique gauche par section du nerf et parésie traumatique de certains muscles innervés par la 3e paire.

« La mydriase observée du côté gauche doit être mise sur le compte de l'atrophie optique, plutôt que sur celui des lésions existant au niveau de la 3e paire. »

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1er au 7 août inclus.

(*Suite*)

Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais

Les malades ayant présenté, au cours du délire aigu pyrétique, des troubles gastro-intestinaux analogues à ceux de la fièvre typhoïde, MM. **Doutrebente** et **Marchand** ont eu l'idée de faire l'application du traitement de la fièvre typhoïde en donnant à leurs malades des bains de 28° pendant un quart d'heure, au nombre de six par jour; ils ont adopté le régime lacté absolu et des purgatifs salins répétés à petites doses.

Le résultat très favorable obtenu par ce mode de traitement a engagé ces auteurs à en faire la publication.

Puérilisme démentiel sénile

M. E. Dupré (Paris) montre le dessin, d'après nature, d'une vieille démente du

service de M. Brissaud, gâteuse depuis six mois, et qui, à la suite d'un léger ictus apoplectique, présenta une hémiparésie gauche transitoire et surtout le syndrome décrit par l'auteur sous le nom de puérilisme sous la forme la plus typique. L'observation d'un puérilisme démentiel vient s'opposer aux cas, constatés jusqu'ici, de puérilisme toxique ou hystérique, aigus et transitoires.

Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née

MM. Taty et Giraud (Lyon) présentent les résultats de l'examen, fait au laboratoire de M. le prof. Pierret, du cerveau et du cervelet d'une jeune idiote de quatorze ans, aveugle par suite d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, avec lésions plus graves de l'œil gauche et des voies optiques gauches, morte de tuberculose dans le service du Dr Viallon.

L'examen nécropsique des yeux, fait par M. le Dr Louis Dor, a montré l'existence d'un double leucome avec disparition de la rétine et du cristallin à gauche. Dans le cerveau, les lésions cellulaires (disparition d'un très grand nombre d'éléments, avec atrophie des éléments survivants) sont étendues aux deux hémisphères, avec un maximum dans les lobes occipitaux et le pôle frontal. Elles vont en décroissant dans le pli courbe, les circonvolutions rolandiques et les lobes temporaux. La destruction des éléments cellulaires est *totale* dans les deux scissures calcarines et les deux lèvres de ces scissures. La vérification des opinions de Herschen est donc possible, même dans les cerveaux atteints d'une lésion généralisée.

Le cervelet est également atteint dans toutes ses parties. Les lésions y ont le même caractère (destruction d'un très grand nombre d'éléments, atrophie des survivants). Il a semblé aux auteurs que ces altérations sont prédominantes dans le flocculus gauche, fait en rapport avec les constatations du Dr L. Dor sur l'atrophie des flocculus chez les lapins qui ont subi une énucléation.

Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne

M. Coulonjou (Alençon) rappelle les constatations antérieures de divers auteurs, qui tendent à faire de la paralysie générale une maladie des peuples civilisés.

La statistique des paralysies générales de l'asile d'Alençon comparée aux statistiques de la plupart des asiles français donne 2 % au lieu de 15 à 30 %.

Or, la syphilis et l'alcoolisme existent dans l'Orne, au même degré que partout ailleurs. Au contraire, il est un fait bien établi, c'est que dans la Basse-Normandie, la culture intellectuelle est fort en retard, si on la compare aux autres régions. Ce fait semble venir confirmer la théorie si rationnelle, qui fait, de la paralysie générale, une affection due surtout à l'*usure* cérébrale, les autres causes étant seulement occasionnelles.

M. Régis fait remarquer que les partisans de l'influence de la syphilisation dans l'étiologie de la paralysie générale n'ont jamais songé à nier l'influence de la civilisation.

M. Cullerre (La Roche-sur-Yon) observe que sur 600 aliénés il n'a pas plus de 10 paralytiques généraux, tous marins, militaires ou prostituées. La rareté de la paralysie générale n'a rien de spécial au département de l'Orne. C'est le cas de tous les asiles éloignés des agglomérations urbaines.

M. Lalanne (Bordeaux) croit que l'influence de la syphilis et de l'alcoolisme l'emporte de beaucoup sur celle de l'usure cérébrale dont a parlé M. Coulonjou.

M. Brissaud rappelle que ni M. Matignon, ni M. Jeanselme n'ont trouvé de paralysie générale chez les nombreux syphilitiques qu'ils ont observés soit en Chine, soit en Indo-Chine.

Forme clinique des tics unilatéraux de la face

M. Cruchet (Bordeaux). — Les tics unilatéraux de la face peuvent se grouper sous trois grands ordres étiologiques principaux suivant qu'ils sont :

a) D'ordre réflexe douloureux ou non douloureux ;

b) D'ordre organique paralytique ou non paralytique;

c) D'ordre professionnel.

L'auteur étudie successivement les cinq formes cliniques de ces tics unilatéraux et montre qu'à chacune d'elles correspondent des signes particuliers qui permettent d'en faire le diagnostic.

M. H. Meige (Paris). — Il me paraît tout à fait regrettable que l'on continue à refuser au *tic* l'individualité clinique et pathogénique que M. Brissaud s'est efforcé de préciser. En dehors de toute question de mots, les faits commandent vraiment de distinguer les tics, phénomènes convulsifs intimement liés à une perturbation des fonctions psychiques avec les autres phénomènes convulsifs résultant d'une irritation accidentelle des centres ou des conducteurs nerveux. Des différences *cliniques, objectives*, justifient cette distinction. L'étiologie, la pathogénie, la thérapeutique même la confirment.

Je me refuse de plus en plus à suivre M. Cruchet dans sa conception des tics, aujourd'hui surtout où je le vois appliquer ce terme, non seulement aux phénomènes convulsifs que nous qualifions de *spasmes*, mais aussi à ces *spasmes faciaux* consécutifs aux *paralysies faciales*, mais encore aux crampes fonctionnelles et professionnelles. Je suis loin de méconnaître les liens de parenté qui unissent entre eux tous ces accidents. Mais, quelle que soit ma partialité pour les tics, je crois que pour arriver à bien les connaître, nous devons, non pas élargir à l'infini leur domaine, mais nous efforcer, au contraire, d'en préciser les limites.

M. Brissaud. — La langue scientifique progresse en opérant par restrictions successives du sens des mots. M. Cruchet procède par voie de généralisation. Et, pour ce qui est de la théorie dont il se fait le défenseur, nous en sommes encore à attendre les preuves sur lesquelles il s'appuie. Pour ma part, je ne puis admettre que la divergence de vues qui existe entre M. Pitres, M. Cruchet et nous se prolonge lontemps. A tout prix il faut arriver à nous entendre.

Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses

M. A. Cullerre (La Roche-sur-Yon). — Dans les psychoses confusionnelles et stuporeuses, on observe couramment des phénomènes musculaires spasmodiques, raideurs, contractures, attitudes stéréotypées qui, dans un petit nombre de cas, peuvent, à la longue, entraîner dans les muscles intéressés des troubles trophiques plus ou moins graves, rétractions tendineuses et atrophies musculaires. Quatre observations détaillées en fournissent des exemples variés.

Ces contractures et ces atrophies musculaires, chez les stupides et les déments, habituellement curables, mais pouvant, dans quelques cas, devenir définitives, rappellent l'atrophie musculaire des paralysies hystériques (Charcot, Babinski) et peut-être plus encore celle que l'on observe à la suite de certains spasmes professionnels, où l'on voit certains muscles inutilisés pour le travail à accomplir mais néanmoins maintenus fortement fléchis en permanence, devenir peu à peu le siège d'atrophie et d'une rétraction définitive (Brissaud).

Il s'agit, en somme, dans ces cas divers mais analogues, d'une véritable maladie de Dupuytren dont la cause, au lieu d'être la conséquence d'une sorte de traumatisme externe, est constituée par une irritation permanente exclusivement *intérieure*.

M. Brissaud insiste sur l'intérêt des observations de M. Cullerre : les attitudes stéréotypées de beaucoup de déments relèvent d'une cause corticale, avec peut-être une répercussion spinale.

M. H. Meige se demande si cette étiologie corticale ne comporterait pas une sanction thérapeutique par la discipline psycho-motrice.

M. Mabille (La Rochelle) a observé également un cas de contracture chez une démente précoce.

M. Denis rappelle que tous ces troubles (atrophies musculaires, rétractions, contractures, etc.) ont été notés par Kahlbaum dès 1874. C'est précisément la prédominance des désordres musculaires qui lui permit d'isoler la catatonie en tant qu'entité morbide. Mais Kahlbaum pensait que tous ces phénomènes avaient une origine musculaire; et c'est Kræpelin qui eut le grand mérite d'attribuer une origine corticale à toutes les manifestations du négativisme.

Contracture grippale chez les vieux dements

M. Pailhas (Albi) rapporte plusieurs observations dans lesquelles une infection surajoutée suffit à déterminer des phénomènes semblables à ceux qu'a décrits M. Cullerre.

M. Dupré pense qu'il s'agit là d'un processus méningopathique léger, analogue à celui qui détermine le signe de Kernig ou de Babinski.

Caisse de retraites des médecins des asiles

M. Dubourdieu (de Lesvellec, Morbihan) Pas n'est besoin d'être depuis longtemps dans les asiles pour savoir à quoi s'en tenir sur le sort fait aux médecins aliénistes de ces établissements en ce qui concerne les retraites.

Dans un précédent Congrès, on s'est déjà occupé de cette question et malheureusement aucune solution favorable n'est intervenue soit à cause de notre petit nombre, soit par apathie ou indifférence des intéressés, soit parce qu'elle fut exposée devant une majorité de congressistes n'ayant nul intérêt à la faire aboutir.

Aujourd'hui que la loi sur les aliénés est près de venir en discussion et même en attendant qu'elle y vienne, il serait peut-être bon de reprendre à nouveau ce sujet et de chercher à le solutionner d'une façon pratique. Ce faisant nous revendiquerons simplement le droit qu'a tout fonctionnaire d'avoir une retraite assurée pour ses vieux jours et non plus comme actuellement d'être soumis à des statuts de caisse de retraite où tout n'est qu'aléa, arbitraire et souvent duperie; de sorte qu'on n'est jamais sûr en entrant dans la carrière de jouir en paix plus tard du fruit de son travail et de recevoir la récompense des services si chèrement rendus parfois à la cause de l'humanité et de son pays.

Le Congrès adopte un vœu conforme aux vues exposées par M. Dubourdieu.

Délire de possession par les reptiles, délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse

M. Ch. Miraillé (Nantes) communique :

1° Une observation de délire de grossesse, suivi de délire de zoopathie interne, associé à l'entéro-colite muco-membraneuse, chez une mère de famille de cinquante-trois ans; chaque période d'amélioration de l'entéro-colite amenait une atténuation des idées délirantes;

2° Deux observations de délire de grossesse chez des malades présentant de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Rapprochant ses observations de celles de Bechterew (délire de possession par les reptiles), de Dupré et L. Léri (délire de zoopathie interne), M. Miraillé insiste sur l'importance de l'entéro-colite muco-membraneuse comme point de départ du délire de possession. Les sensations subjectives exactes perçues sont interprétées d'une façon délirante et absurde par une prédisposée. Les mêmes sensations peuvent donner lieu au délire de grossesse. Enfin il existe une relation étiologique intime entre ces deux délires qui peuvent avoir la même origine et même se succéder l'un l'autre Bien entendu ces délires de possession et de grossesse n'apparaissent que chez des prédisposées.

D'autre part, il est probable que d'autres affections abdominales (utérines, ovariques, etc.) pourraient, chez des prédisposées, donner lieu aux mêmes délires.

De quelques considérations sur les psychoses puerpérales

M. L. Picqué (Paris). — Si l'on veut aboutir à des résultats précis au point de vue de la pathogénie des psychoses puerpérales, il faut renoncer à en grouper ensemble toutes les variétés. Lorsqu'on en a distrait les délires tenant à des infections médicales concomitantes et les délires par intoxication, on se trouve en présence de deux variétés de délire post-partum vrai : le délire fébrile et le délire apyrétique.

Aujourd'hui la nature infectieuse de ces délires est parfaitement établie; comme dans les psychoses post opératoires fébriles, l'état infectieux grave constitue la vraie maladie; le délire n'est qu'un élément secondaire et surajouté qui ne peut se produire d'ailleurs que grâce à une prédisposition délirante (dégénérescence mentale).

Le point de départ de l'infection est naturellement l'utérus.

Depuis longtemps M. Picqué pratique l'examen systématique des organes génitaux de la femme.

Par l'intervention il a obtenu quatre guérisons sur quatre (voir thèse Privat).

L'utérus n'est pas toujours le siège de l'infection; il existe parfois des foyers secondaires : articulation tibio-tarsienne (Picqué), rein (Evrot, oreille (Idanoff), méninges (Picqué).

L'étude des psychoses puerpérales fébriles est intéressante au point de vue thérapeutique et social. Les malades qui en sont atteints ne sont pas des aliénés.

Il est incontestable que les malades ne doivent venir à l'asile que si elles peuvent, comme dans les asiles de la Seine, y trouver les ressources chirurgicales. L'expérience du Pavillon de chirurgie prouve qu'elles peuvent y guérir à la fois de l'infection et du délire qui l'accompagne.

Sur la démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires

MM. Marie et M. Viollet (de Villejuif). — Les hallucinations observées chez les délirants chroniques sont parfois unilatérales (perçues par une seule oreille), ou bien elles paraissent provenir toujours d'une même direction. Si ces malades présentent plus tard des troubles moteurs ou sensitifs post-apoplectiques du même côté que celui où se produisent les hallucinations, on peut être amené à ne pas considérer ces faits successifs comme des coïncidences. Nous pensons que les hallucinations sont, dans ces cas, le produit de l'éréthisme vasculaire chez des prédisposés, éréthisme précédant et motivant la lésion circonscrite ultérieure.

A l'appui de nos opinions, nous apportons cinq observations tirées des auteurs et de notre pratique personnelle.

Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale (résultat de l'examen des paralytiques générales de l'asile de Saint-Venant)

MM. Briche, Raviart et Caudron. — Nous avons trouvé des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques générales dans une proportion de 78 %. La majorité de nos malades étaient arrivées à un stade déjà avancé de leur affection, ce qui explique ce pourcentage de beaucoup supérieur à celui trouvé chez les paralytiques généraux à la première période.

Traumatisme et délire alcoolique

M. H. Mabille (Lafond, Charente-Inférieure), rappelant les travaux antérieurs de Dupuytren, Leveillé, Lasègue, Mesnet, Voisin, Magnan, Motet, Peronne, Respaut et Gabriel, relate trois cas *de réveil* de délire alcoolique, deux dus à un choc traumatique physique, l'autre attribué à un choc moral.

Chez les trois malades le délire alcoolique ne s'est développé que plusieurs jours après le trauma et la privation de tout liquide alcoolique. Le troisième cas tout particulièrement s'est produit à la prison de La Rochelle chez un buveur de profession *six jours* après l'incarcération.

Tout en admettant que l'organisme s'accommode à l'agent toxique et que cette accommodation puisse être troublée par une cause physique ou morale qui vient rompre l'équilibre physiologique du buveur toujours *« en puissance d'alcoolisme »*, M. Mabille estime qu'il faut tenir compte plus qu'on ne le fait d'habitude de la *suppression brusque* des boissons alcooliques chez les buveurs de profession.

Il se produirait dans ce cas un phénomène analogue à celui qu'on observe à la suite de la privation brusque de la morphine chez les morphinomanes, parfois même du chloral chez ceux qui en font l'abus.

M. Mabille croit qu'il conviendrait, en aliénation mentale, de ne pas trop négliger ce facteur étiologique tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

(*A suivre*) Pierre Roy.

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

MÉDECINE MILITAIRE

La Commission d'hygiène et d'épidémiologie militaires

Le sentiment de défense ministérielle qui a enfanté « la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires » est si net que dans le monde médico militaire cette Commission est couramment désignée sous le sobriquet de « Para-Clémenceau ». Cette nécessité pour le général André de chercher une arme nouvelle capable de le mettre à l'abri des coups d'un adversaire redouté n'a pas suffi pour désarmer le chroniqueur du *Bulletin général de thérapeutique*, qui a jugé en ces termes le nouvel organisme :

Il vient d'être fait au service de santé militaire une insulte toute gratuite en le soupçonnant incapable de remplir les fonctions qui, normalement, lui incombent. Désormais il passe en tutelle, puisqu'il ne doit figurer qu'au second rang dans la Commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie que le ministre de la Guerre vient d'instituer près de lui. Tout en reconnaissant la haute autorité des Brouardel, des Bouchard, des Chantemesse, des Chauffard, à qui la pré-éminence a été ici donnée, on ne saurait oublier que Colin, que Vallin, que Kelsch, que Vaillard que Laveran, appartenant au cadre actif ou de réserve, sont des hygiénistes et des épidémiologistes de tout premier ordre, dont la valeur est universellement appréciée. Ils font ou ont fait partie du Comité technique de santé institué par la loi précisément pour veiller à tout ce qui touche à la santé de l'armée. Il en résulte que la Commission récemment instituée illégalement est une véritable superfétation que rien ne légitimait. Et c'est au moment où le cadre des médecins militaires va être augmenté de deux inspecteurs généraux qu'on cherche à le discréditer, comme si on pouvait tout se permettre avec lui à la condition de satisfaire l'*arrivisme* de quelques-uns de ses membres. Un peu plus de cohésion, un peu plus de solidarité empêcherait qu'on le traitât avec un tel sans-gêne qu'on ne s'aviserait pas d'avoir avec l'intendance, l'artillerie, le génie, dont les Comités, véritables arches saintes, restent intangibles.

Ce jugement nous a semblé mériter d'être rapproché de la lettre suivante écrite par un confrère qui, pendant un an, a vécu la vraie vie du soldat, et l'a vue sous tous ses aspects.

Monsieur le docteur Noël,

J'ai lu avec le plus grand intérêt votre article intitulé « La Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires », publié dans le *Bulletin médical* du 4 juin.

Dans le numéro précédent (p. 512) vous nous aviez fait savoir que cette Commission était ainsi composée en ce qui concerne l'élément civil :

M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine;

M. Cornil, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France;

M. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine;

M. Chantemesse, membre de l'Académie de médecine;

M. Chauffard, membre de l'Académie de médecine.

J'ai eu l'honneur d'avoir pour maîtres la plupart de ces savants médecins, et en ma qualité de DMP je me réjouis de voir que le choix du ministre s'est porté sur eux. Seulement, s'ils ont en épidémiologie et en hygiène une compétence indéniable, on se demandera peut-être si le milieu militaire leur est bien familier.

C'est que la génération de nos maîtres n'a guère fréquenté la caserne et ne connaît la vie du soldat que par ouï dire; nous qui avons « carapaté sac au dos », nous sommes convaincus que pour parler hygiène militaire il faut avoir vécu dans l'armée.

Aussi il nous semble que parmi les hygiénistes et épidémiologistes distingués qui foisonnent, on devrait choisir — à titres scientifiques égaux — ceux dont les titres militaires l'emportent. De plus, l'énumération de ces titres militaires devrait figurer à l'appui de la nomination, comme la chose se fait pour les décorations.

Si cette idée vous semble mériter d'être signalée à vos lecteurs je vous la livre.

Veuillez agréer, etc.

Nous ne nous faisons pas illusion sur le sort de cette proposition. Il y a bien des chances pour qu'elle soit blackboulée avec l'ensemble réservé à tout ce qui gêne le petit jeu des combinaisons politico-ministérielles.

Dr Noel.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Résultats comparés de la balnéation froide et du pyramidon dans la fièvre typhoïde

Quelle que soit l'excellence des effets des bains froids chez les typhoïsants, il n'en est pas moins vrai que l'application de ce procédé de traitement rencontre souvent, surtout dans la pratique rurale et dans les armées en temps de guerre, des difficultés insurmontables. Aussi la méthode de Brandt n'a-t-elle jamais pu supprimer l'usage des antithermiques chimiques dans nombre de cas de fièvre typhoïde, bien que ces substances médicamenteuses, y compris la plus ancienne d'entre elles, la quinine, fussent susceptibles de produire le collapsus, alors qu'elles sont données à dose vraiment efficace. Or, dans ces derniers temps, deux médicaments, qui seraient exempts du grave inconvénient dont il vient d'être fait mention, ont été préconisés pour le traitement des dothiénentériques : la méta-benzamido-sémicarbazide ou *cryogénine* (v. *Caducée*, 6 août 1904, p. 207) et la diméthyl-amino-antipyrine ou *pyramidon*.

Pour ce qui en est de ce dernier, il a été chaudement recommandé par le professeur Valentini qui en a obtenu les meilleurs résultats chez les typhoïsants de l'hôpital des diaconesses de Danzig, sans jamais avoir noté le moindre signe de collapsus (v. *Bulletin médical*, 29 avril 1903).

Plus récemment, **M. Neisser** (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juillet 1904) a communiqué, dans une séance de la Société médicale de Stettin, les résultats de ces nombreuses observations sur la valeur du pyramidon en tant que médicament antithermique dans la fièvre typhoïde. Ses recherches sont d'autant plus intéressantes qu'elles furent menées de façon à comparer les effets du pyramidon à ceux de la méthode de Brandt. En effet, au cours d'une année, tous les dothiénentériques du service hospitalier de l'auteur étaient répartis en deux groupes, l'un soumis à la balnéation froide, l'autre à l'usage du pyramidon. Le nombre total des fièvres typhoïdes observées pendant ce laps de temps fut de 103, dont 53, traités par le pyramidon, donnèrent une mortalité de 8 (1 angine gangréneuse, 1 angine de Ludwig, 2 hémorragies intestinales, 3 pneumonies et 1 péritonite par perforation), tandis que dans les 50 traités d'après la méthode de Brandt, la mortalité fut de 4 (3 hémorragies intestinales et 1 pneumonie). Dans les cas qui se sont terminés par la guérison, la durée de la maladie et la fréquence des complications ont été exactement les mêmes chez les malades soumis aux bains froids, comme chez ceux qui prenaient le pyramidon.

Ce dernier était administré, suivant l'exemple de M. Valentin, toutes les deux heures, par prises de 0 gr. 20 à 0 gr. 30, de façon que les malades puissent demeurer afébriles pendant toute la durée de l'affection. Cette médication provoquait parfois des vomissements qui, d'habitude, disparaissaient par la suite. Cependant, chez quatre malades, ils obligèrent de s'abstenir de l'usage du pyramidon. Pour ce qui concerne le collapsus, M. Neisser a pu se convaincre qu'avec le pyramidon il est bien moins fréquent qu'avec les autres médicaments antithermiques, mais qu'on ne l'observe pas moins de temps à autre. C'est ainsi que, chez deux de ses malades, il a vu survenir un collapsus dû, sans aucun doute, au pyramidon, mais qui ne tarda pas à se dissiper. Un troisième cas de collapsus, mortel cette fois, observé par l'auteur, est attribuable à une broncho-pneumonie dont était atteint ce malade. Enfin, dans un quatrième cas, des phénomènes de collapsus, qu'on parvint à enrayer par la respiration artificielle, semblent avoir été liés à la gravité de l'infection typhoïdique elle-même. Il s'agissait ici d'un garçon, âgé de quatorze ans, chez lequel le pyramidon, administré toutes les deux heures, à la dose de 0 gr. 20, supprimait bien la fièvre, mais ne procurait aucune euphorie.

L'auteur estime qu'il serait possible d'éviter ces accidents en adoptant pour règle de mesurer fréquemment la pression artérielle chez les dothiénentériques traités par le pyramidon, alors notam-

ment qu'il s'agit de jeunes garçons.

Comme conclusion générale, l'auteur a trouvé que, dans le traitement de la fièvre typhoïde, le pyramidon n'est ni inférieur, ni supérieur à la méthode de Brandt sur laquelle il présente, toutefois, l'avantage d'une remarquable facilité d'application. En outre, ce médicament, bien manié, procure aux typhoïsants une euphorie que ne saurait leur donner aucun autre traitement, pas même les bains froids. C'est ainsi que les malades, chez lesquels on avait employé alternativement la balnéation froide et le pyramidon, ont toujours préféré ce dernier mode de traitement.

REVUE DE THÈSES

Le thigénol (oléo-sulfonate de sodium), par le Dr Léopold Rousseau. (Paris, Arnold Muller, 1901.)

Le but de la thèse de M. Rousseau est de nous faire connaître un médicament nouveau : le thigénol, sur lequel il n'y a eu, jusqu'à présent, que des notes éparses dans les publications médicales, tant françaises qu'étrangères. M. Rousseau étudie d'abord le thigénol dans sa composition chimique, puis dans ses applications en dermatologie, vénéréologie et, enfin, en un chapitre spécial, dans son emploi en gynécologie.

Le thigénol est un oléo-sulfonate de sodium provenant de la réduction de l'acide sulfurique par l'huile d'amandes douces; il se présente sous l'aspect d'une huile épaisse, brun-rougeâtre, sans caractéristique particulière. Ses propriétés antiphlogistiques et calmantes, sa valeur comme antiseptique en font un médicament de choix dans l'eczéma, l'acné, la séborrhée, le chancre mou, les otites purulentes.

Mais c'est surtout dans les affections courantes de petite gynécologie que, par ses vertus analgésiantes, le thigénol s'est montré un médicament remarquable. C'est sur cette action en gynécologie que porte spécialement la thèse dont nous ne donnons ici qu'une très courte analyse, cette étude est accompagnée de nombreuses observations.

D.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE

NOMINATIONS

Ont été promus dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de méd.-princ. de 2e cl. de l'armée territoriale

Les méd.-maj. de 1re cl. :

MM. Florance, Cordier, Gaulard, Baudry, Kablé, Denucé.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. de l'armée territoriale

Les méd.-maj. de 2e cl. :

MM. Pascal, Durand, Stagienski de Holub, Montano, Destrem, Labat, Bouchon, Mejasson, Rivals, Arnaud, Ribard, Grellière, Morisset, Bienvenot, d'Astros, Roger, Bélugou, Durand-Fardel, Deffis, Blanc, Ducloux, Schnell, Reff, Turgard, Delfosse, Jacquelin, Boy, Gaube, Péradon, Lécuyé, Duvernoy, Therre, Pousson, Compagnon, Bruncher, Rogée, Chapuis, Brault, Charrin.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de réserve

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

MM. Blusson, Pradet, Lacoste, Beaujeu, Lauth, Cristofini, Benoit, Gaudier.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de l'armée territoriale

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

MM. Poirson, Armaignac, Hennocque, Franceschi, Mulette, Belous, Baïssas, Hamon, Masson, Leuillieux, de Brou de Laurière, Lefebvre, Petit, Mordret, Barbaud, Maqué, Bidot, Ralin, Henne, Doyon, Adenot.

Au grade de méd. aide-major de 1re cl. de réserve.

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

MM. Caylus, Lassime, Salmon, Lacaze, Guibert, Garcin, Giocanti, Sassy, Dallas, Gagé, Gallini, Racine, Revel, Angelvin, Condamin, Brenans, Roux, Gagey, Aunis, Cazalas, César, Mével, Vidal, Henri, Vergues, Michel, Magnan, Deck, Gruel, Larroux, Leblanc, Cournet, Rouanet, Pelletier, Hodée, Huot, Floch, Bottiau, Gourdet, Bedos, Jay, Maurin, Baigue, Ducerf, Saleur, Redhon, Baumelou, Triger, Aubineau, Baudin, Grouhel, Laugier, Roche, Servas, Scherb, Rable, Nové Josserand, Audoucet, Ringot, Barbier, Privat, Salvage, Perdereau, Lairé, Julhiet, Fragnaud, Houssaye, Cogrel, Blazy, Latour, Combret, Flammarion, Gauchet, Herlemont, Jacquemet, Malzac, Hanus, Levillain, Poulet, Royer, Lelilliàtre, Fargues, Evrot, Meneière, Rouger, Favre, Delgrange, Paquet, Briend, Thubert, Rochier, De Combes, Viguès, Bellin, Faurichon-Mesplier, Farabeuf, Roger, Labatt de Lambert, Bourlier, Laurent, Henry, Brieu, Nimier, Morillon, Canceill, Koziell, Lochon, Guinet, Aimé, Crenal, Thouvenet, Bloch, Grangier, Cairel, Bories, Legendre, Ramond, Maffre, Caminade, Destribats, Bouveyron, Baudrand, Monnot, Baderot, Murat, Delguel, Varnier, Louvrier, Willemin, Tocheport, Barbier, Guizol, Yardin, Bise, Coulmont, Cournol, Hennecart, Granval, Mimin, Picard, Meynard, Philouze, Biard, Carlet, Raoust, Clavey, Vaissier, Guérin, Gérardin, Bonvarlet, Dassonville, Boucher, Blivet, Dupretz, Breton, Frère, Lecointre, Mouthon, Lepelletier, Potel, Cola, Saussol, Leblanc, Monbernard, Verger, Fuster, Contal, Mahon, Deschcemacker, Pavie, Bourgain, Carayon, Caillard, Labaume, Painblan, Machtou, Planque, Devauchelle, Bergeret, Sallé, Cazin, Izac, Rapp, Lestrade, Davet, Girma, Carpanetti, Combe, Jacob, Dupré-Lefebvre, Dimoux-Dime, Pissavy, Thevenin, Quidet, Thadée, Thébault, Guedj, Dunis, Castan, Moitessier, André, de Boucaud, Gaymard, Ardin-Delteil, Decoopmann, Ganault, Leplat, Raimond, Huyghe, Pinault, Fontoynont, Douriez, Mathieu, Flament, Druon, Joubert, Wegbecker, Tuefferd, Morfaux, Boué, Lecacheur, Ruais, Henriet, Vial, Lacrosaz, Cury, Verhaeghe, Coulonjou, Debary, Ombrédanne, Gatian de Clerambault, Bailey, Besson, Cunéo, Herbet, Spilmann, Herrenschmitt, Dubois, Baroyer, Cluzet, Sarraute, Andérodias, Rosenthal, Guibé, Buy, Bournoville, Gentès, Brodu, Ribent.

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl. de l'armée territoriale

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

MM. Prouff, Pauvert, Lacambre, Cabiran, Simoneau, Fombarlet, Giustiniani, Gourréjou, Levi, Carette, Chabert, Branchu, Colombe, Bellan, Barral, Béraud, Bernard, Dubromelle, Truffet, Sanyas, Porchaire, Capdeville, Foissac, de Langenhagen, Pinel Maisonneuve, Buchin, Jullian, Casimir, Adoul, Perrier, Arviset, Barrault, Delattre, Daubin, Pailhas, Chabaud, Moulinié, Beaudonnet, Morisse, Breuils, Rebory, Boisvert, Sourdrille, Bobinet, Bertrand, Comet, Goumy, Degail, Cornet, Rougier, Chaleix, Deney, Chauvet, Michel, Molinié, Aymès, Muller, Provost, Gassiole, Hanotte, Benoist, Mathieu, Adam de Beaumais, Valentin, Conil, Epron, Chaigneau, Oiry, Giraud, Borde, Bassin, Petitpierre, Poirrier, Gendron, Morard, Helme, Bouisson, Vignard, Marqueyrol, Durand, Lenchantin de Gubernatis, Bouchinet, Coulomb, Duchaine, Chevandier, Grémaud, Ducourtioux, Evrard, Chaillous, Mathieu, Retrouvey, Guibert, Sicre, Teillard-Chabrier, Catrou, Chaussende, Nicolle, Lazard, Dechy, Crouzat, Batuaud, Aubert, Glanchard, Saint-Cyr, Verrié, Mandroux, Luyt, Roques, Bitterlin, Cartier, Gourmaud, Voyer, Odin, Daniel, Marchais, Even, Barlerin, Gresset, Desché, Du Bouays de Couësbouc, Moreau, Camus, Mourlot, Chevallier, Mallet, Dorel, Le Joubioux, Tulasne, Teyssèdre, Gontard, Ollier de Vergèze, Roy, Lefebvre, Fruchaud, Faucillon, Roux, Luzet, Adam, Galard, Cousin, Huguenin, Mantelin, Vabre, Ambialet, Vivier, Hamaïde, Loisel, Delbecq, Bécue, Castaneda de Campos, Bertillon, Larroussinie, Pannetier, Lionnet, Vaissade, Duprat, Callen, Semet, Villequey, Girel, Bernheim, Bridier, Bezou, Desuet, Leblond, Delalande, Bachelier, Dayot, Renaud, Girard, Châtelot, Houdaille, Martin, Estradère, Vidal, Baraton, Gestat, Castets, Larsonneur, Mougeot, Pingat, Montaigne, Orrillard, Vernhes, Lefebvre, Boularan, Casassus, Leblois, Castueil, Gobillot, Trouillard, Charnaux, Gasnier, Rochette, Barbellion, Guepin, Boutin, Delaroche, Le Stunf, Benoit, Léonard, Bricage, Gallot, Fischer, Labrunie, Nourigat, Verin, Cornet, Franchomme, Celles, Havez, Dudefoy, Denis, Gand, Mizon, Truchon, Grasset, Mouflier, Tondeur, Marion, Mennessier, Kortz, Perivier, Bridiers de Villemor, Coursier, Brion, Charlot, Bon, Horay, Chéreau, Aragon, Tiollier, Bruguerolle, Sabatier, Vienne, Guérard, Delacour, Letoux, Laurent, Souesme, Thibaut, Bouly de Lesdais, Carra, Courdoux, Torchut, Lecocq, Moreau, Beaudonnet, Texier, Lacaze, Sinègre, Bernis, Leloutre, Eymonnet, Poumeau, Richard, Glorget, Joyeux, Gay, Chaminade, Marsat, Bernard, Dufour, Bressel, Collet, Danger, Daumy, Sorel, Dacheux, Musin, Tacquet, Roux, Daillet, Lafitte, Ducellier, Brandès, Gibaud, Gachon, Tholance, Girerd, Thielemans, Fabre, Gouez, Vannier, Cocheril, Grépin, Vadon, Waynbaum, Vialloux, Feuchère, Lamaud, Javey, Narodetzki, Gotteland, Roy, Bertrand, Critzmann, Millon, Audignon, Brunet, Grandclément, Bouchère, Doloya, Quelmé, Lapeyre, Quincieu, Baudriller, Champenier, Agier, Buquin, Fiquet, Roché, Ranglaret, Maugard, Reverseau, Forget, Tisserand, Sauvez, Lucas, Rogier, Boichon, Lalande, La Néelle, Delaporte, Marçais, Dallest, Grégoire, Hélie, De Massary, Grèzes, Lefèvre, Cocard, Mahée, Bouquet, Cerf, Faguet, Pillard, Chocquet, Beaufort, Briche, Bonhommet, Thouvenin, Lallot, Dupret, Ozanon, Gosset, Boissier, Kaminski, Berthaud, Sortais, Baudron, Jorand, Veuillot, Alleaume, Robet, Louart, De Vaucher, Guillemot, Proust, Masson, Gourrier, Paillotte, Mugniery, Barré, Thibaud, Manificat, Delavalle, Claverie, Lebon,

Hugues, Blondeau, Serullaz, Dofilh, Legrand, Caillaud, Touillon, Bourdier, Sassier, Castaing, de Bonnescuelle d'Orgères, Chassy, Cahuzac, Seeligmann, Boimond, Thorain, Mignot, Simon, Petit, Mivielle, Paté, Fillion, Groleau, E. Guérin, J. Guérin Playoust, Devoir, Héran, Thevenon, Fontet, Hauser, Mourette, Bailliot, Demange, Bernardbeig, Dominé, Jalabert, Legay, Goguel, Duquaire, Chevereau, Debray, Le Coq, Favraud, Dupont, Pussacq-Larcebeau, Batsère, Branère, Lafont, Baillo, Vigneron, de Perry, Ponsard, Grasset, Boniface, Dayot, Gorodichze, Gaillardie, Ouvry, Bouquet, Apert, Brodier, Gautier, Engelhardt, Delamboise, Bibard, Claude, Dujon, Cortyl, Arrêat, Ribereau, Grognot, Ferroud, Martin, Theilliez, Dantan, Deleneuville, Mouscourt, Gauthier, Durand, Dupuis, Jeannin, Ysambert, Pellerin, Juvanon, Barraud, Laissus, Dumas, Lesage, Verliac, Martinais, Dupont, Demantké, Michel, Bonzon, Courtois, Chapard, Duplessis, Billiard, Cuénod, Tallet, Thirrion, Schweisguth, Oriot, Lantzenberg, Mayet, Lenormand, Payot, Calmels, Moraux, Valay, Ollier, Cocquelet, Augros, Blind, Lévy dit Lévy-Klotz, Le Corre Larrivé, Legrand, Savolle, Schall, Dessèvre, Bruny, Bonnus, Lévi, Tavernier, Wassilieff, Simonin, Bonnard, Thomas, Modrin, Loiselet, Faivre d'Arcier, Villechauvaix, Plancard, Chabry, Vermorel, Lorrain, Siron, Bouvart, Dedieu, Garin, Imbert, Poisson, Someil, Degeilh, Joly, Sée, Brunon, Croutes, Marquez, Debay, Feyat, Potié, Berthet, Piguet, Galtier, Londe, Beauvillard, Robin-Massé, Boyer, Perraud, Ablond, Redon, Jourdanet, Biau, Sereno, Debuchy, Viardot, Batigne Perlis, Renaud, Rudaux, Josné, Vinot, Carle, Wintrebert, Charpentier, Semen, Mascarel, Goddart, Mouchet, Glaive, Cochon, Cottet, Macrez, Boularan, Iscovescu, Bureau, Boucard, Auclair, Banzet, Chevalier-Lavaure, Chalufour.

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

M. Delom Sorbé, méd. major de 2e cl., a été désigné pour le 85e d'inf.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promus et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur

M. le prof. Pozzi, de Paris.

Au grade d'officier

M. Doléris, de Paris.
M. Moriez, de Nice.

Au grade de chevalier

MM. Avirагnet, Delbet, Routier, Thierry, Carpentier, Vergeade, de Rothschild, de Paris.
M. Brou de Laurière, à Cendrieux.
M. Dupeux, de Bordeaux.
M. Manouvrier, de Valenciennes.
M. Fabre, de Saint Maximin (Var).
M. Hugonneau, de Saint-Mathieu.

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

M. Petit-Vendol, de Paris.
M. Concaix, de Felletin (Creuse).

Officiers d'academie

MM. Jomon, Terrier, Poulard, Schwartz, de Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

(Hôtel d'Assézat et de Clémence Isaure).

Programme des prix pour 1905.

Prix J. Naudin. — Des suppurations bacillaires chez les animaux. Valeur du prix : 400 francs.

Prix Gaussail. — Des modifications de la moelle osseuse dans les infections. Valeur du prix : 600 francs.

Programme des prix pour 1906.

Prix Gaussail. — Des infections puerpérales chez les animaux domestiques. Valeur du prix : 600 francs.

Prix Couseran. — A l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires (étudiants en pharmacie). Valeur du prix : 500 fr.

Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante.

Les mémoires écrits lisiblement, en français, sont seuls admis à concourir; ils devront être adressés franco à M. le Secrétaire général, au siège de la Société (Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse, avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

BOURSES DE VOYAGE DU V. E. M.

Les *Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France* ont reçu cette année de nouveaux témoignages de leur approbation générale. Deux bourses ont été données aux étudiants en médecine pour le voyage de 1904.

Le professeur Henrot, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, après avoir pris part aux cinq premiers voyages, a voulu, par une preuve durable, manifester sa sympathie à cette œuvre patriotique et reconnaître hautement l'utilité de ces fortes leçons de choses. Il a fondé une bourse dont le bénéficiaire, cette année, est M. Verrier, interne à l'hôpital de Reims. Il serait à désirer que cet exemple fut imité par les différentes Universités de France, afin de faciliter aux jeunes médecins l'étude sur place des agents de physiothérapie, de médication thermale et climatique, qui tendent à prendre une place prépondérante dans la thérapeutique moderne.

Une autre bourse a été mise à la disposition de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris, pour être attribuée à un interne en exercice, par le Dr Angelby, président du Conseil d'administration de l'établissement thermal de Châtel Guyon. Vingt-six internes se sont fait inscrire ; la bourse est échue par voie de tirage au sort à M. Merry, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

M. le Dr Chervin, directeur de l'Institut des Bègues de Paris, membre de la Section des sciences économiques et sociales du comité des travaux historiques et scientifiques, vient d'être nommé membre de la Commission des voyages et missions scientifiques et littéraires par arrêté du ministre de l'Instruction publique, en remplacement de M. Gréard, décédé.

LE SECRET MÉDICAL ET LES STATISTIQUES

M. de X..., médecin-major de 2e classe, était atteint de myopie congénitale qui s'aggrava à un tel point qu'il dut, en 1888, offrir sa démission au moment où il allait être désigné pour le corps d'occupation de Tunisie. Sa démission fut refusée, et il fut affecté aux hôpitaux de la division d'Alger. Il se vit alors dans l'obligation de demander à être placé dans la position de réforme pour infirmités incurables. Cette demande fut réalisée par un décret. Or, au commencement de l'année 1901, M. de X... eut connaissance de la statistique médicale de l'armée pour 1888. Cette publication officielle portait la mention qu'un seul officier avait été réformé pour infirmités contractées hors du service, et, plus loin, au tableau par corps d'armée, on voyait figurer, dans la colonne des officiers réformés, une unité avec la désignation « alcoolisme chronique ». M. de X..., estimant que cette mention s'appliquait à lui et était de nature à lui causer un grave préjudice, protesta auprès du ministre de la guerre. Il lui fut répondu que la statistique médicale ne contenait pas l'erreur qu'il croyait y trouver. En effet, M. de X..., s'étant trouvé en dernier lieu affecté aux hôpitaux militaires d'Alger, était ainsi placé dans la catégorie des officiers sans troupes, lesquels ne figurent pas dans la statistique. M. de X... demanda alors au ministre de faire paraître une rectification sous forme d'avis, pour faire savoir aux lecteurs de la statistique médicale que cette publication ne concerne pas les officiers sans troupes. Le ministre refusa de nouveau en alléguant qu'une étude attentive des instructions ministérielles permettait de ne faire aucune confusion. M. de X... s'est alors adressé au Conseil d'Etat, qui vient également de repousser sa demande. Il se consolera en pensant que, si les lecteurs inexpérimentés des statistiques médicales de 1888 sont susceptibles d'être induits en erreur, leur nombre doit être très limité (*Gaz. méd. de Paris*).

NOUVELLE CURE DE L'IVROGNERIE

Les autorités norvégiennes, qui ne plaisantent pas sur le chapitre de l'alcoolisme, ont imaginé un original moyen de guérir les ivrognes de leur vice. Le « patient » est placé dans une chambre dont il ne peut pas sortir et toute relation avec le dehors lui est interdite.

Une fois sous clef, sa nourriture consiste, pour la plus grande partie, en pain arrosé de vin de Porto. Le premier jour, l'ivrogne savoure son menu avec délices; le second jour également; le troisième, il commence à trouver que c'est toujours un peu la même chose, le quatrième il s'impatiente, et au bout de huit jours il a pris le vin en horreur.

Il paraît que cette horreur persiste et que cette cure homœopathique donne des résultats inespérés.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Choses médicales d'il y a quatre-vingts ans

Par M. le Dr H. Folet
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

En ces dernières semaines, l'occasion s'est offerte à moi de feuilleter durant toute une soirée un almanach *Bottin* de 1825. Il s'y rencontre pas mal de renseignements sur le nombre des médecins et des pharmaciens, sur les établissements, les sociétés et les journaux scientifiques de l'époque. Or, les choses médicales du temps de la Restauration, quoique moins d'un siècle nous sépare d'elles, nous paraissent aujourd'hui un peu bien préhistoriques. Beaucoup de nos lecteurs y prendraient, je crois, quelque intérêt de curiosité. J'espère donc leur être agréable en leur mettant sous les yeux les notes que, pour ma satisfaction personnelle, j'ai extraites de ce vieux bouquin.

Tout le monde connaît, au moins de vue, le *Bottin* actuel. Il se compose de trois énormes volumes paraissant chaque année. Les deux premiers sont consacrés à la France, l'un à Paris, l'autre aux départements; ils ont chacun 3800 pages. Le dernier, consacré aux pays étrangers, a quelques centaines de pages en moins.

Le *Bottin* de 1825 était de dimensions plus modestes. Ce livre, de format 15-25, avait la grosseur et l'aspect d'un dictionnaire classique. Il renfermait en ses 910 pages ce qui est maintenant contenu dans les trois volumes ci-dessus indiqués. Voici son titre exact : *Almanach du commerce de Paris, des départements de la France et des principales villes du monde,* de J. de la Tynna. Continué et mis en meilleur ordre par Séb. Bottin, chevalier de la Légion d'honneur, correspondant des sociétés littéraires de Lille, Douai, Cambrai, Nancy, etc. Contenant, pour Paris seulement, 40000 adresses. Prix : 10 francs.

Le *Bottin* de 1825 commence par la liste générale alphabétique des habitants de Paris qui en avait alors 717 212. Puis vient la liste des professions. La la liste par rues n'existe pas. Suivent les renseignements sur les ministères, les corps constitués, les administrations, etc.

Paris comptait, selon le dénombrement du *Bottin* : 716 docteurs en médecine, 30 officiers de santé et 165 chirurgiens, parmi lesquels figurent, dans un réjouissant pêle-mêle : Baudelocque, « neveu de feu Baudelocque, professeur à la Faculté, accoucheur du Bureau de charité du Ier arrondissement et de la Société de charité maternelle »; Civiale, « lithotomiste »; Dupuytren, « chevalier de l'Ordre de Saint-Michel, premier chirurgien du roi, de la duchesse de Berry, du duc de Bordeaux, professeur de chirurgie à la Faculté, place du Louvre, 4 »; puis immédiatement après : Erlanger, « pédicure de la duchesse d'Orléans et des Pages. » Au total, il y avait dans Paris 951 praticiens.

Paris renferme à cette heure quatre fois plus d'habitants qu'en 1825 : trois millions en chiffres ronds. Le nombre des médecins et chirurgiens devrait être quadruple de ce qu'il était à cette époque, c'est-à-dire de $951 \times 4 = 3804$. En dépit de l'opinion courante sur l'encombrement médical, il n'y en a que 3427 (1). La pléthore professionnelle n'était pas moindre il y a quatre-vingts ans qu'aujourd'hui. Seulement il est tout à fait vraisemblable que la population urbaine actuelle renferme un contingent ouvrier infiniment plus important que celle de jadis et, au contraire, un contingent bourgeois beaucoup moins fort. Or, c'est la moyenne et petite bourgeoisie qui fait le fond de clientèle sérieux et solide de l'immense majorité des médecins. La population d'aujourd'hui a beau avoir gardé avec le nombre des médecins le même rapport numérique, elle est notablement moins rémunératrice pour le praticien. Et cette modification de la qualité plutôt que du chiffre de la clientèle se joint à d'autres facteurs variés, les uns heureux, tels que la diminution absolue des cas de maladie par les progrès de l'hygiène publique et privée; les autres fâcheux, comme l'exercice illégal sous forme de réclames médico-pharmaceutiques intensives; comme l'exploitation du médecin par les mutualités grandissantes; comme l'ouverture des hôpitaux et des cliniques privées semi-gratuites aux malades de la classe moyenne; comme l'abus des spécialisations médicales enlevant au médecin ordinaire beaucoup de cas simples qu'il soignait naguère; tout cela, dis-je, se réunit pour perpétuer l'état de crise dont souffre à cette heure la profession médicale.

L'augmentation relative des pharmaciens depuis 1825 est plus considérable que celle des médecins. Il y en avait 252 en 1825. Il devrait y en avoir un millier en 1904. Ils sont 1290.

Ce qui a pullulé ce sont les sages-femmes et les dentistes : 16 sages-femmes et 55 dentistes en 1825. En 1904, 638 dentistes et 988 sages-femmes !

Le *Bottin* de la Restauration mentionne « 27 vétérinaires et 8 maréchaux-ferrants ». Celui de 1904 porte 129 vétérinaires, sans compter les maréchaux.

Les spécialisations médicales n'existaient presque pas il y a quatre-vingts ans. La seule qui soit indiquée est celle des oculistes. Il y en avait 9, dont Demours, « oculiste du Roi ». Le Guide Rosenwald ne mentionne pas moins de 17 spécialités : accouchements, gynécologie, maladies des enfants, électrothérapie, maladies de peau, maladies du cœur, maladies vénériennes, voies urinaires, etc., etc. L'ophtalmologie seule compte 71 représentants aujourd'hui.

***

La Faculté de médecine ne paraissait pas tenir une place fort importante dans les préoccupations des Parisiens du temps de Charles X. La mention qui la concerne n'a pas dix lignes. On ne donne pas les noms des professeurs. Il est dit simplement :

« Quatorze chaires : Anatomie et physiologie. Chimie médicale. Physique médicale. Pharmacie. Hygiène. Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale. Opérations et appareils. Thérapeutique et matière médicale. Accouchements, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. Clinique chirurgicale. Clinique d'accouchements.

« Doyen : M. Landré-Beauvais.

« Agent-comptable : M. Anquetil. »

Je confesse que je ne connaissais pas, même de nom, l'honorable M. Landré-Beauvais. Je me suis documenté depuis. En novembre 1822, à la suite d'un copieux *chahut* qui eut lieu à la séance de rentrée, la Faculté fut dissoute; puis réorganisée en février 1823 par une ordonnance royale qui mit onze professeurs en retraite d'office et installa dix professeurs nouveaux. Parmi eux M. Landré-Beauvais, âgé de soixante-dix ans, fut bombardé d'emblée professeur de clinique médicale et doyen. Elève de Pinel, puis son adjoint à la Salpêtrière, il avait fait, jusqu'en 1807, des cours de seméiotique et de pathologie médicale assez appréciés. Mais ce fut surtout à titre d'ultra-légitimiste et d'ultra-dévot qu'il fut choisi. Rappelez-vous qu'à ce moment Monseigneur le comte de Frayssinous, évêque d'Hermopolis, était

(1) Pour tous les chiffres actuels, je m'en rapporte au *Guide Rosenwald, Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique*, 1904.

grand-maître de l'Université et « ministre des Affaires ecclésiastiques et de l'Instruction publique ». Landré-Beauvais occupa sept ans le décanat. Après la Révolution de juillet il fut destitué avec plusieurs des intrus de 1823; on rappela à l'exercice les éliminés d'alors, parmi lesquels figurait le vénérable Antoine-Laurent de Jussieu qui, né en 1748, comptait en 1830 quatre-vingt-deux printemps; et on installa d'autorité une dizaine de professeurs nouveaux, dont Broussais (1).

Juste retour, monsieur, des choses d'ici-bas.

L'Académie de médecine, créée en 1820 par ordre du roi et siégeant rue de Poitou, 8, n'est pas traitée par le *Bottin* avec beaucoup moins de sans-gêne que la Faculté.

On indique le président d'honneur, le baron Portal, premier médecin du Roi; les présidents des trois sections : baron Alibert, pour la médecine; Distel, pour la chirurgie; Deyeux, pour la pharmacie. Mais on ne daigne pas citer les noms des simples académiciens.

Les autres sociétés médicales sont :

Le Cercle médical de Paris (ci-devant Académie de médecine de Paris) : tient ses séances et donne ses consultations à l'Hôtel-de-Ville;

La Société de médecine pratique, à l'Hôtel-de-Ville : s'occupe surtout des maladies régnantes et de la vaccine;

Société de médecine de Paris : séances et consultations à l'Hôtel-de Ville;

Société médico-philanthropique : donne des consultations à l'Hôtel de-Ville (ne paraît pas tenir de séances scientifiques);

La Société du magnétisme animal : marquis de Puységur, président; baron Hénin de Cuvillers, vice-président ; ne figure pas au nombre des sociétés scientifiques, mais bien parmi les littéraires, immédiatement après la Société lyrique des Enfants de Momus.

Aujourd'hui, il existe dans Paris vingt-cinq sociétés de médecine scientifique, sans compter bien entendu les syndicats professionnels, les associations de bienfaisance et amicales.

Pour les divers hôpitaux civils ou militaires alors existants, le *Bottin* donne d'ordinaire le nom de l' « Agent de surveillance », quelque chose sans doute comme le Directeur d'aujourd'hui, parfois le nom de la « Supérieure économe »; mais jamais le nom des médecins ou chirurgiens. Une seule exception est faite pour l'hospice des Quinze-Vingt.

***

(1) Corlieu. — Centenaire de la Faculté de médecine de Paris, 1794-1894, pp. 223-234.

Qu'était la Presse alors? Assez peu de chose. La Presse, qui est à cette heure une des grandes puissances du jour, était encore en 1825 à l'état embryonnaire. Le chemin de fer et la télégraphie électrique, en permettant les incessantes et rapides communications entre les points les plus éloignés du globe, ont rendu possible la confection des journaux modernes et leur ont surtout assuré une clientèle illimitée; d'où l'éclosion indéfinie des périodiques les plus variés. Il y a à cette heure 1934 journaux et revues s'imprimant à Paris, parmi lesquels 120 environ concernent les sciences médicales et pharmaceutiques; sans comprendre dans cette addition le *Journal du mal de mer* (boulevard de Port-Royal, 82).

En 1825 il n'y avait que onze journaux politiques quotidiens (dont le *Moniteur*) et cinq non quotidiens.

Cependant il existait un nombre relativement assez important de publications consacrées aux sciences biologiques et à l'art de guérir : douze journaux de médecine, un de pharmacie, un de physiologie.

En voici la liste alphabétique :

Annales du Cercle médical (mensuel).

Annales de la médecine physiologique (c'est le journal de Broussais; elles ont paru de 1822 à 1834). 1 cahier le 25 de chaque mois. 27 francs pour Paris, 31 pour les départements.

Archives générales de médecine (encore existantes aujourd'hui); mensuel.

Bibliothèque ophtalmologique. Huit fascicules par an. Chaque fascicule 1 fr. 50.

Nouvelle Bibliothèque médicale augmentée d'un *Recueil de médecine vétérinaire*; et *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris* (mensuel).

Gazette de santé (bi-mensuel).

Gazette des malades (hebdomadaire).

Hygie, journal de santé et d'économie domestique; littérature, mœurs, théâtre, etc. (bi-hebdomadaire, 20 fr. par an).

Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales. Chez Panckouke, rue des Poitevins (mensuel).

Journal général de médecine française et étrangère, 4 volumes par an (Recueil des travaux de la Société de médecine de Paris).

Journal de physiologie expérimentale, par Magendie (trimestriel).

Journal universel des sciences médicales (mensuel).

Journal de pharmacie (mensuel).

Revue médicale française et étrangère et journal de clinique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité (mensuel).

***

Il n'y a rien de neuf sous le soleil. Des questions professionnelles, qui agitent encore aujourd'hui le corps médical, se posaient déjà au début du XIXe siècle. Exemple : Il y a quelques mois un appel fut lancé aux médecins en faveur d'une œuvre dite l'*Union médicale*, destinée à soigner à forfait « les familles peu fortunées ». Cette « Union médicale », dès son apparition, eut plutôt une mauvaise presse (1). Le Syndicat des médecins de la Seine s'en occupa aussi, et son conseil d'administration vota à l'unanimité un ordre du jour « réprouvant la tentative d'avilissement des honoraires médicaux entreprise par l'*Union médicale*, et invitant tous les médecins de Paris et de la Seine à refuser leur concours à une œuvre néfaste aux malades et aux intérêts du corps médical tout entier, et contraire aux règles les plus élémentaires de la déontologie ». Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement vota également le texte suivant : « Considérant que les règles de la déontologie condamnent tout traitement médical à forfait, et toutes manœuvres ayant pour but d'attirer par des moyens commerciaux la clientèle, le Conseil proteste énergiquement contre l'organisation de la Société dite « l'Union médicale », et attire l'attention des confrères sur l'incorrection qu'il y a à participer à cette institution. »

Eh bien, le *Bottin* de 1825 contient à sa page 307 les lignes suivantes qui ont tout à fait l'air d'une annonce anticipée de l' « Union médicale » d'aujourd'hui :

« Société d'abonnement médical pour « le traitement des maladies dans le « département de la Seine. Moyennant « un prix d'abonnement établi en gé- « néral d'après le prix des loyers, les « souscripteurs reçoivent tout ce qui « est relatif au traitement de leurs « maladies. Les soins comprennent « visites chez les malades, consulta- « tions, opérations chirurgicales, ac- « couchements, médicaments. »

Qu'est-il advenu alors de cette entreprise médico-commerciale? Je l'ignore.

Multa renascentur quæ jam cecidere...

***

Telles sont les données sur les choses médicales d'il y a quatre-vingts

(1) Voir en particulier le **Bulletin médical**, nos des 1er, 11 et 15 juin 1904.

ans que j'ai recueillies dans le *Bottin* de 1825. Qui sait si dans un siècle, pour des raisons que nous ne soupçonnons pas, les Annuaires d'aujourd'hui ne paraîtront pas tout aussi surannés aux lecteurs du *Bulletin médical* de l'an 2004?

MÉDECINE PRATIQUE

Sur une manœuvre utile dans la pratique de la respiration artificielle

Par M. Th. Guilloz

Au cours d'une syncope chloroformique devenant très inquiétante en se prolongeant déjà depuis quelques minutes, malgré les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle des mieux pratiquées, j'eus la pensée d'aider aux manœuvres classiques en agissant sur les mouvements du diaphragme par refoulement de toute la masse abdominale.

Placé dans la direction du malade, les deux mains étendues, les paumes dirigées en avant, je refoulai les organes abdominaux vers le thorax en déplaçant les mains du bas de l'abdomen jusqu'au thorax tout en les maintenant vigoureusement appliquées sur le ventre. Puis je les relevai brusquement au moment où l'on cessait la pression costale. Le refoulement de la masse abdominale vers le diaphragme était donc effectuée vivement et bien synchroniquement avec les pressions costales pratiquées pour la respiration artificielle et en même temps qu'elles.

Après trois ou quatre de ces manœuvres, la respiration sembla se rétablir mais elle s'arrêta à nouveau malgré la pratique ordinaire de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue pour reprendre ensuite définitivement après que la manœuvre abdominale que je viens de signaler eut été répétée cinq ou six fois.

L'intérêt manifesté par M. le prof. Gross, témoin de ces tentatives, m'engage à rapporter ce fait, bien qu'il soit encore isolé, pour attirer sur lui l'attention des praticiens.

Cette manière de pratiquer la respiration artificielle permet, en effet, de réduire au minimum la capacité thoracique par le refoulement beaucoup plus complet des organes abdominaux vers le thorax. On diminue ainsi la hauteur de la pompe thoracique en même temps que par pression costale on en restreint la section.

Il est facile de s'assurer de l'efficacité de ce procédé combiné à la pratique ordinaire de la respiration artificielle par les deux expériences suivantes :

I. — Un sujet étant couché, une fois que la pression costale est établie comme on le recommande dans la respiration artificielle, on fait encore, par la manœuvre abdominale, sortir du poumon une quantité d'air comprise, suivant les individus, entre 150 et 500 centimètres cubes. L'écart de ces nombres tient à la réaction des muscles abdominaux du sujet lors de la pression abdominale. Il n'existerait plus au même degré lors de la résolution musculaire par syncope, les nombres seraient plus fixes et sans doute supérieurs.

On peut aussi s'assurer que sur un homme en expiration forcée ou sur soi-même, on peut toujours encore faire échapper du résidu respiratoire une certaine quantité d'air par pression abdominale.

II. — En radioscopant le diaphragme on observera que le refoulement de la masse abdominale fait remonter le diaphragme au-dessus de la position qu'il occupe lors de la pression costale pratiquée dans la respiration artificielle et même au-dessus de celle où il se fixe dans l'expiration forcée.

On trouve aussi une surélévation pouvant atteindre un centimètre sur la région voisine du cardia. Elle est un peu plus forte sur les côtés, un peu plus considérable à gauche qu'à droite.

Ce procédé, que l'on pourra, en tout cas, toujours combiner à la méthode ordinaire quand le nombre des aides sera suffisant, présente une certaine analogie avec le procédé de Schultze employé par les accoucheurs pour ramener à la vie les nouveau-nés en état d'asphyxie. On imprime à l'enfant des mouvements de bascule et c'est le poids des organes abdominaux qui agit pour déterminer les déplacements du diaphragme.

La manœuvre que j'indique présente, je crois, une autre utilité que celle résultant de l'augmentation du débit de la pompe thoracique, car elle peut avoir une certaine influence pour combattre la syncope cardiaque. On refoule ainsi le sang de l'abdomen vers le thorax et ce résultat est très favorable pour ranimer le cœur. Dans des expériences sur la mort par l'électricité il m'a été donné d'observer cette influence. D'autre part, le déplacement considérable et brusque du cœur par les mouvements les plus amples possibles communiqués au diaphragme correspond à une espèce de massage du cœur. On sait que de semblables procédés ont été préconisés dans la syncope cardiaque, l'un par voie thoracique, l'autre par voie abdominale à travers le diaphragme. Avant d'y avoir recours dans les cas désespérés, peut-être conviendrait-il d'essayer la manœuvre que je viens de signaler (*Réunion biologique de Nancy*).

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'eau de boisson à Paris

Les différents journaux parisiens en reproduisant un avis de l'Administration, qui engage la population à faire bouillir l'eau de boisson, l'ont accompagné des renseignements suivants :

Quelle est la source contaminée? On l'ignore, même au service technique des eaux, dirigé en ce moment par M. Colmet-Daage, qui remplace M. Bechmann, en congé.

Paris est alimenté en eau potable par les sources de l'Avre, de la Dhuys, du Loing et Lunain, et de la Vanne. Des médecins font des tournées d'inspection dans les villages voisins de ces sources. Or, dans un de ces villages, un des médecins a constaté, chez des journaliers ayant bu de l'eau de la source, trois cas de fièvre typhoïde. Quel village et quelle source? Le docteur Thierry, sous-chef du service d'hygiène à la préfecture de la Seine, faisant, en ce moment, fonctions de chef, se refuse à le dire. Il invoque le secret professionnel...

Ce qu'on déclare bien haut, dans les bureaux de M. Bechmann, c'est : 1° que, dans la région suspecte, il n'y a pas eu de nouveaux cas de fièvre typhoïde; 2° que le service de la statistique municipale n'a constaté à Paris aucune augmentation des cas typhiques.

En somme, on se montre optimiste, à la préfecture de la Seine. C'est, y dit-on, par excès de scrupules qu'on a conseillé de faire bouillir l'eau. (*Débats*).

L'administration a certainement bien agi en prévenant la population de cette nouvelle contamination de l'eau de boisson, mais le mystère dont cette déclaration est entourée, mystère qu'on ne peut s'expliquer, est de nature à rendre plus insupportable une situation pénible par elle même. Aussi publions-nous bien volontiers la lettre suivante du Dr Leflaive, qui traduit très justement l'opinion générale :

« Monsieur le Rédacteur en chef,

« Une note insérée hier soir et ce matin dans les journaux nous invite laconiquement à faire bouillir notre eau. Des interviews plus ou moins authentiques nous disent qu'on aurait découvert trois cas de fièvre typhoïde au voisinage de l'une des sources qui alimentent Paris.

« Au lieu de conseiller une mesure alarmante, qui ne sera et ne pourra être mise en pratique que par une infime partie de la population, si l'on ne peut renoncer à cette source, n'aurait-on pas pu surveiller ces malades, les isoler, les rendre inoffensifs, en plaçant auprès d'eux des gardes malades chargés de désinfecter leurs selles, s'il est nécessaire?

« D'ailleurs on se refuse à tout détail. Quelle est cette source suspecte? Pourquoi imposer pendant fort longtemps (un mois au moins, je pense) à tout Paris l'usage d'eau tiède et trouble quand les trois quarts, les neuf dixièmes peut-être de la population ne reçoivent pas de cette eau suspecte? Mystère et administration!

« Pourquoi, d'ailleurs, tient-on si secrètes les conditions de la distribution de l'eau dans Paris que l'on ne puisse guère savoir, d'une façon certaine et officielle, de quelle eau on

boit dans un quartier? Quand j'achète du vin, non seulement je le veux bon, mais je tiens à savoir s'il vient du Bordelais ou de la Bourgogne. Pour mon eau, je dois boire les yeux fermés celle qu'une administration, de moi peu ou pas connue, consent à m'octroyer moyennant finances. Réellement, ce n'était pas la peine de prendre la Bastille! »

Veuillez agréer, etc...

Dr Leflaive.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1er au 7 août inclus.

(*Suite*)

Exploration clinique du sens musculaire

M. Ed. Claparède (Genève). — L'exploration du sens musculaire participe aux difficultés inhérentes à toutes les déterminations de sensibilité : les sujets hésitent, se contredisent, et il est le plus souvent impossible d'apprécier par un chiffre le degré d'acuité sensible. Pour mesurer l'état de la sensibilité profonde, il est plus simple, en clinique, de faire comparer des poids; on peut aussi faire comparer les volumes de petits cubes de bois de 20 à 30mm de côté. J'ai remarqué que les malades donnaient des réponses beaucoup plus précises lorsque, au lieu de leur faire apprécier successivement avec la même main, deux poids, ou deux volumes, on permettait une comparaison immédiate en plaçant simultanément dans chaque main un des poids ou un des cubes à apprécier. Dans ce cas, il arrive que les malades atteints de troubles de la sensibilité ou de la motilité trouvent l'un des poids ou l'un des volumes plus grand que l'autre, même si ces objets sont égaux. Mais, chose curieuse, un certain nombre d'expériences nous ont montré qu'il n'y avait aucun parallélisme entre la force motrice et la sensibilité du membre, et le sens de l'estimation du poids ou du volume perçue par ce membre; c'est-à-dire que certains malades surestiment les poids avec leur bras parétique ou hypoesthésique, tandis que d'autres le surestiment avec leur bras sain. Même fait s'observe pour la surestimation du volume. Il n'y a pas davantage parallélisme régulier entre la surestimation du poids et du volume; toutes les combinaisons se sont offertes; quelques malades surestiment et les poids et les volumes avec le bras sain; d'autres, idem avec le bras malade; d'autres encore surestiment les cubes et sousestiment les poids avec le bras malade, etc.

Ces expériences, qui demandent à être continuées et approfondies, montrent que la complexité des diverses modalités du sens musculaire est probablement encore plus grande qu'on ne l'a crue. Un très grand nombre de facteurs sensibles, moteurs, cérébraux interviennent dans les perceptions de poids, de volume, de forme, de position. Il est indispensable de connaître leur rôle si l'on veut arriver à interpréter les résultats fournis par les procédés usuels d'exploration du sens musculaire.

M. Meige rappelle la théorie du sens des attitudes de Pierre Bonnier et les nombreuses discussions entre cet auteur et M. Claparède.

Examen de la suggestibilité chez les nerveux

M. Schnyder (Berne) a examiné la suggestibilité chez les nerveux à la clinique du prof. Dubois, de Berne, en les soumettant à une électrisation simulée pendant cinq minutes et en les interrogeant sur leurs sensations. Sur 203 sujets examinés (111 femmes et 92 hommes), la proportion des résultats positifs a été de 54 %.

L'auteur a rencontré le plus de résultats positifs chez les neurasthéniques, soit 77 % chez les femmes et 61 % chez les hommes. Chez les sujets hystériques, au contraire, les phénomènes de suggestion sont moins fréquents, surtout dans les cas d'hystérie à symptômes classiques (anesthésie cutanée, contracture, astasie-abasie) : 40 % de résultats positifs. L'auteur explique cette particularité par le fait du rétrécissement du champ de conscience des hystériques qui les rend réfractaires à des suggestions nouvelles en dehors du système fixe de leurs auto-suggestions pré-existantes.

M. Régis se demande quelle est la valeur de la suggestibilité étudiée par M. Schnyder et si beaucoup de ses malades n'auraient pas échappé à toute suggestion thérapeutique.

M. Schnyder reconnaît qu'il faudrait pratiquer une contre-épreuve sur des sujets normaux; chez les mélancoliques et les hypochondriaques il s'établit une sorte de suggestibilité négative, et il n'a pu obtenir de résultats positifs dans deux cas de démence précoce.

M. Crocq rappelle que, malgré quelques divergences, la grande majorité des aliénistes ne croit guère à la possibilité d'une suggestion hypnotique efficace chez les vésaniques.

Migraine ophtalmique avec hémianopsie et aphasie transitoires. Hémiface succulente. Photophobie et tic de clignement

M. Meige (Paris). — Observation d'une malade de soixante-treize ans atteinte, depuis la ménopause, d'une migraine accompagnée : scotome scintillant, céphalalgie, sensations vertigineuses et nauséeuses. Les crises s'accompagnent d'hémianopsie et d'aphasie transitoires, ainsi que de parésie faciale droite et d'engourdissement du bras droit. A la fin de la crise, somnolence.

A la suite d'une série de ces crises, il reste une légère parésie de la moitié droite de la face accompagnée d'un certain degré d'œdème (hémiface succulente).

Enfin, la malade est atteinte d'un clignement des deux yeux, qui semble avoir eu pour point de départ la photophobie migraineuse qui, actuellement, persiste en dehors des accès et qui a pris, lui-même, un caractère obsédant.

M. H. Meige passe en revue les différentes manifestations du syndrome de la migraine accompagnée. Tous ces phénomènes peuvent être attribués à un trouble vasculaire transitoire dont la localisation doit être discutée. Un angiospasme des ramifications artérielles de la sylvienne peut expliquer les troubles de la parole, la parésie faciale, la sensation d'engourdissement du bras. Mais pour le scotome, l'hémianopsie, les sensations vertigineuses concomitantes, il faut admettre une plus grande extension de l'angiospasme.

D'autre part, la succulence faciale est l'indice d'une participation des centres vaso-moteurs. Il s'agit d'un trophœdème symptomatique qu'on peut rattacher à une action des centres sympathiques. On peut songer aussi à un angiospasme bulbaire, l'accès migraineux s'accompagnant de phénomènes angoissants.

Il est intéressant de remarquer qu'à de certains moments, même en dehors des crises migraineuses, la malade, par son faciès, ses attitudes, son langage, sa marche, présente des ressemblances cliniques frappantes avec les sujets atteints d'hémiplégie progressive.

Le phénomène convulsif palpébral n'est pas un spasme vrai; les clignements, en effet, peuvent être suspendus par un effort de volonté et d'attention. Leur éclosion et leur exagération sont en rapport direct avec la préoccupation photophobique. Ces particularités plaident en faveur du tic; mais il s'agit ici d'un tic sénile qui offre plus de ressemblance avec les spasmes vrais que les tics du jeune âge, ce qui s'explique par l'infériorité organique des centres et des conducteurs nerveux chez les vieillards.

M. Pitres fait observer combien est difficile le diagnostic entre un tic et un spasme; lui-même a rencontré les mêmes difficultés à l'occasion des hémispasmes faciaux; cliniquement, il est impossible d'affirmer que tel mouvement est organique ou non. Les mots *tic* et *spasme* n'ont pas de fondement anatomo-pathologique.

M. Meige convient qu'il a apporté un cas de transition où il s'est trouvé embarrassé; mais cela ne veut pas dire que les cas typiques ne soient pas nettement différenciés et par la clinique et par l'anatomie pathologique.

M. Brissaud reconnaît avec M. Pitres les difficultés de diagnostiquer les hémispasmes faciaux. Mais, en revanche, qu'on essaye donc de contracter la moitié de sa luette. Cela, c'est un spasme et ce ne peut être un tic parce qu'on ne peut le reproduire volontairement.

Schéma bulbaire

M. P. Bonnier (Paris). — Dans ce schéma sont définis topographiquement les principaux offices fonctionnels du bulbe, indépendamment de leur représentation consciente, cérébrale, avec laquelle on les confond si souvent. Il a été nécessaire de créer des termes pour ces offices bulbaires, dont la clinique ne note que les défaillances, les variations négatives, pour lesquelles seules existe une terminologie.

Ces centres fonctionnels sont : les centres scoposthéniques chargés de la régie du regard, avec toutes ses accommodations; les centres statisthéniques, qui régissent les attitudes de sustentation; les centres hypniques et tonostatiques régulateurs de l'état de sommeil, de la tonicité générale et des réflexes; les centres myosthéniques, angiosthéniques, cardiosthéniques, pneumosthéniques, gastrosthéniques, entérosthéniques.

Les centres manostatiques, hygrostatiques, thermostatiques maintiennent le niveau de la pression, de l'hydratation, de la température intérieures

Les centres encratiques commandent les sécrétions internes qui, brassées par la circulation, maintiennent le taux de l'alimentation et de la purgation cellulaires.

Les centres enthimiques entretiennent le bien-être organique ; leurs défaillances sont les diverses affres viscérales, celles de la fatigue, l'anxiété générale.

Les centres diacritiques internes commandent les sécrétions muqueuses, lymphatiques, et les centres diacritiques externes, le drainage sudoral, urinaire, etc.

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de quelques états vertigineux

M. Royet (Lyon). — Le diagnostic de la cause des états vertigineux et de certains troubles de l'équilibre est assez difficile et parfois impossible. Je crois donc utile de signaler un moyen d'en isoler un groupe important, surtout que de ce moyen résulte un procédé pratique de traitement.

Les états vertigineux qui proviennent de troubles de l'oreille ne sont pas toujours d'un diagnostic facile d'avec ceux dont l'origine est dans les centres nerveux; d'autant moins qu'ils peuvent exister en dehors de diminutions ou de perversions manifestes des fonctions auditives. Cette absence absolue ou relative de troubles auditifs peut se trouver en particulier dans les cas qui font l'objet de cette communication.

Les lésions les plus variées de l'oreille ou de ses annexes peuvent déterminer des phénomènes de vertige Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la plupart du temps elles ne siègent pas dans l'oreille interne.

A la suite de nombreuses recherches anatomiques et cliniques j'ai reconnu que, très souvent, les états vertigineux sont sous la dépendance d'une lésion passée inaperçue jusqu'ici; la soudure de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du naso-pharynx. J'ai observé aussi que la destruction de ces lésions amène la disparition, en général immédiate, de l'état vertigineux.

Il y a donc là un moyen précieux de diagnostic et de traitement d'une catégorie importante d'états vertigineux.

D'autre part, dans plusieurs cas, j'ai rencontré une association de cette maladie particulière à d'autres affections du système nerveux (ictus cérébral, etc.) dont la symptomatologie moins bruyante se trouvait par le fait masquée et dénaturée. Par le traitement des symphyses salpyngo-pharyngiennes j'ai pu faire disparaître tout un ensemble de phénomènes surajoutés et rendre possible un diagnostic exact.

Etant donnée cette notion nouvelle, je crois qu'on ne peut juger avec certitude de l'origine réelle d'un état vertigineux et de sa signification sans tenir compte de la possibilité de cette cause particulière et sans l'éliminer d'abord par un traitement approprié.

M. Pitres souhaiterait tout d'abord qu'on s'entendît sur la définition précise du mot *vertige*, dont les modalités cliniques sont si diverses qu'on l'applique indifféremment à des syndromes aussi différents que le vertige épileptique, le vertige de Menière, le vertige gastrique,etc.

M. Royet, dans ses recherches, a compris le vertige en tant que sensation anormale d'equilibre, pouvant se produire même en position couchée.

Myotonie avec atrophie musculaire

M. **Lannois** (Lyon). — Présentation des photographies d'un malade dont l'observation pourrait aussi bien être intitulée « myopathie progressive avec hypertonie » que « maladie de Thomsen fruste avec atrophie musculaire »

Il s'agit d'un malade ayant,depuis quatre ans, de l'atrophie musculaire à forme segmentaire (avant bras et jambes) avec parésie marquée et steppage. Il a de l'abolition des réflexes rotuliens et une série de phénomènes qui font penser à une maladie de Thomsen limitée. S'il serre la main, il ne peut plus ouvrir les doigts qu'avec lenteur ; il a la même peine à lâcher son verre, son couteau.Quand il descend de son lit, il a une contraction dans les fesses et les muscles postérieurs de la cuisse, qui l'oblige à s'asseoir sous peine de tomber accroupi. Il a de la raideur pour les premiers mouvements de mastication, de la gêne pour la première sécrétion matinale. La réaction myotonique existe chez lui et l'examen biopsique d'un fragment de muscle montre les lésions typiques de l'atrophie musculaire.

Des faits de ce genre ont été signalés par Hoffmann, Dana, Pelitzans, Kornhold, Bernard, Nogués et Sirol, Rosoolimo. Ils sont intéressants en raison de leur rareté et parce qu'ils établissent un lien entre les myopathies primitives et la maladie de Thomsen, et constituent un bon argument en faveur de la nature myopathique de cette dernière.

Poliencéphalite supérieure aiguë hémorragique

MM. Brissaud et Brécy (Paris). — Observation d'une femme de 36 ans, avec double ptosis, myosis, état somnolent particulier. Le neuvième jour, accélération du pouls et élévation de la température. Mort subite le lendemain.

Autopsie : lésions inflammatoires avec hémorragies criblant les parois de l'aqueduc de Sylvius, notamment au niveau des noyaux de la troisième paire, les tubercules quadrijumeaux, la partie supérieure de la protubérance.

Cette observation est à rapprocher de celle publiée par Gayet en 1875, et des cas décrits depuis le travail de Wernicke sous le nom de poliencéphalite supérieure aiguë hémorragique. Il s'agirait de lésions assez diffuses, avec prédominance au voisinage de l'aqueduc, plutôt que d'une maladie réellement systématisée.

Aphasie avec mouvements associés du membre supérieur droit

M. Dupré. — Il s'agit d'un cas d'aphasie motrice et sensorielle, par artérite sylvienne consécutive à un kyste hydatique suppuré du foie, dans lequel, à la suite d'une période psychopathique subaiguë (confusion, agitation, etc.), l'aphasie s'accompagna de mouvements associés synchrones avec, non seulement des mouvements de la parole, mais avec les efforts du langage intérieur. Ces mouvements diminuèrent avec l'amélioration de l'aphasie ; mais il persiste encore une association syncinétique entre le langage et la main droite.

Euphorie délirante des phtisiques. Etude anatomo-clinique

M. E. Dupré (Paris). — L'état mental des tuberculeux a déjà fait l'objet d'études nombreuses, mais presque uniquement cliniques. J'apporte au Congrès l'histoire d'un cas dans lequel l'observation clinique de l'état mental ayant été suivie de l'étude histologique de l'écorce, les relations anatomo-cliniques les plus directes ont pu être établies entre les symptômes et les lésions.

Il s'agit, en résumé, d'un tuberculeux de trente-trois ans, atteint de phtisie subaiguë, fébrile, avec infiltration bilatérale étendue, et caverculation rapide des sommets, lésions laryngées, cachexie rapide, etc., mort trois mois après le début des accidents. Durant toute l'évolution de sa maladie, le sujet, homme d'ailleurs cultivé et assez intelligent, a présenté, constamment, et à un degré extrême, les caractères d'ailleurs classiques de la mentalité des phtisiques subaigus: euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de sa situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir facile et heureux, acceptation d'emblée des suggestions rassurantes et des explications quel-

conques relatives à ses malaises, etc. Cet état d'illusionnisme euphorique se marque, comme on le sait, chez ces malades, par le caractère souriant et parfois joyeux de la conversation, par l'éclat du regard, par une expression particulière de béatitude répandue sur le visage, et l'on a souvent insisté sur le pénible contraste qui existe entre les manifestations de cet état mental et la douloureuse réalité des choses.

Le malade meurt dans un coma asphyxique graduel et rapide. Nécropsie: lésions pulmonaires d'infiltration caséeuse classiques. Foie et reins gras. Rate énorme. Cœur mou et petit. Cerveau 1220 grammes. Aucune trace de tuberculose méningo encéphalique.

Léger élargissement des sillons; ventricules un peu dilatés. Les méninges molles sont manifestement épaissies au niveau des lobes frontaux, sans adhérences, sans lésions tuberculeuses: l'épaississement prédomine en certains îlots, d'aspect blanchâtre.

L'examen histologique, pratiqué par le professeur Nissl lui-même, révèle les altérations suivantes: méningite hyperplastique, collogène, simple, ni exsudative, ni inflammatoire, ni spécifique: aucune diapédèse, à peine quelques rares macrophages clairsemés, au milieu de la stratification ondulée des fibrilles piemériennes. Légère prolifération de l'endothélium vasculaire, avec pigmentation jaune disséminée autour de certaines cellules de cet endothélium: quelques cellules en bâtonnet (Stäbchenzellen) au voisinage immédiat des capillaires. Prolifération à peine marquée de la névroglie. Lésions profondes et diffuses des cellules nerveuses frontales: disparition du protoplasme avec dégénérescence en anneaux épineux, à la périphérie du corps cellulaire; excentricité du noyau, déformation du nucléole, qui se rapetisse, et dont la membrane est plissée. Vacuolisation de certaines cellules pyramidales. Dégénération hyaline de la plupart des capillaires. Dans la substance blanche, lésions de début de putréfaction: lacunes avec dissolution de la substance médullaire, quelques traînées de streptobacilles le long de certains vaisseaux. Les mêmes lésions, mais beaucoup plus discrètes et moins avancées, s'observent dans les régions moyennes et postérieures du cortex. A ce niveau, simple vascularisation de la pie-mère.

Ces lésions, d'ordre toxique, de date récente, nullement subordonnées, d'ailleurs, aux altérations vasculaires, qui sont minimes, ni aux lésions méningées, qui sont plus anciennes et d'une autre nature, doivent être, dans leur siège cellulaire et leur localisation frontale, rapprochées du syndrome psychopatique offert par le malade et invoquées pour l'expliquer. Elles n'existent pas à ce degré et sous cette forme chez les tuberculeux qui n'ont pas présenté d'état mental particulier (Nissl).

Cet état mental, d'ordre démentiel, se rapproche par ses caractères des manifestations psychiques des cancéreux morphinisés, chez lesquels on peut observer la même euphorie optimiste, le même illusionnisme délirant, grâce aux doses élevées et rapidement croissantes du poison. Cette analogie, entre ces deux états psychopathiques démentiels subaigus chez des cachectiques, est un argument de plus pour rapporter à une intoxication l'euphorie délirante des phtisiques. Cette intoxication a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépatorénale et l'anoxhémie subaiguë.

Cette observation est intéressante parce qu'elle établit clairement le substratum anatomique de l'état mental si spécial de certains phtisiques dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal, et parce qu'elle permet de rapporter ces lésions aux processus de l'intoxication complexe dont l'organisme est le siège dans la phtisie pulmonaire subaiguë.

M. Brissaud demande s'il y avait des lésions dans le reste du cerveau.

M. Dupré. — Le processus psychopathique était bien limité au lobe frontal.

M. Cestan rappelle qu'Armand-Delille, avec le poison tuberculeux, n'avait pu reproduire expérimentalement que des lésions conjonctivo-vasculaires et non cellulaires.

M. Arnaud se demande comment des altérations aussi profondes ont pu ne pas déterminer d'autres troubles intellectuels que l'euphorie.

M. Dupré convient qu'il faudrait peut-être mieux désigner cet état sous le nom de *démence euphorique* des tuberculeux, par analogie avec celle des paralytiques généraux.

Les phénomènes morbides d'habitude

M. Crocq (Bruxelles). — Les phénomènes d'habitude extrêmement fréquents à l'état physiologique le sont plus encore à l'état pathologique. Si le système nerveux normal se laisse pétrir par des circonstances extérieures, le système nerveux anormal, plus suggestible, plus automatique, moins refréné par le moi conscient, devient l'esclave de l'habitude; son fonctionnement psychique supérieur se trouve tout entier sous la domination du système psychique inférieur.

A côté de la douleur d'habitude, décrite par Brissaud, des tics d'habitude de Meige et Feindel, il y a les phobies d'habitude, les obsessions d'habitude et aussi les insomnies et les attaques d'habitude.

Les insomnies d'habitude sont très fréquentes; elles constituent le reliquat, sur un système nerveux spécial, des insomnies quelconques, que celles-ci soient nerveuses, circulatoires ou toxi-infectieuses. Elles cèdent généralement vite à l'administration des hypnotiques qui régularisent les fonctions nerveuses en rendant l'habitude de dormir.

Les attaques d'habitude se rencontrent très fréquemment aussi; elles sont *hystériques* ou *épileptiques* et constituent, comme tous les phénomènes morbides d'habitude, le reliquat, sur un système nerveux prédisposé, du même phénomène (qui est ici l'attaque) provoqué une première fois par une cause tangible et qui se reproduit ensuite, sans raison autre que l'habitude. Ici encore, il suffit souvent de combattre la production du phénomène d'habitude pour obtenir une guérison définitive. L'auteur rapporte des cas d'insomnie et d'attaques d'habitude.

M. Regis observe que tous ces phénomènes sont très voisins des phobies ou obsessions d'habitude. Ainsi peut-on distinguer deux catégories d'insomniaques d'habitude: 1° ceux qui ont la phobie de l'insomnie, comme d'autres ont la phobie de la rougeur, et l'on ne peut dire que l'éreutophobie soit un simple rougissement d'habitude; 2° ceux qui ont peur de dormir parce qu'ils redoutent, pendant le sommeil, quelque accident, le plus souvent la mort.

Un moyen épilepto-frénateur héroïque

M. Crocq (Bruxelles). — Autant il est unanimement reconnu que les attaques d'épilepsie précédées d'aura peuvent être quelquefois empêchées par des moyens que les malades mettent, du reste, eux-mêmes en usage, tels que la constriction d'un membre; autant on s'incline devant l'impossibilité d'arrêter un accès lorsqu'il est commencé. Jusqu'à présent, nous ne pouvions rien en présence d'un malade en proie à un accès épileptique.

Cette situation est heureusement changée actuellement; il suffit, en effet, de placer le malade sur le côté gauche, pendant la période tonique, pour supprimer la période clonique et voir le patient revenir bientôt à lui. Ce procédé indiqué succinctement par Mac Conaghey, d'Edimbourg, constitue un moyen réellement héroïque d'arrêter les accès (1). Dans tous les cas où M. Crocq et son assistant, M. Marlow, ont eu l'occasion de l'employer, le succès a été complet.

Ce procédé, d'une simplicité et d'une valeur remarquables, auquel M. Crocq donne le nom de latéro-station gauche, paraît capable, non seulement d'arrêter les attaques, mais encore d'en diminuer la fréquence et l'intensité.

On pourrait croire qu'en plaçant le malade sur le côté droit le résultat sera le même; il n'en est rien, la latéro-station droite n'a donné que des insuccès.

M. Meige rappelle à ce propos que M. P. Bonnier a insisté sur les différences fonctionnelles qui séparent le bulbe droit du bulbe gauche.

(*A suivre*) Pierre Roy.

Le prochain Congrès des médecins neurologistes et aliénistes tiendra ses séances à Rennes.

Les questions mises à l'ordre du jour sont:

L'hypocondrie, rapporteur, M. Roy, de Paris.

---

(1) Voir *Bulletin Médical*, 1er juin 1904.

La névrite ascendante, rapporteur, M. Sicard, de Paris.

La balnéation dans les maladies mentales, rapporteur, M. Pailhas, d'Albi.

MÉDECINE MILITAIRE

Un clairvoyant

A la suite de notre article « Un projet de résection du corps de santé », paru dans le *Bulletin médical* du 29 juin, nous avons reçu la lettre suivante:

3 juillet 1904.

Monsieur le docteur Noël,

Permettez-moi de vous servir mes réflexions au sujet de votre excellent article sur l'étranglement du corps de santé.

Outre les considérations si justes que vous avez exprimées, il est un point qui ne vous a, certes, pas échappé et que vous développerez, sans doute, dans un de vos prochains articles. Je veux parler des officiers d'administration. Vous savez qu'ils nous guettent et que dans le projet du ministre on peut sentir la griffe lointaine (?) de leur syndicat.

Appelés à une situation morale qu'ils n'avaient jamais osé rêver quand ils sont entrés dans l'Administration lesdits officiers d'administration ne rêvent aujourd'hui qu'une chose: supplanter l'Intendance et prendre la direction des hôpitaux. Or, le projet d'étranglement du corps de santé servirait si bien leurs intérêts que je ne peux pas croire que le « syndicat » y soit étranger. Comme ils auront beau jeu, alors, nos maires du Palais, à crier par dessus les toits que les médecins militaires, absorbés par des besognes multiples (services de place, etc.), ne pourront plus commander les hôpitaux! Et, comme ils arriveront, facilement ainsi, à redevenir les vrais rois qu'ils sont déjà dans certains hôpitaux, par suite de la faiblesse coupable de quelques-uns des nôtres!...

Ne trouvez-vous pas, mon cher confrère, que la question vaut la peine d'être traitée, et de votre main... Je n'insiste pas, d'ailleurs.

Veuillez agréer, etc...

Si nous n'avons pas publié cette lettre lors de sa réception, c'est que la supposition faite par notre correspondant nous semblait par trop hypothétique. Depuis, des événements récents nous ont montré que nous étions dans l'erreur, que notre camarade était un clairvoyant, et que les officiers d'administration ont organisé tout un plan de campagne contre la direction médicale du service de santé. Le siège de la place est commencé et les défenseurs ne s'en doutaient pas! Les travaux d'approche ont été menés tellement silencieusement qu'on les ignorerait encore si une mine ne venait d'éclater par suite de l'imprudence d'un conjuré qui a voulu savourer le plaisir des Dieux. A la suite de cette explosion s'est écoulé un flot de calomnies qui ne sauraient atteindre les médecins militaires, et dont nous ne nous occuperions pas si elles ne démontraient la nécessité, pour le corps de santé, de se défendre énergiquement et rapidement contre ses ennemis intérieurs.

Dans un prochain numéro nous indiquerons quelle est, à notre avis, la conduite à tenir dans ces circonstances qui rappellent le vieux proverbe : « On n'est jamais trahi que par les siens. »

Dr Noël.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Traitement de l'érysipèle par des applications simultanées d'ichtyol et d'onguent mercuriel

Dans l'érysipèle de la face, **M. V. Y. Soubbotine** (*Roussky Vratch*, 1904, n° 31), de Saratov, s'est fort bien trouvé d'un traitement qui consiste à recouvrir le placard érysipélateux de vaseline ichtyolée à 10 %, puis d'en frictionner légèrement le pourtour, pendant deux ou trois minutes, avec l'onguent mercuriel double, ces frictions visant à empêcher la progression du mal. La partie atteinte est ensuite recouverte d'une couche d'ouate maintenue par des tours de bande. En outre, après avoir été purgé, le malade prend, toutes les deux heures, 0 gr. 40 à 0 gr. 50 de salycilate de soude. Le soir, au moment de dormir, il reçoit encore, à titre de calmant et d'hypnotique, 0 gr. 03 de codéine. La céphalalgie est-elle violente, on met une vessie de glace sur la tête. Enfin, s'il y a menace d'affaiblissement de la fonction cardiaque, on administre la caféine par prises de 0 gr. 10, répétées trois ou quatre fois dans la journée.

La marche envahissante du processus érysipélateux serait souvent arrêtée dès la première application d'ichtyol et de pommade hydrargyrique. Si tel n'est pas le cas, on procède, après nettoyage de la région malade au moyen d'ouate, à de nouvelles onctions ichtyolées et mercurielles qui ne tarderaient pas à amener la guérison.

Les dix cas d'érysipèle de la face, que l'auteur a eu l'occasion de traiter de la sorte, et dont plusieurs s'annonçaient comme devant être graves, ont tous guéri, sans la moindre complication, en un espace de temps relativement très court.

Traitement du rétrécissement cancéreux de l'œsophage par le radium

Au commencement de cette année, M. A. Exner, de Vienne, avait relaté plusieurs observations de cancer de l'œsophage dans lesquelles une dilatation de la sténose œsophagienne est résultée de l'introduction répétée, au niveau de la partie rétrécie, d'une sonde renfermant un fragment de radium (voir *Bulletin médical*, 3 février 1904, p. 102). Sans connaître ce travail, dont il n'apprit l'existence que plus tard, **M. Max Einhorn** (*Medical Record*, 30 juillet 1904), professeur de médecine à la New-York post graduate Medical school, a eu, de son côté, l'idée d'appliquer un traitement identique chez neuf sujets atteints de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Chez six d'entre eux, il a obtenu, comme M. Exner, une dilatation marquée de la sténose œsophagienne, ce dont on pouvait se rendre compte, d'une part, par l'exploration avec la sonde et, d'autre part, par le fait que la déglutition des aliments était devenue plus facile. Dans les trois autres cas aucune amélioration n'a pu être constatée, mais chez ces malades il fut impossible d'appliquer la radiumthérapie d'une façon suffisamment méthodique et prolongée. Les observations de M. Einhorn venant confirmer celles de M. Exner, laissent supposer que la radiumthérapie employée à elle seule ou associée à une dilatation prudente du rétrécissement au moyen de sondes ordinaires, est appelée à jouer un rôle dans le traitement palliatif du cancer de l'œsophage.

Effets favorables des injections sous-cutanées d'eau savonneuse et de térébenthine de Chios dans le cancer

MM. Lingertwood et Shaw-Mac Kenzie (*Journ. of the Royal Army Medical Corps* et *Medical Record*, 6 août 1903), médecins de l'armée anglaise, relatent deux cas de carcinose présentant quelque intérêt au point de vue thérapeutique.

L'une de ces observations concerne un carcinome de la langue, remontant à plus de sept mois, chez un homme de soixante-treize ans. Soumis aux injections sous-cutanées de solution de savon préconisées par M. Webb de Melbourne, contre le cancer, ce malade sentit bientôt ses douleurs disparaître en même temps que le néoplasme diminuait de volume. Malheureusement, ce sujet succomba aux progrès d'une cardiopathie dont il était atteint, malgré la régression très nette de sa tumeur cancéreuse.

Dans la seconde observation, on avait affaire à un carcinome du cou chez un homme âgé aussi de soixante-treize ans. Il existait ici, au niveau du muscle sterno-mastoïdien, une tumeur de consistance dure, ulcérée par places, accompagnée de douleurs violentes et de dysphagie. On pratiqua des injections sous-cutanées de 5 gouttes d'une solution à 3 % de térébenthine de Chios dans l'huile d'olive stérilisée. Elles eurent pour effet de provoquer un écoulement purulent, sans trace de fétidité, par les ulcérations qui se cicatrisèrent en partie, tandis que la tumeur diminuait de volume, les douleurs s'amendaient, la déglutition devenait facile et la tête, auparavant immobilisée, récupérait sa mobilité normale. Depuis un mois, ce malade se trouve dans la section des convalescents de l'hôpital militaire de Chelsea.

L'usage interne de la térébenthine de Chios a été recommandée, il y a vingt-cinq ans de cela, contre le cancer de l'utérus, par le professeur Clay, de Birmingham. Après avoir été en vogue en Angleterre, ce traitement fut abandonné. Mais l'administration de la térébenthine de Chios par la voie hypodermique ne paraît pas avoir été expérimentée jusqu'ici dans les néoplasmes cancéreux.

V. de H.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J.-B. Baillière

Clinique chirurgicale, par M. Le Dentu. Paris, 1904).

M. Le Dentu a réuni en un volume de 628 pages un certain nombre de leçons de clinique chirurgicale.

La leçon d'ouverture, consacrée au passé de l'Hôtel-Dieu, à l'évolution de la chirurgie contemporaine, renferme la statistique des opérations importantes de gynécologie pratiquées par M. le prof. Le Dentu, du 1er octobre 1901 au 1er mars 1904. Pendant ce temps, 165 laparotomies ont été faites, dont 8 seulement se sont terminées par la mort, et sur ces 8 décès, 3 seulement doivent être attribués à des accidents septiques péritonéaux.

Les 47 leçons qui constituent le volume sont reparties en quatre groupes : le premier renferme les leçons ayant trait à des questions générales, telles que les procédés d'anesthésie générale, le choc opératoire, la chirurgie actuelle et les contre-indications, le traitement non opératoire des tumeurs malignes; cette dernière leçon, toute d'actualité, a pour sujet la toxithérapie et la sérothérapie, la méthode de Fehleisen, de Lassar, de Coley, les rayons X et le radium.

Le deuxième groupe contient les leçons qui portent sur les différents appareils : os, articulations, muscles, veines, etc... Nous signalerons particulièrement la leçon consacrée au traitement des fractures, dans laquelle M. Le Dentu fait valoir les avantages des méthodes nouvelles : mobilisation articulaire, massage, déambulation et suture, et la leçon qui a pour sujet l'hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne et qui renferme l'exposé de six cas personnels d'une affection relativement rare.

Un troisième groupe est consacré à l'étude de sujets relevant de la chirurgie régionale : parotidites, épithélioma de la langue, goître, interventions portant sur l'intestin et la vésicule biliaire.

La gynécologie enfin tient une large place dans l'enseignement de M. Le Dentu, qui lui a consacré onze leçons : sarcomes du vagin dans l'enfance; étiologie, diagnostic et traitement des rétrodéviations utérines; néoplasmes rares de l'utérus du type conjonctif; tuberculose génitale de la femme, etc.

Dr G. Berruyer.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

Les méd. princ. :

MM. Ropert, du port de Lorient, et Valence, du port de Brest, désigné pour le 3e dépôt des équip. de la flotte, sont autorisés à permuter.

En conséquence, M. Ropert prendra immédiatement les fonctions de méd.-major au 3e dépôt, en rempl. de M. Aubry, aff. au 2e dépôt.

Le méd. de 1re cl. :

M. Bonnefoy emb. sur le *Troude* (div. nav. de l'Atlantique), en rempl. de M. Vallot.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Ortal, 4 Cognes, 5 Laffont, 6 Thémoin.

MM. les médecins principaux :

1 de Bonadona, Gazeau Rousseau, Michel, Bourdon, Robert, Damany, Negretti, Gaurand, Durand.

11 Ménier, Ropert.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Bonnefoy, Viancin, Sisco, Glérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius.

11 Audiat, Hernandez, Barrau, Barrat, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Freissineng, Tricard, Titi.

21 Vignier, Guitton, Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Baret.

31 Castaing, Merleau-Ponty, Giraud, Liffran, Abeille de la Colle, Maillin, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton.

41 Penon, Dargein, Charnel, Holland, Douarre, Bastier.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Bourges.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine vacantes le 15 mai 1905 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 17 octobre, à 4 heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Nota. — Les extraits de naissances venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

NOUVELLES

MAGISTRATS ET EXPERTS

Dans le compte rendu d'un procès plaidé dernièrement à Grenoble, le journal l'*Eclair* s'exprime ainsi :

« Après avoir reconnu que l'information fut difficile et longue, et proclamé que chacun a fait son devoir, M. le procureur général rappelle les premières constatations faites sur les lieux et les victimes. Il critique, en passant, les contradictions des médecins, et en conclut que, s'il est souvent dangereux de leur confier son corps vivant, il ne l'est pas moins de leur confier son cadavre. »

Dernièrement, assistant à une audience du tribunal de police correctionnelle, nous avons entendu un avocat dire les plus grosses .. erreurs à propos d'un certificat médical, judicieusement établi, et qu'il a qualifié de « certificat de complaisance », et cela sans que le président fasse la moindre observation, la moindre réserve.

LA VACCINATION OBLIGATOIRE EN TUNISIE

Le décret du 9 mai 1903, rendant obligatoire la vaccination des émigrants avant leur débarquement, vient d'être appliqué pour la première fois en Tunisie.

Trois bateaux : le *Peloro*, venant de Gênes, le *Cagliari*, la *Ville-d'Alger*, venant de Marseille, et un bateau autrichien, venant de Trieste, ont été soumis à cette mesure sanitaire. 78 des passagers du *Peloro* et 15 de la *Ville d'Alger* ont été vaccinés, mais quelques passagers du bateau autrichien ont échappé à cette formalité, tous étant à destination du Maroc.

Les passagers qui ont été vaccinés étaient tous des étrangers inscrits aux troisième et quatrième classes, et considérés comme immigrants. L'*Unione*, journal italien publié à Tunis, se plaint de cette mesure qu'elle traite de vexatoire, les passagers venant d'Italie, où les lois sur la vaccination sont assez sévères pour offrir toute garantie.

NÉCROLOGIE

MM. A. Weill, chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, médecin de la Compagnie des chemins de fer du Nord — Ladislas-Xavier-Paul Gorecki.

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

HYGIENE PROFESSONNELLE

Coup de pression

Par MM. P. Fournaise et G. Berruyer

Les expériences de Paul Bert ont montré les accidents que peut déterminer la décompression atmosphérique faite brusquement. Toutefois, la nature de ces accidents, que l'on désigne généralement sous le nom de *« coup de pression »*, est tellement variée que la symptomatologie en est assez obscure et que bien des fois le diagnostic en est difficile.

Malgré de très soigneuses recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé que peu de renseignements sur ce sujet qui intéresse les praticiens et particulièrement les médecins d'assurances. Nous signalerons le travail de Torreille (1), la thèse de Houdeville (2), à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts, et l'étude que consacrent aux accidents de décompression les auteurs du récent traité de pathologie générale (3).

***

Etiologie. — Le « coup de pression » s'observe chez les ouvriers qui travaillent dans des chambres à air comprimé et dans les cloches à plongeurs, au moment où ils cessent d'être soumis à l'action de l'air comprimé, c'est-à-dire immédiatement à leur sortie du caisson ou dans les quelques heures qui suivent la sortie.

Il s'observe assez fréquemment, et il est d'autant plus violent que le séjour dans l'air comprimé a été plus prolongé, la pression plus élevée et le passage à la pression normale plus brusque (4).

Au nombre des causes prédisposantes, il faut mettre les affections organiques et particulièrement celles qui portent sur l'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire, l'obésité, les affections du système nerveux; pour certains auteurs, le coryza chronique: cette affection prédisposant aux maladies de l'oreille; enfin et surtout l'alcoolisme qui favorise au plus haut point les accidents du « coup de pression ».

L'expérience semble prouver nettement, et Houdeville insiste sur ce point, que la cause déterminante n'est pas la décompression seule. L'influence de cette dernière n'est pas toujours suffisante pour provoquer les accidents puisqu'on les a observés chez des individus qui avaient pris toutes les précautions nécessaires pour éviter la rapidité de la décompression, et qui, de plus, n'étaient ni tarés, ni alcooliques.

C'est ainsi que le froid est, plus souvent qu'on ne le suppose, un facteur important, et les ouvriers, à leur sortie du caisson, devraient l'éviter avec le plus grand soin.

Le défaut d'alimentation pendant le travail à l'air comprimé prolongé, met l'individu en état de moindre résistance et le coup de pression serait, d'après certains auteurs, moins fréquent chez l'ouvrier qui mange deux ou trois heures après son entrée dans le caisson.

L'alimentation ne semble nuisible que lorsqu'elle est prise peu de temps avant la sortie de l'appareil.

Enfin, l'action de l'humidité, qui souvent passe inaperçue, mérite d'être prise en considération. D'après Houdeville, « on note bien souvent que l'homme atteint d'un coup de pression a été mouillé peu avant sa sortie de l'appareil; et bien plus, que ce sont les parties mouillées qui ont été prises, ou qui ont été le plus atteintes. »

***

Physiologie pathologique. — Paul Bert a trouvé dans le sang des animaux tués par une brusque décompression une quantité de bulles d'acide carbonique et d'azote qui, lorsqu'elles sont très abondantes, rendent le sang mousseux dans les gros vaisseaux. Aussi admet-on généralement que les accidents graves du « coup de pression » sont dus à la mise en liberté, au moment de la décompression brusque, de ces gaz que la haute pression a préalablement dissous dans le sang. Ces bulles de gaz, dont on a constaté l'existence même dans le liquide céphalo-rachidien, peuvent, à l'instar de corps étrangers, entraver la circulation dans les petits vaisseaux et provoquer la formation d'infarctus.

D'après Marey, au moment de la décompression, les gaz contenus dans l'intestin et dans l'estomac se dilatent brusquement. Cette dilatation peut s'opposer à l'abaissement du diaphragme et provoquer la dyspnée. Il peut même en résulter une congestion plus ou moins intense des viscères extra-abdominaux due à l'afflux du sang chassé des gros vaisseaux de l'abdomen.

D'après Picard (1), au moment de la compression, la quantité d'oxygène en dissolution dans le sang augmente. Quand la décompression est trop rapide, l'oxygène en excès se dégage sous forme de chapelets de bulles qui provoquent des embolies dans les poumons et dans les tissus, d'où l'asphyxie, et des hémorragies pulmonaires, méningées, intestinales et même interstitielles. Le péril menace principalement les nerveux, les tuberculeux, les cardiaques.

Pour Mac Morran (2), les accidents de la maladie des caissons ont deux causes : 1° le retard dans l'élimination de CO^2 de l'organisme; 2° la compression au niveau des capillaires et des vaisseaux sanguins périphériques, qui empêche la circulation d'être normale dans les tissus profondément situés. Aussi cet auteur propose-t-il de réduire la quantité de CO^2 dans l'air comprimé à l'aide de la soude caustique.

Hepburn (3) n'admet pas les idées émises par Mac Morran, en se basant sur ce fait que, si les théories précédemment énoncées étaient exactes, les accidents du « coup de pression » s'observeraient pendant le séjour dans l'air comprimé et non dans les heures qui suivent la sortie du caisson, comme il arrive dans la majorité des cas.

Telles sont les théories émises pour expliquer la physiologie pathologique des accidents graves de la décompression. Mais ceux-ci sont rares et les troubles que l'on rencontre le plus fréquemment sont beaucoup moins intenses et il est difficile d'admettre que les douleurs musculaires ou articulaires soient dues à des troubles circulatoires. Il nous semble que seule la théorie qui admet la présence en trop grande quantité de CO^2 dans l'organisme pourrait expliquer ces troubles symptomatiques dans ce cas d'une sorte d'intoxication. En somme, la question n'est pas encore résolue.

***

Symptomatologie. — Nous décrirons d'abord une forme grave, pouvant parfois se terminer par la mort et

(1) Alphonse Torreille. — Considérations sur les effets physiologiques et l'emploi médical de l'air comprimé (Thèse Montpellier, 1876).

(2) Léonce Houdeville. — Contribution à l'étude des accidents du travail dans l'air comprimé (Thèse Paris, 1901).

(3) Hallopeau et Apert. — Pathologie générale, 6e édit., Paris, p. 82.

(4) Thompson. — Notes on the caisson disease (*Med. record*, N. Y., 3 février 1894, p. 133-134.

(1) Picard. — Un mot des fondations à l'air comprimé au point de vue médical, à propos du pont Alexandre III (*C. R. Acad. des Sciences*, Paris 1903, CXXXVI, 347.

(2) Mac Morran. — Observation on « cainon disease » and its prevention (*Brit. med. Journ.*, Lond., 26 avril 1902, p. 1018-1020.

(3) Hepburn. — Cainon disease (*Brit. med. Journ.*, Lond. 1902, p. 1179).

qu'on rencontre très rarement, et une forme plus commune à manifestations nombreuses.

1° *Forme grave.* — Les accidents graves du coup de pression s'observent seulement quand la pression a été très élevée (quatre à cinq atmosphères) et la décompression très brusque. Dans ces cas la mort peut survenir brusquement ou elle peut être précédée d'une période de coma. Dans d'autres cas moins tragiques, on observe des vertiges, du délire, des convulsions, des douleurs articulaires ou musculaires plus ou moins violentes, des paralysies, des hémorragies nasales ou pulmonaires. On voit apparaître parfois des tumeurs sous cutanées désignées sous le nom de *puces* et de *moutons* (1), de la surdité, de la cécité, de l'anxiété respiratoire avec petitesse du pouls et refroidissement des téguments.

2° *Forme moyenne.* — Le plus souvent, les accidents du « coup de pression » sont de moyenne intensité. Ils surviennent *immédiatement* après la sortie du caisson ou dans les trois ou quatre heures qui suivent la sortie. C'est un fait sur lequel nous ne saurions trop insister, car il est fréquent de voir des ouvriers, mus par un sentiment qu'on s'explique, accuser des symptômes de coup de pression un jour ou même plusieurs jours après la cessation de leur travail pour une cause quelconque. Or, dans les 23 observations très soigneusement recueillies par Houdeville, nous n'avons pas trouvé un seul exemple de symptômes survenant le lendemain de la sortie d'un caisson.

Le « coup de pression » peut se manifester par des troubles portant soit sur le tube digestif, soit sur le système moteur, soit sur la sensibilité, soit sur les organes des sens. Aussi, nous passerons en revue successivement les différents organes pouvant être atteints.

a) *Troubles gastriques.* — Les troubles gastriques dus au « coup de pression » sont relativement fréquents, et il n'est pas rare de les rencontrer comme son unique manifestation. Ils peuvent atteindre une intensité considérable et s'accompagner ou non de vomissements et même d'hématémèse. Le malade se plaint d'ordinaire d'éprouver des douleurs violentes à début brusque avec dyspnée et sensation d'étouffement. Ces douleurs s'accompagnent presque toujours d'une tuméfaction épigastrique douloureuse à la palpation.

Le plus souvent ces accidents passent vite et ne laissent après eux qu'un peu d'anorexie et d'embarras gastrique.

b) *Douleurs.* — Les douleurs sont, de tous les accidents, de beaucoup les plus fréquents. Elles siègent dans les muscles et dans les articulations. Elles prennent la forme de crampes, de fourmillements, frappant soit tout un membre, soit un groupe musculaire, soit un seul muscle. Ces symptômes assez légers, pour lesquels les ouvriers ne consultent souvent pas le médecin, pourraient être désignés sous le nom de « petits accidents du coup de pression ».

A un degré plus élevé, ces symptômes douloureux constituent le « coup de pression » à proprement parler. Ces douleurs surviennent *très brusquement* et sont comparables au coup de fouet. Elles siègent surtout aux jambes et aux bras et frappent en même temps les muscles et les articulations et rendent les mouvements très pénibles et même impossibles. Il est rare de constater des douleurs articulaires isolées. Au contraire, les accidents péri-articulaires : empâtement douloureux de l'articulation et douleurs vives dans les gaînes tendineuses se rencontrent assez fréquemment.

Les douleurs peuvent siéger dans la tête, dans les oreilles, à la région mastoïdienne ou frontale.

L'intensité de ces douleurs peut être telle au début que la morphine soit le seul médicament qui les calme. D'après Foley, la douleur frapperait de préférence les muscles qui travaillent le plus. Houdeville est d'un avis contraire et rappelle que ce sont les membres inférieurs qui sont pris le plus souvent, alors que chez les terrassiers ce sont évidemment les membres supérieurs qui travaillent le plus.

D'ailleurs, les surveillants qui ne fatiguent pas physiquement sont assez fréquemment atteints.

Les douleurs s'accompagnent, dans certains cas, de paraplégie ou de parésie. « Il nous a semblé résulter, dit Houdeville, de l'examen des accidents observés et de l'époque à laquelle ces accidents ont eu lieu, que les paraplégies et les parésies ne s'observent que quand les travaux se font sous une pression avoisinant 2 kilos. »

Ces paraplégies surviennent brusquement ou progressivement, précédées de fourmillements et de douleurs, et accompagnées de perte de la sensibilité. Elles sont en général bénignes et de courte durée.

Dans quelques cas elles s'accompagnent de paralysie de la vessie et du rectum, paralysie qui ne présente pas une gravité considérable.

Les paralysies semblent porter surtout sur le membre supérieur et sont relativement bénignes. L'opinion de MM. Hallopeau et Apert est que dans aucun cas on n'a vu guérir les paralysies des membres inférieurs, rectum et vessie, ayant duré plus de quarante-huit heures.

c) *Troubles des organes des sens.* — Les troubles portant sur l'œil consistent surtout en conjonctivites généralement bénignes. Les troubles auriculaires consistent en vertiges surtout accentués lorsque le malade est debout et mobilise la tête. Ces vertiges, qui rappellent la maladie de Menière, sont en général tenaces. Ils s'accompagnent, dans certains cas, d'une céphalée intense ou d'écoulement sanguin dû au décollement partiel ou total, ou même à la rupture de la membrane du tympan, de surdité passagère. L'otite est rare.

d) *Congestion des organes.* — Enfin, la décompression brusque peut déterminer, du côté des viscères extra-abdominaux, une congestion plus ou moins violente. Cette congestion peut frapper l'encéphale et déterminer de l'épistaxis, de la céphalée, des vertiges, des éblouissements, des ecchymoses sous-conjonctivales, ou le poumon, et donner lieu à des troubles respiratoires avec, parfois, hémoptysie.

***

Évolution et pronostic. — Sauf les cas très violents, tous ces symptômes s'amendent dans une durée qui varie de quelques jours à quelques semaines. Les troubles paralytiques et les vertiges sont ceux dont la guérison est la plus lente. En règle générale, on peut dire que la guérison est parfaite, sauf chez les prédisposés cardiaques ou pulmonaires, et aussi chez les nerveux qui peuvent, à la suite d'un coup de pression d'intensité moyenne, voir apparaître et persister des troubles d'hystéro-traumatisme. Toutefois l'embarras du praticien est grand lorsqu'il s'agit de fixer la durée probable même approximative des symptômes et aussi lorsqu'il s'agit de fixer l'époque de la guérison. On n'y parviendra que grâce à un examen très approfondi du malade.

Les symptômes subjectifs (douleur, fourmillement, raideur articulaire), dont les ouvriers se plaignent souvent bien longtemps après l'accident sont sujets à caution, étant donné l'état

(1) Hallopeau et Apert — Loc. cit.

moral des sujets victimes d'accidents du travail.

Il n'en est peut-être pas de même des symptômes d'hystéro-traumatisme que peut déterminer « un coup de pression » en apparence insignifiant. Toutefois, même dans ce dernier cas, le médecin doit se montrer d'une prudence extrême dans son diagnostic et dans son pronostic.

Traitement. — Le traitement doit être avant tout préventif. Le médecin doit éliminer les ouvriers tarés présentant un état de prédisposition marquée aux accidents de décompression : bacillaires, cardiaques, alcooliques. Les règles d'hygiène doivent être observées très strictement : l'ouvrier ne doit pas demeurer dans les cloches plus de trois ou quatre heures consécutives et les ouvriers non entraînés ne doivent pas travailler, au début, plus de quatre heures par jour. Les ouvriers ne devront pas sortir brusquement de leur chambre de travail. Thompson dit que, quand la pression atteint quatre atmosphères, la décompression doit durer trois quarts d'heure. On évitera avec soin l'humidité, le refroidissement, et les ouvriers se garderont de manger beaucoup pendant leur séjour dans la chambre de travail.

Le traitement des accidents se résume en frictions sèches ou alcooliques s'il s'agit de douleurs. Les préparations sinapisées, les sudorifiques, les bains très chauds et prolongés suivis d'une friction, donnent de bons résultats. Les troubles digestifs cèdent aux dérivatifs intestinaux. Les ventouses sèches et scarifiées, les pointes de feu, l'électricité trouvent leur indication s'il y a des phénomènes douloureux tenaces.

MÉDECINE MILITAIRE

Insurrection administrative

Dans notre armée, deux modes tout à fait différents sont usités pour l'administration des établissements militaires. D'une part, les artilleurs adoptant le système en vigueur dans les corps de troupe, et dans les écoles militaires administrent directement, et au moyen d'un conseil d'administration, leurs magasins et ateliers. D'autre part, les intendants recourent à des intermédiaires, les officiers d'administration, auxquels ils confient la gérance de leurs établissements.

La supériorité du premier système sur le second — que l'Intendance subit parce que ses cadres ne sont pas assez nombreux pour lui permettre d'assurer la direction effective de ses magasins — est telle qu'on s'attendait à ce que les médecins militaires, en prenant la direction du service de santé, abandonneraient rapidement la gestion par officiers comptables pour le conseil d'administration. Il n'en fut rien, et ce fut une grosse faute.

Ce fut une grosse faute parce que la révolution espérée ne fut pas même une évolution, et que les choses restèrent en état. Il n'y eut de changé que l'étiquette, le contenu de la boîte fut toujours le même et le pays n'obtint pas de l'application de la nouvelle loi les résultats qu'il était en droit d'escompter.

Ce fut une très grosse faute parce que les officiers d'administration qui s'attendaient — après la lutte au couteau qu'ils avaient menée contre les médecins — à être tenus d'une main ferme, ne furent pas longs à s'apercevoir que leurs nouveaux chefs se contentaient des apparences du pouvoir, étaient faciles à capter avec un peu d'habileté et beaucoup de salamalecs.

Cette constatation donna confiance aux officiers d'administration, en leur faisant entrevoir la possibilité de réaliser leur rêve grandiose : la main-mise s'étalant ouvertement sur les hôpitaux militaires. Et, de fait, commença dès ce jour une campagne qui est un modèle d'habileté, de dissimulation, de ténacité et d'union.

Les officiers d'administration se groupèrent par garnison pour s'abonner à un journal influent qui accepta mission de soutenir leurs intérêts; ils eurent à Paris un conseil de direction auquel ils soumirent toutes les difficultés qu'ils rencontraient dans leurs rapports avec les médecins, et dont ils suivirent scrupuleusement toutes les décisions. Nombreux déjà dans les loges, ils s'y portèrent en masse. Ils s'unirent étroitement avec leurs collègues, les officiers d'administration de l'Intendance, et marchèrent avec eux la main dans la main. Le groupe ainsi formé sut habilement jouer de son personnel de réserve, recruté parmi les gros marchands de bestiaux, les meuniers, les négociants en denrées alimentaires, les industriels, en un mot, parmi les électeurs influents. Ceux-ci devinrent près des députés les porte-paroles écoutés des revendications des officiers d'administration.

Pendant que les comptables menaient cette remarquable campagne, les chefs de la médecine militaire éloignaient d'eux leurs inférieurs que divisait la partialité de l'avancement et des affectations. Tandis que les intendants directeurs avaient comme chef de cabinet un des leurs, les directeurs du service de santé confièrent ces délicates fonctions à des officiers d'administration dont ils devinrent rapidement les prisonniers. Ce furent les officiers d'administration qui décachetèrent le courrier, et l'abandon des pouvoirs du directeur entre leurs mains fut tel qu'on les vit, malgré les prescriptions formelles des règlements, écrire eux-mêmes des lettres contenant des blâmes et des punitions à l'adresse de médecins militaires.

A la 7e Direction on enleva à un employé civil le personnel des officiers d'administration pour le confier à l'un des leurs. L'avancement, les bons postes, furent l'apanage des hommes-lige de l'Intendance, notoirement connus pour leur hostilité au nouvel ordre de choses.

Les gérants des magasins du service de santé furent soustraits à la surveillance du chef du service de santé local pour ne dépendre que du directeur du service de santé du corps d'armée.

Dans les hôpitaux, le mot d'ordre fut « ne touchez pas à la... gestion », de telle sorte que le gestionnaire devint plus indépendant que jamais, et que l'autorité médicale, qui s'évanouit quand le médecin-chef a franchi le seuil de l'hôpital, demeura toute de façade.

Pendant ce temps là partaient incessamment de la 7e Direction, par la voie du commandement, à l'adresse des membres du corps de santé, des notes comminatoires, dont le seul résultat fut de déconsidérer professionnellement les médecins devant les personnes qu'ils sont appelés à soigner, et de semer dans le corps de santé le découragement. Aussi les démissions et départs anticipés de se multiplier de plus en plus.

Les résultats de ces conduites si différentes furent ce qu'ils devaient être : tandis que les médecins militaires, abandonnés, lâchés par le commandement, sont devenus la tête de Turc sur laquelle tapent à tours de bras les journalistes à court de copie et les hommes politiques qui préparent leur réélection, les officiers d'administration ont brûlé les étapes et marché de succès en succès. Ils ont obtenu successivement et en quelques mois l'assimilation, les galons, le droit de punition, l'autorisation de former une société spéciale, et de remplacer dans leur uniforme le caducée, marque de leur vasselage, par l'étoile, emblème pour eux de l'indépendance.

Toutes ces conquêtes n'ont pas suffi à calmer leurs désirs. Ils veulent plus. Ils veulent jouer le rôle jadis dévolu aux intendants, c'est-à-dire devenir les chefs avérés des hôpitaux militaires. Le moment leur a semblé opportun pour livrer la bataille et, démasquant leurs batteries, ils vomissent des injures sur les « Diafoirus galonnés » et montent à l'assaut de la loi de 1882, sous la conduite du journal l'*Action* qui, après avoir reproché au médecin principal Billet et au médecin-inspecteur Delorme d'avoir fait leur métier, lance la proclamation suivante :

Ce déplorable état de choses est la conséquence forcée de la mauvaise organisation que nous a léguée la loi de 1882, qui n'a trouvé pour son application au service de santé, qu'un personnel directeur inapte, ne possédant ni l'éducation fonctionnelle spéciale qu'il n'a acquise nulle part, ni la vocation indispensable aux

fonctions administratives qui lui sont dévolues.

Un seul principe, à défaut de connaissances administratives et économiques, guide le médecin militaire : *il est le maître!* Partant, bien que sans responsabilité matérielle puisqu'il n'est pas gestionnaire, tout doit lui être subordonné ; il veut, coûte que coûte, commander, diriger, administrer !

Son activité intéressée se porte tout entière vers cette trilogie, qui permet au médecin, même le plus ignare, grâce au corps d'officiers qui lui est subordonné et dont il exploite à son profit les connaissances spéciales ainsi que les responsabilités personnelles dont ces derniers sont accablés, de se distinguer dans un rôle pour lequel il n'est pas fait, mais qui, seul, est susceptible de le faire apprécier du commandement, l'incompétence bien compréhensible des généraux en matière médicale, ne leur permettant pas de discerner le praticien travailleur et consciencieux, noyé dans le flot des « faiseurs ». Il en résulte que ces derniers, très malins, délaissant la médecine pour se consacrer à l'administration, obtiennent, dans la plupart des cas, les grades les plus élevés de la hiérarchie. Voilà pourquoi, peut-être, la fièvre typhoïde, la dysenterie et le reste règnent en permanence dans bon nombre de corps d'armée.

Jouer au soldat, sans en avoir les charges, être administrateur sans responsabilités est tout l'idéal du médecin militaire actuel. Et les pères de famille, bons contribuables très confiants, qui ignorent cette organisation détestable, croient naïvement que leurs enfants trouveront soit à la caserne, soit à l'hôpital, le cas échéant, les soins dont ils pourront avoir besoin ! Bien grande est leur erreur !

Ce petit exposé nous semble assez clair pour donner à tous nos lecteurs une idée nette de l'état d'esprit, de la mentalité de cette caste tyrannique et cléricale qu'on nomme « le Corps de santé militaire ».

Comme cette Calotte est « tout » dans le service qu'elle a accaparé, direction et exécution, juge et partie, il est aisé de se rendre compte de ce qui se passe, dans les établissements hospitaliers, d'irrégulier et de contraire aux intérêts de l'Etat ainsi qu'à la saine exception que chacun possède du rôle du médecin dans la nation !

Le rôle actuel du médecin militaire constitue donc une antinomie monstrueuse qui n'a que trop duré !

Personne ne saurait raisonnablement contester qu'il y a un intérêt majeur pour l'armée, à déposséder le médecin de toutes les attributions dont il est inconsidérément investi et de le cantonner dans ses fonctions médico-chirurgicales.

Nous nous y emploierons de toute la force de notre conviction, et tout fait prévoir que nous réussirons.

On ne saurait dire plus nettement ôte toi de là que je m'y mette.

Les médecins militaires se laisseront-ils faire ?

Nous espérons le contraire, pour leur honneur, et dans l'intérêt du soldat malade ou blessé.

Nous espérons que, l'ennemi étant aux portes, toutes querelles intestines prendront fin, qu'à leur tour nos confrères militaires formeront bloc et qu'ils trouveront des chefs capables de les mener au combat.

Point besoin ne sera de grands efforts pour établir un plan de campagne, car deux alternatives seulement se présentent : ou ramener les officiers d'administration à leur rôle réel, qui est celui de simples agents d'exécution, ou les supprimer.

Pour ramener les officiers d'administration à leur rôle d'agents d'exécution, il suffit de remplacer dans les hôpitaux et dans les magasins la gestion par un conseil d'administration — comme la chose a lieu à l'école du Val-de-Grâce, et de faire commander les sections d'infirmiers par des médecins militaires et non par les officiers d'administration. Ces deux mesures devraient être complétées par le port du caducée par les officiers d'administration, l'attribution au service de santé du recrutement et de l'instruction de ce personnel et la mise à la retraite des « rois fainéants. »

Point n'est besoin de lois pour réaliser ces modifications. C'est affaire à la 7e Direction dont le chef, le médecin-inspecteur Catteau, aurait là une belle occasion de donner satisfaction à l'*Action*, qui lui demande de « réagir pendant une minute seulement contre sa pusillanimité native. »

Il est probable qu'il serait aidé dans cette tâche par le médecin principal Labit, « médecin à cinq galons, d'un républicanisme plus que douteux, sorte d'éminence grise, dit-on, auprès du ministre de la guerre, utilisé par le général André en qualité d'officier d'ordonnance ». En agissant ainsi notre confrère répondrait lui aussi au désir de l'*Action*, qui se demande « ce que peut bien faire ce gros galonné dans des fonctions qui n'ont absolument rien de commun avec la médecine ».

La suppression des officiers d'administration serait encore plus facile à réaliser. En effet, si les hôpitaux militaires subsistent encore, s'ils ne sont pas remplacés pour la majeure partie par des hôpitaux mixtes, c'est par suite de la défense opiniâtre de la 7e Direction qui a voulu conserver ces établissements pour y dresser comptables et infirmiers. Mais du moment que lesdits comptables, au lieu d'être des collaborateurs, sont des ennemis, la 7e Direction n'a qu'à répondre aux désirs du Parlement et à laisser transformer les hôpitaux militaires en hôpitaux mixtes. Avec les hôpitaux militaires, la plupart des comptables, devenus inutiles et sans emploi, disparaîtraient.

Il resterait encore ceux affectés aux sections d'infirmiers. Mais la suppression des hôpitaux militaires entraînerait celle des sections d'infirmiers, qui seraient remplacées par une *compagnie de santé*, affectée à l'escadron du train du corps d'armée, et qui comprendrait des brancardiers, des infirmiers et des conducteurs. De telle sorte que, en réalité, on peut supprimer le corps des officiers d'administration des hôpitaux en améliorant le service et en réalisant des économies.

Pour notre part, c'est ce dernier projet qui aurait nos préférences, parce que « les morts seuls ne reviennent pas. »

Quoi qu'il en soit, il est indispensable que les médecins de réserve s'unissent, dans cette défense, aux médecins du cadre actif, et agissent chacun dans sa sphère d'action, s'ils ne veulent pas tomber à l'état peu enviable de « sous-comptable. »

Dr Noel.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1er au 7 août inclus.

(*Suite*)

Relations cliniques de la cécité avec la la paralysie générale et le tabes

M. A. Léri. — La cécité est généralement considérée comme fréquente dans le tabes et rare dans la paralysie générale. D'autre part, on admet que les cas de tabes avec cécité sont presque toujours des cas de tabes essentiellement bénin, dans lesquels les manifestations tabétiques ordinaires sont tout à fait minimes.

Nos recherches dans la littérature et nos observations personnelles nous ont convaincu que :

a) Pour ce qui concerne la paralysie générale : 1o la cécité est rare dans la paralysie générale confirmée, avec troubles mentaux marqués, mais les troubles légers de la vision n'y sont pas rares ; 2o la cécité a été assez fréquemment signalée avant l'apparition des troubles mentaux de la paralysie générale progressive.

b) Pour ce qui concerne le tabes : 1o la cécité est rare dans le tabes confirmé, avec grands symptômes ; elle n'est fréquente que dans le tabes avec symptômes minimes de lésion des cordons postérieurs ; 2o quand la cécité doit survenir, elle survient généralement avant la plupart des symptômes du tabes ; 3o l'affection à laquelle on donne le nom de « tabes avec cécité » est caractérisée par une atrophie papillaire assez rapidement complète, accompagnée non seulement de troubles tabétiques minimes, mais très fréquemment aussi de troubles mentaux minimes tout à fait analogues à ceux du début de la paralysie générale.

En somme, le plus souvent, la cécité dite « tabétique » pourrait être aussi bien considérée comme une cécité « paralytique » si les troubles mentaux minimes de la méningo-encéphalite diffuse légère avaient dans la nosographie la même importance que les troubles physiques et fonctionnels minimes de la méningomyélite spinale postérieure légère. Le tabes, la paralysie générale et l'amaurose, dite « tabétique, » représentent simplement trois localisations d'un processus,

probablement d'ordinaire syphilitique tertiaire, qui peuvent soit s'associer, soit rester plus ou moins complètement isolées.

Anatomiquement, d'ailleurs, l'atrophie optique du tabes est semblable à celle de la paralysie générale ; il s'agit, ce semble, d'atrophie secondaire à des lésions de méningite et de névrite interstitielle à point de départ vasculaire (endo et périartérite et phlébite).

Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme

M. H. Lamy (Paris). — Les muscles spinaux participent à la marche d'une façon très active. Le fait est signalé par quelques auteurs (Gerdy, P. Richer) d'une façon sommaire.

Je me suis efforcé de déterminer : 1° à quel moment précis les spinaux entrent en contraction dans le pas ; 2° quel rôle ils sont appelés à remplir dans la marche ; 3° quel changement d'aspect dans les reliefs de la musculature du dos correspondent à leur contraction.

1° Au moment précis où le talon touche le sol, les spinaux du côté opposé se contractent d'une façon soudaine et énergique. Cette contraction se maintient du côté oscillant tout le temps de l'oscillation du membre. Elle cesse au moment où celui-ci, touchant le sol par son talon, devient portant à son tour, pour passer du côté opposé, et ainsi de suite ;

2° Leur rôle est d'assurer l'équilibration latérale du tronc, de s'opposer à l'inflexion latérale du rachis vers le côté portant, et de maintenir la verticale passant par le centre de gravité du corps en dedans du pied de ce côté ;

3° La contraction mi-latérale des spinaux s'accuse par un changement d'aspect dans les reliefs musculaires du dos, assez caractéristique pour qu'à la simple inspection de cette région, ainsi que le montrent les photographies que je vous présente, on puisse reconnaître quel est le côté portant, quel est le côté oscillant, à condition qu'on ait affaire à un sujet maigre et musclé.

Douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie

M. M. Page (Seine-et-Oise). — Nous présentons au Congrès cinq observations de neurasthéniques, chez lesquels le symptôme dominant est une douleur épigastrique, survenant par crises pour des motifs très divers (émotion, alimentation, règles, etc.). Cette douleur est ici extrêmement violente, suraiguë, faisant que les malades se roulent en poussant des cris ; elle a deux sièges principaux et constants, en avant au creux épigastrique, à trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde, en arrière sur la colonne vertébrale au niveau de la 8e dorsale. Ce syndrome fréquent dans l'ulcus simplex (douleur en coup d'épée) et qui s'explique par l'érosion des parois stomacales, permettant à l'acide gastrique d'irriter violemment les filets nerveux, nous le trouvons ici à l'état de phénomène saillant, chez des neurasthéniques, sans aucune lésion stomacale par conséquent.

De l'étude de ces observations nous croyons pouvoir tirer l'enseignement suivant :

1° Cette douleur, avec ses deux points xiphoïdien et vertébral caractéristiques, avec son intensité excessive, arrachant des cris aux malades, accompagnée ou non de vomissements, nous croyons pouvoir en faire une névralgie du plexus solaire ;

2° En présence d'un tel syndrome il importe d'examiner tous les organes innervés par le plexus solaire, et en particulier les organes génitaux, car une maladie d'un territoire quelconque du solaire (métrite, rein flottant, antéversion utérine) peut être la cause du syndrome. Du moins, nous verrons qu'en guérissant ces affections nous supprimerons du même coup la douleur épigastrique ;

3° Il existe des cas où on ne trouve aucune lésion pouvant retentir sur le plexus solaire et où une névrose seule de ce plexus explique le syndrome névralgique ;

4° Contre les crises douloureuses, le traitement général de la neurasthénie étant institué et les affections concomitantes soignées, s'il y a lieu, le seul remède qui nous ait donné des résultats satisfaisants est la faradisation quotidienne, *loco dolenti*, avec bobine à gros fil et faible intensité.

(*A suivre*) Pierre Roy.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Inhalations de nitrite d'amyle contre l'hémoptysie

L'emploi du nitrite d'amyle — qui provoque une vaso dilatation périphérique intense, nécessairement liée à une diminution de pression intra-artérielle — paraît des plus rationnels pour combattre certaines hémorragies profondes, inaccessibles à l'intervention opératoire, en particulier les hémoptysies. Et de fait, **M. F. Hare** (*Lancet*, 20 août 1904), médecin consultant du Brisbane general Hospital, au Queensland, s'en est fort bien trouvé chez les quatre sujets qu'il a eu l'occasion de soumettre à ce moyen de traitement pour cause d'hémorragie pulmonaire. Trois d'entre eux étaient des phtisiques, le quatrième souffrait d'insuffisance mitrale. Chez tous ces malades rendant le sang à pleine bouche, l'inhalation du contenu d'une petite ampoule de nitrite d'amyle amena l'arrêt instantané de l'hémoptysie. Un seul fut pris, au lendemain, d'un nouveau crachement de sang vite enrayé par le nitrite d'amyle, cette fois définitivement. Dans le cas d'insuffisance bicuspide, l'hémoptysie était accompagnée d'une algidité des membres, nullement due à la frayeur. Le nitrite d'amyle fit cesser ce spasme vasculaire, en même temps qu'il supprimait l'expectoration sanguine.

L'ulcère serpigineux à gonocoques

M. Thalmann (*Arch. f. dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1), assistant de la clinique des maladies cutanées et vénériennes du professeur E. Lesser, à Berlin, a observé, dans le service de son chef, deux faits permettant d'établir l'existence d'une forme particulière d'affection gonococcique, qui est l'ulcère serpigineux à marche envahissante, pouvant en imposer pour un chancre non serpigineux.

Les deux observations dont il s'agit se rapportent à de jeunes femmes.

La première de ces malades présentait, au moment de son admission à l'hôpital, de la blennorragie urétrale et vaginale, ainsi qu'une ulcération des dimensions d'une pièce de dix centimes, située à la commissure postérieure de la vulve et accompagnée d'œdème de la grande lèvre gauche, d'un bubon inguinal, gros comme le poing, du même côté, et d'une fièvre modérée. Le bubon fut traité d'après le procédé de Lange (petite incision et lavages antiseptiques) ; il mit plus de sept semaines à guérir. Quant à l'ulcération vulvaire, elle devint franchement serpigineuse et résista à toutes les médications locales usitées dans le traitement du chancre mou, voire même au curettage, au thermocautère et au chlorure de zinc. Au bout de trois mois, les petites lèvres étaient complètement détruites, toute la vulve et le pourtour de l'anus se trouvaient occupés par des ulcérations serpigineuses, s'étendant jusqu'à l'intérieur du rectum et ayant amené la production de deux fistules vulvo-vaginales. La malade, très affaiblie, présentait une fièvre franchement hectique. L'examen bactériologique ayant démontré la présence de gonocoques même dans l'épaisseur des parties ulcérées, on s'avisa d'instituer un traitement local par le nitrate d'argent, l'antigonoccique par excellence. On pratiqua donc des attouchements à la pierre infernale et des lavages avec une solution argentique à 0,3 ou 0,5 %. Sous l'influence de ces moyens on vit le processus morbide subir un arrêt, puis rétrocéder et, enfin, guérir.

La seconde malade fut admise à l'hôpital avec un bubon inguinal droit, très douloureux et présentant déjà une petite perforation par laquelle s'écoulait un pus épais de couleur brunâtre. Il existait de l'urétrite et de l'endométrite du col, mais sans qu'on puisse y découvrir de gonocoques. L'évidement du bubon par une incision large n'amena pas la guérison de la plaie qui prit un caractère serpigineux et ne cessa de s'étendre jusqu'au moment où l'on se décida à exciser les culs-de-sac sous-cutanés et à détruire tous les tissus tant soit peu suspects au moyen de la curette, du thermocautère et d'application de solution de chlorure de zinc à 10 %. Dans les fragments excisés, on parvint à déceler des gonocoques qu'on réussit maintenant à constater également

dans l'écoulement vaginal. La nature gonococcique du bubon et de l'ulcère serpigineux, auquel il avait donné naissance, fut ainsi démontrée. La plaie résultant de l'intervention radicale ne tarda pas à se recouvrir de bourgeons charnus de bonne nature; elle se cicatrisa sans encombres.

Chorée de Sydenham liée à la présence du ver solitaire

La chorée de Sydenham (*chorea minor*) n'ayant pour ainsi dire pas d'anatomie pathologique, tout porte à croire que cette affection est plutôt un syndrome qu'une entité morbide, syndrome que des causes diverses, dont une des principales est le rhumatisme, peuvent faire éclore sur le terrain d'une prédisposition neuropathique. Parmi ces facteurs choréigènes une place serait à faire au ver solitaire, comme l'indiquent deux faits observés récemment par **M. J. Burnet** (*British Journ. of children Dis.* et *Amer Journ. of the med. scienc.*, août 1904).

La première de ces observations concerne une jeune fille qui présentait, depuis cinq jours, des mouvements choréiques généralisés ayant débuté par la moitié gauche du corps. Quelques années auparavant, elle avait déjà subi une légère atteinte de chorée de Sydenham. On ne trouvait pas d'antécédents personnels de rhumatisme, mais les affections rhumatoïdes étaient fréquentes dans sa famille, et une de ses sœurs avait même été atteinte de chorée de Sydenham à la suite d'une attaque rhumatismale. Chez la malade de M. Burnet, les mouvements choréiques étaient d'une grande violence. Il n'y avait pas de bruits de souffle au cœur, bien que le ventricule droit parût quelque peu dilaté. Le traitement par le salicylate de soude n'ayant rien donné, l'auteur, songeant à la présence possible de vers intestinaux, s'avisa de prescrire une dose élevée d'extrait de fougère mâle à la suite de laquelle fut expulsé un long *tænia solium*, mais sans la tête. A partir de ce moment, la chorée accusa une amélioration rapide, et elle disparut complètement après que la malade eût rendu, sous l'influence d'une nouvelle prise du vermifuge, le restant du ver solitaire, la tête y compris.

Le second cas était celui d'une fillette, âgée de douze ans, qui fut prise de chorée de Sydenham une année après avoir souffert d'un épanchement pleurétique, à la suite duquel l'enfant est restée anémique et très nerveuse. Il n'existait pas de souffle au cœur, mais le second bruit au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire était accentué. En dépit d'une médication à la fois antirhumatismale et arsénicale, l'état de la malade ne cessait de s'aggraver; la température était élevée, le pouls fréquent, la respiration dyspneique. Se souvenant de l'observation précédemment relatée, l'auteur administra de l'extrait de fougère mâle, qui amena l'expulsion en bloc d'un *tænia solium* avec sa tête. Aussitôt, les symptômes choréiques s'amendèrent pour disparaître ensuite d'une façon définitive.

M. Burnet estime que dans les chorées de Sydenham rebelles, un essai de traitement vermifuge devrait toujours être fait.

V. de H.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des ophtalmies varioliques

Pendant l'épidémie de variole qui a sévi à Lille d'avril 1902 à mai 1903, **MM. Painblan** et **Taconnet** ont eu l'occasion de soigner 55 cas de complications oculaires de la variole.

Au début de l'épidémie, ils ont appliqué surtout le traitement par l'iodoforme, qu'ils ont bientôt remplacé par le bleu de méthylène.

« Nous avons, disent-ils, eu d'excellents résultats, bien meilleurs et surtout bien plus rapides avec le bleu qu'avec les autres topiques antérieurement employés par nous.

« Nous avons appliqué le traitement à la moindre alerte du côté de l'œil, chez les malades déjà en traitement aux pavillons, et, dès l'entrée, chez ceux qui arrivaient déjà porteurs de lésions oculaires.

« Le résultat a été d'autant plus parfait que le collyre a été employé plus tôt : ce qui s'explique par ce fait que nous avions affaire, au début, au virus variolique seul et que le collyre, par son action énergiquement microbicide, a empêché la production et l'évolution de ces infections secondaires si redoutables.

« Dans les cas où il y avait simplement hyperémie de la conjonctive avec sécrétion séreuse, le collyre au bleu à 1/500 a amené rapidement la guérison.

« Dans la conjonctivite déclarée avec sécrétion purulente ou muco-purulente, l'amélioration a toujours été rapide; la guérison s'est produite en quelques jours. Un seul cas où la conjonctivite intense s'accompagnait de gonflement, de chémosis, de sécrétion purulente abondante avec lésions cornéennes déjà produites, ne parut pas s'améliorer aussi vite que les autres. Taconnet augmenta le titre de la solution et prescrivit le collyre à 1/300. Celui-ci parut mieux agir : nous avons continué à l'employer depuis sans inconvénient; il fut bien supporté.

« Un point de la plus haute importance et sur lequel nous voulons insister, est le suivant : c'est que dans les vingt-trois cas de conjonctivite déclarée avec sécrétion variable, que nous avons traités par le bleu, jamais une lésion cornéenne ne s'est produite, dès le traitement commencé.

« Quand les lésions cornéennes étaient déjà produites, lors de la première application du traitement, le collyre au bleu de méthylène a eu un effet des plus heureux.

« Nous avons obtenu l'éclaircissement des infiltrations cornéennes, et la réparation rapide des ulcères.

« Dans deux cas où des abcès de la cornée s'accompagnaient d'hypopyon, le bleu a amené la résorption de l'hypopyon déjà produit.

« Dans deux cas de lésions cornéennes beaucoup plus graves où les malades étaient entrés aux pavillons d'isolement en pleine période de suppuration avec des lésions oculaires déjà avancées et présentaient une cornée détruite en partie avec hernie de l'iris, le bleu de méthylène a amené la cessation rapide de la suppuration et la réparation des lésions.

« Les hernies avaient été réduites et cautérisées à la pointe fine du thermocautère; le traitement consécutif consista en instillations, quatre fois par jour, du collyre à 1/300. Le résultat fut bon, et ces vastes ulcères guérirent sans autres complications que le leucome adhérent inévitable, alors que, dans des cas analogues, les traitements divers n'avaient pas empêché, malgré nos efforts, la fonte purulente de l'œil.

« Toutefois, nous devons à la vérité de dire que, dans deux cas seulement, le bleu de méthylène n'a pas donné le résultat habituel, mais il s'agit de cas un peu spéciaux.

« Le premier est celui d'un homme qui entra au pavillon avec une conjonctivite intense des deux côtés. Un de ses yeux était déjà privé de vision depuis longtemps et présentait un large leucome adhérent; le traitement au bleu institué tardivement d'ailleurs, avec cautérisation de la cornée, ne put empêcher la fonte purulente de l'œil et la sortie du cristallin et du vitré. Mais nous notons, toutefois, que l'autre œil, qui présentait aussi une forte conjonctivite avec sécrétion purulente, mais sans lésions cornéennes, guérit parfaitement sans que la cornée ait été touchée.

« Le second cas concerne un malade cachectique qui, entré au pavillon dans un état déplorable, fit une variole sévère et eut, pendant la convalescence, des lésions graves de la cornée en même temps que des abcès multiples et des eschares. Malgré tous les soins, l'emploi du collyre au bleu, de l'iodoforme en poudre et en pommade, etc., des cautérisations, il y eut hernie de l'iris et perte totale de la vue des deux côtés. Ce malheureux mourut quelques jours plus tard, succombant au progrès de la cachexie.

« A notre avis, il s'agit là de deux cas exceptionnels qui se présentent dans des circonstances toutes spéciales; et la grande valeur du bleu de méthylène dans le traitement de l'ophtalmie variolique, reconnue par nous comme par tous les auteurs qui l'ont employé, n'en est pas diminuée pour cela.

« Notre conclusion sera conforme à celle de Courmont et Rollet, et nous dirons que le bleu de méthylène est un excellent médicament de l'ophtalmie variolique déclarée avec ou sans lésions

cornéennes, qu'il peut la faire avorter au début de même qu'il constitue contre elle une méthode prophylactique des plus sûres. Il y a donc lieu, en cas d'épidémie de variole, de l'employer, comme nous l'avons fait, systématiquement, à la moindre alerte du côté du globe. » (1)

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Fasquelle

Les *conflits intersexuels et sociaux* du Dr Toulouse pourraient tout aussi bien s'intituler : « La sociologie nationale ». C'est, en effet, toutes les questions sociales que traite l'auteur.

Il divise son livre en trois parties :

I. — Le conflit intersexuel;
II. — Education et travail;
III. — L'individu et la collectivité.

Dans la première partie l'auteur soutient cette thèse originale que, pour bien connaître les qualités de la femme normale, il faut les étudier sur la femme aliénée.

Plus loin il donne de bons arguments pour le divorce par consentement mutuel. Il se moque agréablement, et très justement, de ceux qui veulent imposer les célibataires sous prétexte d'arrêter la dépopulation.

Arrêter la dépopulation? Par quels moyens? Celui du Dr J. Bertillon? Quel leurre. Les systèmes du colonel Toutée, pour la répartition de l'héritage; du commandant Mathis, sur l'impôt des célibataires et des ménages ayant moins de deux enfants?

Dans quels mesures tous ces projets arriveront-ils à arrêter la dépopulation?

Le Dr Toulouse dit avec raison : « Toutes ces considérations de nature économique ne sont susceptibles de modifier en rien les idées d'une femme qui veut s'affranchir de la maternité. »

Parle-t-il du « choix de la maternité », il reconnaît que *nous n'avons aucun moyen d'empêcher l'évolution qui tend à restreindre le nombre des enfants.*

Mais où l'auteur se trompe, à notre sens, c'est quand il avance que, *la question militaire écartée, il ne paraît plus du tout évident que la diminution des naissances soit un danger social.*

La diminution des naissances est, non seulement un danger social, mais un danger national, pas seulement au point de vue de la puissance matérielle, mais aussi au point de vue de l'expansion intellectuelle.

Ces questions entraîneraient beaucoup trop loin, et nous les reprendrons en temps et lieu.

Par ce qui précède, on peut déjà juger ce qu'est ce livre, qu'il faudrait analyser chapitre par chapitre.

Il le faut donc lire. Un de ses mérites, que l'on soit ou non en communion d'idées avec l'auteur, est de provoquer la réflexion et la controverse.

Dans la seconde partie, il étudie l'éducation telle qu'elle devrait être, critique les concours et la sacro-sainte école polytechnique. Sommes-nous — c'est aussi l'opinion de l'auteur — pour tous ces concours, moins ridicules que les Chinois?

A côté des chapitres : la faute extérieure, les règles du travail, l'envers des fêtes où l'auteur montre les dangers et l'absurdité de certaines fêtes pour la classe nécessiteuse, on pourrait un peu s'arrêter sur « le frein ». Le frein, c'est la haute culture morale qui permet à l'être humain de maîtriser, de dominer ses mouvements impulsifs, ses instincts. Que de considérations sociales soulève ce seul mot, comme d'ailleurs presque tous les autres chapitres de la troisième partie, entre autres « Le duel et la défense personnelle. »

Ce rapide aperçu fera comprendre que ce livre ne se prête guère à l'analyse. Il faut le lire, ou alors faire, pour ceux qui n'en ont pas le loisir, une critique de tous les chapitres, les uns après les autres; car chacun offre une ample matière à réflexions et à discussions, et c'est certes un des côtés les plus intéressants de l'œuvre du Dr Toulouse.

SMESTER.

(1) *Echo méd. du Nord*, 31 juillet 1904.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Liste, par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

Brest

MM. Belley, Boileau, Boulard, Boyer de la Giraudey, Chabé, Clavel, Corton, Dauvergne, David, Dyonneau, Dupuis, Gilbert-Desvallons, Guyomarc'h, Hullot, Husnot, Jaisson, Jourdrain, Kervella, Le Borgne, Le Cousse, Le Noal, Le Page, Lepeuple, Le Portz, Lescan-Duplessix, Le Strat, Lossouarn, Mazurié, Moizan, Morin, Richer, Rivière, Roger, Sauvé, Scagliola, Semprey.

Rochefort

MM. Althabégoïty, Antoine, Arné, Arrès, Bernard, Bernardeau, Bobrie, Bonnefous, Bonnel, Bruneau, Carle, Colat, Chastel, Delalande, Dernoy, Enault, Escudié, Gondy, Jouveau-Dubreuil, Jaulin du Seutre, Lajus, Lahève, Laquièze, Le Boucher, Le Breton-Oliveau, Massoni, Maupetit, Mazière, Nicodème, Pénaud, Pézé, G. Petit, A. Petit, Pinaud, Ployé, Polack, Potiron, Poupelain, Valeton, Vialard, Wibratte.

Toulon

MM. Allary, Arlo, Auguste, Baujean, Bans, Blandin, Boudil, Bonnefoy, Bourgarel, Botreau-Roussel, Brun, Cahuzac, Caillet, Clapier, Clot, Cristol, Curet, De Reilhans de Carnas, Euvrard, Frontgous, Fouque, Gayrard, Guimezanes, Heymann, Maurin, Mège, Mossé, Narbonne, L. Pélissier, Prat, Raisin, Richard, Rigoulet, Rochigneux, Rouiller, Roussy, Ségard, Trabaud, Vincent.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie

(Du 10 octobre au 17 décembre 1904.)

Sous la direction de M. le prof. Gaucher

Avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, De Beurmann, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Castex, chargé du cours d'otorhino-laryngologie; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord; Hudelo, médecin des hôpitaux; Morestin, chirurgien des hôpitaux; Gastou Edmond Fournier, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Emery, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Milian, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Terrien, ancien chef de clinique; Lacapère, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis; Barbarin, ancien aide d'anatomie; Cathelin, chef de clinique à l'hôpital Necker; Paris, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt dix sept leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, sauf les dimanches et fêtes, à 2 heures et à 3 h. 1/2 de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, excepté les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le prof. Guyon. Il commencera le 10 octobre 1904 et finira le 17 décembre 1904.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons :

M. Gaucher. — Lésions élémentaires de la peau; matière médicale dermatologique et médication hydrominérale.

M. Balzer. — Eczéma, impetigo, ecthyma, syphilis secondaire.

M. De Beurmann. — Psoriasis, lupus, tuberculoses cutanées, traitement du lupus.

M. Castex. — Syphilis du nez et du larynx.

M. Queyrat. — Blennorragie aiguë, blennorragie chronique, complications et traitement de la blennorragie, les balanoposthites, herpès, végétations, phimosis, chancre mou, chancre syphilitique.

M. Hudelo. — Gale, érythème, urticaire, prurits et prurigos, lichens, pityriasis, pemphigus.

M. Morestin. — Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau; opérations esthétiques.

M. Gastou. — Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus, pityriasis versicolor, érythrasma, examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique.

M. Emery. — Traitement de la syphilis.

M. Ed. Fournier. — Hérédo-syphilis, syphilis et grossesse.

M. Milian. — Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcéreuses, gommes; ulcères de jambe; syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os; syphilis cérébrale; syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie, paralysie générale, tabes.

M. Terrien. — Syphilis oculaire.

M. Lacapère. — Pelade et alopécies, dermites artificielles, dermatoses congénitales, sclérodermie, tumeurs de la peau, séborrhées et acnés, eczéma acnéiques, folliculites suppurées, dishydrose, actinomycose, lèpre, leucoplasie.

M. Barbarin. — Complications génitales chirurgicales de la blennorragie chez la femme; bartholinites, métrites et salpingites.

M Cathelin. — Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux, néphrites suppurées; traitement des rétrécissements de l'urètre.

M Paris. — Phtiriase, zona, dystrophies pigmentaires, purpura, morve et farcin, éléphantiasis.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai et en juin, le second du 15 octobre au 20 décembre.

Les droits à verser sont de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ces cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (à l'hôpital Saint-Louis).

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Coyrard, de Matha.

LE PROJET LEPAGE A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS

On lit dans la *Normandie médicale* à propos du compte rendu de l'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine Inférieure :

« *Examen des projets de M. Lepage.*— Il s'agit d'une proposition tendant à allouer une subvention fixe aux filiales de l'A. G., l'Amicale et la Caisse des retraites.

« Ce vœu a bel et bien été blackboulé à la réunion générale. Mais comme le Bureau tendait à le faire sien, il est probable qu'il a désiré *sauver la face.* Notre Société s'est prononcée, comme la réunion générale, pour le système des secours *individuels* aux adhérents des filiales, sous forme de paiement de cotisations en cas de besoin. »

Même note à l'Association des médecins de la Gironde. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le *Journal de médecine de Bordeaux*:

« L'Assemblée avait à se prononcer au sujet des « rapports à établir avec la Caisse des retraites, avec la Caisse indemnité-maladie et des conclusions du travail de M. Lepage. » Elle renouvelle ses déclarations conformes à celles des Comités directeurs de ces Caisses et est d'avis que l'Association générale devrait continuer à donner une aide individuelle aux confrères pouvant être gênés momentanément pour payer leurs cotisations, mais qu'il n'y a pas lieu de verser une somme globale chaque année, dans les Caisses ci-dessus mentionnées. »

EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ DU 27 AU 31 AOUT 1904

Programme général des exercices

1re journée, samedi 27 août.

A 8 h. 45. — Réunion des officiers dans la salle des adjudications (corridor d'Arles, Hôtel des Invalides), entrée 51 *bis*, boulevard Latour-Maubourg.

De 9 à 11 heures. — Conférences par le directeur et par un officier d'état-major.

A 1 h 1/2.— Préparation, organisations des formations sanitaires et chargement du matériel. Le parc sera formé dans la grande cour de l'Ecole militaire (place Fontenoy).

2e journée, dimanche 28 août

5 heures matin. — Départ des formations sanitaires pour Joinville-le-Pont, service de marche et cantonnement (chaque unité fera son cantonnement).

2 à 5 heures soir. — Exercices pour les infirmiers et brancardiers des formations sanitaires. Démonstration du matériel.

3e journée, lundi 29 août

Le matin.— Marche des formations sanitaires dans une colonne de brigade. Combat entre Pontault et Roissy-en-Brie. Attaque de Roissy-en-Brie. Fonctionnement du service de santé de l'avant (service régimentaire, ambulance divisionnaire et ambulance de corps).

Dans la soirée.— Cantonnement à la Queue-en-Brie. Exploration nocturne du champ de bataille.

4e journée, mardi 30 août.

Le matin. — Combat défensif sur la ligne Pontault-Gombault contre un ennemi venant de Roissy-en-Brie Fonctionnement du service de santé de l'avant, mouvement rétrograde de la brigade, retraite des formations sanitaires, enlèvement du matériel, évacuation des blessés sur la ligne de retraite par les moyens des formations et par les moyens de réquisition.

Dans la soirée.— Fonctionnement de l'hôpital de campagne. Cantonnement des formations à Chennevières.

5e journée, mercredi 31 août.

6 heures matin. — Départ du convoi d'évacuation des blessés de l'hôpital de campagne sur l'hôpital d'évacuation à la gare de Plant-Champigny. Organisation d'un train sanitaire improvisé.

2 heures du soir. — Dislocation des formations sanitaires.

Renseignements généraux

Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction technique de M. le médecin principal de 1re classe Fluteau.

MM. les médecins-majors de 2e classe Dettling et Visbecq donneront à MM. les officiers de réserve et de l'armée territoriale tous les renseignements nécessaires.

Tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part aux opérations sanitaires.

Moyens de transport pour se rendre sur le terrain

1° Le lundi 29 août — Départ de la gare de l'Est, matin : 5 h. 30, 7 h. 35, 7 h. 45, 7 h. 53, 9 h. 17.

Arrivée à Emérainville-Pontault : 6 h. 23, 8 h. 10, 8 h. 20, 8 h. 45, 9 h. 58

2° Le mardi 30 août. — *a*) Départ de la gare de l'Est, matin : 5 h. 53, 6 h. 49, 7 h. 7, 8 h 13.

Arrivée à Varennes-Chennevières : 7 h. 3, 8 h. 7, 8 h. 53, 9 h. 8.

b) Départ gare de la Bastille pour Varennes-Chennevières à l'heure 5 et 35.

3° Le mercredi 31 août. — *a*) Métropolitain jusqu'à la barrière de Vincennes pour Champigny : I. Tramway de Joinville-Champigny, départ de la barrière à l'heure 2 et 32. — II. Tramway Nogentais, départ de la barrière à l'heure 15, 35 et 45.

b) Grande ceinture (pour Champigny). — Départ de la gare de l'Est, matin : 5 h. 53, 6 h. 49, 7 h. 7, 8 h 13.

Arrivée à Champigny : 6 h. 35, 7 h. 32, 8 h. 18, 8 h. 59.

Mêmes moyens de transport pour la gare de Plant-Champigny.

SUPPRESSION DES MANŒUVRES DES 7e ET 8e CORPS

« A cause du manque d'eau constaté à la suite d'une enquête faite par la gendarmerie sur l'ordre du ministre de la guerre dans la région de la Côte-d'Or où devaient avoir lieu les manœuvres des 7e et 8e corps d'armée, ces manœuvres sont supprimées; elles seront remplacées par des manœuvres de garnison. »

Cette nouvelle donnée d'une façon ferme par le journal *Le Temps*, semble en ce moment un peu problématique. En tout cas, le programme primitif sera modifié par suite du manque d'eau.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine. C'était l'obligeance en personne. Peu d'hommes ont conquis plus de sympathie et laissé après eux plus de regrets.

Pour s'abonner au* BULLETIN MÉDICAL *adresser un mandat-poste de 8 francs pour la France, et de 12 francs pour l'Etranger, à l'Administration du Journal

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS.

REVUE GÉNÉRALE

Les dysenteries au point de vue microbien

Par M. le Dr E. Calmette

Médecin principal de 1re classe.

C'est une note parue dans la *Revue de médecine* du 10 mars 1904, sous la signature de notre distingué confrère de la marine le Dr Bertrand, directeur de l'École de médecine navale de Bordeaux, qui nous invite à soumettre à nos lecteurs un exposé sommaire des dernières constatations microbiennes dans *les dysenteries*. M. Bertrand fait remarquer à juste titre que la découverte des micro-organismes, considérés actuellement comme jouant un rôle important dans les dysenteries, lui revient en grande partie : c'est lui, en effet, qui a observé, dès 1889, dans les selles des malades, les formes bactériennes que Chantemesse et Widal ont décrites en 1888 et 1902 comme caractéristiques de la dysenterie épidémique. En 1894, Bertrand et Baucher ont étudié à nouveau ces mêmes microbes dont ils ont observé deux variétés donnant l'une des colonies blanches, l'autre des colonies jaunes sur gélatine en boîtes de Pétri. Disons de suite que ces bacilles, aujourd'hui retrouvés par tous ceux qui étudient bactériologiquement les selles dysentériques, appartiennent au groupe, si indécis dans ses caractères, des coli-bacilles et qu'ils ne peuvent être identifiés au germe véritablement pathogène de l'affection où on les observe, que par la réaction agglutinative.

Toutefois, la rigueur avec laquelle Vaillard et Dopter ont conduit leurs récentes recherches (1903) prouve, d'une façon péremptoire, que la dysenterie épidémique relève souvent d'une espèce coli-bacillaire agglutinable par le sérum des malades et agissant par une toxine adhérente au microbe, cette dernière ayant une affinité élective pour la muqueuse du gros intestin.

***

Nous épargnerons à nos lecteurs la fatigue que leur causerait une revue complète des travaux qui concernent la bactériologie des dysenteries. Le prof. Vincent (du Val-de-Grâce), dans les *Archives de médecine militaire* d'octobre 1903, et Mlle Broïdo, dans les *Archives de médecine expérimentale* de novembre 1903, ont exposé avec un soin minutieux les nombreuses recherches des médecins sur ce sujet. Depuis cette époque, Firth (décembre 1903) a fait une étude d'ensemble de la question dans *The Journal of royal army medical Corps*, et il sépare les bacilles dysentérigènes en deux groupes, le premier ne faisant pas fermenter la mannite et le second déterminant la fermentation de plusieurs sucres. Citons encore un mémoire de Morgenroth de janvier 1904, et une étude de Rosenthal, en février 1904, sur la toxine dysentérique, ces deux travaux résumés dans les derniers *Bulletins de l'Institut Pasteur* et nous pourrons, avec ces documents, nous représenter l'état actuel de nos connaissances sur la bactériologie des dysenteries.

Et tout d'abord il importe de rappeler que les lésions dysentériques, dont le siège est le gros intestin, présentent des caractères univoques quel que soit le germe qui leur a donné naissance. Le processus anatomo-pathologique comporte trois phases : l'entérite avec chute de l'épithélium, la folliculite phlegmoneuse suivie d'infiltration purulente de la sous-muqueuse, et la gangrène avec élimination des portions sphacélées. L'infection secondaire par les micro-organismes de la suppuration est commune à toutes les effractions de l'intestin, par un parasite, par un microbe ou par un ferment. Nous allons voir, d'ailleurs, que les dysenteries relèvent, suivant les cas, de l'un ou l'autre de ces agents agresseurs.

***

Les amibes, protozoaires de la classe des rhizopodes, ont été accusés de donner la dysenterie et l'on sait que Kartulis a prétendu formellement que l'*amœba coli* était le germe exclusif de tout autre dans la dysenterie endémique des pays chauds. L'amœba se présente au microscope sous la forme d'un corps irrégulièrement arrondi, de 15 à 25 μ de diamètre, avec un noyau nucléolé et des granulations protoplasmiques. Ce parasite abonde dans les grumeaux qui flottent dans le liquide des selles : on le colore, après l'avoir fixé au sublimé et alcool, par le bleu de méthyle ou la thionine ou le Ziehl. Plusieurs auteurs, entre autres Quincke et Roos, attribuent à une seule espèce d'amœba, celle que Lœsch a décrite le premier, un pouvoir dysentérigène chez l'homme et chez le chat; ils croient aussi que cette amœba agit par effraction sur l'intestin et qu'elle sécrète une toxine nécrosante. D'autres observateurs, les Italiens Grassi et Vivaldi, affirment que l'amœba ne fait qu'exalter la virulence des microbes pathogènes. On voit que la question est encore en suspens, d'autant plus qu'il a été, jusqu'à présent, impossible de cultiver ce micro-organisme dans un milieu approprié; or, comment pouvoir étudier l'action de l'amœba sur l'homme ou les animaux, avec toute la rigueur exigée par l'expérimentation scientifique, sans cultures pures? Enfin, il est constant que les amibes sont fréquentes chez l'homme sain aussi bien que chez les animaux. Ces considérations doivent nous faire douter, jusqu'à plus ample informé, du rôle des amibes dans la pathogénie des dysenteries des pays chauds.

Un autre protozoaire a été incriminé dans les mêmes circonstances, c'est le *balantidium coli* découvert par Malmsten en 1857. Ce protozoaire appartient à la classe des infusoires et présente l'aspect d'une boule de 80 à 100 μ de diamètre : il est commun chez le porc et il ne serait, d'après les auteurs, offensif que pour l'homme. Treille l'a observé, en 1875, chez des marins en Cochinchine, Soloviev l'a étudié en Russie, mais ni la preuve anatomique ni la preuve expérimentale de l'action nocive de ce protozoaire n'ont encore été fournies.

***

Nous arrivons maintenant aux constatations qui ont été faites de germes microbiens dans les dysenteries. Ces constatations sont innombrables et l'on peut dire que les cocci et bacilles les plus variés ont été observés dans les selles des dysentériques, ce qui a fait penser à M. Laveran, en 1893, que la maladie pouvait être due à une virulence exaltée de divers micro-organismes sous l'influence de l'arrêt de la sécrétion intestinale. Les staphylocoques, le streptocoque, le bacille pyocyanique, le vibrion septique et enfin les abondantes races de coli-bacilles ont tour à tour joué un rôle important ou effacé dans la genèse du processus dysentérique. La question n'a été serrée de près que du jour où l'on a possédé un autre critérium que les cultures pour caractériser les espèces microbiennes, c'est-à-dire la séro-réaction agglutinative. MM. Chantemesse et Widal ont retiré d'un échantillon de selles provenant du service de M. Bertrand (de Toulon), un bacille qu'ils ont pu cultiver et isoler en 1888, cocco-bacille de 1 à 3 μ de longueur, à extrémités arrondies, peu mobile, ne liquéfiant pas la gélatine et donnant des colonies constituées par deux cercles concentriques, l'intérieur foncé, l'extérieur clair. Ce bacille ne faisait pas fermenter les sucres et ne prenait pas le Gram. Inoculé dans l'intestin des co-

bayes après laparotomie, il provoquait des ulcérations comparables à celles de la dysenterie. Shiga au Japon, Kruse en Allemagne, Flexner et Strong aux Philippines, ont étudié et décrit des micro-organismes presque identifiables à celui de Chantemesse et Widal, et c'est la séro-réaction qui a permis à ces observateurs de confirmer leur caractère pathogène.

Toutefois, il résulte des travaux les plus récents qu'il est nécessaire d'avoir une agglutination peu inférieure à 1/300 pour pouvoir affirmer la spécificité d'un cocco-bacille dans un sérum provenant d'un malade atteint de dysenterie. Il convient aussi que l'agglutination soit immédiate. Enfin, il ne faut pas rechercher la séro-réaction chez un malade convalescent ni se servir d'un sérum provenant d'un ancien dysentérique, car le pouvoir agglutinatif ne dure que très peu de jours dans la toxi-infection dysentérique; d'autre part, il faut avoir présent à l'esprit ce fait que le sérum de malades atteints de tuberculose intestinale peut agglutiner les bacilles dysentériques à 1/60.

***

Les dernières recherches sur la bactériologie de la dysenterie, dues à MM. Vaillard et Dopter, établissent une identification aussi complète que possible entre les micro-organismes étudiés par les bactériologistes cités plus haut et démontrent, de plus, que la ou les dysenteries sont des toxémies. Des injections *sous-cutanées* de toxines provenant de cultures dysentériques ont provoqué, chez divers animaux, des lésions et des symptômes caractéristiques de la maladie. Ces toxines manifestent une action élective pour la muqueuse intestinale et y déterminent des ulcérations avec une tendance à la mortification des tissus sous-jacents.

Peut-être n'est-il pas inexact d'attribuer aux infections secondaires qui se produisent à la faveur de cette effraction une part importante dans le décours si variable du processus dysentérique. Les travaux intéressants parus en 1896 en Italie et dus à Celli, Vallenti et Fiocca, tendraient à prouver que les streptocoques et une variété de proteus favoriseraient au plus haut point l'action du cocco-bacille spécifique. Ces auteurs ont cru, comme MM. Vaillard et Dopter, à la nature toxémique de la dysenterie et ils ont cherché à immuniser l'âne afin de pouvoir procéder à des essais sérothérapiques.

D'autres bactériologistes ont appliqué cet ingénieux procédé de différenciation des espèces microbiennes que nous devons à Widal, à l'étude de certains germes observés dans les déjections des dysentériques, et, résultat curieux, ils sont arrivés à des constatations troublantes au point de vue de l'unicité de l'agent-contage de cette affection. Le coli-bacille de Roger, que ce dernier a trouvé dans des dysenteries diverses, se différencie nettement par ses cultures du bacille Shiga-Chantemesse, et cependant il est agglutiné par le sérum des dysentériques même convalescents! D'autre part, Comte, Lemoine, Barbier, Tollemer ont décrit une variété coli-bacillaire qui se décolore par le Gram et qui provoquerait l'entérite dysentériforme, forme bénigne de la dysenterie. Moreul et Rieux ont aussi découvert un coli-bacille différenciable de celui de Chantemesse par sa grande mobilité.

Enfin, nous ne saurions passer sous silence les constatations très intéressantes de M. Lesage, qui a trouvé dans le sang, les matières fécales et même dans les abcès du foie chez les dysentériques, un cocco-bacille dont l'inoculation chez les animaux reproduit les symptômes les plus saisissants de la dysenterie. Tous ces auteurs sans exception ont authentiqué leurs microbes à l'aide de la séro-réaction agglutinative.

***

Ils ont mieux fait : ils ont voulu confirmer le bien-fondé de leur conception étiologique de la dysenterie par l'emploi des sérums obtenus chez les animaux immunisés par le microbe qu'ils avaient découvert, et, là encore, nous sommes obligés d'enregistrer des résultats qui militent en faveur de la pluralité des dysenteries.

Shiga immunise, le premier, en 1900, un cheval et obtient un sérum *bactéricide*; or, quoi qu'il soit prouvé, par les expériences de Vaillard et Dopter, que le sérum immunisateur doive être *antitoxique*, la mortalité, à la suite de l'emploi du sérum de Shiga, devient de moitié inférieure à celle des dysentériques traités par les moyens ordinaires.

Kruse, en 1903, se sert, comme Shiga, d'un sérum bactéricide et obtient une diminution de mortalité assez considérable, surtout chez les enfants, 5 °/₀ au lieu de 15 °/₀.

Lesage prépare, à la même époque, à l'aide des cultures de son cocco-bacille, un sérum que Galleotti emploie avec grand succès à l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, où la mortalité baisse dès lors de moitié.

Enfin Rosenthal, dans une communication récente (février 1904), obtient, en se servant du bouillon Martin ensemencé de bacilles dysentériques et en laissant vieillir la culture pendant trois semaines, une toxine avec laquelle il immunise un cheval. Avec le sérum provenant de ce dernier (sérum antitoxique) il traite 157 malades très gravement atteints qui ne donnent que 7 décès.

***

Quelles conclusions tirerons-nous de ce long exposé? Nous ne pouvons mettre en doute l'existence de micro-organismes qui jouent un rôle important dans le processus dysentérique, micro-organismes authentiqués par leurs cultures, par la séro-réaction agglutinative et par le pouvoir immunisateur qu'ils tiennent d'eux-mêmes et de leurs toxines. Devons-nous faire un choix parmi les germes si bien observés par les divers bactériologistes? Ne sommes-nous pas conduits à penser que des lésions univoques de la muqueuse du gros intestin peuvent relever de toxi-infections diverses, en un mot n'est-il pas permis de conclure à la pluralité des dysenteries comme à la pluralité de leurs microbes? Quoi qu'il en soit, les médecins seront frappés de ce fait, que les essais de sérothérapie auxquels ont procédé les expérimentateurs les plus disparates ont tous donné des résultats encourageants, et nous ne voulons pas clore cette revue sans rappeler à nos confrères qu'un grand nombre de médecins de l'armée et des colonies n'ont eu qu'à se louer, depuis de longues années, des injections du simple sérum artificiel dans le traitement des dysenteries.

MÉDECINE PRATIQUE

Dilatation électrolytique des rétrécissements de l'urètre

Par M. le docteur Finck (de Vittel)

Parmi les méthodes susceptibles de rendre à l'urètre rétréci la perméabilité nécessaire au libre passage de l'urine, la dilatation tient la première place, non seulement parce qu'elle peut, dans certains cas, faire les frais exclusifs du traitement, mais encore parce qu'elle est le complément indispensable de toutes les autres méthodes d'élargissement du canal.

Et cependant la dilatation temporaire progressive, si excellente soit-elle, présente quelques inconvénients.

C'est tout d'abord une méthode lente, très

lente même; elle ne permet pas toujours un degré suffisant de dilatation, et doit alors céder la place aux méthodes sanglantes, et tout particulièrement à l'urétrotomie interne; elle n'a qu'une action très restreinte sur la résorption des exsudats inflammatoires, ou, si on veut l'employer dans ce dernier but, il faut prolonger le traitement pendant un temps fort long; comme elle ne met pas à l'abri de la récidive, elle nécessite la reprise du traitement à des intervalles souvent rapprochés.

La méthode que nous allons décrire a toutes les qualités de la dilatation, mais elle a sur cette dernière des avantages qui doivent, dans la majorité des cas, la lui faire préférer. En effet, elle est une méthode lente ou rapide à volonté, elle amène le calibre urétral à un degré de beaucoup supérieur à celui auquel peut prétendre la dilatation simple, elle favorise considérablement la résorption des exsudats inflammatoires, elle permet d'espacer à de longs intervalles les séances de dilatation préventive.

Pourquoi, avec tous ces avantages, la dilatation électrolytique est-elle si peu employée encore?

C'est parce qu'elle subit l'influence du discrédit, mérité d'ailleurs, dans lequel est tombé l'électrolyse linéaire.

Nous avons eu l'occasion de l'employer, dans un petit nombre de cas il est vrai, et avec appréhension au début, mais les résultats ont été si favorables que nous n'hésitons plus à la recommander. De difficultés de technique elle n'en présente point; l'instrumentation est sommaire et peu coûteuse, et qui sait dilater un urètre au moyen de bougies Béniqué sait employer la dilatation électrolytique.

D'historique, il ne sera pas question ici; rappelons seulement que Mallez et Tripier les premiers, en 1867, eurent l'idée d'employer le galvano-caustique dans le traitement des rétrécissements urétraux, que Newmann vulgarisa la méthode en Amérique dès 1868, et que M. Desnos commença, à partir de 1890, une série de recherches qui lui ont permis de régler le manuel opératoire et de préciser les indications.

On appelle électrolyse circulaire des rétrécissements l'ensemble des effets produits sur les tissus par le courant galvanique appliqué à toute la périphérie du canal de l'urètre, par conséquent au moyen d'électrodes cylindriques ou olivaires (Minet et Aversenq) (1).

Technique. — L'instrumentation, avons-nous dit, est simple : la source d'énergie est représentée par une batterie de 15 à 20 éléments Leclanché groupés en tension. Le pôle positif est mis en communication avec une électrode placée sur la cuisse du malade, le pôle négatif avec l'électrode introduite dans la lumière du canal; un rhéostat interposé sur le circuit sert à régler l'intensité du courant, et un milliamperemètre sert à l'apprécier. L'électrode négative est constituée par un Béniqué auquel est rattachée, au moyen d'une simple pince à forcipressure, l'extrémité du fil conducteur. Le rhéostat employé est quelconque. Il est facile d'en confectionner un soi-même, sur le modèle de la pile Grenet au bichromate de potasse : remplacez le charbon de la pile, d'une part, par une lame ou une tige de cuivre, le zinc par une tige cylindrique et effilée à sa partie inférieure, du même métal, le tout plongeant dans une solution de sulfate de cuivre, vous pourrez, en abaissant plus ou moins la tige de cuivre correspondant à la lame de zinc de la pile Grenet, doser très exactement l'intensité du courant.

Suivant le cas, la dilatation peut être lente ou rapide; nous allons exposer les deux procédés, quoique n'ayant jamais employé que la méthode de dilatation lente :

Dilatation électrolytique lente. — On peut faire porter l'action électrolytique soit sur le seul siège du rétrécissement, soit sur la totalité du canal. En pratique, cette dernière manière de faire est préférable; les strictures sont, en effet, rarement isolées, et il n'y a aucun inconvénient à modifier la paroi urétrale sur une certaine longueur. Les soins ordinaires d'antisepsie et d'asepsie étant pris, on introduit dans l'urètre, jusqu'à la portion membraneuse exclusivement, le Béniqué, qui met légèrement en tension le rétrécissement le plus serré. On relie le Béniqué au pôle négatif, et on applique sur la cuisse du malade l'électrode positive. On fait alors passer le courant avec l'intensité que l'on désire employer; au bout de quelques instants, on sent la bougie jouer dans le canal, il est inutile de la remplacer par une autre de calibre plus élevé; l'expérience a montré, en effet, qu'on obtient, en laissant en place le même Béniqué, une dilatabilité ultérieure aussi considérable que si, dans la même séance, on employait des bougies de calibre croissant. Quant à l'intensité du courant, il est de toute nécessité, sous peine de provoquer des accidents, de ne pas dépasser 1,5 coulomb par centimètre carré de surface (Minet et Aversenq) (1). Si on a employé une intensité de 3 à 4 mA, on laisse la bougie en place pendant dix ou quinze minutes, on la retire au bout de cinq minutes si on a employé une intensité plus forte.

La réaction de l'urètre ne se fait pas attendre. Au bout de deux heures se produit un écoulement blanchâtre qui dure quelquefois quelques jours, mais qui ne persiste pas au delà de vingt-quatre heures, si on a soin de faire suivre la séance d'un lavage sans sonde de l'urètre avec une solution de permanganate de potasse ou d'oxycyanure de mercure. Le lendemain, le malade ressent un peu de gêne de la miction, le canal se trouve, en effet, un peu rétréci, mais ces phénomènes ne tardent pas à disparaître, et à la séance suivante, huit jours après, on constate qu'on a gagné deux, trois, quatre, quelquefois six numéros. L'opération est répétée aussi souvent qu'il est nécessaire pour arriver aux plus forts numéros de la filière Béniqué.

Parmi les résultats immédiats, on constate la disparition, au fur et à mesure que s'élargit le canal, de l'urétrite scléreuse qui accompagne souvent les rétrécissements, la résorption des exsudats inflammatoires et des nodosités somi-urétrales. La surface intérieure du canal devient lisse, et l'explorateur à boule parcourt le canal sans éprouver de ressauts. Ces modifications ne sont pas toujours rapides et contemporaines du traitement; elles se produisent quelquefois à longue échéance; c'est ainsi que chez un de nos malades le canal admettait, au bout de trois séances, un 55 Béniqué; au bout de la cinquième, il n'admettait pas le 56, mais environ trois mois après, on passait un 58.

Les résultats éloignés consistent, non pas en une guérison définitive, quoique le cas puisse se produire, comme M. Desnos en a rapporté des exemples, mais en un maintien plus durable de la perméabilité urétrale à tel point que les séances de dilatation préventive peuvent être beaucoup plus espacées que dans les cas ordinaires.

Si l'on veut obtenir de suite la disparition d'un rétrécissement serré, on a recours à la *dilatation rapide* par le procédé de Minet. Le calibre du rétrécissement étant déterminé, on choisit une bougie Béniqué d'un calibre supérieur de quelques numéros (en moyenne cinq) à celui du rétrécissement. On appuie doucement le bec de la bougie sur le point rétréci, et on fait passer un courant de 3 à 4 milliampères. On sent bientôt la bougie s'engager dans la stricture; on augmente légèrement l'intensité du courant au fur et à mesure que l'instrument progresse dans la stricture. Tout d'un coup la résistance est totalement vaincue et l'instrument joue dans la virole dilatée. On fait passer deux ou trois bougies Béniqué de la sorte, on laisse la dernière en place, 3 ou 4 minutes, avec une intensité convenable, comme dans le procédé de la dilatation lente. Un lavage antiseptique est de rigueur après l'opération. Les séances sont renouvelées tous les huit jours ou tous les cinq jours, suivant l'intensité de la réaction urétrale et la rapidité avec laquelle il faut rétablir la perméabilité de l'urètre. Patience et douceur sont ici, comme dans toutes les manœuvres intra-urétrales, les qualités les plus nécessaires à l'opérateur.

Indications. — Les rétrécissements doivent être considérés au moins à deux points de vue, leur calibre et leur qualité. Les rétrécissement du type ordinaire admettant un 7 ou un 8 de Charrière, susceptibles d'être dilatés progressivement,

(1) Minet et Aversenq. — *Presse méd.*, 1904, p. 290.

(1) Le coulomb, unité de quantité, est le produit de l'intensité (en ampères) par le temps en secondes.

sont justiciables de la méthode électrolytique dès que l'on est arrivé au n° 12. A plus forte raison en est-il ainsi des rétrécissements plus larges. Dans les cas de rétrécissements filiformes, rien n'empêche de mettre une bougie à demeure, de faire ensuite de la dilatation par la méthode rapide, et de terminer par la dilatation lente; on peut ainsi éviter l'urétrotomie interne.

Dans le cas de rétrécissements modérément durs, la dilatation électrolytique augmente la durée de maintien du calibre. Mais c'est surtout dans ces rétrécissements à base indurée et dans les rétrécissements élastiques que la méthode trouve son meilleur emploi; en amenant la résorption du tissu fibreux et rétractile elle évite les urétrotomies complémentaires.

Dans tous ces cas il faut pousser la dilatation jusqu'aux plus forts numéros de la filière Béniqué. Seuls, les rétrécissements traumatiques et scléro-cicatriciels ne paraissent pas améliorés par la méthode et leur traitement donne lieu, le plus souvent, à des mécomptes.

Pour terminer, indiquons rapidement les idées que l'on s'est faites du mode d'action du courant. Le chlorure de sodium qui imbibe les tissus est décomposé en chlore et en sodium qui, au contact de l'eau, donne de la soude; celle-ci, à son tour, réagit sur les tissus et y provoque une cautérisation très légère si le courant est faible, plus considérable si le courant est plus intense. Cette action se produit dans le tissu tout entier du rétrécissement, aussi bien à la profondeur qu'à la surface, et c'est ce qui explique la rapidité avec laquelle on constate les modifications dont nous avons parlé.

Enfin, le courant a une action dilatatrice, peu importante il est vrai, sur le tissu musculaire; il provoque une vaso-constriction d'abord, une vaso-dilatation ensuite, une infiltration des tissus suivie d'une résorption ultérieure; s'agirait-il là d'une phagocytose? On ne peut l'affirmer.

En somme, le mode d'action est encore peu connu; cependant, les faits sont là, et ils sont assez convaincants pour que l'on accorde à la méthode le crédit que, jusqu'ici, elle a paru mériter.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Pau du 1er au 7 août inclus.

(Suite et fin)

Des stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval (étude clinique)

MM. F. Rudler et **C. Chomel** (armée). — La dégénérescence est caractérisée, chez l'animal comme chez l'homme, par un ensemble de stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques qui consistent dans des malformations, des troubles intellectuels, un état de déséquilibration particulier.

Stigmates physiques ou anatomiques. — Anomalies de volume et de forme du crâne et de la face; signes fournis par les organes des sens, la bouche (asymétries dentaires), le tronc et les membres.

Stigmates physiologiques. — 1° Système nerveux, troubles de la motilité, de l'activité réflexe, de la sensibilité, troubles trophiques et vaso-moteurs; 2° troubles des fonctions génésiques; 3° troubles digestifs, aérophagie, météorisme, perversions digestives.

Stigmates psychiques se rapportant : 1° aux troubles de la mimique; 2° aux actes impulsifs; 3° à une hérédité nerveuse capitalisée; 4° aux troubles de la volonté et du caractère; 5° aux phobies et hallucinations.

Cette énumération clinique suffit à établir l'identité entre les stigmates de dégénérescence du cheval et ceux que Morel et Magnan ont décrits chez l'homme. Ces signes n'acquièrent, chez le cheval comme chez l'homme, leur signification que par leur accumulation. Ils ont la même portée diagnostique et pronostique. Ils témoignent d'une infériorité individuelle de l'animal considéré en soi et au point de vue de la reproduction.

Malformations craniennes et syndrome bulbaire. Enclavement du bulbe (pièces et photographies)

MM. Sicard et **Oberthür** insistent sur les particularités intéressantes à relever dans ce cas :

1° La longue période pendant laquelle l'encéphale a pu s'adapter avec la malformation cranienne puis sous une influence toxique ou autotoxique réagir et provoquer par l'hydrocéphalie un véritable étranglement bulbaire dans une gouttière basilaire et un trou occipital malformé;

2° La polynévrite diphtérique venant compliquer le tableau morbide;

3° L'existence d'une syringomyélie absolument indépendante de l'hydrocéphalie dont la pathogénie peut s'expliquer soit par un vice de développement, soit par une réaction spéciale de la névroglie dans un névraxe prédisposé;

4° L'enclavement du bulbe ayant causé la mort subite, ses rapports avec l'engagement du cervelet et son mécanisme un peu spécial.

Note sur quelques centres sympathiques de la moelle épinière

M. Laignel-Lavastine, à la suite de recherches expérimentales chez le chien, conclut :

1° Des neurones de la chaîne sympathique thoracique ont leurs centres trophiques dans la corne latérale de la moelle dorsale et dans un noyau latéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervicale inférieure;

2° Ce noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe de la corne antérieure, dont les cellules sont étoilées.

Névrite et atrophie optique dans l'érysipèle facial

M. Cabannes (Bordeaux) a observé un cas de névrite optique post-érysipélateuse qui s'accompagna très rapidement d'atrophie avec perte absolue de la vision du côté correspondant. Il s'agit, dans ces cas, d'une atrophie post-névritique, l'apparence ophtalmoscopique variant suivant le point du trajet du nerf optique plus spécialement atteint (entrée dans l'œil ou émergence du trou optique).

Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive

MM. Cabannes et **Robineau** (Bordeaux) ont constaté que la piqûre de la cornée avec le crin de Florence est ressentie dans 75 à 80 p. 100 des cas; chez les sujets âgés, la perception est obtuse. La conjonctive bulbaire perçoit mieux les impressions de contact (crin de Florence courbé en anse) que ne le fait la cornée; il en est de même pour le froid et la chaleur. Les réflexes provoqués sont : le clignement (78 % des cas), le larmoiement (47 %), l'injection blépharo-conjonctivale (25 %). En somme, la cornée est douée d'une sensibilité douloureuse exquise; mais elle apprécie moins bien les nuances que la conjonctive.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance

MM. H. Meige et **Feindel** rapprochent des tics de l'adulte et, par suite, estiment justiciables du traitement par la discipline psycho-motrice certains cas de précipitation de la parole chez les enfants, certains troubles respiratoires, tics de frappement, de grattage, de morsure (onychophagie, cheilophagie), voire même certains troubles fonctionnels viscéraux pour lesquels on doit envisager une discipline psycho-motrice des muscles de la vie végétative, et même une discipline psycho sécrétoire.

Le phénomène plantaire combiné. Etude de la réflectivité dans l'hystérie

M. Crocq a trouvé l'abolition du réflexe pharyngien chez 73 % des hystériques, l'exagération des réflexes tendineux dans une proportion égale, l'abolition de la sensibilité plantaire dans 42 % des cas. Il insiste sur la valeur diagnostique du phénomène plantaire combiné, lequel est constitué par l'abolition simultanée du réflexe plantaire cortical ou réflexe en flexion et du réflexe plantaire médullaire ou réflexe du *fascia lata*.

Contribution à la thérapeutique du tabes. Le nitrite de soude

MM. Oberthür et **Bousquet** vantent l'effi-

cacité du nitrite de soude contre les douleurs des tabétiques et comme facilitant la rééducation; ils ont employé le médicament en injections hypodermiques.

M. Faure (Lamalou). — Les formes fébriles du tabes.

M. *Coulonjou*. — Un cas de maladie de Raynaud, suivi de mort, chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse; examen anatomo-pathologique.

MM. *Oberthür* et *Roger*. — Un cas de polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de paralysie ascendante.

MM. *Oberthür* et *Chenais*. — Psychosthénie et diabète.

M. *Foveau de Courmelles*. — Le radium en thérapeutique nerveuse.

M. *H. Meige*. — Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les psychoses (Les pierres de tête). Communication avec projections.

M. *Bérillon*. — Applications de la méthode hypnopédagogique au traitement des enfants vicieux.

M. *Ph. Tissié* (Bordeaux). — L'éducation physique appliquée au traitement des maladies mentales.

Pierre Roy.

REVUE DE TRAVAUX

Etude statistique et clinique de 173 cas de cancers utérins

La très intéressante statistique que donne et étudie M. le Dr Besson porte sur la pratique hospitalière de M. le prof. Duret (de Lille) pendant les années de 1890 à 1903 inclus (1). Le nombre de cas observés — 173 — est assez considérable pour qu'on puisse en tirer des enseignements suffisamment exacts.

Disons tout de suite, ce qui ne surprendra personne, que le cancer utérin est très fréquent puisque les 173 cas observés représentent une moyenne de près de 6 % des entrées totales. Au point de vue de l'âge, la moyenne générale ressort à quarante-quatre ans et demi environ, se rapprochant à peu près exactement de la statistique de Gusserow qui, elle, porte sur 3385 cas. Mais ce qu'il importe de mettre en lumière, c'est la précocité de l'épithélioma utérin : une femme de vingt ans en a été atteinte; 11 cas ont été observés avant trente et un ans, 29 avant trente-six ans. L'enseignement qui se dégage de ces faits est que les femmes jeunes, présentant des troubles de l'appareil génital, doivent être beaucoup plus systématiquement examinées qu'elles ne le sont, en réalité, dans la pratique.

Si nous passons à la question de l'intervention chirurgicale, nous remarquons une quantité considérable de cas inopérables : 104 sur 173. Il est vrai de noter que la statistique de M. Besson est une statistique d'hôpital, par conséquent de cas pour la plupart mauvais, atteignant des organismes antérieurement affaiblis par les conditions sociales de l'existence.

Restent donc 69 cancers opérés. L'intervention choisie dans ces divers cas donne les proportions suivantes :

Hystérectomie vaginale... 46
Hystérectomie abdominale 23

Les résultats opératoires bruts ont été les suivants :

46 hystérectomies vaginales : 40 succès, 6 morts, 15 % de mortalité;

23 hystérectomies abdominales : 13 succès, 10 morts, 43,45 % de mortalité.

Si l'on met de côté les terminaisons dues à des causes étrangères à l'acte opératoire, la proportion de la mortalité de l'hystérectomie vaginale se réduit à 10 %.

De son côté, l'hystérectomie abdominale totale, si l'on en excepte un cas où la mort fut causée par une lésion cardiaque, fournit une mortalité de 39,1 %.

On sait le revirement qui s'est produit dans ces dernières années en faveur de l'hystérectomie abdominale totale : les récents travaux de Jacobs ont jeté comme un cri d'alarme pour demander aux chirurgiens d'abandonner définitivement l'hystérectomie vaginale, opération aveugle, obscure, incomplète, tandis que l'hystérectomie abdominale reste l'opération idéale, à ciel ouvert, où l'on voit, où la main a de l'espace, où l'investigation minutieuse du chirurgien peut aller poursuivre le mal et l'évider jusque dans les traînées ganglionnaires et le tissu pelvien.

Ce raisonnement est des plus séduisants. Mais la pratique vient-elle confirmer la théorie? C'est ce qu'il est du plus haut intérêt de connaître, et les résultats éloignés restent, en somme, la vraie pierre de touche des interventions chirurgicales. Aussi l'auteur s'est-il astreint à rechercher la destinée ultérieure des guérisons opératoires mentionnées plus haut : sur 53 malades, on a pu obtenir des renseignements concernant 41 d'entre elles.

Un fait frappe d'abord : c'est le rôle de l'âge dans le pronostic des survies. L'âge moyen des dix plus longues survies est d'un peu plus de quarante-cinq ans, tandis qu'il n'est plus que de 38 à 39 pour les dix plus courtes.

Quant aux résultats opératoires en général, ils donnent :

Survies au-dessus de deux ans : 15, soit plus de 38 % (dont 6 et peut-être 7 vivent encore).

Survies au-dessus d'un an : 22, soit 50 %.

Récidives et décès avant un an : 22, soit 50 %.

Comme on le voit, la première année est meurtrière et opère un vrai triage. Cette proportion de 38 % de survies constitue un réel encouragement : l'une des malades entre sans récidive et en pleine santé dans sa neuvième année.

Mais tous les résultats éloignés que nous venons d'étudier sont globaux, et une question capitale se pose immédiatement : quelle est la part respective qui revient à chacune des deux opérations rivales : l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale? Il existe une différence énorme dans les résultats : 88 % de mortalité dans la première année par la voie haute, contre 38 % seulement par la voie basse. Ces chiffres semblent devoir plaider en faveur de l'opération vaginale.

Il ressort, d'ailleurs, des faits publiés que, dans le cas de cancer du col, au début, cette extirpation à outrance des territoires ganglionnaires que vise la voie haute et qui paraît si rationnelle en théorie, n'a pas encore donné les résultats attendus. Car, en somme, l'on est amené presque fatalement à formuler la proposition suivante : ou la propagation lymphatique et ganglionnaire est faite, et tous ces délabrements du petit bassin sont inutiles, le chirurgien n'enlevant pas tout le mal, dans l'immense majorité des cas ; ou la lésion est étroitement limitée et, dans ce cas, l'hystérectomie vaginale rendra les mêmes services que l'hystérectomie abdominale, avec une mortalité opératoire très inférieure.

En résumé, dans les cas de cancer du col au début bien limités, l'hystérectomie vaginale paraît à M. Besson rester l'opération de choix. L'opération par la voie haute garde, au contraire, son indication positive, d'abord dans les cas particuliers où le vagin est trop étroit, où le col est détruit ou trop élevé, où les culs-de-sac sont largement envahis, mais surtout dans les cas où le cancer est envahissant, avec état général satisfaisant. Le chirurgien accepte « la voie sus-pubienne comme une ressource qui lui permet d'aller un peu plus loin, de réséquer un lambeau de la paroi vaginale, d'extirper tout près d'elle un noyau de propagation. Souvent il est déçu, l'opération est grave, et, de plus, elle est mauvaise, par l'étendue et la diffusion du mal. Mais il a tenté la chance, et, une fois par hasard, il peut tomber sur un cas favorable. » (Richelot).

Ed. Laval.

(1) *Journ. des sciences méd. de Lille*, 11 juin 1904.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Régénération, avec le concours du tissu musculaire, des terminaisons motrices des nerfs sectionnés

Des travaux remarquables qui semblent ébranler profondément la doctrine de l'unité anatomique du neurone ayant été publiés dans ces derniers temps, **MM. R. Odier et A. Herzen** (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet 1904) ont jugé opportun d'entreprendre des recherches sur le mode de régénération des organes terminaux des nerfs moteurs.

D'après ces auteurs, les terminaisons motrices du cobaye se prêtent mieux à l'étude que celles du lapin. Elles affectent la forme d'un nerf composé de plusieurs filaments cylindraxiles (dont le

nombre varie de deux ou trois à dix ou douze) abordant perpendiculairement une série de fibres musculaires et s'épanouissant en un certain nombre de tiges longues, formées chacune d'un cylindraxe à calibre uniforme sur tout son parcours et porteur d'une terminaison motrice; celle-ci consiste en la division plus ou moins ramifiée et généralement de forme circulaire du filament nerveux.

MM. Odier et Herzen ont donc pratiqué, sur un certain nombre de cobayes, la section du nerf sciatique avec arrachement du bout central, et ils ont sacrifié ces animaux après vingt-quatre heures, quarante-huit heures, soixante-six heures, huit, quinze, trente, quarante-cinq, soixante et soixante-douze jours.

Les préparations microscopiques étaient colorées au sel d'or.

Vingt-quatre heures après la section, les nerfs et leurs terminaisons sont intacts. L'excitabilité des troncs nerveux est normale.

Quarante-huit heures après la section, un grand nombre de fibres sont déjà altérées, les cylindraxes sont fragmentés; leurs solutions de continuité sont très franches, mais espacées, de sorte que les fragments sont longs. Le nerf est cependant encore parfaitement excitable.

Soixante-six heures après la section, les cylindraxes sont partout divisés en fragments courts contenus à l'intérieur des tubes à myéline; les espaces qui les séparent sont assez considérables. Les organes terminaux sont entourés d'une zone rouge foncé intense, mais ne présentent eux-mêmes pas d'altération appréciable. Le nerf n'est plus excitable.

Huit jours après la section, la fragmentation des cylindraxes a fait de nouveaux progrès, mais les morceaux disjoints continuent à se bien imprégner et ne semblent pas altérés. Dans les organes terminaux apparaissent les premiers changements histologiques : quelques îlots de substance cylindraxile se séparent de l'arborisation qui se rompt par amincissement progressif du filament nerveux; les organes terminaux sont entourés d'une zone intensement colorée en rouge.

Quinze à trente jours après la section. — Jusqu'ici on n'a jamais vu qu'aucune terminaison motrice disparaisse complètement. Les filets nerveux qui soutiennent les organes terminaux et la tige qui résulte de leur réunion ne dégénèrent également pas complètement. Arrivés à un stade limite de fractionnement, les restes des cylindraxes s'accroissent, au contraire, à un moment donné et, finalement, constituent un filet cylindraxile long et continu. Leur imprégnation est si intense qu'on a certainement affaire ici à des nerfs en tout cas en partie nouvellement formés. On sait, en effet, qu'un nerf jeune produit beaucoup plus facilement la réaction chimique des sels d'or et d'argent que les nerfs adultes.

Parmi les terminaisons, la grande majorité change d'aspect. La couronne qu'elles forment, de continue qu'elle était, se fractionne en une série d'îlots qui ne disparaissent jamais. Ils sont toujours entourés, comme il a été dit ci-dessus, d'une zone très nettement délimitée où le tissu musculaire est coloré en rouge-violet intense indiquant une réaction locale active. A mesure que la section remonte à plus longtemps en arrière, c'est-à-dire dans les stades compris entre quarante et soixante-douze jours, on voit apparaître des figures de nouvelle formation.

Quelques organes terminaux sont en voie de régénération; les îlots cylindraxiles bourgeonnent et l'on voit pousser de petits prolongements arrondis au sein de la tache rouge-violette signalée plus haut.

D'autres organes terminaux paraissent n'être pas en voie de régénération, mais de formation, et se forment nettement avec le concours du tissu musculaire. Ils sont constitués par une sorte de bouton rouge-violet d'assez grande dimension. On distingue, à leur intérieur, un, deux, parfois plusieurs petits nodules allongés et frêles de substance cylindraxile. Ce sont-là, à n'en pas douter, des organes nerveux terminaux en voie de formation sur terrain musculaire et non en voie de disparition par dégénérescence, toute dégénérescence des organes nerveux moteurs terminaux s'accompagnant d'une pâleur croissante des parties musculaires environnantes. C'est le cas, par exemple, dans les intoxications graves par les poisons nervins (tétanine, strychnine).

Ici, au contraire, la coloration est d'une telle intensité que l'on doit admettre un processus vital formatif énergique.

Par conséquent, et d'après l'examen de nombreuses préparations provenant de divers cobayes, les auteurs du présent travail estiment que, chez les animaux adultes, la régénération et la néoformation de la presque totalité des organes terminaux moteurs, après section du tronc nerveux, se font avec le concours et la participation du tissu musculaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le doctorat en chirurgie dentaire

D'après le Dr Cruet, dentiste de l'hôpital de la Charité, il y aurait, parmi les chirurgiens-dentistes, un mouvement d'opinion en faveur de la création d'un doctorat spécial, doctorat en chirurgie dentaire. La chose n'est pas pour surprendre, car l'idée est dans l'air depuis la création du doctorat en pharmacie; il est même étonnant qu'elle ait attendu si longtemps pour s'affirmer. Quoi qu'il en soit, dans son journal, *La Revue de stomatologie* (août 1904), le Dr Cruet expose la genèse de ce projet dans les termes suivants :

« Ce désir impatient et presque maladif d'un titre envié sévit tout particulièrement, ce qui n'étonnera personne, dans une classe et chez des gens qui affectent le plus naïvement du monde le parfait mépris de tout ce qui est médical dans leur profession, et de tout médecin qui n'est pas à leurs gages, chez les chirurgiens-dentistes ou ceux qui parlent en leur nom. Aussi depuis quelque temps, a-t-on vu naître et se développer un mouvement combiné, dans la presse spéciale, dans des allocutions de circonstance et devant un public choisi, en faveur de l'obtention du titre de docteur pour les chirurgiens-dentistes. Non pas docteurs en médecine, mais docteurs en chirurgie dentaire, et l'on voit la différence. Elle est de fond, mais c'est la forme qui importe et le nom, et c'est précisément le cas de dire que la forme ici emporte le fond. Les chirurgiens-dentistes ne demandent pas autre chose qu'un titre. C'est la seule égalité qu'ils ambitionnent, la fausse.

« Le spectacle serait amusant, s'il n'était au fond d'un comique triste, et s'il ne découvrait les plus vilains côtés de la nature humaine. Il y a quelque chose de choquant à voir ainsi solliciter un titre, non pour ce qu'il renferme en lui-même de vrai et d'utile, mais pour ce qu'il permet de confusion et d'erreur; car qui ne voit qu'il s'agit moins de conquérir, par un nouvel effort, un titre plus élevé que de faire croire au public qu'il est identique ou simplement équivalent à un même titre porté par d'autres et conquis à d'autres fins et par d'autres moyens. Mais l'idée qui a pour principe l'équivoque et le mensonge répugne si naturellement à notre besoin de vérité et de sincérité que la droiture instinctive de nos esprits fera sûrement échouer une aussi vaine tentative. On peut même espérer que les dentistes et leurs suivants, à force de tourner autour de ce malheureux titre de docteur, objet de leur convoitise et de leur tourment, à force de réclamer le faux, finiront par trouver le vrai et l'authentique, par le suggérer à qui de droit et se trouveront ainsi un jour victimes d'une situation qu'ils auront eux-mêmes contribué à créer : la nécessité du doctorat en médecine, du vrai, pour les dentistes. On prend parfois de singuliers détours pour arriver au but, et tous les chemins, quoi qu'on fasse, nous mèneront à la fatale conclusion. »

Le Dr Cruet termine son article par cette conclusion :

« J'ose espérer que la simple menace de voir les chirurgiens-dentistes s'emparer du titre de docteur, suffira à éclairer ceux qui ont charge de nos destinées; je crois surtout qu'elle est de nature à émouvoir le corps médical tout entier, *« les médecins »* qui ne sauraient accepter, d'un cœur léger, ces nouveaux et faux confrères, désormais leurs égaux devant le public désemparé. — Qu'en pensent les syndicats médicaux ? »

Il est bien probable que les syndicats médicaux penseront du « doctorat en chirurgie dentaire » ce qu'ils ont pensé du « doctorat en pharmacie », qui n'en a pas moins vu le jour.

Dans cette question du « doctorat en chirurgie dentaire » il est bien probable que l'opinion du corps médical n'aura pas plus de valeur près de « ceux qui ont charge de nos destinées » que n'en a eu son opinion relative au « doctorat en pharmacie »

La question est autre. Si le nouveau diplôme doit être délivré par les écoles dentaires, on trouvera sans doute en haut lieu une opposition irréductible. Mais s'il doit être attribué par les Facultés de médecine contre « espèces sonnantes et trébuchantes »... la situation change. Les temps sont si durs!

G.

DÉPARTEMENTS

Sur la persistance du bacille de Klebs-Lœffler dans les fosses nasales et dans la cavité bucco-pharyngée des convalescents de diphtérie

A la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, **M. Monnier**, professeur à l'Ecole de médecine, avait été amené à déclarer qu'il avait été surpris de la persistance du bacille de la diphtérie dans la cavité bucco-pharyngée des malades atteints d'angine ou de laryngite diphtériques, persistance dont la durée dépassait les limites jusqu'ici données par les auteurs. Un des membres de la Société avait alors objecté qu'on pouvait peut-être expliquer cette vitalité du virus diphtéritique par l'influence du milieu nosocomial. Pour élucider ce point, M. Monnier et son interne M. **Gendron**, ont poursuivi des recherches en dehors de l'hôpital. Il ont réuni ainsi sept observations, qui sont très suggestives et leur permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° Le bacille de la diphtérie peut séjourner très longtemps sur les muqueuses nasales et bucco-pharyngées du diphtéritique convalescent, *même lorsque ce diphtéritique a quitté le milieu hospitalier.*

2° Le bacille de Klebs-Lœffler, 60 jours après le début de la diphtérie, peut donner lieu à une culture capable de tuer, à la dose de 1 centimètre cube, un cobaye de 500 grammes ; en d'autres termes, même au bout de ce laps de temps, il peut présenter les caractères de la virulence la plus classique.

Après quatre mois et demi, il est encore possible de l'obtenir des fosses nasales, à l'état de culture pure.

3° La persistance du bacille de la diphtérie est beaucoup plus longue dans les fosses nasales que dans la cavité bucco-pharyngée. La muqueuse nasale paraît être la voie d'élimination du virus diphtéritique, de même que la cavité buccale en est la porte d'entrée.

4° On peut admettre que toutes ou à peu près toutes les angines et laryngites diphtériques s'accompagnent d'un certain degré de rhinite, qui n'est ni la rhinite fibrineuse vraie, ni le jetage nasal des diphtéries graves, mais en quelque sorte un coryza diphtéritique.

5° La longue durée de la vitalité des bacilles de la diphtérie dans les fosses nasales nous paraît mieux expliquer les cas de diphtéries familiales, les faits de diphtéries prolongées ou récidivantes, que la notion toujours vague d'idiosyncrasie ou de prédisposition familiale.

6° La limite de quarante jours, au bout de laquelle un convalescent de diphtérie peut, à l'heure actuelle, réintégrer l'école, nous semble insuffisante, d'après nos observations. Nous pensons que pour arriver à une date plus en rapport avec les exigences de l'hygiène prophylactique, il faudrait obtenir le desideratum suivant : ne faire cesser l'isolement d'un convalescent de diphtérie qu'après la démonstration expérimentale de la non-virulence des germes contenus *dans les fosses nasales.*

7° Les irrigations de la cavité bucco-pharyngée, et l'ingestion de pastilles de sérum desséché de Martin, sont peut être capables de détruire le virus diphtéritique résidant dans la bouche. Elles ne sauraient avoir d'action sur le bacille diphtéritique contenu dans les fosses nasales.

8° On peut se demander si, par exemple, les instillations nasales d'huile mentholée ne pourraient pas avoir un résultat plus efficace. Mais le meilleur moyen consisterait encore, selon nous, à répéter, même pendant la convalescence de la diphtérie, les injections de sérum antidiphtéritique dans des proportions que les recherches de l'avenir pourront déterminer. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 août 1901.)

Occlusion et invagination intestinales mortelles dues aux ascarides

M. A. Porot, interne du Dr Audry, rapporte dans le *Lyon médical* (14 août 1901), une observation d'occlusion intestinale par les vers intestinaux avec complications broncho-pneumoniques ayant déterminé la mort.

La constipation, le météorisme, le péristaltisme intestinal, les crises douloureuses ne laissaient aucun doute sur l'occlusion; mais l'absence de toute réaction péritonéale, de vomissements, le passage de quelques matières après de grands lavements, montraient qu'il s'agissait d'une occlusion incomplète; il manquait les signes violents, la tumeur abdominale et surtout le sang dans les matières qui font faire le diagnostic d'invagination aiguë chez l'enfant.

« Peut-être une purgation énergique et spécifique dès le début eût-elle pu assurer la vie de notre petit malade. Mais rien ici ne nous orientait dans ce sens; les parents nous affirmaient n'avoir jamais rien remarqué dans les selles de leur enfant; à ce point de vue et contre cette occlusion, la purgation énergique pouvait devenir dangereuse. Aussi bien devant l'abstentionnisme chirurgical, nous sommes-nous contentés des lavements. Ce n'est que quelques jours après l'entrée, qu'un ascaride parut dans les selles et permit de faire un diagnostic étiologique, trop tardif alors, car la broncho-pneumonie était en pleine évolution. »

G.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Chirurgie orthopédique, par MM. P. Berger et S. Banzet. Paris, 1901.

Un nouveau volume vient de paraître du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. Berger et Hartmann : « la Chirurgie orthopédique », par MM. Berger et Banzet.

La chirurgie orthopédique n'est pas seulement l'ensemble des procédés usités pour remédier aux déformations congénitales, c'est aussi l'art de guérir les difformités acquises accidentellement. En publiant leur traité à l'heure où la chirurgie fait une part de plus en plus grande aux accidents du travail, comme l'a dit M. le prof. Berger, dans sa leçon d'ouverture, les auteurs font un travail utile qui intéressera à la fois les chirurgiens et les praticiens.

Conçu et rédigé à un point de vue exclusivement pratique, le livre de MM. Berger et Banzet ne renferme, en fait d'historique et de bibliographie, que les renseignements indispensables. Au contraire, les indications thérapeutiques, la description du procédé opératoire de choix sont traitées avec des détails d'une précision remarquable. Le praticien trouvera avec facilité ce qu'il doit faire dans un cas déterminé et comment il doit le faire.

L'ouvrage est divisé en trois parties.

La première est consacrée au traitement orthopédique des difformités de l'appareil rachidien, du tronc et du cou. Cette partie renferme une longue et intéressante étude du traitement de la scoliose, de la cyphose par la gymnastique orthopédique, les exercices spéciaux, les manipulations, le massage, la mécanothérapie, etc... et la technique opératoire du torticolis.

La seconde partie a pour titre : « Traitement des difformités du membre supérieur ». Les auteurs passent successivement en revue les malformations de l'épaule, les ankyloses de l'épaule, les déformations cicatricielles du membre supérieur, les ankyloses du coude, les déformations rachitiques du membre supérieur, les rétractions tendineuses, les vices de conformation de la main et des doigts. Cette rapide énumération montre que les auteurs ont introduit, dans cette partie, quelques chapitres qu'on n'a pas coutume de rencontrer dans les traités d'orthopédie et qui sont du plus haut intérêt. Nous citerons, en particulier, le traitement autoplastique des cicatrices vicieuses de l'épaule, du bras et de la main; le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par le procédé de Berger; le traitement de la syndactylie et la technique de la reconstitution du pouce par procédés autoplastiques ou dactyloplastie.

La troisième partie est consacrée aux difformités du membre inférieur. La luxation de la hanche tient une large place; viennent ensuite les ankyloses de la hanche, la coxa vara, le genu valgum, les ankyloses du genou, le pied bot con-

génital et paralytique, la maladie de Little, etc...

Dans chacun des chapitres concernant le traitement d'une déformation, les auteurs étudient successivement les procédés usuels de massage, de mécanothérapie, le meilleur procédé opératoire, les appareils et le traitement consécutifs à l'opération.

L'iconographie de cet important ouvrage de 530 pages a été l'objet d'un soin tout particulier; les figures y sont nombreuses (188) et d'une clarté parfaite.

Félix Alcan, éditeur

Les fractures de l'humérus et du fémur, par Th. Kocher (de Berne)

L'ouvrage de M. Kocher est le résumé d'un cours sur les fractures, dans lequel l'auteur a introduit un assez grand nombre de démonstrations expérimentales.

M. Kocher a choisi parmi les nombreux cas de fractures de l'humérus et du fémur qu'il a observées pendant plus de vingt ans, ceux qui ont guéri dans les conditions normales et aussi ceux qui, mal soignés, ont nécessité une intervention chirurgicale. C'est précisément grâce au traitement opératoire qu'il a dû instituer dans ce dernier cas, qu'il a pu observer de très près l'évolution et la forme des fractures. Il en donne un exposé très complet, très documenté, accompagné de nombreuses figures, et fait une large part au diagnostic et au traitement.

Dr G. Berruyer.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

NOMINATIONS

Ont été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de méd. de 2e cl.

Les méd. auxil. de 2e cl. sortant de l'École d'application :

MM. Goéré, Caseneuve, Cauvin, Fatôme, Forkenberghe, Busquet, Lestage, Quéré, Hutin, Hénault, Gatrot, Gaubin, Janicot, Colomb, Caille, Lecalvé, Dupuy, Kervern, D'Adhémar de Lantagnac.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Raymond, agrégé, de Paris.

LE SERVICE DES SECOURS PUBLICS PENDANT L'ANNÉE 1903

1° Secours aux noyés.

Les pavillons de secours placés dans Paris sur les bords de la Seine ou des canaux ont reçu 370 submergés (269 hommes et 101 femmes) sur lesquels 41 seulement, ayant séjourné trop longtemps dans l'eau, n'ont pu être rappelés à la vie. 146 s'étaient jetés à l'eau volontairement.

La durée approximative du séjour sous l'eau de ces submergés est ainsi indiquée dans les rapports transmis à la préfecture de police par les gardiens de service dans les postes :

198 sont restés sous l'eau moins d'une minute.
66 — — 1 minute.
27 — — 2 —
19 — — 3 —
16 — — 4 —
7 — — 5 —
14 — — 6 à 8 minutes (1 mort).
13 — — 10 minutes (2 morts).
10 — — plus de 10 minutes (8 morts).

En outre, les postes établis dans la banlieue ont permis de donner des soins à 15 submergés, dont 3 n'ont pu être rappelés à la vie.

2° Secours aux malades et blessés.

399 personnes (327 blessés et 72 malades) ont été soignées dans les postes de secours établis dans Paris.

En outre, 5 blessés ont été soignés dans les postes-vigies.

Dans la banlieue, 26 personnes ont reçu des soins : 17 blessés et 9 malades.

3° Transport par brancard.

Les brancards des postes de police ont servi 328 fois; ceux des postes militaires 7 fois, les autres 8 fois; soit en tout 343 personnes transportées, dont 57 étaient mortes.

Ces transports étaient dus aux causes suivantes :

Accouchements, douleurs de l'enfantement	19
Accidents	178
Blessures par suite de meurtre, rixe, etc.	27
Ivresse	7
Tentatives de suicide	23
Indispositions diverses	89

4° Ambulances spéciales.

Les ambulances établies à l'occasion de cérémonies et fêtes publiques ont reçu 438 personnes, savoir :

	MALADES	BLESSÉS
Fête de la Mi-Carême	53	21
Visite du roi d'Angleterre	10	12
Foire aux pains d'épices	62	39
Fêtes des Invalides	17	13
Grand-Prix de Paris	12	9
Fête Nationale	33	44
Fête du Lion de Belfort	9	19
Visite du roi d'Italie	26	15
Fête du boulevard Richard-Lenoir	11	15
Fête de la place d'Italie	5	6
Fête du Pont-de-Flandre	3	4
Total	241	197

En résumé, en 1903, ont été assistés : 385 submergés, 1002 blessés, 552 malades.

EMPOISONNEMENT PAR LES TOMATES

M. le Dr Paradis signale, dans le *Lyon médical*, deux cas où des familles furent atteintes d'empoisonnement alimentaire causé par des tomates à peine mûres. Les malades accusaient des coliques très violentes et avaient une diarrhée abondante. Tous présentaient de la dilatation des pupilles.

« La tomate (*lycopersicum solanum*) est une solanée et peut-être n'est-il pas illogique de rapprocher ces cas d'intoxication de ceux dus aux pommes de terre vertes ou avariées. »

Paris — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

CHEMINS DE FER DE L'EST

Voyages circulaires ou d'aller et retour, à prix réduits sur les réseaux français et à l'étranger, effectués au moyen de Livrets à coupons combinables de l'Union des chemins de fer européens.

La compagnie de l'Est délivre toute l'année des Livrets à coupons combinables, à prix réduits, de l'Union des chemins de fer européens, permettant aux voyageurs de composer à leur gré un voyage sur les réseaux de l'Est, de l'État, du Midi, du Nord, d'Orléans, de l'Ouest et de Paris-Lyon-Médit. et dans les pays désignés ci-après : Allemagne, Autriche-Hongrie, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Danemark, Finlande, Grand-Duché de Luxembourg, Italie, Pays-Bas, Norvège, Roumanie, Serbie, Suède, Suisse et Turquie.

La réduction par rapport aux prix des billets simples atteint et dépasse 20 %.

Les principales conditions d'émission de ces livrets sont les suivantes :

L'itinéraire doit emprunter à la fois des lignes françaises et étrangères et ramener le voyageur à son point de départ initial; il peut affecter la forme d'un voyage circulaire ou celle d'un aller et retour.

Le parcours taxé ne peut être inférieur à 600 kilomètres; la durée de validité des livrets est de 45 jours lorsque le parcours ne dépasse pas 2000 kilomètres; elle est de 60 jours pour les parcours taxés de 2000 à 3000 kilomètres inclusivement, et de 90 jours pour les parcours taxés plus longs.

Dans aucun cas, la durée de validité des livrets ne pourra être prolongée, ni l'itinéraire modifié.

Les livrets doivent être demandés à l'avance; il n'est pas concédé de franchise de bagages.

Les enfants âgés de 4 ans et moins sont transportés gratuitement, s'ils n'occupent pas une place distincte; au-dessus de 4 ans jusqu'à 10 ans, ils bénéficient d'une réduction de 50 %.

Les livrets sont délivrés dans toutes les gares et stations des réseaux faisant partie de l'Union de chemins de fer européens.

Italie. — Les voyageurs qui désirent se rendre en Italie peuvent se procurer à Paris (Est) et dans les gares du réseau de l'Est situées sur l'itinéraire, des billets circulaires à itinéraire fixe dits « Au nord et au sud des Alpes » qui permettent de faire des excursions variées en Italie dans des conditions économiques.

Ces billets ont une durée de validité de 60 jours.

Nota. — Pour tous autres renseignements consulter le livret des voyages circulaires et excursions de la compagnie de l'Est et le tarif international G. V. n° 205 déposé dans les gares.

CLINIQUE OBSTETRICALE

Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail. Hystérectomie subtotale. Pneumonie double pendant les suites. Abcès de fixation. Guérison

Par M. G. Fieux

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, Accoucheur des hôpitaux.

Le 11 décembre dernier, une sage-femme venait me demander d'examiner une de ses clientes en travail depuis le même jour à 6 heures du matin. La tête fœtale étant élevée, elle craignait un rétrécissement du bassin. Vers 11 heures du matin je me rendais à son appel et me trouvais en présence d'une jeune femme de vingt-six ans, de taille moyenne, ne présentant aucune trace extérieure de rachitisme. Elle est au terme de sa première grossesse; les dernières règles se sont montrées du 7 au 11 mars. Le fond de l'utérus remonte à 36 centim. au-dessus du pubis. Le fœtus est en présentation céphalique, modérément fléchie, dos à gauche. Par le palper mensurateur, bien que la bosse pariétale antérieure fasse une légère saillie en avant du pubis, j'ai l'impression d'un engagement spontané très probable. Les battements du cœur sont bons; le col est en voie d'effacement; l'angle sacro-vertébral assez élevé est atteint à 11 centim. du sous-pubis et surplombe un faux promontoire sacré dont la saillie est de 1 centim. plus rapprochée. En somme, bassin aplati avec diamètre utile de 9 centim. environ.

Malgré l'impression favorable que j'avais, relativement à l'engagement de la tête fœtale, je conseillai, à tout événement, le transport de la parturiente à la clinique d'accouchements où elle arrive à 2 heures.

Le travail marche très lentement. La dilatation est comme une pièce de cinq francs le 12, à 9 heures du soir, c'est-à-dire trente-neuf heures après le début du travail. A ce moment, rupture spontanée des membranes. La tête amorce son engagement qui ne s'effectue que dans la nuit du 12 au 13, à un moment qui ne peut être absolument précisé. Le 13, à 7 heures du matin, la dilatation est complète. L'état général de la parturiente est très bon; le fœtus ne souffre pas. A 8 heures du matin, la malade n'ayant pu uriner seule est sondée; la cathétérisme ramène 400 gr. d'urine.

A 9 h. 1/2, à mon arrivée dans le service, je suis frappé par la présence, au-dessus du pubis, d'une tuméfaction mollasse, ressemblant à la vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme vésical ramène quelques grammes d'urine, mais ne modifie en rien le volume de cette tumeur qui remonte à 8 centim. au-dessus du pubis et n'est nullement douloureuse.

La tête fœtale est dans l'excavation en gauche antérieure; l'état général de la malade est parfait; contractions régulières; pouls bien frappé à 90; bruits du cœur fœtal très bons. En dépit de tout cet ensemble rassurant, je pose le diagnostic de rupture spontanée du segment inférieur, rupture ayant abouti à ce que Hecker a désigné sous le nom *d'hématocèle anté-utérine*.

Pendant que l'on envoie chercher M. Lafond, chef de clinique, je vais faire une course dans les environs de l'hôpital et je reviens à 10 heures. Même état. Application de forceps facile qui amène un enfant en état d'apnée, mais qui est aussitôt ranimé. C'est un garçon de 3000 gr., avec bipariétal de 10 centimètres.

Aussitôt après l'accouchement se déclare une hémorragie abondante. La main qui va faire la délivrance artificielle trouve le placenta *complètement adhérent* sur la face antérieure et le fond. Il n'empiète pas sur le segment inférieur. Après avoir enlevé le délivre, ma main se met en devoir d'explorer le segment inférieur, mais je me vois débordé par une hémorragie si soudaine que je suis obligé de suspendre mon investigation et de pratiquer un tamponnement intra-utérin serré à la gaze imbibée d'eau oxygénée.

L'hémorragie externe s'arrête immédiatement. La tuméfaction sus-pubienne a disparu. A ce moment, la malade se réveille; malgré cette hémorragie abondante, elle n'est guère schockée; le visage est bon, le pouls est bien frappé à 96.

Mais je suis tellement convaincu qu'il y a rupture, bien que mes doigts n'aient pas pu la surprendre, que je reste auprès de la malade, recommandant de tout préparer pour une laparotomie, et ayant fait avertir M. le prof. Lefour qui, empêché, me remet la malade entre les mains.

En effet, dans les quelques instants qui suivent, on assiste à la reformation d'une tumeur liquide nettement distincte du globe utérin bien rétracté. Cette tumeur sus-pubienne augmente progressivement, tandis que le visage de la malade pâlit et que son pouls monte à 110; une demi-heure après l'accouchement, la tuméfaction hypogastrique remonte jusqu'à l'ombilic : elle est fluctuante et la main perçoit à son niveau de la crépitation sanguine. Le globe utérin, toujours dur, est déjeté en haut et à droite sous la face inférieure du foie.

A 11 heures, le pouls est petit et bat 120 à la minute. Injection de 400 gr. de sérum salé.

A midi tout est prêt pour la laparotomie que je pratique, assisté de M. le Dr Lafond, chef de clinique. A l'ouverture de l'abdomen, un gros hématome sous-péritonéal, gros comme une grosse tête de fœtus à terme, apparaît de couleur bleue violacée. Après avoir placé de chaque côté des pinces de Richelot sur les ligaments larges, je fais une ponction du feuillet péritonéal qui limite en avant l'hématome, ponction qui donne issue à une grande quantité de sang noirâtre et de caillots; puis en arrière de ceux-ci vient un gros filet de sang rouge, ce qui nous montre qu'il n'y a pas là seulement du sang collecté, mais une grosse hémorragie en train de se faire. Je vais alors pincer les deux utérines au niveau du point où elles abordent le segment inférieur. L'hémorragie s'arrête aussitôt. Le doigt, introduit par l'orifice du feuillet péritonéal décollé de la face antérieure du segment inférieur, sent sur celui-ci une brèche bien nette, transversale, de 4 centim. environ, située un peu à droite de la ligne médiane.

Dissection des lambeaux péritonéaux en avant et en arrière et hystérectomie subtotale en faisant passer la section au niveau même du trait de rupture qui siège très bas sur le segment inférieur. Après hémostase complète, une mèche de gaze est placée dans la cavité cervico-vaginale et fermeture de la brèche utérine au catgut, en inversant la muqueuse du côté de la cavité cervicale. Puis, à l'aide de deux lambeaux péritonéaux, je fais un recouvrage soigneux du moignon utérin qui paraît bien isolé de la cavité péritonéale. Un gros drain plongeant dans le Douglas ressort par l'angle inférieur de la plaie. L'opération a duré en tout quarante-cinq minutes.

500 gr. de sérum ont été injectés sous la peau pendant l'opération; autant une heure après.

Au point de vue opératoire, les suites furent aussi simples que possible. Pas le moindre retentissement péritonéal, pas un vomissement. Le drain est retiré le troisième jour ainsi que la mèche cervico-vaginale. Tout marche à souhait du côté du ventre, et la malade guérit heureusement en dépit de certaines complications, dont je vais

dire quelques mots dans un instant.

Cette observation est intéressante par le silence complet qui a accompagné la rupture et par la négation absolue des symptômes fonctionnels, tant maternels que fœtaux. Deux heures environ après la rupture, l'état général de la mère était excellent, les battements du cœur fœtal étaient normaux et seul l'hématome anté-utérin peu volumineux attirait l'attention sur l'accident qui venait de se produire.

Par contre, je fais remarquer un fait déjà noté dans un certain nombre d'observations, bien qu'assez peu connu encore; l'hémorragie très discrète, et à peine cliniquement appréciable avant l'accouchement, s'est brusquement déchainée immédiatement après l'extraction du fœtus qui, tant qu'il est en place, forme tampon et s'oppose à un libre écoulement du côté des vaisseaux déchirés.

En terminant ce qui a trait au côté obstétrico-chirurgical, je fais remarquer que dans ce cas de rupture utérine, bien qu'elle fut peu étendue et sous-péritonéale, le tamponnement serré n'a pu être qu'un traitement d'attente. Seule l'hystérectomie immédiate pouvait et heureusement a pu conjurer la mort imminente.

Je disais tout à l'heure que les suites opératoires avaient été aussi simples que possible, mais seulement en tant que suites de l'acte chirurgical, car si l'on jette un coup d'œil sur la feuille de température, on remarque que du troisième au quinzième jour le thermomètre oscille entre 38° et 39°7, et le pouls entre 130 et 156, perturbations qui, je le dis de suite, furent la conséquence de complications pulmonaires.

Cette malade fut opérée d'urgence un jour très froid dans un amphithéâtre mal chauffé, et quarante-huit heures après l'opération elle commençait à tousser : matité à la base droite, avec augmentation des vibrations thoraciques et petits râles fins dans une zone de la largeur de la main à peu près.

Deux jours après, les râles crépitants sont remplacés par une zone où l'on perçoit un gros souffle tubaire, entourée d'une large auréole de râles sous-crépitants; en même temps des signes de pneumonie lobaire se montrent du côté gauche, en suivant une marche identique. Le traitement suivi depuis le début a consisté en grands cataplasmes sinapisés, boissons alcoolisées, digitaline et caféine alternées.

Le 21 décembre, sept jours après le début des accidents pulmonaires, l'état est des plus graves, l'auscultation fait percevoir des deux côtés et du haut en bas du souffle et des râles sous-crépitants. La température est de 39°7, le pouls à 148. Je fais une injection de 1 cc d'essence de térébenthine dans le dessein de provoquer un abcès de fixation.

Trente-six heures après, l'état étant aussi mauvais et la première piqûre n'ayant rien déterminé, je fais une seconde injection d'essence de térébenthine.

Pendant les deux jours qui suivent cette seconde injection, il se produit une légère détente du pouls et de la température, mais sans aucune modification appréciable des lésions pulmonaires.

Le jour d'après, 25 décembre, l'état est aussi alarmant que possible. Thermomètre à 39°5, pouls petit à 130, on entend partout les deux poumons comme bourrés de petits râles sous-crépitants, avec les deux zones soufflantes qui ne paraissent pas vouloir se modifier, râle trachéal permanent entendu à distance, cyanose intermittente, expectoration excessivement difficile, tendance au collapsus.

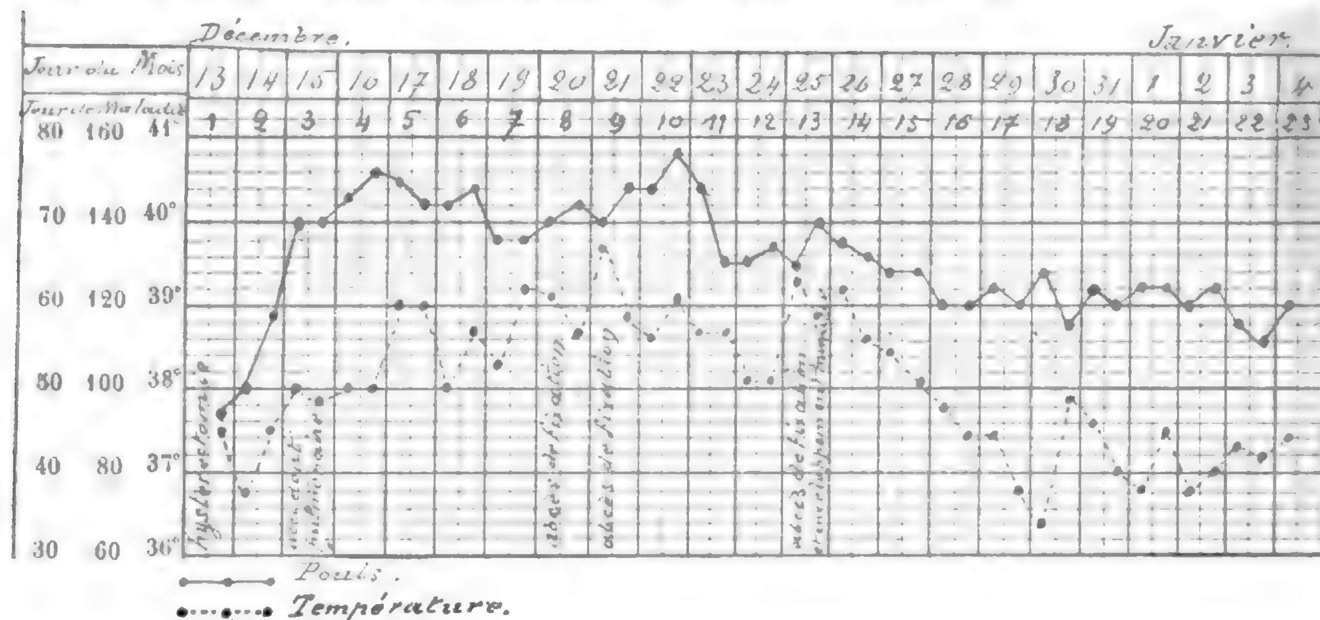
J'avoue que je considère le cas comme absolument désespéré et que c'est sans avoir l'espoir de retrouver ma malade le lendemain que je fais une troisième injection d'essence de térébenthine et de l'enveloppement humide.

Or, le lendemain 26 décembre, dans la soirée, la dernière injection d'essence de térébenthine donne une réaction locale : la peau est rouge, douloureuse, et on constate un empâtement accusé du tissu cellulaire sous-cutané. En même temps on observe une détente très nette des symptômes généraux et des signes locaux. Température à 38°8, respiration plus facile, plus de bruit de souffle dans les poumons, rien que des râles muqueux disséminés dans les deux côtés de la poitrine.

Vingt-quatre heures après l'éveil du premier abcès de fixation, la seconde injection de térébenthine, faite cinq jours auparavant, donnait naissance à un autre abcès plus volumineux que le premier.

A partir de ce jour, la résolution devenait de plus en plus franche et la convalescence s'établissait.

Enfin, le 7 janvier, on découvrait, à la partie inférieure de la cuisse droite, au niveau de la première injection de térébenthine faite le 21 décembre, c'est-à-dire dix-sept jours auparavant, une grosse collection fluctuante, non douloureuse, ne présentant pas la moindre réaction inflammatoire. L'incision fit évacuer 250 gr. environ de pus assez bien lié.



Pendant ce temps, la convalescence s'affirmait et, après un séjour un peu prolongé, motivé par la lente guérison d'une eschare sacrée, la malade quittait l'hôpital bien guérie, et de sa rupture utérine et de ses lésions pulmonaires, lesquelles surtout nous avaient donné de l'inquiétude.

Si j'ai insisté sur ces complications pulmonaires, c'est pour faire remarquer la part très nette qui me semble revenir, dans le succès, aux abcès de fixation. Imaginés par Fochier, mais accueillis avec tiédeur et méfiance par un grand nombre de médecins, leur étude a été assez récemment reprise par l'école bordelaise, en la personne de M. le prof. Arnozan, dont les idées ont inspiré les beaux travaux de notre jeune et brillant confrère le Dr Carles.

Comme il est remarqué dans leurs travaux, quand on entreprend ce traitement, il faut le poursuivre sans se décourager, et de fait, dans le cas que je viens d'exposer, c'est après la troisième injection de térébenthine seulement que la pyogénèse locale bienfaisante a apparu.

De plus, fait curieux, déjà signalé par ces auteurs, mais peut-être moins flagrant dans leurs observations que dans celle-ci, la suppuration a suivi une marche rétrograde. C'est la dernière piqûre qui a donné naissance au premier abcès; la seconde a donné lieu au suivant, et enfin la première en date a donné lieu à un abcès tardif d'un volume considérable.

Ceci, du reste, vient appuyer la communication de MM. Sabrazès et Muratet à la Société de biologie (31 octobre 1903). Leurs expériences leur ont démontré que lorsqu'on fait des injections de térébenthine en série, à un même animal, leur influence pyogène, loin de s'atténuer après l'évacuation ou la résorbtion des abcès successifs, va en se renforçant.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Tenu à Bordeaux le 1er-4 août 1904

Notes et impressions

Par M. le Dr Cauzard

Au mois d'août 1904 s'est réuni, pour la première fois, en France, le Congrès international d'otologie. La réception des congressistes par la Faculté de médecine et la Ville de Bordeaux et le très distingué président du Congrès, le Dr Moure, fut si cordiale, si chaleureuse, que seule la température tropicale qu'il fait en ce vivant pays a pu l'emporter sur la chaleur communicative des séances et des banquets.

De très intéressantes questions étaient traitées par les rapporteurs, mais la discussion des rapports n'a pas eu l'ampleur à laquelle on s'attendait. Je crois — et de nombreux congressistes, tant de France que de l'étranger, ont partagé cette conviction — que le petit nombre des orateurs provient de ce que les rapports ne sont pas encore distribués à l'heure actuelle, et que, pour se faire une opinion, on n'avait que de très courts résumés distribués le matin de la première séance du Congrès.

De cette façon il a été possible — comme on le désirait — d'éviter le retour des fuites qui ont eu lieu, en 1900, à la section d'otologie du Congrès international de médecine, mais on a réalisé les craintes exprimées en ces termes par le *Bulletin médical* (1) :

« Les membres du Congrès n'ayant pas eu entre les mains les rapports avant la séance, ne les connaîtront que peu ou prou, et les discussions — si tant est qu'elles se produisent — s'en ressentiront. »

En somme, cette innovation, consistant à priver les congressistes des rapports, a eu des résultats plutôt malheureux.

I

Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique

Rapporteurs : **MM. Politzer** (Vienne), **Gradenigo** (Turin), **Delsaux** (Bruxelles).

Ce premier rapport était très attendu par tous les otologistes qui auraient été heureux de posséder une formule acoumétrique internationale, une instrumentation déterminée internationale. Mesurer l'audition est chose tellement difficile, les instruments sont si divers, et les mêmes instruments ne donnent-ils pas des résultats différents parce qu'ils ne sortent pas de la même maison de fabrication. Je me demanderai même si la formule acoumétrique n'est pas la pierre philosophale pour les auristes (2).

Le rapport était unique, présenté par les trois rapporteurs. La critique en fut très rapide, puis chacun a émis sa petite théorie, montré son appareil, et aucune conclusion pratique n'est sortie de cette tour de Babel, à laquelle chacun a apporté sa petite pierre, avec ses préférences personnelles et dans son langage national.

II

Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe

Rapporteurs: MM. **Brieger** (de Breslau); **Von Stein** (de Moscou); **Dundas Grant** (Londres).

(1) Le Congrès international d'otologie et la presse (30 juillet 1904).

(2) La communication de MM. Boulay et Le Marc'Hadour nous montrera encore les multiples difficultés d'une mensuration réellement précise (voir plus loin).

M. **Brieger** pose l'indication de l'ouverture du labyrinthe :

1° *Dans l'otite moyenne aiguë* :

a) En présence de troubles labyrinthiques, avec un changement très marqué de l'état général (collapsus, augmentation de température) ;

b) En présence de troubles labyrinthiques avec apparition de manifestations méningitiques. Brieger fait une réserve en faveur de la labyrinthite scarlatineuse, où il permet l'expectative (?).

2° *Dans l'otite moyenne suppurée chronique*. Quand, après la trépanation totale (évidement pétro-mastoïdien) :

a) Les troubles labyrinthiques apparaissent ;

b) Les troubles labyrinthiques persistent s'ils existaient avant l'opération ;

c) Les troubles labyrinthiques, après une courte amélioration, s'aggravent.

3° *Dans les fistules labyrinthiques*:

a) Quand, après l'ouverture d'une fistule du canal horizontal, les troubles labyrinthiques persistent ;

b) Quand plusieurs fistules indiquent une suppuration étendue;

c) Quand, après la découverte de foyers de suppuration endocranienne (abcès extraduraux du cervelet), la relation avec le labyrinthe est manifeste. L'ouverture du labyrinthe, lors de la coexistence d'une suppuration endocranienne ou d'une méningite suppurée, d'origine labyrinthique, est la meilleure chance de guérison.

L'auteur décrit ensuite la technique de l'ouverture du labyrinthe.

Dans les cas de guérison, les troubles de l'équilibre rétrocèdent lentement, parfois plus lentement que le nystagmus qui les accompagne. Le pouvoir auditif est perdu dans la grande majorité des cas, soit aussitôt après l'opération, soit plus tard.

Du rapport de M. **Von Stein**, nous retiendrons que dans les suppurations du labyrinthe :

1° L'épreuve acoustique de l'ouïe ne permet pas de diagnostiquer sûrement les lésions unilatérales, surtout chez les enfants;

2° Les troubles statiques et dynamiques sont très différemment prononcés chez les adultes comme chez les enfants, même si l'affection est partielle et superficielle.

M. Von Stein distingue un peu schématiquement, et sans conclusions pratiques, la labyrinthite en paralabyrinthite (capsule osseuse), périlabyrinthite (espace périlymphatique), endolabyrinthite (espace endolymphatique), dont la réunion forme la panlabyrinthite.

Les troubles de coordination qui se rencontreraient, plus ou moins marqués, dans la péri-endo-labyrinthite, n'existeraient pas dans la paralabyrinthite.

L'auteur, après avoir avoué qu'il est impossible de poser un diagnostic ferme de l'étendue de la lésion, donne quelques conseils sur la façon d'ouvrir le labyrinthe, de faire l'ablation du labyrinthe.

M. Dundas Grant, par des statistiques: 1° rappelle la mortalité dans les suppurations du labyrinthe, 50 °/° dans les cas non opérés, 20 °/° cas opérés.

2° Etudie les rapports de la suppuration du labyrinthe.

a) Avec la méningite otogène; le traitement doit comprendre: 1° la ponction lombaire; 2° l'ouverture du labyrinthe.

b) Avec les abcès cérébelleux; le traitement consiste dans le drainage par la voie antrale et dans l'évidement du labyrinthe.

M. Dundas Grant insiste sur la prophylaxie de la labyrinthite, qui consiste dans la précocité de l'évidement pétromastoïdien, et recommande d'éviter, dans cette opération, la lésion du canal semi-circulaire externe.

Il étudie le diagnostic des labyrinthites:

1° Avant la trépanation mastoïdienne: nystagmus, troubles de l'ouïe, de l'équilibre.

2° Pendant la trépanation : faire l'examen minutieux du fond de la caisse, c'est-à-dire l'examen de la fenêtre ovale, de la fenêtre ronde, du canal semi-circulaire externe, surtout quand il y aura du vertige, des vomissements, du nystagmus;

3° Après la trépanation : soupçonner la suppuration du labyrinthe, si la céphalée, la pyrexie, le vertige, le nystagmus, les vomissements persistent ou apparaissent.

L'auteur ne trouve pas de dissemblance clinique entre les abcès cérébelleux et la labyrinthite; celle-ci est beaucoup plus commune, mais parfois latente, elle n'est révélée que par la méningite. On ne peut conclure à une intervention sur la présence de surdité nerveuse (surdité labyrinthique) qui peut être due simplement à une lésion inflammatoire et non suppurative du labyrinthe.

L'indication de l'évidement du labyrinthe est la présence de pus dans le labyrinthe, soit que le pus suinte par la fenêtre ovale, par le canal semi-circulaire, soit qu'il y ait présence ou menace de symptômes de méningite, d'abcès cérébelleux, cérébraux ou d'abcès extra-duraux.

Si la suppuration, ce qui n'est pas rare, est bornée au canal semi circulaire externe, la guérison est fréquente.

III

Technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène

Les trois rapporteurs, **MM. Knapp** (New-York), **Schmiegelow** (Copenhague), **Botey** (Barcelone) ont, d'un commun accord, défendu la méthode des auristes contre la méthode des chirurgiens. Je me rappelle à ce sujet les très intéressantes discussions, ces années dernières, à la Société de chirurgie, entre les partisans de ces deux méthodes. Dans l'une, on part à la recherche des abcès par la voie antrale et du tegmen tympani, méthode des auristes, brillamment défendue par M. A. Broca ; l'autre méthode, qui pénètre directement par le crâne, fut surtout soutenue par M. Picqué. La méthode la plus logique, celle qui consiste à cheminer, la gouge à la main, sur la voie des lésions, est celle qui obtint les honneurs du Congrès. MM. Schmiegelow, Botey, posent avec raison ce principe que toute trépanation pour abcès otogène du cerveau doit débuter par l'ouverture totale de l'oreille moyenne et de l'antre; ensuite, le meilleur moyen de trouver l'abcès est d'agrandir, en bas, en haut, en avant, en arrière, la résection osseuse.

Les trois rapporteurs étudient le traitement de la hernie cérébrale consécutive, insistent sur le drainage de l'abcès cérébral. Chacun fait remarquer la difficulté du pronostic de l'abcès du cerveau par suite de la fréquence des abcès secondaires.

M. **Mac Ewen** (Glasgow) fait observer qu'il faut, non seulement traiter le foyer auriculaire, le foyer cérébral, mais enlever tout le tissu morbide qui les relie. M. Mac Ewen, prudent, conseille *l'intervention en deux temps* : si après avoir incisé la dure-mère, il constate l'absence d'adhérences dans l'espace sous-arachnoïdien, il laisse en place un pansement phéniqué pendant vingt-quatre heures. Le lendemain les adhérences sont formées et il incise le cerveau. Il ne draine jamais, tandis qu'il fait une large incision et un lavage, ce dernier avec la plus grande douceur.

***

Parmi les nombreuses communications qui eurent lieu, nous ne retiendrons que celles qui peuvent intéresser le praticien.

L'oreille et les accidents du travail

M. Castex (Paris). — Ce mémoire est basé sur un ensemble de 78 expertises personnelles.

L'accident de travail aux oreilles se produit dans des circonstances toujours à peu près les mêmes (coups ou chutes sur la tête, accidents de chemin de fer ou d'automobile, explosions dans les mines, etc.)

Souvent la lésion de l'oreille passe d'abord inaperçue parce qu'il n'existe pas une trace locale extérieure du traumatisme et parce que les symptômes de la commotion cérébrale masquent les autres troubles. Il en résulte que l'examen médico-légal est tardif.

La lésion se révèle par de la surdité, de l'hyperacousie douloureuse, de la paracousie de lieu, de la diminution dans la sonorité vocale, des bruits entotiques et des vertiges, accompagnés de quelques autres manifestations explicables par la neurasthénie traumatique.

Un des côtés est ordinairement plus atteint que l'autre, et c'est surtout l'oreille interne qui est lésée (commotion labyrinthique).

On a noté divers troubles visuels frappant l'œil du même côté.

Le diagnostic est particulièrement embarrassant, quand le traumatisme vient compliquer une otopathie préexistante. Le plus difficile est de faire la part de ce qui appartient à la neurasthénie et de ce qui traduit la lésion auriculaire. La perte auditive sera prise pour les voix haute et chuchotée, et évaluée en fractions d'après l'audition normale.

On a rarement affaire à des simulateurs, mais presque toujours à l'exaspération, consciente ou non, du blessé.

Le pronostic est grave. Les bourdonnements et les vertiges disparaissent souvent, mais la surdité persiste. Plusieurs expertises, à intervalles éloignés, peuvent être nécessaires pour une appréciation.

Le rôle de la thérapeutique est très limité et le plus sûr moyen d'améliorer l'état du blessé est de faire régler pécuniairement son accident. A partir de ce moment, il s'en préoccupe moins, guérit de sa *névrose de procédure* (Berger) et retrouve des forces sur lesquelles il n'osait plus compter.

Tout rapport médico-légal doit conclure sur le genre et le degré de l'invalidité et mentionner si elle est partielle ou totale, temporaire ou définitive.

Guérison radicale de méningite otogène

MM. Lermoyez et Bellin citent deux cas de méningite généralisée guérie en associant la craniotomie aux ponctions lombaires.

Dans le premier cas, méningite aiguë généralisée chez une otorrhéique, il est pratiqué un évidement du rocher carié sur une grande étendue; la dure-mère, fongueuse, n'est pas incisée. Une ponction lombaire, faite avant l'opération, donnait une polynucléose abondante, 40 °/°; une ponction, faite huit jours après, donnait 1 °/°; deux semaines après le liquide était normal. Guérison lente avec élimination spontanée d'un sequestre du labyrinthe.

Le deuxième cas est l'histoire d'une jeune fille qui, dix jours, après un évidement pétro-mastoïdien et mise à nu de la dure-mère, présente des troubles de méningite avec polynucléose intense. Deuxième opération : incision de la dure-mère, pas de pus; ponction négative du lobe temporal. Amélioration. Rechute une semaine plus tard, ponction lombaire. Deuxième rechute la semaine suivante, autre ponction. Le liquide céphalo-rachidien redevient normal; amélioration, guérison de la méningite. Elimination d'un sequestre labyrinthique et guérison locale.

Les auteurs font remarquer que, dans les deux cas, la propagation de l'infection de la caisse aux méninges se fit par pyo-labyrinthite et que la *guérison fut obtenue sans trépanation* du labyrinthe, laissant à la seule nature le soin d'éliminer le sequestre labyrinthique.

De l'élément psychique dans les surdités

MM. Boulay et **Le Marc'Hadour** ont présenté une étude très sérieuse, très importante; ces auteurs ont distingué deux variétés de surdité :

1° Les surdités *entièrement* psychiques, sans altération matérielle ;

2° Les surdités *partiellement* psychiques qui comprennent : *a*) celles où l'élément psychique est *au premier plan* et la lésion matérielle insignifiante; *b*) celles où l'élément psychique est *au deuxième plan* et la lésion matérielle est la seule cause de surdité prononcée.

Ces dernières seules nous intéressent, les autres appartiennent aux surdités hystériques bien connues.

Les surdités du dernier groupe sont les plus intéressantes en pratique :

1° Elles sont des plus fréquentes.

2° Elles sont améliorables par le traitement.

Tantôt c'est une simple inattention du malade, tantôt cette inattention finit par prendre dans la psychologie du sourd une part trop importante (il fera pour son oreille ce que fait pour sa jambe le malade atteint de parésie qui, par absence de volonté, d'effort, devient paralysé). Les auteurs font de cet état une maladie de la volonté, une *aboulie auditive*; le malade a pris l'habitude de ne plus entendre. Cet élément psychique dans la surdité peut être amélioré, et serait seul susceptible d'amélioration. Et les auteurs expliquent ainsi l'action si bienfaisante chez certains sourds de toutes sortes de traitement.

Il en est de même pour les troubles concomitants, bruits subjectifs et vertiges.

Cette communication fait faire un pas de plus dans ce dédale des surdités où l'on voit tant de faits paradoxaux. Certes, je ne veux pas dire que les auteurs sont les premiers à penser que, chez un sourd, il existe un nerveux; mais ils ont su attirer, sur l'élément psychique de la surdité, l'attention du spécialiste quelquefois trop otologiste.

Migraine otique

M. Escat (Toulouse) a mentionné l'existence d'une migraine otique homologue de l'ophtalmique; d'après lui, la plupart des sujets atteints d'otosclérose primitive sont ou ont été des migraineux. La migraine ne serait le symptôme révélateur du processus scléreux de l'appareil auditif (?)

Tabac et audition

M. Delie (Ypres) attire l'attention sur l'action directe, élective du tabac sur le nerf acoustique. La nicotine favorise par troubles vaso-moteurs, la névrite acoustique; le tabac doit être proscrit chez le sourd ou le prédisposé par hérédité à l'otosclérose.

A propos des labyrinthites

M. Moure présente des projections cinématographiques qui démontrent la façon dont marchent, titubent, ou chancellent les malades porteurs d'affections labyrinthiques. Il est facile de voir que le sujet atteint est projeté dans un sens ou dans l'autre.

Méthodes combinées pour l'ouverture large des fosses nasales et de leurs cavités accessoires

M. H. Luc. — Dans l'une des deux observations qui font l'objet de cette communication, il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, atteint d'un fibro-sarcome, occupant la totalité de la fosse nasale gauche et du sinus maxillaire correspondant. Ce dernier fut ouvert suivant la méthode dite Caldwell-Luc, et la fosse nasale suivant une vaste brèche correspondant inférieurement à la brèche de Moure, au niveau de l'apophyse montante du maxillaire, et prolongée supérieurement jusqu'aux dépens du plancher du sinus frontal (brèche inférieure de Killian). Le néoplasme put être atteint et extrait dans sa totalité au moyen des pinces ethmoïdales de l'auteur. Six mois après, pas de récidive.

L'autre fait concerne également un jeune homme, porteur de myxomes récidivants remplissant les deux fosses nasales et les deux sinus maxillaires. Ici, des deux côtés, la méthode Caldwell-Luc fut combinée à la brèche susmentionnée de Moure, et la totalité des myxomes put être extraite, en même temps que le labyrinthe ethmoïdal était entièrement détruit. Pas de récidive depuis cinq mois.

Ramollissement bulbaire avec troubles de l'équilibre

M. Bourgeois (Paris) à propos d'une observation, montre que le syndrome vertigineux peut être dû à une lésion d'un point quelconque de l'appareil d'équilibration : appareil vestibulaire, cervelet, olive bulbaire et fibres cérébelleuses dans le bulbe. Les symptômes concomitants permettront le diagnostic de la localisation.

Ablation bilatérale des deux rochers. Technique de l'ablation du rocher

M. Cauzard (Paris) cite une observation de carie double des deux rochers, avec ablation bilatérale des deux rochers, c'est-à-dire de toute la partie pétreuse de la base du crâne après évidement pétro-mastoïdien; ablation qui a permis *la transfixation endocranienne transmastoïdienne*, c'est-à-dire laissant traverser la cavité endocranienne d'une mastoïde à celle du côté opposé, par un stylet passant en avant du cervelet et du bulbe. Guérison opératoire avec intégrité totale du facial à droite, et l'intégrité partielle du facial à gauche. Il décrit ensuite la technique de l'ablation du rocher.

Note sur l'anatomie pathologique des mastoïdites

M. Lombard (Paris) conclut que, dans toute opération, il faut examiner et chercher les cellules de l'espace intersinuso-facial.

Chirurgie de l'oreille dans ses rapports avec la colonne vertébrale et la base du crâne

M. G. Laurens (Paris) divise la base du crâne en trois territoires au point de vue clinique et opératoire, l'un postérieur ou occipital, un moyen correspondant à la face inférieure du rocher, territoire jugulaire ou sous-pétreux, un antérieur pré ou latéro-vertébral, et il étudie la technique, suivant qu'il s'agit d'abcès de l'étage postérieur (occipitaux), d'abcès sous-pétreux, d'abcès de l'étage antérieur ou vertébraux.

Sur un signe particulier de complication cranienne d'origine otique

M. Gradenigo (de Turin) attache une certaine importance à l'apparition d'une *paralysie de l'oculomoteur externe* chez des malades ayant de l'otite purulente avec douleurs dans l'oreille et la moitié correspondante du crâne. Il en fait un signe de leptoméningite circonscrite.

Considérations sur 500 cas d'intervention sur la mastoïde

MM. Moure et **Brindel.** — De cette statistique, les auteurs tirent des résultats importants au point de vue de la fréquence et du siège des lésions, de leurs complications (cholestéatomes, phlébites du sinus, labyrinthites, abcès endocraniens), insistent sur les variétés anatomiques, les formes cliniques. Ces résultats qu'ils ont obtenu sont des plus encourageants pour la chirurgie oto-cranienne.

Hémorragie de la jugulaire dans un évidement mastoïdien

M. Castex (de Paris), à propos de ce cas suivi d'une paralysie faciale tardive et temporaire, fait remarquer qu'il faut avoir présente à l'esprit la procidence possible de la jugulaire dans la cavité tympanique.

Anastomose du facial avec le spinal ou l'hypoglosse

M. Villard (Bordeaux) propose de faire l'anastomose avec l'hypoglosse dont le centre est plus rapproché du facial que celui du spinal, d'où rééducation plus facile.

(*A suivre.*)

MÉDECINE MILITAIRE

La grenouille qui veut se faire aussi grosse que le bœuf

La campagne de calomnies, d'injures et de grossièretés dirigée, au nom des officiers d'administration des hôpitaux, contre leurs chefs, les médecins militaires, campagne que nous avons signalée dans notre numéro du 24 août (1), continue en croissant de violence.

(1) Insurrection administrative. *Bulletin Médical*, n° 67, p. 673.

Le résultat le plus net obtenu jusqu'alors par les meneurs de cette insurrection est de montrer les officiers d'administration comme des indisciplinés, des révoltés, s'armant des potins ramassés par les infirmiers, n'ayant en fait d'arguments, malgré la fouille des dossiers, que des injures, et demandant qu'on sacrifie à leurs intérêts personnels ceux des malades. Les inscrits maritimes, dans leur lutte contre leurs chefs, ont du moins plus de tenue, et ont su éviter de se présenter en aussi mauvaise posture devant l'opinion publique.

En dehors du discrédit que cette campagne malsaine aura jeté sur le corps des officiers d'administration des hôpitaux, elle leur aura rendu incontestablement un autre mauvais service: celui de dévoiler toute l'étendue d'aspirations, dont la réalisation serait néfaste, non seulement pour le service de santé, mais aussi pour l'armée.

En effet, ce n'est plus seulement à la direction des hôpitaux qu'aspirent les comptables. L'appétit leur est venu en mangeant, et ils trouvent que l'École du Val-de-Grâce n'est pas un trop gros morceau pour eux.

On sait que cet établissement, comme toutes les écoles militaires, est administré par un *Conseil d'administration*, et que le rôle de l'officier comptable y est réduit à celui de trésorier. Or, depuis de longues années, l'administration de l'École du Val-de-Grâce, son fonctionnement, sa propreté font un heureux contraste avec ce qui se passe à l'hôpital du Val-de-Grâce, soumis au régime de la gestion, et demeuré longtemps l'hôpital militaire le plus mal tenu, le plus sale de France et d'Algérie. Le contraste est des plus suggestifs et les meneurs ne pardonnent pas plus au médecin-chef Billet d'avoir... aseptisé l'hôpital du Val-de-Grâce, qu'au Dr Godet, major de l'École, de diriger correctement l'administration de cet établissement. Logiques avec eux-mêmes, après s'être attaqués au médecin-principal Billet, ils s'en prennent aujourd'hui au médecin-major de 1re classe Godet, et, enhardis par l'impunité qu'ils ont rencontrée, ils sont arrivés à la diffamation. Voici, en effet, ce que l'on peut lire dans l'*Action* du 24 août :

> Comme tous les tyrans, le « général » Delorme a des flatteurs abrutis par la terreur que leur inspire ce maître du bistouri, mais qui guettent l'occasion de mordre la main qui tient le fouet : le « célèbre architecte » a des bouffons qui imitent d'une façon grotesque ses moindres gestes ; il a des exécuteurs de basses œuvres (mouchards, valets, tortionnaires), qui jappent sur ses talons.
>
> Celui qui résume en sa triste personne les qualités de ces trois catégories est le médecin-major Godet, que tous les infirmiers du Val-de-Grâce ont surnommé à juste titre « le tigre ».
>
> Courtisan jusqu'au léchage le plus raffiné et bouffon accompli quand il veut imiter « son modèle », il a parfois conscience du rôle infime qu'il joue dans l'orbe du « splendide soleil » dont il s'efforce de suivre le char; alors, très nerveux, le tigre se venge en bondissant avec fureur sur sa faible proie, le malheureux infirmier, qu'il convoite pour son régal quotidien.

Après cette lecture, on ne comprendrait pas que le médecin-major Godet ne demandât pas au ministre de la guerre et n'obtînt pas de lui l'autorisation de déférer aux tribunaux les auteurs de cet article Cette solution, non seulement l'honneur de notre confrère, mais l'intérêt supérieur de l'armée, la conscience publique la réclament. Du reste, les meneurs semblent avoir conscience de la diffamation commise, car d'avance ils plaident non coupables :

> Nous ne sommes pas des calomniateurs, notre idéal est plus élevé; nous sommes des réformateurs ayant pour but la réduction et une répartition meilleure des charges militaires et autres, des démolisseurs de calottes...

De cette protestation personne ne sera dupe, car l'on sait à quoi s'en tenir sur la campagne en question.

Mais il y a surtout une situation qui excite l'envie des meneurs, c'est celle que le médecin principal Labit détient près du général André. Un médecin, officier d'ordonnance du ministre de la guerre, un médecin faisant partie du cabinet du général André! Et pendant ce temps-là les officiers d'administration ne peuvent dépasser l'antichambre! Encore une calotte à démolir et le Dr Labit, déjà pris à partie dans les précédents articles, « écope » encore une fois.

> A sa nomination de lieutenant-colonel, le major Godet qui, de même que le médecin officier d'ordonnance du ministre, nous avons nommé le Dr Labit, a délaissé la médecine depuis des années nombreuses pour jouer aux soldats, ira solennellement prendre, lui aussi, la chefferie d'un grand établissement hospitalier, à moins qu'il n'en soit dispensé, comme ses aînées (sic) de la 7e Direction, les Catteau, les Pauzat, les Altmaire et *tutti quanti*.

On voit donc, comme nous le disions au début de cet article, que ce n'est plus seulement la direction des hôpitaux que réclament les officiers d'administration ; ils convoitent aussi l'école du Val-de-Grâce, la place du Dr Labit et la 7e Direction.

Devant ce spectacle nous sont revenus à la mémoire les vers du fabuliste :

> Une grenouille vit un bœuf
> Qui lui sembla de belle taille.
> Elle, qui n'était pas grosse en tout comme un œuf,
> Envieuse, s'étend, s'enfle, et se travaille
> Pour égaler l'animal en grosseur.

On sait la suite :

> ..... La chétive pécore
> S'enfla si bien qu'elle creva.

Dr NOEL.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Suppression radicale d'accès de goutte articulaire par le nettoyage de la jointure atteinte

M. Riedel (*Deutsche med. Woch.*, 25 août 1904), professeur de clinique chirurgicale à Jena, fait connaître deux faits dans lesquels des attaques classiques de podagre furent définitivement enrayées par une intervention chirurgicale ayant consisté à exciser la capsule articulaire et à enlever les dépôts uratiques de l'articulation du gros orteil.

Le premier de ces cas, observé en 1882, concernait un homme qui, après une marche forcée, fut pris brusquement de douleurs violentes dans l'articulation du gros orteil. Le lendemain, l'auteur constatait chez ce malade une tuméfaction de la totalité du dos du pied, qui était livide et extrêmement douloureux. Il existait une fièvre de 39°. Comme l'orteil malade était déformé en marteau (*halux valgus*), l'auteur pensa avoir affaire à une inflammation purulente d'une bourse séreuse communiquant avec l'articulation de cet orteil. Une intervention opératoire lui parut donc nécessaire. Après avoir endormi le malade au chloroforme et rendu le pied exsangue au moyen de la bande d'Esmarch, il incisa au niveau de la bourse séreuse présumée, mais il ne tarda pas à s'assurer qu'il n'en existait aucune trace. Incisant plus profondément, il pénétra dans une jointure présentant des altérations goutteuses typiques : elle était remplie de concrétions uratiques, dont la synoviale et les extrémités articulaires des os étaient incrustés. Après avoir enlevé ces concrétions, l'auteur agrandit un peu l'incision primitive, puis extirpa la capsule articulaire et nettoya les os sésamoïdes, ainsi que la base de la première phalange. La plaie des parties molles fut laissée ouverte. Les douleurs et la fièvre disparurent instantanément pour ne plus se reproduire. Au bout de cinq semaines, la plaie était cicatrisée. Depuis lors, et jusqu'au moment de sa mort, qui survint, en 1897, par une cause inconnue, l'opéré n'a jamais eu d'accès podagrique, la diathèse goutteuse ne s'étant manifestée chez lui que par des symptômes d'arthrite vertébrale durant la dernière année de sa vie.

La seconde observation remonte à 1894. Elle concerne une femme, âgée de soixante-dix ans, qui présentait aussi des symptômes laissant supposer l'existence d'une boursite avec suppuration consécutive de l'articulation du gros orteil et qui, comme le montra l'intervention opératoire, relevait en réalité d'un accès aigu de goutte. Même opération, mêmes résultats immédiats et éloignés que dans le cas précédent. Cette malade succomba, en 1902, aux suites d'une insuffisance aortique, sans jamais avoir souffert de nouveaux accès goutteux.

Pour si rares que puissent être les in-

dications d'une cure chirurgicale de l'accès franc de goutte, les observations qui viennent d'être relatées n'en sont pas moins intéressantes et suggestives.

Traitement des arthrites rhumatismales par les injections intra-articulaires de salicylate de soude

Il y a deux ans environ, M. le prof. Bouchard avait, comme on sait, préconisé contre le rhumatisme aigu, les injections *péri-articulaires* d'une solution de salicylate de soude à 3 %. isotonique aux humeurs de l'organisme. Après avoir employé, non sans succès, ce procédé thérapeutique, **M. A. Santini** (*Gaz. degli ospedali*, 21 août 1901), assistant de la clinique médicale du prof. Patella, à Sienne, entreprit des essais de traitement des arthrites rhumatismales par les injections *intra-articulaires* de la même solution, essais qui lui donnèrent des résultats encore meilleurs.

Ces injections intra-articulaires, à condition d'être faites aseptiquement (lavage au savon, à l'éther, à l'alcool et avec l'eau phéniquée à 5 %, suivi de l'application, pour quelques instants, sur le champ opératoire, d'une compresse imbibée de solution de sublimé, stérilisation de la seringue à injection et de son aiguille), sont exemptes de danger. Il est facile de les pratiquer dans la plupart des grandes articulations, le point d'élection étant le plus souvent marqué par une tuméfaction fluctuante de la synoviale distendue. L'injection doit être poussée lentement, la dose de la solution salicylique à introduire variant entre 3 et 4 cc. Elle provoque une douleur d'intensité variable, mais qui ne tarde pas à se dissiper. Lorsque l'épanchement articulaire est très abondant, on en enlève, par aspiration, une partie, avant de procéder à l'injection elle-même.

Comme plusieurs articulations sont d'habitude frappées de rhumatisme, il faut, séance tenante, injecter la solution médicamenteuse dans chacune d'elles. Les douleurs rhumatismales disparaîtraient presque aussitôt; la fièvre et les épanchements articulaires ne rétrocéderaient que graduellement, mais néanmoins vite, souvent en quelques jours, parfois au bout de 24 heures. Une seconde injection intra-articulaire ne serait nécessaire que dans les arthrites suraiguës qu'une première injection ne parvient pas à influencer suffisamment. Les récidives seraient rares et ne se montreraient, d'habitude, que dans les jointures demeurées indemnes jusque-là et, par conséquent, non encore soumises aux injections salicylées. Enfin, M. Santini a pu se rendre compte que les injections intra-articulaires de salicylate de soude demeuraient sans effet contre les manifestations viscérales du rhumatisme aigu.

L'auteur estime que le traitement des arthrites rhumatismales par les injections salicyliques dans les jointures atteintes, traitement qui permet d'obtenir souvent la guérison avec une dose de salicylate de soude variant entre 0 gr. 24 à 0 gr. 60, est surtout indiqué chez les sujets qui, par suite de faiblesse du cœur ou de lésions rénales, ne sauraient supporter des doses élevées du médicament en question.

Traitement des sueurs fétides des pieds par le permanganate de potasse

Le permanganate potassique figure déjà dans la liste des moyens employés contre la bromhydrose plantaire. Or, comme le succès d'un traitement ne dépend pas que du choix d'une substance médicamenteuse, mais aussi de la façon de s'en servir, il nous paraît intéressant de signaler un procédé qui, d'après **M. L. Weiss** (*Journ. of the Amer. med Assoc.* et *Medical Record*, 13 août 1901), serait un des meilleurs sinon le meilleur à employer pour la cure des sueurs fétides des pieds. Il consiste dans l'emploi du permanganate de potasse en pédiluves et sous la forme d'un mélange pulvérulent dont on saupoudre le pied dans les intervalles entre les bains.

Les premiers bains sont donnés avec une solution de permangate à 1 %., chauffée à 40°, dans laquelle le pied est tenu immergé pendant un quart d'heure. Après le bain, on laisse sécher la peau à l'air libre. La nuit, le pied ne doit être recouvert que légèrement. Le lendemain, on le saupoudre abondamment avec le mélange ci-dessous formulé :

Permanganate de potasse....	13 gr.
Alun.....................	1 gr.
Poudre de talc...........	50 gr.
Oxyde de zinc............ }	àà 18 gr.
Chaux.................... }	

Le malade doit, si possible, changer chaque jour de chaussettes et même de chaussures.

Les bains de pieds sont répétés chaque soir, pendant deux semaines. Après le troisième bain, le titre de la solution de permanganate est porté à 2 %. Dès le commencement de la seconde semaine, les bains doivent être pris brûlants, aussi chauds que le malade peut les supporter. Pour les trois derniers bains on se servira d'une solution de permanganate à 6 %.

Ce traitement est applicable à toutes les périodes et à toutes les formes d'hyperhydrose plantaire ; il est indolore, dépourvu de tout danger ou inconvénient, agréable pour le malade ; il guérit rapidement les ulcérations et fissures interdigitales. Il a pour effet de provoquer une desquamation cutanée. L'épiderme de nouvelle formation ne présente pas de sensibilité exagérée entravant la marche, à l'encontre de ce qui se produit après les applications d'acide chromique, si fréquemment employées contre la bromhydrose plantaire. Les récidives seraient moins fréquentes qu'avec les autres modes de traitement et ne surviendraient guère avant trois mois révolus.

V. de H.

REVUE DE TRAVAUX

Épidémie d'ictère infectieux bénin

M. le médecin-major **Viguier** a publié dans les *Archives de médecine militaire* (juin et juillet 1901), la relation d'une épidémie d'ictère infectieux bénin, qui a sévi sur la 7e batterie du 1er bataillon d'artillerie à pied.

« La cause immédiate de l'épidémie provient, d'une manière évidente, d'un dépôt de terre noire — vestiges, selon toute vraisemblance, d'une ancienne fosse à latrines — découvert à une construction de batterie, exécutée par la 7e batterie, dans la nuit du 10 au 11 juin.

« La nature du dépôt, et aussi la tendance à l'hypothermie, si l'on en croit les recherches expérimentales, conduisent à penser que le coli-bacille, à l'exclusion de tout autre germe associé, a dû être l'agent pathogène ; sa virulence a été faible, atténuée, sans doute, par un long séjour dans le sol (15 à 17 ans). »

L'étude des faits observés montre que l'ictère infectieux épidémique est contagieux. Mais la contagiosité de l'ictère ne semble pas cependant très active et nécessite un voisinage assez prolongé.

La durée d'incubation de la maladie a été de 8 à 12 jours en moyenne ; elle semble pourtant s'être prolongée jusqu'à 18 jours dans un cas.

Quant à l'essence même de la maladie, voici les conclusions de l'auteur :

« La variation clinique d'un même processus morbide, dans l'ictère que nous avons observé, confirme l'opinion de MM. Gilbert et Herscher : l'ictère est un, il est biliphéique.

Cholurique dans les cinq premiers cas de l'épidémie, il est devenu acholurique dans les cas suivants, par transformation, dans le rein, des pigments biliaires en urobiline.

La localisation hépatique dans l'ictère infectieux épidémique, si elle est rendue plus apparente par son symptôme le plus éclatant, ne constitue pas, contrairement à l'opinion générale, l'essence même de la maladie ; elle n'en est pas la véritable détermination

On sait déjà la localisation fréquente des lésions à la rate et aux reins. D'autre part :

a) La douleur ou barre épigastrique, par son siège exact et ses caractères cliniques, doit être rapportée au pancréas et, par son intermédiaire, au plexus solaire. De même qu'en physiologie, les liens les plus étroits unissent, du reste, la pathologie du foie et celle du pancréas.

b) Le ralentissement du pouls ne peut être attribué à l'action de la bile sur la fibre cardiaque. Par son instabilité, ses alternatives d'accélération et de ralentissement, ses oscillations, symptômes caractéristiques des névropathies, il relève bien mieux du système nerveux, représenté ici par le plexus solaire (symptôme

solaire d'irradiation de M. Laignel-Lavastine).

c) De même, les nausées et vomissements paraissent plutôt sous la dépendance d'un trouble du système nerveux que le résultat des phénomènes gastriques insignifiants ou même absents.

Tous ces désordres organiques, différents, mais faisant partie d'un même territoire anatomique, reconnaissent un lien commun, le *plexus solaire*.

Centre vital, centre morbide, il réagit le premier aux coups de l'infection et par ses nombreux rameaux communique son trouble aux viscères qui sont sous sa dépendance. Suivant la quantité, la qualité ou la virulence du germe infectieux ou de sa toxine, on observe la stupéfaction ou l'excitation du plexus, dont les syndromes expérimentaux de M. Laignel-Lavastine reproduisent lumineusement les diverses modalités de l'ictère infectieux épidémique.

De ces conclusions découle naturellement que l'appellation actuelle « ictère infectieux », est défectueuse.

Les mots devraient, théoriquement, changer d'espèce et il serait plus exact, plus proportionné à la réalité des faits, de dire « infection ictéroïde ». Mais dans son acception trop vague, cette expression laisserait trop à l'écart la localisation anatomique, et nous préférerions la dénomination plus compréhensive « *d'infection solaire ictérigène* ».

Cependant, ce ne serait encore qu'une dénomination d'attente jusqu'à la découverte du germe spécifique et comme, d'autre part, nous n'attachons qu'une importance relative à ces étiquettes nosographiques, toujours imparfaites, il nous paraît préférable, pour plus de facilité dans les recherches et la compréhension des faits, de conserver une appellation ancienne et défectueuse, mais familière à tous, jusqu'au jour où l'agent pathogène spécial voudra bien se faire connaître et donner à la maladie un nom patronymique définitif. »

G.

Note sur un cas d'infection générale à gonocoque avec localisation secondaire

Nos camarades **Busquet** et **Bichelonne** publient sous ce titre, dans la *Revue de médecine* du 10 mai dernier, une contribution très intéressante à l'étude de la gonococcie. Ils admettent, ainsi que les récents travaux des bactériologistes en font foi, que l'envahissement de l'économie, dans cette affection, est sous la dépendance de deux causes, la résorption des toxines sécrétées par le gonocoque et l'envahissement du sang par le diplocoque de Neisser.

L'observation recueillie par Busquet et Bichelonne est des plus suggestives : il s'agit d'un artilleur, qui contracta, au cours de manœuvres au camp du Gers, en mai 1903, un hématome du mollet droit. Cet hématome paraissait devoir se résorber lorsque le malade fut atteint de blennorragie à la fin de décembre 1903 ; en janvier 1904, des douleurs vives, lancinantes, reparurent au mollet et une incision détermina l'écoulement de sang noir mélangé de pus épais, dans lequel on trouva, à l'examen direct sur frottis et à la culture en milieu approprié, des gonocoques *exclusivement*.

Il y eut donc, dans ce cas, transport de gonocoque dans un foyer sanguin très ancien, et développement de ce microbe dans ce milieu occasionnel à la suite d'une effraction urétrale. La gonococcie témoigne ainsi de son caractère de maladie générale, se localisant dans des tissus déjà lésés, en véritable opportunité morbide, et provoquant la pyogenèse. Plusieurs auteurs ayant mis en doute les aptitudes pyogènes du gonocoque, l'observation de MM. Busquet et Bichelonne arrive à point pour fixer l'opinion sur ce sujet.

E. C.

NOUVELLES

CONCOURS POUR LA NOMINATION DE DEUX MÉDECINS ADJOINTS

La Commission administrative des hospices civils d'Abbeville donne avis que le mercredi 21 décembre 1904, à 8 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux médecins adjoints des hospices et hôpitaux d'Abbeville.

Ce concours aura lieu à Lille, hôpital de la Charité, devant un jury désigné par M. le Doyen de la Faculté.

Les fonctions de médecin adjoint sont gratuites.

LA RAGE A CONSTANTINOPLE

C'est une croyance très répandue que la rage n'existe pas à Constantinople, où les chiens pullulent cependant de si étrange façon. M. le méd.-major Remlinger a montré dans la *Revue d'hygiène* que cette opinion est très exagérée. La rage existe chez les chiens errants. Il est vrai, toutefois, qu'elle est rare chez eux, eu égard à leur nombre incalculable. Ces animaux jouiraient-ils d'un certain degré d'immunité vis-à-vis du virus rabique ? L'auteur ayant inoculé comparativement du virus fixe à des chiens de Constantinople et à des chiens de Vienne, a vu que dans les deux cas la proportion des animaux qui contractaient la rage était la même. A Constantinople, les jeunes chiens inoculés dans la chambre antérieure de l'œil prennent la rage dans la proportion de 94 %, les vieux dans la proportion de 74 %. Parmi ceux-ci quelques-uns sont vraisemblablement immunisés par des morsures antérieures. La rage existant à Constantinople, et les chiens n'ayant contre elle aucune immunité, sa faible expansion s'explique par ce fait qu'au lieu de prendre la rage furieuse, les chiens de rue contractent presque exclusivement la rage paralytique, qui se prête mal à la diffusion de la maladie. L'épaisseur de la peau et de la fourrure des chiens errants, leur instinct très subtil qui les fait fuir l'animal atteint de rage, leur répartition par segments de rue très courts hors desquels ils ne peuvent s'aventurer sans risquer d'être égorgés par leurs congénères, paraissent jouer également un rôle mais beaucoup plus effacé. Si la rage est rare à Constantinople, elle est très fréquente, par contre, dans le reste de l'Empire ottoman, où les chiens prennent souvent la rage furieuse. Le motif de cette différence demeure inconnu.

Paris — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil.

Le Gérant : P. COURTÈS

CLINIQUE MÉDICALE

(*Hôtel-Dieu de Rennes.*)

Laboratoire et pratique. A propos d'un cas d'anasarque essentielle de l'enfance

Par M. le Dr Follet
Professeur de clinique médicale à l'Université de Rennes

L'anasarque essentielle de l'enfance mérite, par le vif intérêt que soulève sa pathogénie et surtout par la singularité de son évolution, de fixer un instant votre attention.

De cette pathogénie, très suggestive, je dirai quelques mots pour vous en montrer les aspects fuyants et vous éviter la tentation de gaspiller vos loisirs ultérieurs en recherches stériles si vous n'avez en main de parfaits moyens d'étude. Laboratoire et pratique, en effet, ne se ressemblent guère.

L'analyse des symptômes nous retiendra plus longuement, car la mise au point des choses cliniques, leur adaptation à de modestes exigences sera, dans un avenir prochain, votre souci dominant.

Aussi, ne me semble-t-il pas superflu, à propos de la malade qui fait l'objet de cette leçon et avant d'aborder son histoire, d'insister sur cette orientation particulière que je m'efforce de donner à vos études d'hôpital.

***

Le praticien isolé suit le plus souvent d'un œil distrait les recherches expérimentales et les travaux de laboratoire, sauf lorsqu'il en découle une application facilement assimilable, susceptible d'aplanir quelques-unes des difficultés au milieu desquelles il se débat. Cette quasi indifférence n'est pas sans quelque fondement. A côté des faits d'observation pure existent, à l'heure actuelle, des problèmes ardus de pathogénie dont la solution exige un outillage spécial et des méthodes complexes; on conçoit sans peine que le médecin, harcelé par la clientèle, ne s'attache guère qu'aux faits en eux-mêmes tels qu'ils tombent sous les sens, aux déductions qu'il en peut tirer, et abandonne sans remords des investigations vouées d'avance à la faillite par la pénurie de ses ressources techniques.

Les faits, scrupuleusement observés, toute recherche de laboratoire mise à part, n'en restent pas moins une source féconde. Sans bouillons de culture, sans étuve ni microscope, sans instruction chimique supérieure, nous pouvons encore, fort heureusement, de par la saine critique des éléments qui créent la gravité clinique, établir, dans la plupart des cas, sur des bases relativement sûres, diagnostics, pronostics et traitements!

N'assistez-vous pas dans nos salles, depuis de longs mois, à l'évolution presque toujours heureuse, sous l'influence du traitement uniforme de l'infection, de toute une série d'états morbides réalisant à peu près idéalement le même syndrome typhique? Nous avons pu, grâce aux procédés actuels, déterminer leurs multiples germes pathogènes (Eberth, pyocyanique, entérocoque, coli-bacille, streptocoque, paratyphiques, etc.). Mais ne vous ai-je pas maintes fois répété — puisque l'heure des thérapeutiques spécifiques n'a pas encore sonné — combien peu, dans votre pratique, devait vous troubler cette riche étiologie que vous n'aurez plus tard ni le temps ni les moyens d'approfondir! Combien peu compte dans la balance la connaissance exacte des germes coupables quand il s'agit de peser les raisons de vos actes, de vos paroles, de vos interventions?

Appelés près d'un enfant atteint d'une angine pseudo-membraneuse cliniquement alarmante, attendrez-vous, pour pratiquer l'injection de sérum, que l'examen bactériologique vous en révèle le microbe originel? Refuserez-vous au paludéen, terrassé par un grand accès, le bénéfice d'une dose massive de quinine, si vous n'avez dûment constaté dans son sang la présence d'un hématozoaire parfois insaisissable? Tergiverserez-vous à ouvrir d'urgence l'espace intercostal parce que la nature pneumococcique ou streptococcique de l'empyème infectant n'est pas tranchée?

J'en doute; et ce que vous voyez ici chaque jour ne vous y incite guère. Ce qui est vrai de la bactériologie l'est également de la chimie clinique; l'histoire de l'anasarque essentielle de l'enfance va, je l'espère, vous démontrer une fois de plus, l'indépendance sur le terrain de la stricte pratique des « faits macroscopiques », si je puis m'exprimer ainsi, et des problèmes de laboratoire.

Seul, un jour, le laboratoire permettra d'établir pathogénies rigoureuses et traitements rationnels; mais il n'en sort, à l'heure actuelle, que des hypothèses trop souvent insuffisantes à guider le praticien; dans l'attente, c'est fatalement hors de son domaine que celui-ci cherche aide et appui; c'est aux résultats de l'observation « grossière » qu'il a recours pour se tirer d'embarras; or, l'ensemble de ces résultats constitue un dossier assez riche pour qu'il ne soit pas vain de le dépouiller et souvent de s'en contenter.

Non que je veuille vous écarter du laboratoire auquel, prêchant d'exemples, je vous convie sans cesse, animé de cette conviction qu'il y faut vivre ses meilleures années d'étude pour ne pas être un étranger à l'évolution moderne de la médecine. Mais je dirai volontiers de la médecine de laboratoire ce que disait excellement le chirurgien Ricard des procédés de suture des fractures de la rotule : « Pour l'immense majorité des praticiens, ce sont là des questions byzantines qui ne les intéressent nullement... sur 12500 médecins qui exercent en France, 11500 n'ont ni l'habitude courante de la chirurgie, ni l'installation matérielle nécessaire pour appliquer la méthode sanglante dans les conditions de sécurité désirables » (1). Question de milieu et d'outillage! De même qu'il y a deux chirurgies, il y a deux médecines : celle de laboratoire et celle d'à côté; celui qui a mission d'instruire ne saurait l'oublier. Si je crois nécessaire de vous apprendre à vénérer la première, j'estime plus utile encore de vous apprendre à vous en passer et à vous accommoder de la seconde, dans la mesure du possible, au jour prochain où vous exercerez votre art.

Aussi, lorsqu'au hasard de la clinique, les difficultés surgissent autour de nous, ai-je la préoccupation constante de vous les présenter sous un double aspect :

1° Telles qu'aurait à s'en soucier le praticien isolé livré à ses propres forces, n'ayant à sa disposition que les habituels et très rudimentaires moyens d'investigation;

2° Telles que les ressources de « l'observation macroscopique » et nos connaissances des choses du laboratoire, associées, vous permettent de les interpréter.

Conformément à cette règle, nous nous occuperons de la fillette de six ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Eugénie, convalescente d'anasarque essentielle.

J'envisagerai successivement les deux problèmes qu'elle soulève :

1° L'un de pratique courante qui découle de son histoire morbide;

2° L'autre théorique encore à l'heure

(1) *Gaz. des hôp.*, 1903, p. 363.

présente, concernant la pathogénie obscure de son affection.

***

Voici tout d'abord son histoire :

Victorine P..., six ans, entre à l'Hôtel-Dieu, pour œdème généralisé, le 22 avril 1904. Elle n'est souffrante que depuis deux jours: elle a été prise en pleine santé, et n'a d'autre passé pathologique qu'une angine légère cet hiver, une bronchite de quelques jours l'an dernier. Père bien portant, mère morte de péritonite; deux frères anémiques.

Le mal a débuté, il y a quarante-huit heures, brusquement, par de petits frissons, de la fièvre, quelques vomissements. Depuis hier elle est oppressée: toux sèche et fréquente. Point de côté à la base droite du thorax, exagéré par les fortes respirations. Le decubitus horizontal augmente la dyspnée; pas d'expectoration.

A son entrée, l'enfant a de l'inappétence et de la constipation. Aucun stigmate d'hystérie; il n'y a jamais eu ni nervosisme ni convulsions. T. qui est à 37°1 va osciller pendant cinq jours autour de ce chiffre, sans jamais atteindre 38°, puis tomber à 36° le 28 avril pour ne plus remonter.

L'enfant, grande et forte pour son âge, donne l'impression de robustesse: elle est bouffie ; les paupières notablement œdématiées ainsi que les joues et les mains; les deux jambes présentent également un œdème mou, blanc, indolent, mais considérable, remontant jusqu'à la racine des cuisses; cet œdème, au dire du père, date seulement de la veille.

Poumons sains: respiration puérile à gauche en arrière, et en avant des deux côtés. A gauche, en arrière et en bas, quelques râles fins d'œdème; à la base droite en arrière épanchement jusqu'à la moitié de l'omoplate (matité, abolition des vibrations, ægophonie, etc.) Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; le thorax à son niveau est globuleux, la peau œdématiée. Dans le péritoine un peu d'ascite. Anses intestinales météorisées.

La thoracentèse retire 400 gr. d'un liquide transparent et jaunâtre, dont la réaction de Rivolta nous démontre extemporanément la nature non inflammatoire; donc, hydrothorax aigu. Le soir, la dyspnée cède et le liquide ne reparaît plus.

En quatre jours l'œdème total s'évanouit; l'enfant reprend son aspect normal; le foie rentre dans les fausses côtes; l'appétit revient; la guérison est rapide et complète.

L'examen minutieux de l'appareil cardio-vasculaire ne m'a rien révélé d'anormal; pouls de 80 et bien frappé; aucun signe d'asthénie du myocarde; impulsion nette de la pointe; pas de dilatation; pas de souffle; pas de stase veineuse; pas de cyanose.

Les urines étaient abondantes avant l'entrée et le restèrent après l'entrée (un litre et demi par vingt-quatre heures); ce n'est que dix jours après l'entrée qu'elles se réduisirent à un litre. A aucun moment nous ne pûmes y trouver d'albumine (globuline et sérine) par les procédés usuels (acide nitrique, chaleur et ac. acétique, Esbach, sulf. magnésie); elles ne contenaient ni cylindres, ni éléments cellulaires.

Urée et chlorures normaux : urée 18 gr. en vingt-quatre heures; chlorure Na 6 gr. en vingt-quatre heures.

Perméabilité au bleu de méthylène en une demi-heure; pas de glycosurie phlorhydzique.

30 gr. de NaCl administrés à l'enfant, pendant six jours consécutifs, à partir du jour où l'œdème eut à peu près disparu (4e jour), ne provoquèrent aucun phénomène particulier, aucun œdème nouveau.

Traitement : 2 gr. de théobromine; 20 gr. de sulfate de soude ; 4 sangsues à la région lombaire; thoracentèse.

Les cas de ce genre, Messieurs, sans être exceptionnels, ne sont pas extrêmement fréquents puisque Fairbanks, dans un travail récent (1), a pu les compter (168 observat.). Ils le sont assez toutefois pour mériter qu'on s'y arrête; de grosses erreurs de diagnostic et de pronostic seront ainsi évitées. Je n'en ai personnellement observé que deux; celui de notre fillette et celui d'un bébé de quinze mois que je vis, il y a quatre ans, en consultation à Vitré, avec mon distingué confrère le Dr Rossignol.

Cet enfant, élevé au biberon, n'avait pas de passé morbide, à l'exception de quelques coryzas et de légères bronchites; il jouissait d'une parfaite santé, le tube digestif fonctionnait à merveille lorsqu'il fut pris subitement, sans cause appréciable, d'un œdème généralisé, surtout prédominant aux membres inférieurs qui prirent l'aspect éléphantiasique. Le cœur, les poumons, le foie étaient intacts; la fièvre insignifiante, à peine 38°; l'abattement marqué, l'inappétence légère; pas de troubles cérébro-méningés. Diurèse normale et les urines ne contenaient pas trace d'albumine. Le Dr Rossignol, dont l'expérience est grande, n'avait pas encore vu de cas de ce genre. Nous conclûmes qu'il s'agissait d'hydropisie essentielle de l'enfance et portâmes un pronostic rassurant; l'enfant guérit en dix jours, après application de sangsues à la région lombaire et une médication diuréto-diaphorétique assez active.

En présence d'un syndrome quelconque il est conforme à l'esprit clinique et critique, de passer tout d'abord en revue ses causes les plus fréquentes. A l'aspect d'un enfant atteint d'œdème total, les idées d'urémie œdémateuse, de néphrite aiguë ou chronique, d'infections antérieures, de scarlatine en particulier, de cardiopathies mal compensées viennent naturellement à l'esprit. Ce n'est pas sans une légère déception que l'on constate l'intégrité viscérale, l'absence d'albuminurie et d'infections antérieures, d'autant que nous nous accommodons mal des hypothèses auquel le champ s'ouvre alors brusquement et très vaste. Vous vous souvenez de nos impressions récentes au lit de notre petite malade : nous dûmes, faute de mieux, diagnostiquer l'anasarque essentielle.

Au point de vue « clientèle », le praticien n'a guère besoin d'en savoir davantage; il importe toutefois qu'il le sache, car la connaissance précise des symptômes et de leur évolution lui permet de rester maître de la situation, pour le plus grand bien de son malade et de son prestige; elle lui suffit à poser le pronostic sur lequel on le juge, et à établir un traitement raisonnable.

Vous trouverez une étude consciencieuse de la symptomatologie de cette affection dans le mémoire de Fairbanks auquel je renvoie ceux d'entre vous que la question pourrait intéresser. Je vous en rappelle brièvement les principaux caractères.

L'absence d'albuminurie, recherchée par les procédés les plus simples et les plus usités, domine la scène; il n'y a pas en général de passé infectieux ; tout au plus un peu d'anémie; parfois des vomissements et de la diarrhée; le cœur et les viscères sont sains ; la T. est quelconque; l'œdème est généralisé, mou, blanc, indolent comme celui des brightiques. L'affection frappe l'enfance, surtout au-dessous de quinze ans, et n'est vraiment sérieuse qu'au-dessous de deux ans, quand les enfants sont en états préalable de misère physiologique. La possibilité d'un œdème de la glotte ou pie-mérien serait seule susceptible d'assombrir le pronostic qui est plutôt favorable. La durée se chiffre par jours, rarement par semaines. Il ne semble pas que l'avenir des enfants soit en aucune manière compromis.

Faut-il rapprocher de cet état les cas d'œdème aigus cutanés circonscrits, d'ascite, d'hydarthrose, intermittents et curables, décrits par Quincke, Strübing, Otéro, Schlesinger, Pierson, Féré? Je crois que si l'identification ne s'impose pas d'une manière absolue l'analogie évolutive n'en est pas moins réelle. Elle a, du reste, été plusieurs fois soulignée.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, toute

(1) *The Americ. Journ. of med. sc.*, sept. 1903.

considération théorique mise à part, de ce qui précède vous pouvez conclure que le tissu cellulaire et les séreuses de l'enfant sont particulièrement prédisposés, sous l'influence de causes imprécises, à se laisser distendre, en l'espace de quelques heures, par une sérosité dépourvue de tout caractère inflammatoire et destinée à se résorber assez rapidement sans laisser de traces de son passage.

Tels sont les faits, d'observation facile, à la portée de tous; je souhaite que le souvenir des deux exemples précédents suffise à vous guider dans la pratique.

***

Si nous cherchons maintenant la raison de ces curieux phénomènes, nous avons libre choix parmi les hypothèses que nous offrent complaisamment et de concert, clinique et laboratoire. Entre elles ce choix n'est pas aisé; elles sont loin d'ailleurs d'expliquer tous les cas.

On a soupçonné l'hyposystolie, l'angioneurose, l'insuffisance rénale.

1° Dans un travail consacré à la pathogénie des hydropisies infantiles essentielles, Filatow (1) affirme avoir fréquemment constaté un certain degré d'affaiblissement du cœur s'exprimant par une diminution de l'énergie de la pointe, un pouls mou et irrégulier, une dilatation notable du ventricule droit, une congestion douloureuse du foie, de l'oligurie, en somme de l'hyposystolie. Mais, de l'avis de Filatow lui-même, il n'en est pas toujours ainsi; ces troubles cardio-vasculaires, cause ou conséquence, jouent peut-être un rôle dans l'évolution du syndrome qui nous occupe; il est sage de les rechercher; mais ils manquent dans un très grand nombre d'observations; ils faisaient défaut dans les deux nôtres.

2° On a dit également que l'angioneurose cutanée, décrite par Quincke (1882) et depuis par nombre d'auteurs, pouvait être, dans ses formes géantes et totales, la vraie responsable de certains anasarques infantiles essentiels. Ces étranges œdèmes, aux allures capricieuses, qui frappent à la fois plusieurs territoires, tantôt mous et dépressibles, tantôt durs d'emblée, sujets aux récidives, éphémères ou tenaces, apyrétiques ou fébriles, ont été rattachés à des perturbations soudaines du système nerveux central ou périphérique. On les voit survenir à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'un froid, de névralgies, de douleurs

(1) *Meditz Obozv.*, 1897.

rhumatismales, ou spontanément en apparence sans en pouvoir pénétrer la cause réelle. Leur dénomination de « névropathiques » n'est-elle pas un aveu d'impuissance à en préciser le mécanisme intime? Ne commençons-nous pas à percevoir, sous cette vague étiquette, de profondes modifications humorales, dont un jour, à coup sûr, le laboratoire nous donnera la clef? Admettons, si vous le voulez, Messieurs, l'angioneurose vasculaire lorsque nous n'aurons pas de meilleure explication à fournir.

3° On a dit enfin, après l'avoir crue possible, que l'origine rénale n'était pas admissible, parce qu'on n'avait constaté ni albuminurie ni symptôme de néphrite.

Ce sont là des données désormais insuffisantes.

Avant de rejeter l'hypothèse, ne conviendrait-il pas, conformément aux acquisitions nouvelles sur la physiologie du rein, de refaire la critique des observations publiées qui n'ont pas été, que je sache, envisagées sous cet angle spécial? N'y a-t-il pas lieu, pour chaque cas à venir, d'étudier complètement la perméabilité rénale, telle que nous la comprenons aujourd'hui? N'est-il pas nécessaire d'avoir constamment présente à l'esprit cette « dissociation des actes morbides du rein » sur laquelle, dans une communication mémorable (1), le prof. Dieulafoy attirait jadis l'attention, et dont tous les travaux récents ont si pleinement confirmé la réalité? Cette dissociation jette, en effet, la plus vive lumière sur l'apparente contradiction entre l'intensité des phénomènes urémiques et la variabilité des symptômes urinaires.

Nous savons que l'albuminurie ne renseigne pas sur la valeur fonctionnelle du rein; elle peut être physiologique; les recherches de Rapp (2) ont montré sa constance, une fois sur deux, à l'état normal; il est vrai qu'il emploie des réactifs très sensibles et fait surtout allusion aux nouveaux composés albuminoïdes se distinguant par leur solubilité plus grande et leur coagulation plus difficile; mais l'absence d'albuminurie ou sa présence en quantité notable n'impliquent nullement le fonctionnement intégral ou imparfait du rein; l'histoire des néphrites le prouve. C'est là, au point de vue qui nous occupe, un symptôme au moins secondaire.

De meilleurs arguments sont donc nécessaires pour établir l'insuffisance

(1) *Acad. méd.*, 6 et 20 juin 1893.

(2) *Deuts. mil. Zeit.*, janv. 1903.

rénale, et pour la distraire, s'il y a lieu, du cadre étiologique des hydropisies essentielles de l'enfance.

Ces arguments seront tirés de l'étude de la perméabilité au bleu de méthylène, de la glycosurie phlorhydzique, de la cryoscopie et surtout de la chlorurie; concordantes ou discordantes, ces notions permettront d'apprécier d'une manière autrement précise la puissance rétentioniste du rein et par suite sa part d'influence sur l'apparition de cette variété d'anasarque.

Ces procédés d'investigation ne donnèrent, dans notre cas, que des résultats négatifs. En ce qui concerne la rétention chlorurée, nous ne l'avons pas constatée après l'entrée de l'enfant à l'hôpital : la polyurie était alors abondante et les chlorures en proportion normale. Nous ignorons s'il y avait ou non rétention chlorurée avant l'entrée dans nos salles, au moment de l'apparition de l'œdème; en raison de cette lacune, notre observation est incomplète; mais l'administration de chlorures (30 gr. par jour de NaCl), dans les huit jours qui suivirent, ne provoqua l'apparition d'aucune poussée œdémateuse. S'il y eut rétention, elle fut initiale et passagère. Il faudrait pouvoir, en pareil cas, pratiquer quotidiennement l'analyse complète des urines, à partir du premier jour de la maladie; ces occasions sont malheureusement rares.

En réalité, Messieurs, la question se présente infiniment complexe, et comportera longtemps encore, dans le silence du laboratoire loin duquel vous vivrez de patientes et minutieuses recherches. Elles aboutiront selon toute vraisemblance au plus large éclectisme. Le nombre des organes et des fonctions dont la souffrance physiologique entraîne l'anasarque aiguë est sans doute considérable. Le rôle, à ce point de vue spécial, des insuffisances thyroïdienne, surrénale, pancréatique, splénique, hépatique, sanguine, etc., sort à peine de l'ombre. L'avenir nous apprendra tout cela; des travaux ultérieurs porteront à notre connaissance les moyens de résoudre clairement, dans chaque cas particulier, le problème pathogénique; mais, en attendant que ces graves questions soient tranchées, le praticien n'en aura qu'un souci médiocre, et curieux seulement de ce qu'il voit lui-même, cherchera dans l'observation pure « macroscopique » l'inspiration de ses paroles et de ses actes professionnels.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Tenu à Bordeaux le 1er-4 août 1904

Notes et impressions

Par M. le Dr Cauzard

(Suite et fin)

Sur la nécessité de l'enseignement otologique dans les facultés

M. le prof. **Politzer**. — Cette question, si importante, a eu l'honneur d'ouvrir la première séance du Congrès, et a remporté le plus vif succès.

M. Politzer s'indigne avec raison de voir avec quel mépris officiel l'otologie est considérée dans les Facultés de tous pays. L'oreille n'est-elle pas un des organes sensoriels les plus nécessaires à l'existence, c'est-à-dire à la vie de l'enfant, de l'adulte, de l'homme actif? La perte partielle ou totale de l'ouïe ne brise-t-elle pas, en effet, de nombreuses carrières, n'isole-t-elle pas trop fréquemment, en vérité, le malade de toute vie sociale? Les suppurations de l'oreille qui se compliquent de nécrose osseuse, de carie du temporal, sont-elles donc des affections bénignes?

Puisque la statistique a prouvé que la plus grande part des méningites, des abcès cérébraux et des phlébites du sinus était d'origine otique, il est permis de dire que le traitement des suppurations de l'oreille, avec les méthodes antiseptiques et chirurgicales actuelles, pourrait diminuer ces mortalités, effrayantes dans les campagnes, principalement pendant les épidémies grippales. « Est-il donc admissible que l'otiatrie soit considérée comme tenant un rang inférieur à celui d'autres spécialités telles que la dermatologie, l'ophtalmologie? » M. Politzer réclame pour elle « une place privilégiée à côté de certaines branches « obligatoires, attendu que les maladies « étudiées par ces dernières ne provoquent « dans la plupart des cas, que des manifes- « tations fonctionnelles, tandis que beau- « coup de maladies d'oreilles mettent la « vie du malade en danger. »

Si, depuis la création à l'Université de Vienne de la première clinique otologique (1873), la science otologique a fait de grands progrès, si dans certains pays cette science a conquis droit de cité dans les Universités, il est de nombreux états ou les gouvernements ne subventionnent aucune clinique, ou l'enseignement officiel fait totalement défaut.

D'autre part, M. Politzer fait remarquer avec raison que là même ou existent des cliniques otologiques, les étudiants les ont peu mises à profit. « J'attribue, dit-il, ce fait à l'ignorance des élèves au sujet de ce qui pourra leur servir dans la pratique. »

M. Politzer demande non seulement une chaire avec une clinique otologique fixe dans chaque Faculté, mais il demande à incorporer l'otiatrie au nombre des matières exigibles aux examens de médecine (1).

Il propose de diminuer l'importance d'études purement théoriques et de consacrer quelque temps à l'otologie, mais, avec raison, il fait remarquer que le médecin général ne devra pas posséder un bagage de détails trop minutieux qu'il n'aurait pas l'occasion de mettre en pratique.

« Ce que nous avons le droit de réclamer de l'Etat dans l'intérêt de la santé publique, c'est la mise à la portée de tous les médecins des moyens de pouvoir *diagnostiquer* les formes simples d'affections auriculaires que l'on rencontre dans la pratique courante. »

M. le prof. **Gradenigo** (Turin) est venu appuyer de son autorité la thèse défendue par Politzer.

Cet appel à l'Etat, aux Facultés, lancé par le maître de Vienne, sera sans doute entendu de nos doyens qui auront à cœur d'étudier de près, avec le gouvernement, l'établissement de cet enseignement.

L'oto-rhinologie et l'hygiène scolaire

Cette communication du Dr **Magnan** (Tours) a été, en quelque sorte, le complément de celle du prof. Politzer, car elle a démontré l'urgence de prendre, dans notre pays, les mesures indiquées par le maître viennois.

Notre confrère expose les méfaits des suppurations de l'oreille, de la surdité, des végétations adénoïdes, des amygdales hypertrophiées, non seulement au point de vue de la santé de l'enfant, mais aussi à celui de l'instruction et de l'éducation. L'auteur est oto-rhinologiste et médecin-inspecteur des écoles, et il nous fait cette communication à ces deux titres, c'est ainsi qu'il demande l'établissement d'une fiche médicale par l'oto-rhinologiste pour chaque écolier, et prie le Congrès d'émettre un vœu en ce sens, proposition qui a donné lieu à la discussion suivante :

M. Lermoyez. — La communication du Dr Magnan est certes intéressante, mais nous ne saurions voter ses conclusions car elles sortent de la compétence du Congrès.

M. Cauzard. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt le Dr Magnan; la question du dossier scolaire, au point de vue de l'oto-rhinologie, n'a jamais été soulevée en France dans une société d'otologie, dans un congrès d'otologie ou de médecine, à l'encontre de ce qui s'est passé en Allemagne et en Autriche, dans les sociétés d'oto-rhinologie. En France, le Dr Dubar, si j'en crois mes souvenirs, seul, s'est préoccupé de cette question (1).

J'attire donc l'attention du Congrès sur la communication de M. Magnan dont je discuterai, non pas le principe, mais les conclusions.

Le dossier médical est une excellente chose, il est admis en principe (2), mais une grosse question se pose : par qui sera-t-il fait? par le spécialiste des maladies de la gorge, du nez, des oreilles, dit M. Magnan, étant donné la fréquence de ces maladies. Eh bien, je ne suis pas de cet avis.

Nous sommes ici en présence du même problème qui a été étudié l'an dernier au Congrès des médecins d'assurances où l'on s'est demandé par qui devait être examinée, au point de vue des organes des sens, la personne qui veut être assurée sur la vie? Serait-ce par des spécialistes ou par un médecin général?

Le rapport du Dr Weill-Mantou, adopté à l'unanimité, concluait que l'examen serait fait par un médecin général, qui, s'il croyait à la nécessité d'un examen spécial, le ferait faire par un spécialiste. Appuyant ces conclusions, j'ai proposé qu'il soit établi un ou plusieurs questionnaires pour faciliter l'examen du médecin général (questionnaires intéressant chacun des organes, sensoriels ou non, qui sont susceptibles d'être examinés par un spécialiste). Si, à l'aide de ces questionnaires, on reconnait des défectuosités des organes des sens, à ce moment seulement le médecin général cédera la place au médecin spécialiste. Ici je dirai la même chose.

Ce dossier médical ne peut être établi par l'instituteur : ce serait l'obliger à faire l'exercice illégal de la médecine. La chose a déjà lieu en Algérie sous l'œil complaisant et bienveillant de l'autorité; gardons-nous d'acclimater ces procédés en France (3).

Pour la raison que je viens de vous exposer, l'oto-rhinologiste ne doit pas davantage pratiquer ce premier examen qui revient de droit au médecin général, lequel adressera, s'il le juge nécessaire, l'enfant au spécialiste.

Je vous demande donc, Messieurs, de voter le principe de la communication de M. Magnan, c'est-à-dire l'examen individuel de l'écolier au point de vue des maladies des oreilles, des végétations adénoïdes.

M. Lermoyez. — Je répète que le Congrès ne peut pas voter sur cette question, qui ne peut être traitée que dans un Con-

(1) A Bordeaux, où depuis longtemps M. Moure est chargé du cours d'oto-rhinologie, il existe ce fait particulier que les chargés de cours font passer des examens, aussi en est-il résulté cette heureuse solution : le Dr Moure, chargé de cours d'oto-rhinologie, professeur officieux, devient chargé officiellement d'examens; l'otologie est matière d'enseignement et matière d'examen à Bordeaux.

(1) Congrès d'hygiène scolaire, Paris 1903.

(2) Une circulaire ministérielle impose déjà, dans les lycées et collèges de l'Etat, un examen médical trimestriel pour les élèves internes, avec fiche individuelle.

(3) Nous renvoyons les lecteurs aux critiques fort justifiées du Dr Granjux : 1° sur l'exercice illégal de la médecine par les instituteurs en Algérie (*Bulletin médical*, 27 juillet 1904); 2° sur la proposition de MM. Guye et Boulay qui réclament une enquête faite par l'instituteur (*Bulletin médical*, 6 août 1904).

grès d'hygiène sociale...Au congrès d'hygiène sociale de Bruxelles (1903), cette question a été déjà présentée par le prof. Guye, d'Amsterdam ; il est vrai qu'elle a été écartée.

M. Bonnier. — J'ai saisi il y a quelques années l'Académie de médecine de l'utilité, de l'intérêt qu'il y avait à faire une enquête sur l'audition des élèves, sur la surdité precoce progressive. *Acad. de méd.*, fév. 1900.

M. Cauzard. — Si j'ai bien compris ce que vient de dire M. Lermoyez, cette question ne saurait intéresser le Congrès d'otologie, elle devrait être résolue par un Congrès d'hygiène sociale. Malheureusement, M. Lermoyez a ajouté que pareille proposition, faite au Congrès de Bruxelles, Congrès précisément d'hygiène sociale, a été repoussée ! Que faire, alors ? Devons-nous nous taire ? Non, certes. Cette question a déjà été étudiée à l'étranger par des oto rhinologistes et, puisque ce Congrès est sous le patronage du Gouvernement et du Ministre de l'instruction publique, il faut que nous émettions tout au moins un vœu. Votons donc pour le principe : l'examen de l'écolier au point de vue oreilles, nez, vegetations, mais votons.

M. le secrétaire général prit alors sur lui de clore la discussion, et donna lecture d'une lettre du Dr **Guye** (Amsterdam), demandant en guise de conclusion une enquête internationale sur les végétations adénoïdes à l'école.

Nous n'avons pu obtenir la parole pour discuter cette conclusion, qui fut de suite mise aux voix et adoptée.

De telle sorte que le Congrès qui, n'était pas compétent pour se prononcer sur l'examen oto-rhinologique des écoliers, quand il était demandé par un Français, retrouva immédiatement cette compétence quand la proposition vint de Hollande.

La chose n'est pas banale et méritait d'être signalée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 août

Sur l'influence qu'exerce l'état de santé du galactifère sur le point de congélation du lait

(Note de MM. **Guiraud** et **Lasserre** présentée par M. Bouchard)

Nous avons poursuivi, pendant plusieurs mois, des recherches méthodiques sur l'application de la cryoscopie à l'analyse du lait, comparativement aux autres procédés. Ces recherches confirment pleinement celles de Parmentier sur la constance du point de congélation des laits normaux et purs, et sur les services que peut rendre cette méthode, quand elle est employée avec précaution, pour déceler les adultérations de ce précieux produit alimentaire, notamment le mouillage. Nous avons cru pouvoir tirer les conclusions suivantes de ces recherches :

I. Le point de congélation des laits purs, pris aux fermes, est constant, ainsi que l'a trouvé Parmentier ; ce (Δ) est compris entre — 0,55 et — 0,56.

II. L'addition artificielle d'eau, faite à l'insu de l'expérimentateur, en proportions variables, a toujours donné des chiffres conformes aux calculs.

III. Mais il est un point déjà signalé par Parmentier, et sur lequel nous désirons appeler l'attention des hygiénistes : celui de l'influence de l'état de santé du galactifère, sur le point cryoscopique du lait qu'il fournit.

Les circonstances nous ont permis de déterminer le (Δ) d'un certain nombre de laits provenant d'individus atteints d'affections diverses (laits de femmes et de vaches), et voici les résultats obtenus :

Lait de femme atteinte d'ictère. 1er essai	$\Delta = -0{,}58$
2e essai	$\Delta = -0{,}58$
Lait de femme albuminurique 1er essai	$\Delta = -0{,}59$
2e essai	$\Delta = -0{,}58$
Lait de femme syphilitique. 1er essai	$\Delta = -0{,}61$
2e essai	$\Delta = -0{,}61$
Lait de femme tuberculeuse. 1er essai	$\Delta = -0{,}60$
2e essai	$\Delta = -0{,}61$
Lait de vache ayant réagi à la tuberculine	$\Delta = -0{,}60$
Lait de vache atteinte de mammite tuberculeuse	$\Delta = -0{,}59$
Lait de vache à tuberculose généralisée ayant réagi à la tuberculine	$\Delta = -0{,}60$
Lait de chèvre atteinte de mammite	$\Delta = -0{,}58$

Ainsi donc, tous les laits d'origine pathologique que nous avons pu analyser, notamment les laits d'animaux tuberculeux, ont présenté un point de congélation sensiblement inférieur à celui des laits normaux.

Sans doute, les faits que nous avons observés sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions fermes. Ils nous ont paru, néanmoins, mériter d'être signalés, et si les recherches que nous nous proposons de poursuivre et d'étendre les confirment, il y aurait peut-être là une méthode d'analyse qui pourrait rendre de précieux services à l'hygiène.

Toutes nos expériences ont été faites au moyen d'un mélange réfrigérant de composition constante (1 partie de sel marin pour 4 parties de glace pilée).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La gratuité de la vaccination

S'il était nécessaire de démontrer que les lois où il est question d'hygiène deviennent, dans leur application, des lois contre les médecins, on ne saurait trouver un meilleur exemple que celui fourni par l'exécution de la loi de 1893 sur la santé publique.

Cette loi qui a rendu obligatoires les vaccinations et revaccinations n'a jamais dit que ces opérations seraient pratiquées gratuitement, mais un décret rendu postérieurement dit que des médecins vaccinateurs seront nommés par le préfet, qu'il y aura dans chaque commune au moins une séance annuelle de vaccination publique et gratuite et que c'est *à cette séance* que devront être présentés les certificats constatant que les vaccinations — on a daigné le permettre — ont été pratiquées par un autre médecin.

D'après les prescriptions de ce décret la gratuité — comme le fait remarquer M. le Dr Cerné (1) — devient la règle et la vaccination non gratuite et publique, l'exception tolérée. Et cependant un décret ne peut pas ajouter à une loi une prescription de gratuité qu'elle n'a pas prévue.

Bien avant la loi dans tous les départements, la gratuité de la vaccination était assurée à tous ceux qui ne pouvaient rémunérer cette opération, et il est juste que cette pratique se continue ; mais, « pour cela, il n'est pas besoin d'une organisation spéciale. Les médecins de l'assistance médicale gratuite sont des vaccinateurs officiels tout trouvés pour les indigents, pour les enfants des écoles, si l'on veut, mettons même, pour être très large, pour tous ceux qui le demanderont expressément. »

Or, il est à craindre que les conseils généraux ne votent pas des sommes suffisantes pour indemniser les medecins vaccinateurs et surtout qu'ils trouvent là des postes à créer à l'usage des hommes politiques.

Dans certains départements on propose 50 centimes par vaccination, dans la Seine-Inférieure, un projet prescrit 30 centimes par vaccination, plus une indemnité de déplacement de 20 centimes par kilomètre à l'aller.

Le conseil général du Var a fait mieux : sur le rapport du Dr Bourras, il a voté la résolution suivante : (2).

Le Conseil général décide de confier à un médecin seul et unique le soin d'assurer immédiatement le service des vaccinations et revaccinations dans toutes les communes du département, à la condition que ce service n'entraînera pas une dépense supérieure à 6000 francs, frais de déplacement et achat de

(1) La vaccination obligatoire doit-elle être gratuite (*Normandie médic.*, p. 309).

(2) Les vaccinations dans le Gard. (*Echo médic. des Cevennes*, 1904, n° 7).

vaccin compris, les fonds votés au budget de 1904 permettant d'assurer ce service pendant les six derniers mois de l'année courante. Ce médecin pourra être employé comme inspecteur et contrôleur de la loi sur l'hygiène et la salubrité publique. »

Le Syndicat médical de Nîmes et de la région a été vivement ému par cette décision ; il a chargé les Drs Auret, Puech et Lyon d'étudier la réglementation édictée par le Conseil général du Gard au sujet de la vaccination et d'en apprécier les conséquences. A la suite, il a émis le vote suivant :

La nomination du Dr Bourras ayant paru au poste de vaccinateur départemental, le Syndicat, après avoir approuvé le rapport du Dr Lyon et voté ses conclusions, vote, à l'unanimité, la motion suivante :

« Le Syndicat médical de Nîmes et des environs, dans sa séance du 6 juillet 1904, ayant appris la nomination du Dr Bourras, conseiller général, au poste de vaccinateur départemental ;

« Regrette que M. le Préfet du Gard n'ait pas, conformément à la promesse faite aux délégués, consulté le Syndicat pour l'organisation du service de la vaccination obligatoire;

« Regrette la création du poste unique de vaccinateur départemental qui méconnait gravement l'intérêt sanitaire des populations, présente de sérieuses lacunes dans l'application de la loi de 1902, et porte préjudice au principe absolu des lois d'assistance médicale qui reconnait à l'indigent le droit de choisir son médecin ;

« Le Syndicat, en attendant d'une administration mieux informée, d'autres et plus efficaces mesures, félicite MM. les Drs Perrier et Bertrand-Lauze d'avoir pris devant le Conseil général la défense de la santé publique, des droits du Corps médical et des privilèges de l'indigent. »

Ce vote nous a semblé mériter d'être connu.

G.

DÉPARTEMENTS

Longue rétention du placenta après l'avortement

Le Dr Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, a eu l'occasion d'observer deux cas de longue rétention du placenta après l'avortement, sans que cette rétention ait déterminé des accidents.

Dans le premier cas il s'agit d'une dame enceinte d'environ deux mois et demi lorsqu'elle fut prise de quelques douleurs qui expulsèrent deux petits fœtus. Au moment de la visite du Dr Rémy, elle ne perdait pas et ne ressentait pas de contractions : jusqu'à ce moment elle n'avait rendu aucun débris des annexes. On pouvait s'attendre d'un moment à l'autre au décollement du petit placenta ; notre confrère conseilla l'antisepsie et de fréquentes injections; c'était le 17 août, il partit en vacances.

Il n'avait plus entendu parler de cette dame, lorsqu'il fut appelé près d'elle le 4 octobre parce qu'elle avait souffert de douleurs de ventre. A son arrivée elle lui montra un morceau charnu du volume d'un œuf, qu'elle venait d'expulser. Il était formé de villosités placentaires enchevêtrées, le tout dans un état parfait de fraîcheur, comme s'il s'agissait de l'expulsion d'un délivre après la sortie d'un embryon ; aucune odeur. Il n'y avait plus trace de cordon.

Ces organes étaient donc restés dans l'utérus pendant 48 jours, sans subir de putréfaction.

La deuxième femme, multipare, se croyait au deuxième mois et demi de grossesse, lorsqu'à la suite d'une frayeur, dit-elle, elle perdit pendant son repas, et sans douleur, un fœtus de 12 centimètres de longueur environ. Elle n'eut plus de douleurs et pas d'hémorragie, et croyant que tout était terminé, elle prit des injections par mesure de précaution et continua de vaquer aux soins de son ménage.

Dans la nuit du 8 mars 1904, environ deux mois après l'expulsion du fœtus, cette dame fut prise brusquement d'une hémorragie utérine abondante. Un médecin, habitant le voisinage, fut appelé, et la trouvant pâle et sans pouls, fit immédiatement un tamponnement vaginal avec de la gaze. Le tampon arrêta l'hémorragie; coliques utérines; un léger suintement de sérosité sanguine se fait : quelques gouttes d'ergotine. Le matin suivant, à 8 heures, le médecin retire le tampon et les caillots ; l'état général est bon.

A 10 heures du matin, M. Remy examine cette femme ; il trouve l'utérus au-dessus du pubis, le fond à trois travers de doigt. Au toucher, il trouve le placenta tombé dans le cul-de-sac postérieur vaginal, entouré de caillots. Il l'entraîne et fait des injections. L'utérus s'abaisse dans l'excavation.

A l'examen de la pièce, on trouve un placenta très frais, rosé, sans odeur, de forme bien arrondie. On constate que la surface externe vient d'être décollée, que ce placenta avait conservé ses connexions sanguines. Trace de l'insertion du cordon. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août 1904.)

Greffe d'un œil de lapin après l'énucléation

M. Lagrange a montré à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, une fillette chez laquelle il a greffé dans la capsule de Tenon, après l'énucléation, un œil de lapin. L'opération a été faite il y a un an. L'œil s'est résorbé à moitié et a laissé un moignon qui améliore la prothèse.

Deux observations de psittacose

MM. Wilhem et Chevalot ont eu occasion d'observer dans une maison très saine, chez des personnes ayant une excellente hygiène, deux cas de broncho-pneumonie particulièrement graves, alors que dans tout le pays il n'y avait pas trace de semblable affection.

Nos confrères, très préoccupés de l'étiologie de cette maladie, firent la remarque suivante : le mari, M. L..., le premier atteint, était tombé malade le 20 octobre. Or, en septembre 1903, M. et Mme L... avaient acheté un perroquet qui, quelques jours après son acquisition, devint triste, ne mangea plus et eut un peu de diarrhée. L'état du perroquet s'aggrava, l'oiseau se mettait fréquemment en boule, ces plumes se hérissèrent et ses ailes devinrent tombantes. Hébétude, somnolence et diarrhée, tels furent les symptômes dominants auxquels l'animal finit par succomber le 19 octobre 1903.

Avec beaucoup de sagacité, MM. Wilhem et Chevalot firent un rapprochement entre la maladie du perroquet et celle de ses maîtres, et ils se demandèrent s'il ne s'agirait pas de psittacose

Les restes de l'animal avaient été placés dans une boîte en bois et inhumés soigneusement dans le jardin, ce qui permit au Dr Chevalot de les exhumer et de les envoyer au laboratoire du Dr Thiry, alors que les restes de la bête étaient presque intacts.

Le Dr Thiry obtint l'isolement du bacille de Nocard avec la moelle du fémur du perroquet.

Nos confrères tirent de ces faits la morale suivante :

« Nous recommandons avec tous ceux qui ont traité ce sujet, de n'acheter jamais ni perroquet, ni perruche malades, de ne jamais donner à manger à ces animaux de bouche à bec, d'éviter que les enfants ne jouent avec des animaux toujours dangereux à un moment donné. Qu'on désinfecte les cages et qu'on se débarrasse dès le début de tout oiseau même suspect de maladie, et si, par malheur, il survient un cas de psittacose soit à forme de fièvre typhoïde ou de broncho-pneumonie, qu'on désinfecte au plus tôt et par les moyens les plus énergiques les habitations et les appartements où ont séjourné les animaux incriminés : qu'on agisse de même lorsqu'il est question de chien, chat ou pigeon malades, qu'on détruise les cages ou au moins qu'on les désinfecte, et qu'enfin l'on procède à la désinfection de tout objet suspect de contage.

« C'est ce que nous avons fait dans notre cas. Les appartements occupés par nos deux malades ont été désinfectés une première fois au soufre, une deuxième fois au formol.

« Le linge de corps et la literie ont passé par l'étuve, et nos malades ont quitté leur lieu d'habitation pour séjourner à la Côte-d'Azur, où ils ont retrouvé leur bel état de santé antérieur. Aucun nouveau cas de psittacose n'a été signalé jusqu'alors, et la servante de la maison, pour laquelle nous avions quelques craintes, parce qu'elle était chargée de donner ses soins à l'animal, put échapper ainsi à la contagion. » (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août 1904.)

De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse. Résultats éloignés

MM. R. et A. Condamin ont réuni 71 observations d'hystérectomies vaginales dont l'étude les a amenés aux conclusions suivantes :

1° En présence d'un cancer du col opérable constaté pendant le cours de la grossesse, le devoir du chirurgien est d'intervenir, car :

a) En pratiquant à temps l'hystérectomie totale on peut avoir la chance de sauver la mère; 22 % de non récidives après quatre ans;

b) Les chances de survie du fœtus si on laisse évoluer la grossesse sont réduites

2° Si le paramétrium (ligaments larges, paroi vésicale) est envahi, si peu soit-il, la mère est perdue; on n'aura plus à s'occuper que de l'enfant.

3° Pendant le sixième et le septième mois de la grossesse, si le cancer est tout à fait au début et que le chirurgien pense, en attendant un mois ou deux, pouvoir encore faire une opération radicale, il pourra attendre la viabilité du fœtus.

Dans le cas contraire, si le cancer est encore opérable, et s'il ne doit plus l'être quelque temps après, il faudra intervenir sans s'inquiéter du fœtus.

4° Le procédé de choix est l'hystérectomie vaginale par bascule du corps utérin sans incision préalable des culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieur.

5° A partir du moment où l'enfant est viable, c'est-à-dire à partir du septième mois, on pourra encore faire l'hystérectomie vaginale selon le procédé classique. Mais l'enfant devra être extrait par la césarienne abdominale, la césarienne vaginale donnant de mauvais résultats aussi bien au point de vue de la mère qu'à celui de l'enfant. Il faudra, en somme, combiner les deux voies abdominale et vaginale.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Un procédé de cure radicale de la hernie ombilicale

Les procédés de cure radicale de la hernie ombilicale sont assez nombreux et l'accord ne paraît pas près de se faire ni au point de vue des indications de cette opération ni à celui de sa technique. On lui reproche surtout de supprimer la cicatrice ombilicale, ce qui donne au ventre un aspect fort laid. Or, **M. E. Tavel** (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août 1901), professeur de chirurgie à Berne, pratique la cure radicale de la hernie ombilicale d'après un procédé qui ne laisse aucune trace anti-esthétique, tout en étant sans danger et d'une exécution facile. Aussi voit-il de plus en plus les parents demander que cette opération soit faite pour éviter les bandages si peu commodes chez les petits enfants.

Voici quelle est la technique du procédé de l'auteur :

Premier temps. — Incision légèrement courbe de la peau sur le sommet de la tumeur.

Quand l'ombilic est au-dessous de la tumeur, ce qui est la règle, la convexité de l'incision sera du côté de l'appendice xyphoïde; si, au contraire, l'ombilic est au dessus de la tumeur la convexité de l'incision regardera le pubis. Chez l'adulte et quand la peau est adhérente, par suite d'inflammation chronique, on fera l'incision elliptique recommandée par Kocher.

Second temps. — Libération du sac qui est séparé de la peau. On fait bien de commencer par dégager le sac au pourtour supérieur, puis sur les parties latérales avant de le séparer de la cicatrice ombilicale, on arrive ainsi toujours, chez l'enfant du moins, à éviter l'excision de l'ombilic sans nécrose de la peau. Dans le cas où la dissection serait impossible en un point quelconque, on résequerait le sommet du sac en le laissant adhérent à la peau; le sac serait ensuite refermé avec une pince et l'opération continuée comme d'ordinaire.

Troisième temps. — Le sac, une fois dégagé, on commence par s'assurer de la possibilité d'en réduire le contenu. Si, même par torsion du sommet du sac, le contenu ne rentre pas dans la cavité abdominale, on incisera le sommet, on détachera les adhérences, on excisera éventuellement une partie de l'épiploon qui y est contenu. Puis, que le sac ait été ouvert pour la réduction du contenu, ou que cela n'ait pas été nécessaire, on saisit le sommet du sac dans une pince et on circonscrit l'anneau ombilical par une incision qui porte immédiatement à sa base, c'est-à-dire en dehors du collet. L'incision ne devra porter que sur l'anneau fibreux et ne comprendra pas le péritoine. Ce temps, paraissant, à première vue, difficile, est, en réalité, très facile. Le bistouri coupe le tissu fibreux, tandis que le péritoine, qui n'est pas adhérent, fuit devant lui. L'anneau fibreux ainsi sectionné, le sac fibreux forme, sur le sac péritonéal, un capuchon dont la base est constituée par du tissu assez résistant et le sommet par un feuillet excessivement mince, se confondant avec le péritoine.

Quatrième temps. — On s'assure que le sac ne renferme plus de contenu abdominal et on tord le sac jusqu'à la base. Cette torsion, lors même que le sac renferme encore de l'épiploon ou de l'intestin, ne risque guère, s'il n'y a pas d'adhérences, de produire un étranglement, le contenu fuyant devant la partie tordue. C'est même un excellent moyen pour réduire le contenu herniaire dans toute sorte de hernies, le sac étant dégagé.

Cinquième temps. — Pendant que le sac est maintenu tordu par un aide, sa base est liée à la soie avec ou sans transfixation, puis il est sectionné au-dessus de la ligature.

On voit alors au milieu de l'hiatus ombilical ovale le petit moignon formé par la ligature du sac péritonéal avec des plis en étoile qui en rayonnent.

Cette petite manœuvre ayant bien détaché le péritoine de la paroi abdominale adjacente, la suture se fera avec la plus grande facilité.

Sixième temps. — La suture de la paroi sera toujours transversale quand l'hiatus a son grand axe transversal. La disposition transversale de l'hiatus est une preuve que la traction se fait dans ce sens, or il serait illogique d'exposer la suture au maximum de traction possible en la faisant longitudinale. Si, dans un cas spécial, l'hiatus était longitudinal, on ferait naturellement la suture longitudinale.

Cette suture se fera par quelques points isolés, rapprochant les bords de l'hiatus sur une largeur de quelques millimètres. Elle suffit toujours, les procédés autoplastiques sont inutiles. La peau est ensuite suturée soit par une suture en surjet, soit par une suture à points isolés.

Septième et dernier temps. — Pour appliquer la cicatrice ombilicale au fond de l'entonnoir formé par la réduction et l'excision de la tumeur, on mettra un petit tampon de gaze antiseptique et on empêchera la formation d'un hématome par un pansement légèrement compressif.

L'auteur a opéré dix cas chez l'enfant et trois chez l'adulte d'après sa méthode.

Il n'a jamais observé ni nécrose de la peau, ni récidive. Tous les cas ont guéri par première intention.

La cicatrice opératoire est linéaire, souple, à peine visible au bout de quelques mois, l'opération n'entraîne donc aucune altération esthétique de la région.

Dans ces conditions, on peut étendre beaucoup les indications opératoires.

LIVRES NOUVEAUX

Stork et Cie, éditeurs.

Revue générale d'histologie, par MM. Renaut, professeur d'anatomie générale, et Regaud, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

Le professeur Renaut et M. Regaud (de Lyon) entreprennent une œuvre qu'on ne saurait assez louer. Sous le nom de « Revue générale d'histologie », ils feront paraître, à intervalles variables, une série de fascicules dont chacun sera consacré à une question d'histologie qui sera traitée avec toute l'ampleur voulue pour la mettre complètement et dans ses détails au courant de l'état actuel de la science. Chaque fascicule sera rédigé par le savant le plus désigné par ses travaux spéciaux. Paraîtront d'abord les fascicules suivants : *Les terminaisons nerveuses et les organes nerveux sensitifs de l'appareil locomoteur*, par MM. Regaud et Favre. — *Le myocarde*, par MM. Renaut et Mollard. — *Les terminaisons nerveuses de la peau*, par M. Ruffini. — *Le pancréas*, par M. Laguesse. — *L'anatomie générale des articulations*, par M. Retterer. — *L'écorce cérébrale*, par M. Bonne. — *La moelle des os*, par M. Justin Jolly. — *La cellule hépatique*, par M. Browicz. — *Les glandes salivaires*, par M. Jouvenel. —

L'anatomie générale des veines, par M. Suchard. — *Les terminaisons nerveuses des tendons et des articulations*, par M. Regaud. — *Les nerfs du cœur*, par MM. Mollard et Regaud. — *Le canalicule urinaire des mammifères*, par M. Policard.

C'est, on le voit, le système de publications séparées mettant au point une question qui a si bien réussi en médecine pratique et que les libraires ont maintenant presque tous adoptés (Coll. des Actualités médicales de Baillière; l'Œuvre médico-chirurgicale de Masson; coll. Scientif. de Naud; coll. de Médecine pratique de Joanin, etc.). Mais dans toutes ces collections, il ne s'agissait que de petits livres de vulgarisation qui n'avaient pas la prétention d'épuiser scientifiquement la question traitée. C'est, au contraire, une œuvre, au plus haut point une œuvre scientifique qu'entreprennent MM. Renaut et Regaud.

On en jugera lorsque l'on saura que le premier fascicule : « Terminaisons nerveuses et organes nerveux sensitifs des muscles striés squelettaux », comprend, sur cette seule question, très limitée, 140 pages de texte in-8, assez serré, avec nombreuses figures très claires, et une bibliographie complète. Si toutes les questions annoncées sont traitées avec la même conscience, le même luxe de détails et le même scrupule d'exactitude (et la liste des auteurs choisis nous démontre qu'il en sera sûrement ainsi), cette publication sera une mine d'investigations précieuses, qui fera le plus grand honneur à ceux qui l'ont entreprise, et à la science française en général. Elle n'intéresse pas seulement l'histologie pure; les médecins y puiseront des renseignements précieux, qu'il leur est bien difficile actuellement de se procurer. C'est ainsi que le fascicule des « Terminaisons nerveuses dans les muscles striés squelettaux » contient en détail l'anatomie pathologique des fuseaux neuromusculaires dans les myopathies progressives, les névrites, les myélites, le tabes, l'intoxication phosphorée, la maladie de Basedow, le crétinisme.

Il serait à souhaiter que pareille tentative trouve des imitateurs dans les diverses branches de la science médicale, pour le plus grand bénéfice des chercheurs et pour le progrès de la médecine.

E. Apert.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

M. le méd.-major de 2e cl. Mennessier est dés. pour le 122e d'inf. (bat. dét. en Crète).

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Crossouard, au 3e d'inf. à Rochefort.

M. Vinas, au 2e d'inf. à Brest.

M. Buisson, au 4e d'inf. à Toulon.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Bouffard, au 5e d'inf. à Cherbourg.

MM. Le Strat et Alliot, au 6e d'inf. à Brest.

M. Bonet, au 2e d'art. à Brest.

M. Imbert, au 24e d'inf. à Paris.

M. Barot, au 2e d'inf. à Brest.

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Ducasse, au 2e d'inf. à Brest.

Autorisation de prolongation de séjour

A la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

3e année : M. Huot.

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ. de 1re cl.

1 Le Corre, 2 Lidin.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Gouzien, 2 Clavel, 3 Cassagnou.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Rousselot-Bénaud, 2 Rigollet, 3 Alquier, 4 Bousquet, 5 Lévrier, 6 Cardeillac, 7 Faraut.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Barot, Pujol, Chaze, Augé, Jouvenceau, Legendre, Parazols, Nogué, Lefèvre, Lowitz.

11 Contant, Chartres, Fraissinet, Henric, Letonturier, Boudriot, Reboul, Brouillard, Charézieux, Jacquin.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 Noc, Deschamps, Faucheraud, Chagnolleau, Verdier, Fuynel, Giraudon, Audiau, Bourret, Lonjarret.

11 Rousseau.

NOUVELLES

CONTROLE DES ÉTABLISSEMENTS VACCINOGÈNES

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a désigné, au choix de M. le Préfet de la Seine, MM. Roux, Chantemesse et Martel pour composer la Commission chargée du contrôle des établissements vaccinogènes, commission qui, conformément à l'arrêté du 28 mars 1904, doit comprendre deux médecins qualifiés par leur compétence bactériologique, un vétérinaire, et être présidée par le secrétaire général ou un conseiller de préfecture délégué.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

Le Congrès international de la tuberculose qui se réunira à Paris le 2 au 7 octobre 1905 a fixé dès à présent les questions qui seront soumises, sous forme de rapports, à l'étude des membres du Congrès.

Trois questions, dans chacune des deux sections du Congrès, seront étudiées par des rapporteurs. Trois rapporteurs seront désignés pour chaque question, l'un des rapporteurs devant être français. Les comités nationaux étrangers sont en train de désigner leurs rapporteurs. Pour la France les rapporteurs sont nommés.

La section Pathologie, dont le président est M. le prof. Lannelongue, a choisi les trois questions suivantes :

1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Rapporteurs français : MM. Jeanselme et Chatin.

2° Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Rapporteur français : M. Achard.

3° Étude comparative des diverses tuberculoses. Rapporteur français : M. le prof. Arloing (Lyon).

La section sociale, qui a pour président M. le prof. Landouzy, a pris les trois questions suivantes :

1° Facteurs étiologiques de la tuberculose. Rapporteur français : M. Romme.

2° Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse. Rapporteur français : M. Courtois Suffit.

3° Assurance et mutualités dans la lutte contre la tuberculose. Rapporteur français : M. Edouard Fustor.

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. Courtès.

CHEMINS DE FER DE L'EST

Saison des Eaux 1904.

La compagnie de l'Est rappelle au public qu'en vue de faciliter des voyages à destination des villes d'eaux de son réseau, elle met en marche quotidiennement, du 1er juin au 20 septembre inclus, des trains express spécialement destinés au service des villes d'eaux et qui comprennent :

1° Des voitures de 1re et de 2e classes à couloir et à water-closet et lavabo, circulant directement entre Paris et Mirecourt, en desservant Martigny, Contrexéville et Vittel.

2° Des voitures de 1re et de 2e classes à couloir et à water-closet et lavabo, circulant directement entre Paris et Bourbonne-les-Bains.

3° Des voitures de 1re et de 2e classes à couloir et à water-closet et lavabo, circulant directement entre Paris et Plombières. Les voyageurs pour Luxeuil ont une voiture directe dans le train spécial partant de Paris; cette voiture revient par un express de nuit. Les voyageurs pour Bains changent de train à Aillevillers.

4° Un wagon-restaurant circulant entre Paris et Chaumont et permettant aux voyageurs de déjeuner dans le train à l'aller et d'y dîner au retour.

Départs de Paris (gare de l'Est) : 10 h. 42 du matin; arrivée à destination (dans toutes les villes d'eaux) avant l'heure du dîner. Pour le retour, les départs auront lieu après l'heure du déjeuner et on arrivera à Paris à 8 h. 45 du soir.

Il est aussi rappelé que des billets d'aller et retour de famille, de 1re et 2e cl., à prix très réduits, dont la durée de validité de 30 jours peut être prolongée une ou plusieurs fois de 15 jours moyennant paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 %. du prix initial du billet, sont délivrés jusqu'au 15 septembre dans toutes les gares du réseau de l'Est, pour les stations thermales désignées ci-dessus, ainsi que pour Bussang, Gérardmer, Givet et Sermaize-les-Bains, aux familles d'au moins trois personnes payant place entière et voyageant ensemble sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris), ainsi qu'aux serviteurs attachés à la famille.

Par exception, le billet pour les serviteurs pourra être de 3e cl.

Nota. — Pour tous autres renseignements, consulter le livret des voyages circulaires et excursions que la compagnie de l'Est envoie gratuitement aux personnes qui en font la demande.

L'ORTHOPÉDIE
DANS LA
PRATIQUE JOURNALIÈRE

Diagnostic et traitement de la tumeur blanche du genou (1)

Par MM. P. DESFOSSES et G. BERRUYER

Abandonnée à elle-même une tumeur blanche du genou, si elle guérit, aboutit généralement à la perte de l'usage du membre lésé.

La figure 1, faite d'après une photographie, montre à quelle difformité arrive un genou abandonné aux seules ressources de la nature. Ici, la flexion de la jambe sur la cuisse était tellement prononcée que l'amputation de cuisse parut le seul remède à la difformité. Cependant, la tumeur blanche du genou, traitée rationnellement dès le début, est peut-être, de toutes les tuberculoses articulaires de l'enfant, celle qui guérit le plus vite et le mieux. Pour cela, il faut que le médecin dépiste le mal à ses premiers symptômes.

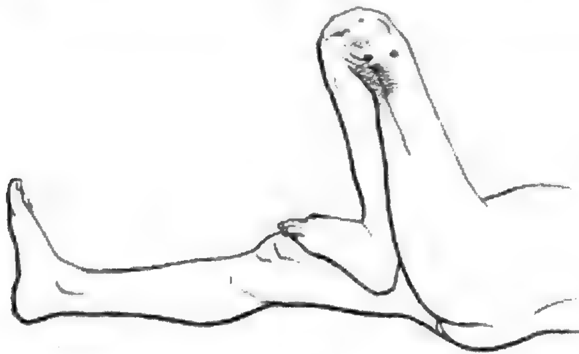


Fig. 1.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précoce de la tumeur blanche du genou n'est pas toujours très facile. On ne saurait s'entourer de trop de renseignements, aussi est-il bon de s'enquérir auprès des parents des antécédents de tuberculose possible, de demander à quel âge l'enfant a marché, comment il a marché : normalement ou d'une manière vicieuse?

Quand vous avez constaté que la lésion n'est pas congénitale, demandez quand l'enfant a présenté les premiers symptômes du mal au genou pour lequel on vient consulter. Quand le début de l'affection aura été franchement aigu, vous penserez de suite à une ostéomyélite aiguë.

(1) V. *Bulletin médical*, 1904, n° 51, p. 597, n° 57, p. 669, n° 65, p. 745.

Généralement, s'il ne s'agit pas d'un début franchement aigu, les parents attribueront l'affection de leur enfant à une chute, à un traumatisme quelconque. Poussez plus loin l'interrogatoire et vous arriverez, si vous savez user de détours, à savoir qu'avant la chute l'enfant avait déjà moins d'entrain pour jouer, pour courir, qu'il se fatiguait plus rapidement.

Informez-vous si les douleurs accusées par l'enfant surviennent pendant le jour ou pendant le sommeil, si l'enfant se réveille la nuit en criant.

***

Dès que vous avez terminé votre interrogatoire des parents, passez, si l'âge de l'enfant le permet, à l'interrogatoire de votre petit malade. Commencez par des questions banales, sur son nom, son âge, passez à ses jeux, souvent vous obtiendrez de l'enfant des réponses plus précises que celles obtenues des parents.

Inspection. — L'attitude de l'enfant debout, devant vous, vous renseigne déjà sur un symptôme qui manque rarement. Le genou malade est dans une attitude de flexion modérée, c'est la situation dans laquelle le genou est au repos, où les muscles sont en complet relâchement.

Dites à l'enfant de marcher et vous constaterez qu'il évite de faire porter le poids de son corps sur la jambe malade, et présente un certain degré de claudication, qu'à défaut de la vue, l'ouïe peut constater quand la marche se fait sur un sol sonore.

Genou fléchi ne signifie pas nécessairement affection du genou; la flexion du genou est également un des symptômes de la coxalgie.

Ces premiers renseignements visuels obtenus, faites déshabiller complètement votre petit malade, comparez attentivement les deux membres. Quelquefois le genou est peu déformé, il est cependant exceptionnel que les méplats articulaires ne soient pas légèrement effacés, que les muscles de la cuisse lésée ne présentent pas une certaine atrophie. D'autres fois, dans des cas plus avancés, le genou ne forme plus qu'une boule irrégulière dans laquelle vous ne trouvez plus les contours normaux de la région. Les veines, à ce niveau, sont légèrement dilatées. Ce renflement du genou contraste avec l'amaigrissement de la cuisse. La mensuration vous permettra d'évaluer cette augmentation de volume.

Avant de passer à la palpation, si l'enfant est assez âgé, demandez-lui de fléchir et d'étendre alternativement ou simultanément les deux jambes, vous constaterez aisément que ces mouvements sont très limités ou nuls du côté malade. Au genou, c'est toujours le mouvement d'extension qui est le plus limité.

Palpation. — La palpation doit toujours commencer par le membre sain et par les régions non douloureuses; petit à petit, en faisant causer l'enfant, vous arrivez à l'articulation, sans faire de mal; constatez l'empâtement péri-articulaire, la disparition des méplats et des saillies osseuses. En appliquant les deux mains, la gauche refoulant vers la rotule les liquides des culs-de-sac sous-tricipitaux, tandis que l'index droit presse par saccade sur la rotule, vous constaterez le plus souvent le choc rotulien, indice d'un épanchement articulaire.

La palpation vous permettra également de remarquer si les muscles de la cuisse sont atrophiés, s'il existe de l'engorgement ganglionnaire de la région inguinale.

Par la palpation, constatez sans insister s'il existe de la *limitation des mouvements*. Pour le genou, le mouvement d'extension, en cas de tumeur blanche, est rapidement limité et on sent, à la face postérieure du genou, les cordes saillantes que forment les muscles contracturés. Puis, partant d'un point sain, que votre index chemine et explore la région par *pression localisée*, il arrivera bientôt à éveiller une douleur très nette en un point limité, par exemple, en dedans sur la face interne du tibia, non loin de l'interligne articulaire. Voyez si cette douleur à la pression occupe une épiphyse ou les deux épiphyses juxta-articulaires.

La percussion au niveau du talon, le refoulement de la jambe contre la cuisse réveille parfois une douleur vive dans le genou.

Attitude en flexion, limitation des

mouvements du genou; atrophie musculaire de la cuisse, augmentation de volume du genou, légère hydarthrose, douleur à la pression au niveau du plateau tibial ou des condyles fémoraux, marche relativement lente des lésions. Voilà les principaux symptômes sur lesquels se base le diagnostic de tumeur blanche du genou.

L'absence d'élévation de température générale, de rougeur, de gonflement localisé à l'extrémité inférieure du fémur, la marche relativement lente de l'affection permettent d'éliminer l'ostéomyélite aiguë. Les commémoratifs, l'évolution des accidents autorisent à repousser l'hypothèse d'arthrite du genou consécutive à une rougeole, à une scarlatine.

L'hydarthrose du genou est, chez l'enfant, plus souvent tuberculeuse que rhumatismale. L'arthrite syphilitique est moins fréquente que l'arthrite bacillaire, ordinairement elle s'accompagne d'un gonflement plus marqué des extrémités; en l'absence de commémoratifs très nets elle peut embarrasser singulièrement le praticien.

TRAITEMENT

Dès que le diagnostic de tumeur blanche est nettement posé, sans s'attarder aux applications de teinture d'iode, aux pansements compressifs, il faut *immobiliser le membre malade dans un appareil plâtré et défendre la marche.*

Très souvent, quand le malade est présenté pour la première fois au médecin, la jambe est en flexion; l'application de l'appareil plâtré doit donc être précédée du redressement de la jointure.

Le redressement de la jointure peut être obtenu lentement sans chloroforme, par une *traction continue* exercée sur l'extrémité inférieure du membre dévié. Certains chirurgiens combinent la traction exercée sur la jambe avec la mise en place d'un sac de sable sur le genou.

Le *redressement avec anesthésie* donne des résultats plus rapides et plus complets. L'enfant est endormi à l'éther ou au chloroforme; dès qu'il est en résolution musculaire complète, le chirurgien, saisissant d'une main la jambe, exerce sur elle une forte traction, cherche à allonger le plus possible la jambe, à élonger les ligaments du genou, tandis que l'autre main cherche à repousser en arrière et en haut les condyles fémoraux. Ce qu'il ne faut pas faire c'est presser brutalement sur l'angle du genou en tâchant de le faire disparaître par la force. Ce qu'il faut craindre, en effet, c'est la luxation du tibia en arrière des condyles fémoraux, la partie antérieure de ces condyles étant généralement hypertrophiée. Ce redressement doit se faire progressivement, sans brutalité, mais avec force. Une fois le redressement obtenu, on procède à l'application de l'appareil plâtré. Un aide continue à exercer une légère traction sur la jambe tout en soulevant le pied au-dessus du plan du lit ou de la table.

***

Avant d'appliquer l'appareil plâtré on lave soigneusement le membre, on fait une légère friction à l'alcool, au besoin on peut appliquer sur les saillies osseuses une légère couche de pommade à l'oxyde de zinc. On recouvre le membre d'un tricot descendant jusqu'à la racine des orteils et remontant jusqu'en haut de la cuisse. On procède à l'application des bandes plâtrées, méthodiquement en commençant par le pied pendant qu'un aide, tirant sur la partie supérieure du maillot, veille à ce qu'il soit bien tendu (fig. 2).

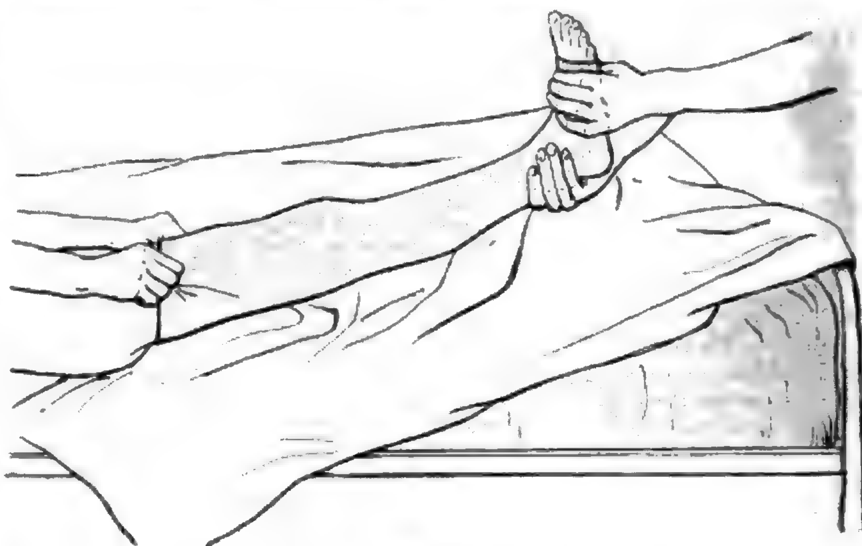


Fig. 2

Dès que l'épaisseur de plâtre est suffisante, on procède au moulage du genou. Ce moulage ou modelage doit être fait avec soin au niveau de la rotule et des condyles fémoraux dont le relief doit apparaître dans un appareil bien fait.

Le modelage est quelquefois presque impossible chez les enfants gras dont les membres arrondis ont la forme d'un tronc de cône sans relief; dans ces cas il est nécessaire d'englober dans l'appareil le pied jusqu'à la racine des orteils. Si le genou présente, au contraire, des reliefs suffisants, pour que le modelage soit bien fait, on peut se contenter d'arrêter le plâtre au-dessus des chevilles; dans ces cas, on maintiendra une bande de crépon Velpeau enroulée autour du pied pour éviter le gonflement de l'article.

Une fois le plâtre terminé, on rabat aux deux extrémités sur le rebord de l'appareil ce qui reste du maillot (fig. 3).

Pour éviter le contact de l'urine, il est bon, particulièrement chez les petites filles, de protéger la partie supéro-interne de l'appareil avec une feuille de taffetas gommé ou d'imperméable quelconque.

Un appareil bien moulé, pas trop serré, ne blesse jamais.

L'enfant pourra être promené dans

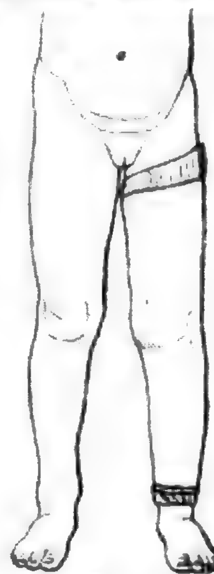


Fig. 3

une voiture, conduit dans les jardins, au bord de la mer; on ne le laissera pas marcher.

Le premier appareil sera enlevé au bout de deux mois. On examinera attentivement l'articulation, on nettoiera le membre avec soin et on appliquera un nouvel appareil. Comme le membre sera en bonne attitude d'extension, on pourra remplacer le plâtre par du silicate de potasse pour la confection de ce second appareil. L'appareil silicaté est plus léger que l'appareil plâtré, mais la prise plus lente du silicate le contre-indique quand on veut saisir et fixer rapidement un membre dans une bonne attitude. Tous les deux mois l'appareil sera renouvelé. On ne le supprimera que trois mois après la disparition de tout phénomène inflammatoire, quand le genou ne présentera ni douleur à la pression, ni hydarthrose, ni gonflement, que la circonférence du genou lésé, mesurée avec soin, sera égale ou inférieure à celle du genou sain. On ne saurait, si on veut éviter les récidives, procéder avec trop de prudence; il faut savoir résister très longtemps aux sollicitations des parents désireux de débarrasser de son appareil le *pauvre petit*.

L'enfant sera alors autorisé à marcher avec des béquilles. Les premiers temps on protégera néanmoins le genou avec un appareil plâtre ou silicaté rendu amovible.

Cet appareil amovible se fait comme un appareil ordinaire, dès que le plâtre est pris, avant qu'il ne soit complètement dur, on le sectionne sur la face externe et on l'enlève avec précaution. Une bande de cuir, munie d'agrafes, est cousue sur chaque bord de l'incision; on peut alors mettre ou enlever à volonté cet appareil comme on met et on enlève une guêtre.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SESSION DE GRENOBLE

Antithermie par réfrigération précordiale

M. Stéphane Leduc (de Nantes). — Nos moyens antithermiques se divisent en médicamenteux et physiques; ces derniers comprennent les bains froids, les lotions froides, le drap mouillé. Les moyens physiques ont l'avantage de n'introduire dans l'économie, déjà surchargée de toxines, aucune substance étrangère, de ne point entraver les fonctions d'élimination, si importantes à ménager dans les maladies infectieuses et fébriles, mais jusqu'à présent on les a appliqués d'une façon discontinue, avec brutalité, par à-coup. Ces qualités et ces défauts expliquent l'enthousiasme inspiré par les bains froids et l'abandon dont ils sont l'objet. Une antithermie physique, continue, régulière, réglable et pratique, a une supériorité indiscutable sur l'antithermie médicamenteuse; on l'obtient par l'application, en permanence sur la région précordiale, d'une poche de glace, séparée de la peau par une ou plusieurs épaisseurs de flanelle, suivant la réfrigération que l'on veut obtenir. La poche, attachée par une ceinture de flanelle, ne gêne pas les mouvements du malade; la glace refroidit le sang qui passe dans le cœur, et celui-ci s'en va porter à tous les organes le froid régénérateur, comme dans les chauffages à circulation d'eau, l'eau porte la chaleur dans toutes les parties d'un appartement.

L'un des plus grands dangers de l'hyperthermie prolongée est la paralysie du cœur, conséquence de la myocardite thermique; c'est la cause la plus fréquente de la mort par la fièvre typhoïde. La frigothérapie précordiale préserve le cœur d'une façon remarquable, d'une façon qui paraît absolue. Aussitôt après l'application de la poche de glace, la température tombe de 1 à 2 degrés, mais l'action sur le pouls est surtout remarquable. Un pouls à 140, petit et misérable redevient, après une heure ou deux, fort, régulier, avec une fréquence au-dessous de 100, et se maintient ainsi pendant l'évolution de la maladie. Les malades présentent le spectacle d'une véritable résurrection, ils n'éprouvent aucune gêne et apprécient eux-mêmes excessivement le mieux-être qu'ils éprouvent.

L'activité des médicaments antithermiques est triplée par l'application de la poche de glace, l'ignorance de ce détail exposerait à de dangereuses hypothermies.

Psychoses d'origine thyroïdienne et leur traitement chirurgical

M. Latarget (Lyon) relate l'observation d'une malade de la clinique de M. le prof. Poncet, atteinte depuis quinze ans d'un petit goître qui s'est accompagné de troubles psychiques intenses : l'ablation du goître pratiquée afin de faire rétrocéder les troubles mentaux, par M. Poncet, a amené la guérison.

A ce propos, l'auteur montre que le thyroïdisme dans les régions goitrigènes est chose commune, et demande à être discuté, non seulement sous ses formes réellement pathologiques, mais dans ses formes courantes, en quelque sorte presque physiologiques.

Les psychoses thyroïdiennes peuvent affecter des types divers, mais elles se manifestent au début, presque toujours par des symptômes : d'agitation, d'irritabilité, d'activité plus grande. Plus tard peuvent s'adjoindre des troubles plus inquiétants, qui jettent la malade, car le plus souvent il s'agit en effet de femmes, dans un état vésanique plus ou moins accentué; les symptômes redoublent d'intensité au moment des règles ou après la ménopause.

Le seul traitement qui paraisse rationnel est le traitement chirurgical. MM. Poncet et Latarget préconisent l'intervention qui a donné un si joli résultat chez la malade qui fait l'objet de la communication. Mais l'acte opératoire ne constitue pas tout le traitement : comme l'enseigne depuis fort longtemps M. Poncet, il faut laisser les surfaces amenées à nu, sans point de suture cutanée, afin de laisser librement se produire la décharge de sécrétion thyroïdienne, qui ne manque jamais de se produire dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention. C'est une des conditions nécessaires à l'efficacité du traitement sanglant.

MM. Poncet et Latarget n'ont pas prétendu résoudre la question si vaste des psychoses thyroïdiennes; ils ont voulu simplement poser quelques données du problème et soulever la question du traitement chirurgical, qui paraît bien être le seul capable d'améliorer le psychisme altéré des thyroïdiens.

De l'actinomycose humaine dans le Dauphiné

M. L Thévenot (Lyon) relève, parmi les cas d'actinomycose observés à la clinique, ceux qui proviennent du Dauphiné. Ils sont au nombre de 14, soit :

9 de l'Isère.
4 de la Drôme.
1 des Hautes-Alpes.

On trouve parmi ces observations :

9 actinomycoses	temporo-maxillaires.
2 —	pleuro-pulmonaires.
1 —	de l'amygdale.
1 —	du sténo-cléido-mastoïdien.
1 —	appendiculo cæcale.

Tous ces cas ont guéri par un traitement chirurgical approprié (incision, curettage), associé au traitement médical par l'iode, sauf un cas qui s'est terminé par la mort.

L'actinomycose se rencontre plus volontiers dans la vallée que sur la montagne ; le champignon pousse sur les végétaux et se transmet simultanément aux animaux et aux hommes.

L'auteur fait remarquer que cette maladie n'est pas rare, mais mal connue : la fréquence des cas d'actinomycose dans une région, dépend surtout de la manière dont on les diagnostique, et, comme l'a dit M. Poncet, on en trouve des cas partout où l'on sait les chercher. Il présente de nombreuses photographies de diverses formes, montrant que le diagnostic en est facile quand on en a vu, et qu'il suffit d'y songer quand on se trouve en présence d'un malade présentant les symptômes classiques d'une induration ligneuse, diffuse, sans limites précises, avec, par endroits, des parties abcédées et fistulisées, et, au niveau de la région cervico-faciale, de trismus caractéristiques.

Traitement de l'incontinence d'urine infantile essentielle

A côté du traitement de l'incontinence essentielle d'urine par les courants frankliniques induits (méthode de Bordier), à côté de la méthode de Guyon, de la faradisation localisée, M. Albert **Weill** recommande une troisième méthode qui ne s'applique qu'aux incontinences par spasme ou irritabilité vésicale, la galvanisation à haute intensité : une électrode de grande surface, reliée au pôle négatif d'une source galvanique, est placée sur les lombes, deux grandes électrodes, l'une sur le périnée, l'autre sur le bas-ventre, sont reliées en quantité au pôle positif et on lance un courant de 60 à 80 m. a. pendant une demi-heure à trois quarts d'heure. Les séances sont d'abord quotidiennes puis elles sont espacées. Cette méthode s'applique aux cas où la méthode de Guyon, qui s'adresse surtout à l'atonie, n'est pas de mise, parce que l'élément spasmodique est prédominant.

Rayons X et constipation

M. Albert **Weill** a observé que des séances de radiothérapie sur des surfaces limitées de l'abdomen, en utilisant chaque fois la dose maxima de rayons que la peau peut supporter en conservant son intégrité, quand elles sont répétées deux à trois fois par semaine, ont une action sédative sur l'intestin, dénouent le spasme et produisent des garde-robes convenables chez des malades qui auparavant étaient rebelles à toutes les médications.

M. **Reboul** (Nîmes) fait une intéressante communication sur le traitement de l'anthrax par l'incision.

Il a été fait, en outre, deux communications que nous publierons *in extenso*, en raison de leur intérêt : celle de M. le prof. **Teissier**, sur « l'aortite abdominale », et celle de **MM. Delore et Piollet**, sur « la chirurgie des goitres à la clinique du prof. Poncet.

Dr M.

MÉDECINE MILITAIRE

Du tac au tac

Nos articles relatifs à « l'insurrection administrative » nous ont valu un nombre considérable de lettres dont les auteurs croient comme nous au danger et à la nécessité de faire bloc pour repousser l'ennemi commun. Nous ne pouvons reproduire toute cette correspondance, et nous nous contenterons aujourd'hui de donner deux lettres qui ont, à notre avis, l'avantage de préciser la question et de jalonner le terrain sur lequel il convient de s'engager. Voici la première :

Mon cher camarade,

Bravo! Tous ceux d'entre nous qui aiment la médecine militaire, malgré ou plutôt à cause des nombreuses couleuvres qu'elle leur a fait avaler, applaudiront, comme moi, de tout cœur, à votre article *insurrection administrative*.

Il faut marcher et marcher vite. Il faut nous unir, former, comme vous le dites, « le bloc des médecins militaires. »

Mais qui prendra l'initiative de cette formation? Au milieu de notre dispersion, où sera notre ralliement? à qui s'adresser? à qui faire parvenir, s'il y a lieu, les subsides nécessaires au combat?

Nos camarades parisiens pourraient en décider; et dans cette voie, quel guide plus et mieux autorisé que vous?

Nous sommes, il faut l'avouer, les artisans inconscients de la situation qui nous est faite; nous devons sciemment la transformer, dans une même pensée : être les chefs *incontestés* du service de santé, et pour cela : *instruire et former nous-mêmes tout notre personnel.*

Ce n'est peut-être pas la façon de voir de tous nos camarades; mais quel résultat obtenir si chacun de nous ne sacrifie pas un peu au bien du Corps?

Qu'arrivera-t-il, en effet, en présence de l'union si parfaite de nos ennemis — tant de « l'intérieur » que de « l'extérieur » — si quelques-uns d'entre nous, et pas des moins marquants, se réclament de ce paradoxe qui n'a jamais servi qu'à déguiser l'ignorance administrative ou la peur des responsabilités.

« Nous sommes des chirurgiens (ou des « médecins) et ne voulons pas entendre « parler d'autres fonctions. Etre autre « chose serait une entrave à notre mis« sion, qui doit rester technique pour « être profitable. »

Ce serait nous ramener à la néfaste trilogie de 1870! Mais les morts sortiraient de leurs tombeaux pour les maudire!

Veuillez, etc.

Voici la seconde lettre :

Mon cher camarade,

Je recevais depuis quelque temps la série d'articles du monsieur qui veut bien s'occuper de nous et qui se propose de supprimer tout simplement la loi de 1882.

Devant les attaques portées d'une manière indiscrète et peu heureuse contre les plus estimés de nos camarades et de nos chefs, je me demandais d'abord s'il ne valait pas mieux faire le silence autour du diffamateur, puisqu'il en était réduit à envoyer gratis les numéros du journal qui veut bien publier ses élucubrations.

Mais, quand j'ai vu que cela passait à l'état chronique, et que les attaques contre les personnes n'étaient que le prélude contre l'institution organique du service de santé, j'ai pensé qu'il fallait que les camarades se concertent avec vous pour étudier les mesures à prendre. Vous le dites très bien, l'union fait la force. C'est ce qui a amené nos ennemis à obtenir successivement tout ce qu'ils ont demandé, et leur fait espérer que de nos *collaborateurs* ils pourront devenir nos *maîtres*.

Ils réussiront si nous nous abandonnons, si nous laissons faire. Sans doute, je suis à la veille de ma retraite, mais je m'intéresse aux choses du service de santé bien plus qu'au moment où j'y suis entré comme médecin-élève. Aussi je suis tout disposé à mettre tout ce qui me reste d'énergie et d'activité à la disposition de ceux qui travailleront, non seulement pour défendre l'organisation actuelle, que je crois nécessaire pour l'intérêt du service de santé et pour le bien de l'armée, mais encore à l'amélioration des choses existantes, pour supprimer toute prise à la critique.

Elle est légitime à un certain degré : j'ai été assez longtemps médecin-chef pour pouvoir m'en rendre compte. Quand on veut avoir le commandement, l'autorité, il faut accepter les responsabilités. Donc *nécessité d'un conseil d'administration à l'hôpital* et suppression de la responsabilité du gestionnaire; *enfin, commandement direct de la troupe de santé par les médecins militaires.* Les ingénieurs, les savants que sont nos officiers du génie, ne dédaignent pas de commander leurs troupes spéciales.

Le service de santé doit être une arme savante et combattante, comme celle du génie; elle ne fait pas le coup de feu dans les guerres européennes, mais elle en reçoit en soignant les combattants et, de plus, elle combat les grandes épidémies; cette lutte en vaut bien une autre au point de vue social et national.

L'homme spécial, le combattant technique, c'est le médecin, donc il doit commander effectivement à tous ses *collaborateurs*. Tout découle de ce principe!!

Alors, il faut nous concerter, tous les représentants du service de santé (actif ou réserve), étudier les mesures à prendre pour répondre aux attaques, attaquer nous-mêmes, et poser la question devant l'opinion publique et le Parlement pour ce qui reste à faire, afin que le service de santé soit autonome et rende tout l'effet utile que le pays a le droit d'en attendre.

Vous avez donné le signal d'alarme, il vous appartient de donner le signe de ralliement et vous aurez bien mérité de la médecine militaire et du pays.

N.-B. — Le cas échéant on pourra répondre aux calomniateurs que, sous l'empire, alors qu'il y avait danger à être républicain, on nous traitait de révolutionnaires.

Nous n'avons pas l'habitude de nous dérober; puisque nos anciens camarades font appel à notre concours, il leur est tout acquis, et nous servirons volontiers de trait d'union entre les membres isolés de la grande famille médico-militaire.

Mais, contrairement à nos ennemis, nous tenons à manœuvrer en plein jour, car nous n'avons rien à cacher, et nous n'hésitons pas à dire ici même que tous nos efforts vont tendre à réaliser ce que l'on nomme une *permanence*, dans le langage des luttes d'opinion.

Les meneurs de la campagne ont commencé par ramasser les racontars qui traînent dans les Bureaux, les potins entendus derrière les portes, les lambeaux de phrases découpés dans les dossiers. De tout cela ils ont voulu salir les meilleurs des médecins militaires, sans se douter qu'ils n'atteindraient qu'un résultat : celui des gens qui crachent en l'air.

Pensant le terrain suffisamment préparé, ils ont alors démasqué leurs batteries et attaqué la direction médicale du service de santé, à grands renforts d'inexactitudes, d'affirmations erronées, de calomnies.

Eh bien, il convient de répondre du tac au tac. Puisque l'on veut jouer « aux petits papiers », réunissons les nôtres, ceux qui montrent ce qu'étaient

les anciens comptables et ce que sont certains gestionnaires actuels. Mais nous ne sortirons ces munitions qu'au moment opportun. D'ici là, sans tarder, faisons tous — chacun dans notre sphère d'action — la lumière sur les agissements de la camarilla qui qui mène la campagne.

Ce qui se trouve dans ce bas-fond, nous devons le dire *urbi* et *orbi* : dans l'armée, aux médecins civils, aux hommes politiques, aux pères de famille, etc.

Aux officiers nous devons faire constater que la tentative faite pour donner aux comptables la direction des hôpitaux militaires n'est qu'une nouvelle étape dans la voie de la démilitarisation. Des ennemis de l'armée, les uns demandent ouvertement sa suppression et son remplacement par la garde nationale. Les autres — et ce sont les plus dangereux — procèdent en désorganisant l'armée. Pour cela, ils se servent en ce moment des officiers d'administration, qui laissent faire en leur nom la campagne que l'on sait. Pour d'anciens sous-officiers, qui n'ont pu arriver ni à Saint-Maixent, ni à Saumur, ni à Versailles, on a obtenu successivement l'assimilation, le port des galons, le droit de punition, etc.; on est, en somme, parvenu à les hausser au niveau des officiers de troupe. Bien que ceux-ci se trouvent abaissés d'autant, ce succès n'a pas suffi aux démilitarisateurs, qui veulent maintenant confisquer pour leurs complices la direction administrative de l'armée. On veut mettre aujourd'hui la haute-main sur les hôpitaux, et l'on annonce déjà qu'après la victoire on s'attaquera à l'Intendance. A quand le tour du génie et de l'artillerie ?

Les médecins civils peuvent, au point de vue de l'âge décroissant, se diviser en trois catégories : ceux qui ont vu la campagne de 1870, ceux qui ont fait leur volontariat dans les sections d'infirmiers, ceux qui ont servi dans les corps de troupe. Les confrères des deux premiers groupes savent à quoi s'en tenir sur les comptables et leur administration, mais les autres *ignorent* ce qu'a été le service de santé jusqu'au jour où les médecins en ont pris la direction. Ils ne se doutent ni de l'impuissance dans laquelle se débattaient alors les médecins, ni de la stérilité de leurs efforts pour acclimater l'hygiène dans l'hôpital et donner un peu de bien-être aux malades ! Ils ne peuvent soupçonner l'étendue des désastres sanitaires dont la direction administrative porte la responsabilité, qu'il s'agisse de la guerre de Crimée ou de celle contre l'Allemagne. Tout cela il faut le leur exposer, avec preuves à l'appui ; il faut leur montrer que c'est à quelque chose de pire que l'on veut nous ramener, et les convaincre que s'ils ne veulent pas tomber à l'état de « sous-comptables », ils doivent eux aussi mener la campagne pour la liberté et l'autonomie médicales.

L'*Action*, qui sait mieux que personne que de toutes les calomnies, celle qui maintenant atteint le plus sûrement son but, est l'accusation de cléricalisme, prétend que les médecins militaires forment une «calotte». Ce mot si usité dans ce journal, lorsqu'il s'applique aux médecins militaires, montre chez ceux qui l'emploient une entière mauvaise foi ou une ignorance absolue de l'histoire du corps de santé. Ce qu'il faut dire bien haut — et surtout aux hommes politiques — c'est que les médecins militaires, comme leurs confrères civils, ont toujours été à l'avant garde des idées de progrès et de liberté. Leurs sentiments étaient tels, qu'en 1848 la République les affranchit et c'est l'Empire qui leur retira leur indépendance, leur autonomie. Ce qu'il faut répéter aux députés et aux sénateurs, c'est qu'en 1870, au moment du plébiscite, les élèves de l'Ecole de Strasbourg marchèrent tant et si bien qu'un certain nombre d'entre eux furent licenciés et envoyés comme soldats dans des régiments.

A la même époque les dénonciations pleuvaient contre les élèves du Val-de-Grâce, qui chapitraient les malades et couraient les réunions publiques. Du reste, de ces médecins militaires, un certain nombre sont entrés dans la politique et nous pensons que la République les regarde comme siens, car ils s'appellent les sénateurs : Treille, Le Gludic, Labrousse Lourties !

C'est, du reste, sur eux que nous comptons pour mener le combat parlementaire, si nos ennemis osent l'engager. Leur expérience personnelle du service de santé leur permettra de rétablir les faits sous leur jour véritable, de dissiper toutes les équivoques, de démasquer les intérêts en jeu, et d'empêcher qu'on ne sacrifie à une coterie insatiable les intérêts du soldat blessé ou malade.

Dr Noel.

REVUE DE TRAVAUX

L'hémorragie péritonéale dans la tuberculose aiguë du péritoine

M. H. Claude attire l'attention, dans la *Revue de la tuberculose*, sur des faits peu connue. Il s'agit de sujets atteints de tuberculose du péritoine tout au début, n'ayant pas encore donné lieu à des symptômes appréciables, qui sont pris brusquement de manifestations abdominales extrêmement douloureuses et rappelant d'une façon générale le tableau de la péritonite suraiguë et qui meurent en un laps de temps très court dans l'algidité et au milieu de phénomènes en imposant plutôt pour une affection péritonéale ou intestinale que pour une hemorragie interne. L'autopsie montre l'existence d'une accumulation considérable dans le péritoine de sang dont l'origine est difficile à retrouver.

Le diagnostic est des plus embarrassants et l'on est tenté, dans ces cas, de croire à une appendicite, à une péritonite par perforation gastrique ou intestinale, à un étranglement interne. Chez son malade, le Dr Claude avait cru à une perforation intestinale ou duodénale.

Cependant, le diagnostic d'hemorragie péritonéale pourra, peut-être, se faire quand on constatera le tableau suivant : début soudain des phénomènes douloureux sans localisation nette dans aucun point de l'abdomen, rémission et reprise des accidents après un temps variable, douleurs atroces ne laissant aucun répit, vomissements, abaissement de température, pouls rapidement imperceptible, battements de cœur tumultueux, épreintes et ténesmes rectales intenses, absence de ballonnement du ventre, matité dans les flancs.

Cette matité ou submatité dans les parties déclives de l'abdomen a une grande importance, de même, du reste, que les épreintes anales et les phénomènes d'obstruction. Ils rappellent les douleurs de l'hématocèle retro utérine et relèvent de la même cause, la distension du cul-de-sac péritonéal prérectal. Le toucher rectal doit donc donner, en pareil cas, des indications de valeur, et l'on sait l'importance qu'attachent déjà, à juste titre, à cette exploration la plupart des chirurgiens pour le diagnostic des péritonites avec épanchement et des occlusions intestinales.

« En résumé, dit M. Claude, les divers caractères que nous venons d'exposer, observés avec leur évolution si rapide, si dramatique chez un sujet ayant présenté antérieurement des accidents de nature tuberculeuse, ou seulement suspects, devront faire penser à l'hemorragie péritonéale compliquant une tuberculose miliaire latente du péritoine et permettront de diagnostiquer, pensons-nous, ce type morbide peu connu, des maladies sur lesquelles l'attention est attirée plutôt en pareil cas, appendicites, perforations gastro-intestinales ou étranglements internes avec leurs complications péritonéales ordinaires. »

G.

REVUE DE THÈSES

I

Des scléroses combinées de la moelle, par M. le Dr Crouzon. Paris (Steinheil, éditeur, 1904).

M. Crouzon présente une étude clinique et anatomo-pathologique très complète et très nouvelle d'altérations scléreuses de la moelle siégeant à la fois dans les cordons postérieurs et dans les cordons latéraux qu'on a designées sous le nom de scleroses combinées et qui constituent, non des entités, mais des types cliniques bien tranchés. Sans parler des scleroses combinées congenitales et familiales (maladie de Friedreich, hérédo-ataxie cerebelleuse de Pierre Marie, paraplégie spasmodique familiale de Strümpell, que M. Crouzon laisse de côte pour ne s'occuper que des scleroses

combinées acquises, les types cliniques que constituent ces dernières sont : 1° une forme tabétique; 2° les scléroses combinées de la paralysie générale; 3° les scléroses combinées spasmodiques et les scléroses combinées chez les vieillards; 4° les scléroses combinées des cachexies et des intoxications, de l'anémie. M. Crouzon étudie, dans un chapitre spécial, chacun de ces types. A chaque type clinique ne se superpose pas rigoureusement un processus anatomique défini. Au point de vue des lésions anatomiques les scléroses combinées se présentent sous trois aspects principaux : *a*) lésions combinées des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux croisés, type le plus fréquent; *b*) lésions combinées des cordons postérieurs, des faisceaux pyramidaux croisés, mais surtout des faisceaux cérébelleux droits; *c*) lésions combinées des cordons postérieurs, latéraux et des faisceaux pyramidaux des cordons antérieurs.

Au point de vue pathogénique toutes ces scléroses combinées peuvent se ranger sous deux chefs : scléroses combinées systématiques, c'est-à-dire limitées à plusieurs systèmes de fibres, les unes primitives, les autres secondaires, d'origine exogène ou endogène, scléroses combinées pseudo-systématiques, secondaires et d'autres lésions vasculaires ou méningées.

II

Recherches historiques et topographiques sur la lèpre en Bretagne et sur ses rapports avec le syndrome de Morvan, par M. le Dr Plateau (Paris, H. Jouve, 1904).

L'auteur de cette thèse intéressante fait d'abord l'historique de la lèpre en Bretagne qui, aujourd'hui, a disparu. Mais n'aurait-elle pu, néanmoins, se maintenir obscurément depuis et, dans certains cas isolés, donner des preuves de sa survivance? C'est ce que recherche M. Plateau. Il examine également quels sont les rapports de la lèpre systématisée nerveuse ou tropho-névrotique avec le syndrome de Morvan. Ses recherches arrivent à admettre, qu'en effet, il est permis de croire à l'existence possible d'une lèpre fruste, autochtone, dont l'existence pourrait se rattacher à une survivance du fléau dans la région, mais que, d'autre part, le syndrome de Morvan conserve son autonomie. Dans aucun des cas de syndrome de Morvan signalés en Bretagne on n'a observé des signes de lèpre (macules, taches, nodosités cubitales), d'autre part, les recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat positif. Si, dans certains cas de lèpre fruste, on a observé le panaris analgésique, on peut désigner la maladie sous la dénomination de *lèpre fruste à type syndrome de Morvan*, tout en la différenciant de la maladie de Morvan.

III

Contribution à l'étude de la fracture sus-condylienne transversale de l'humérus, par M. le Dr Lebourgeois (Paris, H. Paulin, 1904).

Dans sa thèse M. Lebourgeois présente quelques observations de malades atteints de diverses variétés de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants avec résultats fonctionnels et esthétiques éloignés, observations prises dans le service de M. Broca.

IV

De la cholémimétrie, par M. le Dr Stankéwitch (Paris, Steinheil, 1904).

Travail de laboratoire, la thèse de M. Stankéwitch fait connaître un procédé clinique de dosage de la bilirubine dans le sérum sanguin, procédé découvert dans le laboratoire de M. Gilbert. Ce dosage de la bilirubine a son utilité en clinique pour fixer d'abord la *cholémie physiologique* qui existe au même titre que la glycémie physiologique et permettre (ce qu'ont fait M. Gilbert et ses collaborateurs, MM. Herscha et Posternak), d'apprécier des différences d'intensité de la cholémie inaccessibles à la clinique dans les divers formes d'ictère et d'expliquer diverses symptômes constatés au lit du malade. Ce procédé de dosage de la bilirubine est applicable, non seulement au sérum sanguin, mais aussi au liquide ascitique et à la bile dans toutes conditions et souvent également à l'urine.

V

L'entérocoque agent pathogène, par le Dr Paul Trastour. (Paris, J. Rousset, 1904.)

Après MM. Thiercelin et Jouhaud, et d'autres observateurs, M. Trastour a repris d'une façon magistrale, dans sa thèse, l'étude de l'entérocoque que, pour la première fois, en 1899, M. Thiercelin fit connaître dans une communication à la Société de biologie. Ce diplocoque saprophyte, qui se trouve dans l'intestin, susceptible de devenir pathogène, a une importance considérable en pathologie. Le travail de M. Trastour, ajouté à ceux de ses devanciers, lui marque désormais une place dans un grand nombre d'infections. C'est ainsi que de saprophyte devenu pathogène par l'exaltation de sa virulence, sous des conditions très variables et encore inconnues, ce microbe donne naissance à des septicémies primitives généralisées dont l'auteur cite trois longues observations, déjà publiées en France, et une inédite, à des septicémies secondaires, dont M. Trastour donne également plusieurs observations inédites. On retrouve également l'entérocoque, comme agent pathogène dans beaucoup de maladies locales (maladies du tube digestif et de ses annexes, angines et laryngites, affections pulmonaires et cardio-vasculaires, méningites, affections des organes génito-urinaires), maladies qui font l'objet d'autant de chapitres spéciaux dans le travail de M. le Dr Trastour, avec observations à l'appui. Enfin, dans certains cas, l'entérocoque peut déterminer des suppurations; on peut supposer également que l'entérocoque joue un rôle dans certains états constitutionnels; suivant la théorie de M. Thiercelin, à laquelle semble se rattacher M. Trastour, il en serait ainsi dans l'athrepsie. M. Marfan a émis, à son tour, l'hypothèse que le rachitisme est une ostéite spéciale dont la cause habituelle est la gastro-entérite chronique, et on sait, ajoute M. Trastour, combien le diplocoque est fréquent dans l'intestin des nourrissons.

VI

De l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale, par Mme Astaouroff. (Paris, Michalon, 1904.)

Contribution à l'étude de la maladie décrite en 1898, comme entité pathologique, par MM. Lannois et Bensade, sous le nom d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale, mais étude peu concluante et ne déterminant pas si vraiment sujet contesté, les ganglions lymphatiques jouent un rôle dans cette affection ou si, dans l'espèce, il ne s'agit que de simples lipomes.

VII

La syphilis nerveuse latente et les stigmates nerveux de la syphilis, par M. le Dr Ch. Mantoux. Paris, J. Rousset, 1904.)

Dans certains cas la syphilis, dont on connaît l'affinité pour le système nerveux, au lieu de produire une affection caractérisée (tabes, paralysie générale) engendre seulement des troubles latents. C'est à la recherche de ces petites tares nerveuses et à l'étude de leurs rapports avec la syphilis qu'est consacré le travail de M. Mantoux. Parmi elles, en premier lieu, se trouvent les troubles pupillaires; inégalité pupillaire qui, à elle seule, si elle n'est pas associée à des troubles réflexes, ne saurait être imputée à la syphilis; les troubles des réflexes pupillaires, au contraire, appartiennent à toutes les périodes de la syphilis. Les troubles des réflexes tendineux (exagération ou abolition) sont souvent en rapport étroit avec la syphilis; la lymphocytose céphalo-rachidienne, appartient à toutes les périodes de la syphilis; tous ces symptômes, qu'ils soient isolés ou associés à d'autres manifestations, qu'ils soient passagers ou fixes, peuvent apporter au diagnostic de la syphilis un appoint considérable et nécessitent un traitement spécifique intense.

VIII

Étude critique sur la présence du bacille de Koch dans le sang, par M. le Dr Bergeron. (Paris, Naud, 1904.)

Les nouvelles méthodes de recherche directe du bacille tuberculeux dans le sang (méthode de MM. Bezançon, Griffon et Philbert, méthode de M. Jousset) ont-elles permis d'affirmer nettement, comme l'a fait M. Jousset, « qu'à côté du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque concomitant, retrouvés dans le sang, il faut ranger le bacille de Koch? » Telle est la question qu'étudie M. Bergeron dans sa thèse. Or, des examens inoscopiques faits par lui, il appert que les bacilles trouvés étaient loin de présenter les caractères du bacille de Koch; il existe, dans les procédés d'inoscopie, beaucoup de causes d'erreur. D'autre part, dans « 26 cas d'inoculation au cobaye, 25 fois cette inoculation a échoué, notamment chez un granulique, un méningitique, une pneumonie caséeuse. L'examen microscopique a été négatif chaque fois qu'il avait été tenté». Les résultats de l'inoscopie doivent donc n'être admis que sous la plus grande réserve.

Dr Dounne.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Le diagnostic des anémies graves et de la leucémie au moyen du papier à filtrer

M. T. W. Tallqvist (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août 1904), docent de pathologie interne à la Faculté de médecine d'Helsingfors, indique un moyen fort simple, susceptible de faciliter le diagnostic de l'anémie grave, notamment de l'anémie pernicieuse progressive, ainsi que de la leucémie. Il consiste à examiner à l'œil nu une goutte de sang sur du papier à filtrer.

A-t-on affaire à une anémie avec dimi-

nution considérable du nombre des globules rouges, la tache sanguine sur le papier à filtrer s'entoure d'une zone d'humidité aqueuse qu'on décèle facilement en l'examinant par transparence.

Ce même procédé peut servir au diagnostic différentiel de l'anémie proprement dite d'avec la chloro-anémie dans laquelle aucun anneau aqueux ne se produit autour de la tache de sang, cette affection n'étant accompagnée que d'une diminution relativement faible du taux des érythrocytes.

Enfin, le sang leucémique est caractérisé par ce fait qu'une goutte de ce liquide, portée sur du papier à filtrer, ne s'y imbibe que fort lentement et, cette imbibition une fois effectuée, forme une tache dont la coloration demeure très inégale, à l'encontre de ce qui se produit avec le sang normal et celui qui provient de sujets anémiques ou chlorotiques. Cette particularité tient à l'augmentation considérable des leucocytes dans le sang leucémique.

Les injections sous-cutanées de strychnine contre le diabète insipide

Fréquemment administrée par la bouche dans le diabète insipide, la strychnine n'est que rarement employée par la voie hypodermique chez ce genre de malades. Cependant, l'an passé, un médecin allemand, M. Feilchenfeld, communiquait deux cas de diabète insipide dans lesquels les injections de strychnine eurent rapidement raison de la polyurie, bien que le poids spécifique de l'urine demeurât toujours sensiblement au-dessous de la normale.

Ces faits incitèrent M. **B. Leick** (*Deutsche med. Wochenschr.*, 11 août 1904) à essayer l'usage hypodermique de la strychnine dans un cas de diabète insipide de son service de médecine de l'hôpital des Diaconesses, à Witten-sur-la Ruhr.

Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années qui, à la suite d'une chute sur la tête, n'ayant cependant pas entraîné de lésions matérielles, fut pris de polyurie intense avec soif ardente, céphalalgie, sensation de faiblesse et sécheresse de la peau par absence de sécrétion sudorale. Il éliminait, par vingt-quatre heures, de 6000 à 9000 cc d'une urine dont le poids spécifique était très faible. Les organes internes ne présentaient rien d'anormal. Pendant neuf jours successifs, à l'exception d'un seul jour, il reçut quotidiennement une injection sous-cutanée d'azotate de strychnine. Les deux premières injections étaient dosées à deux milligrammes et demi, les suivantes à cinq milligrammes d'alcaloïde. Dès la première, le taux des urines tomba à 4500 cc., mais sans que le poids spécifique du liquide urinaire ait subi de modification. Sur ces entrefaites, le malade s'étant plaint de nausées et d'inappétence, on crut opportun de suspendre, pour trois jours, la médication strychnique. Ce délai passé, on fit sept nouvelles injections, débutant par cinq milligrammes, puis augmentant progressivement la dose. Les deux dernières injections furent pratiquées, chacune, avec un centigramme d'azotate de strychnine. L'apparition de nausées intenses, accompagnées cette fois de soubresauts musculaires, fit cesser de nouveau le traitement. Néanmoins, la quantité des urines continuait à diminuer ; elle atteignit bientôt son taux normal en même temps que se dissipaient les autres symptômes morbides, de telle sorte qu'une reprise de la médication strychnique ne fut même pas jugée nécessaire. Ce résultat s'étant maintenu pendant un mois, on donna l'exeat au malade qui paraissait guéri. Cependant, comme dans les deux observations de M. Feilchenfeld, le poids spécifique des urines des malades était toujours bien au-dessous de la normale.

Cette dernière circonstance est de nature à laisser subsister quelques doutes relativement à la durée du résultat curatif obtenu, qui n'en est pas moins remarquable.

Dermo-blastomycose nasale

M. F. Samberger (*Sbornik klinicky*, 1904, 6), assistant de la clinique dermatologique du prof. V. Janovsky à la Faculté tchèque de médecine de Prague, décrit deux faits de blastomycose du nez observé chez des femmes. Pouvant être confondue avec le lupus, l'epithélioma, ou avec une lésion syphilitique, cette affection présente un réel intérêt pratique.

Dans les deux observations de l'auteur, la maladie dont il s'agit a revêtu la forme d'ulcérations arrondies ou irrégulières, à bord le plus souvent calleux, recouvertes d'un magma putride. Aux pourtours de ces ulcérations étaient disséminées des pustules ressemblant à des éruptions acnéiques et de dimensions variables, les plus petites d'entre elles étant du volume d'une tête d'épingle, les plus grosses atteignant celui d'un pois. Dans les deux cas les lésions étaient localisées à la pointe et aux ailes du nez, ainsi que sur la partie externe de la cloison nasale.

Se distinguant nettement de l'acné par sa marche clinique (cette lésion diffère du lupus vulgaire par l'absence de nodules lupiques) de l'epithélioma par ses bords calleux, contrastant avec la consistance molle de l'ulcération elle-même, enfin, de la syphilis par sa bénignité. En effet, elle demeurait stationnaire depuis un an chez l'une des malades, depuis six ans chez l'autre.

L'examen microscopique et bactériologique montra qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une affection parasitaire *sui generis*. Dans les granulations excisées et dans le pus on trouva, en effet, des blastomycètes identiques au microbe décrit par Buse, sous le nom de *sacharomyces*, et auquel M. Samberger voudrait réserver plutôt la dénomination de *pseudo-sacharomyces*, attendu qu'il ne paraît pas former de spores.

La réfrigération par le chlorure d'éthyle contre les rougeurs radiothérapiques persistantes

Une des formes de dermite chronique produite par les rayons de Röntgen consiste, comme on sait, en dilatations vasculaires, se manifestant soit par une rougeur plus ou moins uniforme de la peau, soit par des placards de télangiectasie. Comme toutes les dermites et ulcérations de même origine, cette forme a une tendance à s'éterniser. Nous manquions jusqu'ici de moyens propres à la combattre. Or, une observation communiquée récemment, dans une séance de la Société de psychologie et de neurologie de Vienne, par M. le prof. **Riehl**, laisse supposer que la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyl pourrait, peut-être, guérir cette affection si rebelle. Cette observation concerne une fillette chez laquelle, à la suite de séances de radiothérapie röntgénienne, faites, sans les précautions nécessaires, pour le traitement d'une hypertrichose, on vit se développer sur la partie inférieure de la face, au cou et sur une partie du tronc, des placards télangiectasiques multiples. Après avoir essayé d'enrayer ces rougeurs disgracieuses, d'abord au moyen de scarifications, puis par des applications électrolytiques, mais sans succès, le prof. Riehl eut l'idée de faire agir sur elles un jet de chlorure d'éthyle dans l'espoir d'obtenir, par l'effet du froid intense, une contraction durable des vaisseaux dilatés. Le résultat parut encourageant. Les quelques taches qui furent soumises à l'action du chlorure d'éthyle jusqu'à ce qu'elles se recouvrissent de givre, furent trouvées le lendemain tuméfiées et douloureuses à la pression. Après avoir ensuite desquamé pendant trois jours, elles prirent une coloration beaucoup plus pâle que les télangiectasies n'ayant pas encore subi l'action du chlorure d'éthyle. Le traitement de cette malade se poursuit.

Y. de H.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du rhumatisme par le pyramidon

Le Dr **Ducarre** vient d'exposer, dans la *Loire médicale* (15 août 1904), les services que l'on est en droit d'attendre du pyramidon dans le traitement du rhumatisme.

De la critique de ses observations, il ressort, pour M. Ducarre, que le pyramidon a comme indications :

a) Principale : le rhumatisme polyarticulaire aigu franc, fébrile, qui s'accompagne des signes inflammatoires avec phénomènes fonctionnels et généraux.

b) Relatives : les formes subaiguës des rhumatismes ;

Les poussées plus ou moins douloureuses du rhumatisme chronique ;

Les pseudo-rhumatismes blennorragiques où il semble qu'on ait avantage à l'essayer.

Quant au rhumatisme tuberculeux, il est rebelle à la médication, les résultats obtenus avec le pyramidon sont nuls ou incertains.

Pour les cas dans lesquels le pyramidon n'agit pas, il serait rationnel de penser au pseudo-rhumatisme.

Quelques observations montrent que, même dans le rhumatisme articulaire aigu, on n'a parfois que des succès incomplets : la température diminue de façon notable sans tomber complètement a la normale, les douleurs persistent, atténuées cependant. Devant l'insuccès relatif du pyramidon, il est a conseiller de recourir à une autre médication. Ces faits sont à rapprocher de ceux qui sont également refractaires à l'action du salicylate de soude ou de l'antipyrine; de ceux où, avec le salicylate, on n'obtient que des demi-succès, la douleur et l'impotence du membre persistant.

Les contre-indications du pyramidon sont restreintes : on évitera son emploi chez le tuberculeux à cause des sueurs profuses, et, d'autre part, de son peu de ressource dans le rhumatisme bacillaire; on l'évitera chez le diabétique car, contrairement à l'antipyrine, en augmentant les échanges, il augmente la quantité de sucre éliminé par les urines. Il faudra s'en méfier également chez les surmenés.

En somme, le pyramidon, au même titre que le salicylate et l'antipyrine, possède une action manifeste très active et, pour ainsi dire, spécifique sur le rhumatisme articulaire aigu; au cours des poussées subaiguës du rhumatisme, les douleurs articulaires sont soulagées rapidement. Remède aussi sûr et aussi efficace que les premiers, il ne présente aucun des inconvénients de ces médicaments.

NOUVELLES

MONUMENT TRASBOT

Des collègues, des amis et des élèves du prof. Trasbot se proposent d'ériger un monument à sa mémoire, en reconnaissance des longs et brillants services qu'il a rendus à l'enseignement et à la profession vétérinaires.

Le président du comité est M. Chauveau et le secrétaire M. G. Moussu, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

Prière d'adresser les cotisations à M. Mouchotte père, industriel, 11, rue de l'Epinette, à Saint Mandé (Seine).

CONGRÈS DE SAUVETAGE ET DE SECOURS PUBLICS (25 septembre au 2 octobre)

L'ouverture du Congrès de Sauvetage et de Secours publics aura lieu au Grand-Palais des Champs Elysées, le 25 septembre prochain, sous la présidence de M. Piettre, sénateur, et de M. Féron, député, assistés du délégué général : Dr Frebault. Le Congrès est divisé en 6 sections :

1° Sauvetage fluvial, président Dr Piettre, sénateur;

2° Sauvetage en cas d'incendie avant l'arrivée des pompiers, président M. Guesnet;

3° Sauvetage maritime, président d'honneur vice-amiral Duperré; président M. André Lebon, ancien ministre, président de la Cie des Messageries maritimes;

4° Secours sur la voie publique, dans les théâtres, les voies ferrées, président d'honneur Dr Thoinot, directeur des Secours publics à Paris, président Dr Floquet, médecin en chef du Palais de justice;

5° Sauvetage en temps de guerre, terrestre et maritime, président Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux;

6° Secours dans les usines, président M. Dumont, président de l'Association des industriels de France.

Toutes les communications intéressant le Congrès doivent être adressées au Dr Grunberg, secrétaire général du Comité d'organisation, et les adhésions du Dr Cornet, au Grand Palais des Champs-Elysées.

DE L'UTILITÉ POUR LA SENSITIVE DE SA SENSIBILITÉ AU CONTACT

M. Lapicque a eu l'occasion d'observer dans l'Inde de véritables tapis de sensitives, sur lesquels la piste de tout passant s'accuse immédiatement derrière lui par une traînée large de plus d'un mètre; on dirait que non pas un homme mais une troupe d'hommes sur plusieurs files a piétiné la végétation.

Regardé de près, ce phénomène apparaît comme une éclipse de la plante. Des attouchements ménagés, des pincements même énergiques d'une foliole ou d'une pétiole ne le reproduisent pas; s'il n'y a pas eu ébranlement généralisé, on observe le phénomène classique de reploiement des folioles et d'abaissement du pétiole dans la feuille touchée et dans les feuilles voisines suivant une propagation pas très rapide et plus ou moins étendue suivant l'intensité de l'excitation. Mais si l'on arrache une feuille ou un petit rameau, presque instantanément, en une fraction de seconde, on voit, dans la plus grande partie de l'étendue du champ visuel d'un homme accroupi et regardant la terre, la verdure disparaître; au lieu de la nappe fraîche qu'on avait sous les yeux, on ne voit plus que le sol, des cailloux, des feuilles mortes et des brindilles qui paraissent nues et comme sèches.

Chaque pied de sensitive, en effet, se compose d'un certain nombre de branches rampantes irradiées autour de la racine et donnant naissance aux rameaux dressés qui portent les feuilles. Un pied s'étend sur un diamètre de 1 mètre à 1 m. 50. L'ébranlement mécanique produit par l'arrachement d'une partie de la plante se transmet instantanément à l'ensemble et chaque renflement moteur est au même moment excité directement par cet ébranlement : la chute de la feuille et le reploiement des folioles sont dans ces conditions aussi rapides et aussi complètes que possible.

M. Lapicque estime que l'excitation qu'il a produite chez la sensitive en l'arrachant à la poignée « est exactement celle que produirait un herbivore, un cerf ou une vache, venant brouter le tapis de sensitives; la plante touchée prend un aspect flétri et sec, qui fait contraste avec la belle verdure des pieds voisins. Il y a de grandes chances, évidemment, pour que l'herbivore, faisant un pas, quitte cette plante peu appétissante pour attaquer la voisine. Chaque pied est ainsi entamé, mais non détruit, et l'individu qui ne présenterait pas ou qui présenterait à un degré moindre la motilité serait dans un état d'infériorité dans la concurrence vitale par rapport à ses voisins.

« La sensibilité au contact chez la sensitive peut ainsi être ramenée à une adaptation darwinienne. » (Société de biologie.)

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie du goitre à la clinique du professeur Poncet à Lyon. Statistique des goitres soignés de 1891 à 1904

Par MM. les Drs X. Delore
Assistant de M. le professeur Poncet
ET
P. Piollet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Nous avons voulu rechercher tous les goitres qui ont été soignés, médicalement ou chirurgicalement, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis la fin de 1891, c'est-à-dire depuis que le prof. Poncet a pris possession de cette chaire. Les nombreuses observations que nous avons réunies ainsi, représentent sinon la totalité (car il est possible qu'un certain nombre aient été égarées), mais la plus grande partie des goitres qui ont passé à la clinique. Beaucoup de ces observations ont été déjà publiées dans les multiples travaux qui ont été inspirés sur ce sujet par notre maître. Néanmoins, leur examen en bloc nous permettra de présenter certaines considérations, qui ne seront peut-être pas dénuées de tout intérêt.

Nous diviserons nos observations en trois grands groupes : *goitres simples* (adénomes simples ou kystiques); *thyroïdites et strumites*; et enfin *cancers du corps thyroïde*. Nous n'avons pas fait rentrer dans cette statistique les cas, peu nombreux d'ailleurs, de maladie de Basedow avec goitre exophtalmique nettement caractérisé; car le pronostic et le traitement sont trop complètement différents.

La statistique ainsi établie comprend :

1° 152 goitres simples, parmi lesquels 103 femmes et 49 hommes;

2° 12 strumites, observées chez 6 hommes et 6 femmes;

3° 56 cancers thyroïdiens, dont 36 femmes et 20 hommes.

Le nombre total des femmes atteintes de tumeurs thyroïdiennes est de 145, soit le double à peu près des néoplasmes observés dans le sexe masculin (75 cas).

Si nous examinons maintenant la proportion des tumeurs observées dans le Dauphiné, qui comprend l'Isère, la Drôme, les Hautes-Alpes, nous trouvons 39 cas sur 187 sujets dont le pays d'origine est indiqué dans les observations, soit 25 de l'Isère, 11 de la Drôme, et 3 des Hautes-Alpes. Les chiffres ne démontrent qu'une seule chose, c'est que le goître est relativement fréquent dans le Dauphiné.

Une question plus intéressante a attiré notre attention : il s'agit des *formes anatomiques* des goîtres bénins.

En laissant de côté les classifications histologiques on peut, avec M. le prof. Poncet, distinguer deux catégories au point de vue opératoire : les formes énucléables et les formes non énucléables ou diffuses.

Il ressort de notre étude que les goîtres énucléables constituent la grande majorité des cas, même dans les tumeurs polikystiques.

En effet, en consultant nos observations, nous trouvons : 65 énucléations intra-glandulaires ou strumectomies; 28 énucléations massives; au total 93 formes énucléables.

A côté de ces cas, nous trouvons seulement 21 thyroïdectomies partielles, 1 résection et 23 exothyropexies; en somme 45 cas, qui sembleraient représenter des formes diffuses. Nous nous hâtons d'ajouter que cette proportion ne donne pas une idée exacte de la fréquence relative de ces deux formes; en effet, parmi les thyroïdectomies partielles, 18 ont été pratiquées avant 1893, c'est-à-dire en deux ans, alors que, dans les onze années suivantes, il n'en a été pratiqué que 13. La même remarque s'applique mieux encore à l'exothyropexie, dont 14 avaient été faites avant 1895, et dont nous ne retrouvons plus une seule observation depuis 1896.

Il semble résulter de ces remarques que certaines thyroïdectomies partielles ont été appliquées à des formes énucléables, qu'une technique mieux assise traiterait actuellement par l'énucléation intra-glandulaire. Aussi, nous concluons que les formes énucléables représentent la presque totalité des goîtres des adultes.

Chez les jeunes gens, au contraire, le goître diffus est relativement fréquent et, dans nos observations, on en trouve dix cas qui ont été traités médicalement avec succès.

Dans toutes ces observations il s'agit naturellement d'adénome; cependant il existe un cas exceptionnel de fibrome volumineux du corps thyroïde, dont les allures cliniques simulaient à s'y méprendre le cancer thyroïdien (l'observation en a été relatée dans la *Revue de chirurgie*, 1903, Delore).

Si nous insistons beaucoup sur ces formes anatomiques, c'est qu'en réalité elles règlent les indications opératoires et le choix de l'intervention.

Les indications opératoires sont parfois d'une netteté parfaite; mais, dans beaucoup de cas, elles peuvent être discutées. Depuis ces dix dernières années, cependant, la bénignité opératoire a permis de faire valoir, en faveur de l'intervention, certaines considérations, telles que l'esthétique, les troubles psychiques à venir, le basedowisme secondaire, la crainte de la suppuration relativement fréquente, enfin et surtout, la possibilité de la transformation maligne. Il n'y a, pour ainsi dire, aucune contre-indication opératoire, sauf celles qui relèvent de l'état de cachexie des malades, et qui sont communes à toutes sortes d'interventions.

C'est ainsi qu'au point de vue esthétique, l'absence actuelle de gravité de l'opération justifie des interventions, même de complaisance, chez les personnes qui désirent être débarrassées d'une difformité gênante; nous ferons remarquer, en effet, que les strumectomies n'ont donné que deux morts sur 93 opérations, et encore ces deux morts remontent-elles à 1893; depuis cette époque, les énucléations intra-glandulaires ont été constamment suivies de succès.

Enfin les goîtres, même ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels, doivent être opérés parce qu'ils suppurent souvent et surtout parce qu'ils subissent trop fréquemment la transformation cancéreuse.

Jusqu'à ce jour, on n'a pas assez insisté sur le nombre vraiment considérable des cancers thyroïdiens par rapport aux goitres bénins : 56 cancers sur 220 dans la statistique globale. Depuis trois ans, on relève 15 cancers sur 50 lésions thyroïdiennes; ces chiffres se passent de tout commentaire. Il faut étendre au corps thyroïde les idées si justes, émises par l'école de Necker sur le cancer de la prostate : 14 °/o des hypertrophies prostatiques sont des cancers; de même, beaucoup de ces goîtres, appelés suffocants, qu'on observe chez les femmes, au voisinage de la ménopause, sont en réalité des cancers thyroïdiens. Enfin le goître bénin est une prédisposition au cancer, car 80 fois sur 100 le cancer est greffé sur un vieux goître : c'est un goître devenu cancéreux.

Les principales indications absolues sont tirées des troubles fonctionnels engendrés par les compressions, surtout celle de la trachée.

Il nous a semblé que ces troubles respiratoires sont toujours dus, en dehors des cancers, à des goîtres rétro-sternaux; les troubles fonctionnels atteignent leur maximum d'in-

tensité quand on a affaire à des hémorragies, à une suppuration ou à une transformation cancéreuse d'un goître plongeant. Le mécanisme de ces troubles est facile à comprendre quand on a affaire à une hémorragie distendant brusquement un kyste; mais les petites hémorragies entraînent la transformation du kyste, l'épaississement de ses parois et une disposition à de nouvelles hémorragies, d'où résultent l'augmentation de volume du kyste et l'aggravation des symptômes fonctionnels; cet état a été appelé, à juste titre, hématocèle thyroïdienne, par analogie avec l'hématocèle vaginale.

Depuis que l'attention a été attirée à la clinique sur cette forme, il nous a semblé qu'elle était fréquente, puisqu'elle a été observée cinq fois dans cette dernière année.

Toutes les fois qu'un goître s'accompagne de troubles fonctionnels, à quelque degré que ce soit, qu'il s'agisse d'un goître simple, d'une hémorragie dans un kyste, d'une strumite ou même d'un cancer : l'intervention présente un caractère d'urgence absolue.

Ces indications opératoires s'appliquent aux goîtres des adultes : chez les enfants et chez les jeunes sujets porteurs de goîtres massifs, on devra toujours essayer le traitement médical, l'iodothyrine, les applications iodées, etc., avant de recourir au traitement chirurgical.

Il nous reste maintenant à examiner quelle est la conduite à tenir en présence des différentes formes.

1° Dans le *goître simple*, nous rejetons absolument les ponctions, suivies ou non d'injections; si nous en parlons encore, c'est que certains auteurs ont cru devoir les préconiser dernièrement.

L'exothyropexie conviendrait à certains cas d'urgence, lorsqu'une exérèse paraît contre-indiquée par la gravité des troubles fonctionnels ou par l'étendue des lésions locales.

Quant à la thyroïdectomie partielle ou à la résection elles s'appliquent aux goîtres diffus qui ont résisté au traitement médical, mais nous ne saurions trop répéter que ce sont des cas excessivement rares.

Restent les différentes énucléations, massive ou intra-glandulaire; ce sont les opérations de choix. Lorsqu'on a affaire à un goître polikystique dont les différents noyaux sont accolés les uns aux autres, séparés seulement par des cloisons d'épaisseur insignifiante, et de vitalité douteuse après l'énucléation, débris opératoires voués au sphacèle, on doit s'adresser sans hésiter à l'énucléation massive de M. Poncet bien décrite dans la thèse de Du Clot (Lyon 1892).

Cette opération s'adresse, en somme, aux dégénérescences kystiques étendues à une partie assez importante du corps thyroïde; si elle sacrifie une certaine quantité de tissu thyroïdien d'apparence saine, c'est qu'en réalité il reste, d'autre part, une quantité suffisante de tissu glandulaire, qui assure l'équilibre vital. Ces formes sont assez fréquentes puisque nous rencontrons 28 énucléations massives sur 93 énucléations.

Quant à l'énucléation intra-glandulaire, opération de Socin ou strumectomie, elle a été pratiquée 65 fois; elle convient à toutes ces formes adénomateuses à noyau unique, kystique ou non, ou bien aux noyaux multiples, mais cependant peu nombreux, et nettement séparés les uns des autres par une couche appréciable de tissu thyroïdien normal.

Dans ces énucléations massives ou intra-glandulaires, la bénignité est bien établie et notre statistique ne fait que confirmer ce qui a été écrit depuis longtemps déjà; on a observé, en effet, à la clinique, 2 morts sur 93 opérations semblables; cette proportion est relativement élevée, mais nous ferons remarquer que ces décès remontent à 1893, et qu'il n'en a pas été observé depuis lors.

Cette opération diminue les chances de la lésion du récurrent (section, pincement ou ligature); elle a cependant été observée deux fois, par adhérence intime du nerf à la paroi du kyste enflammé.

Les accidents respiratoires sont assez fréquents au cours de ces interventions; ils sont dus, la plupart du temps, à la congestion veineuse du corps thyroïde qui entraîne la compression de la trachée. Ce mécanisme paraît bien démontré; en effet, les accidents disparaissent par la rapide libération de la trachée, par la ponction du kyste, la luxation au dehors du goître plongeant ou l'ablation de la tumeur. Il suffit quelquefois de faire placer le malade dans la position assise : il en résulte une décongestion veineuse rapide, et l'on constate aussitôt la cessation du tirage. Cependant, il est des cas exceptionnels où l'on a dû recourir à la trachéotomie. Dans une observation, nous relevons une trachéotomie, au cours d'une thyroïdectomie partielle, suivie de guérison, et deux trachéotomies au cours de la strumectomie dont l'une fut suivie de mort.

D'une façon générale, il faut craindre les complications broncho-pulmonaires, consécutives à la trachéotomie pratiquée ainsi en plein foyer opératoire, et n'y recourir que la main forcée.

Les autres complications qui ont été observées sont : une fois l'entrée de l'air dans les veines, avec mort pendant une thyroïdectomie partielle, et quatre ou cinq fois des hémorragies post-opératoires qui ont en général cédé au tamponnement. Cependant nous relevons une mort par ce mécanisme. Quant aux hémorragies opératoires proprement dites, elles sont ordinairement veineuses et cèdent à l'ablation de la tumeur et à tous les moyens déjà indiqués et destinés à favoriser la respiration : ponction du kyste, luxation du lobe plongeant, ablation de la tumeur, position assise.

Dans toutes ces interventions, l'anesthésique employé a été l'éther ou le mélange de Billroth (éther, alcool et chloroforme); dans quelques cas, on s'est dispensé de toute anesthésie, à cause de graves accidents de suffocation : c'est en pareil cas que l'anesthésie locale est parfaitement indiquée.

En résumé, sur 93 énucléations, nous relevons 2 morts; sur 21 thyroïdectomies partielles, 2 morts; 23 exothyropexies, sans une seule mort; soit au total 4 décès sur 137 opérations pour goîtres bénins depuis 1891, c'est-à-dire une proportion de 2,90 % de mortalité.

2° Il a été observé à la clinique 12 thyroïdites suppurées (6 femmes et 6 hommes) parmi lesquelles on en trouve 11 qui se sont développées sur des goîtres préexistants; la strumite proprement dite ou suppuration d'un kyste est donc beaucoup plus fréquente que la thyroïdite, ce qui montre une fois de plus que les lésions thyroïdiennes sont presque toujours localisées sous forme de noyaux.

Le traitement qui leur convient est évidemment l'incision, qui se présente avec un caractère d'urgence d'autant plus absolue que le goître enflammé est plus profond; c'est ainsi que dans les strumites rétro-sternales, les troubles respiratoires affectent une allure véritablement redoutable. La simple ouverture, suivie de drainage du kyste, a donné la guérison dans 10 cas. Une des malades est morte de broncho-pneumonie.

Enfin, dans le douzième cas, il fallut, au bout de dix jours, en présence de la persistance de la fièvre et de la bronchite, pratiquer une énucléation

intra-glandulaire du kyste précédemment ouvert. Il s'agissait d'une strumite rétro-sternale, mal drainée par une incision forcément trop élevée; la malade guérit rapidement à la suite de cette opération intra-fébrile. Cette indication de l'ablation est exceptionnelle, mais elle peut cependant se rencontrer dans les strumites bas situées, c'est-à-dire rétro-sternales.

3° Nous arrivons maintenant au traitement du cancer thyroïdien. Au début, la tumeur, comme les autres lésions thyroïdiennes, est encapsulée; dans une seconde période, la capsule glandulaire est envahie et c'est à ce moment qu'apparaissent les métastases glanglionnaires, osseuses, viscérales, etc., etc.

C'est seulement dans la première période que la thérapeutique du cancer thyroïdien aurait quelques chances de succès définitif; aussi, est-ce par un diagnostic précoce qu'on pourrait améliorer les résultats éloignés.

Le traitement curatif consiste ici, comme pour tout cancer, dans une ablation large de la tumeur, le bistouri tranchant en tissu sain. Ces conditions ne peuvent être réalisées ni par la strumectomie, ni par l'énucléation massive qui sont des opérations intracapsulaires. La seule opération adéquate au mal serait la thyroïdectomie partielle ou totale. Elle devra être tentée lorsque la tumeur est encapsulée; c'est, du reste, dans ces conditions que l'intervention ne présente aucune gravité. Lorsque la tumeur a franchi les limites de la capsule, et à plus forte raison lorsqu'elle s'est généralisée aux ganglions, il faut abandonner tout espoir de cure radicale, l'expérience ayant démontré que la récidive se faisait fatalement sur place, soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions. Du reste, une pareille opération présenterait de gros dangers, qui ne sont pas en rapport avec les chances de guérison. C'est à la clinique qu'il appartient de rechercher minutieusement ces signes de curabilité ou d'incurabilité.

Quels sont les résultats de la cure radicale du cancer thyroïdien?

A la clinique, ils ont été franchement mauvais, parce que les lésions étaient trop avancées. Sur 56 cancers thyroïdiens, dont 29 ayant subi une intervention quelconque, une seule malade doit être considérée comme guérie d'une façon définitive; c'était (obs. 173) une femme de cinquante-sept ans chez laquelle M. Poncet enleva un épithélioma encapsulé du corps thyroïde par une thyroïdectomie partielle. Plus de trois ans après, cette malade n'avait aucune trace de récidive.

On a reproché à la thyroïdectomie totale le myxœdème post-opératoire; en admettant même qu'il se produise, ce qui n'est pas constant, d'après les statistiques de Carle, de Krönlein et de Hahn, il n'y a pas lieu de tenir compte de cet accident, en présence de la gravité de la tumeur.

Toutes ces considérations expliquent combien il faudra souvent recourir à un simple traitement palliatif qui s'adresse aux difficultés de la déglutition et surtout de la respiration. Pour ces dernières, la trachéotomie a été employée très souvent autrefois; nous n'en trouvons dans nos observations que 6, dont 2 pratiquées après une autre intervention.

Une seule fois, le malade a survécu quelques semaines, amélioré par l'intervention; dans tous les autres cas, la trachéotomie fut suivie de mort rapide, ce qui confirme la gravité de cette intervention pratiquée en pareille occurence, fait déjà prouvé par les anciennes statistiques

En général, on choisira des canules longues et flexibles, ou même on introduirait une sonde œsophagienne jusqu'au-dessous de la fourchette sternale. Enfin, dans un cas, on dut pratiquer la thyrotomie, en présence d'un cancer thyroïdien qui s'étendait depuis le larynx jusqu'à la bifurcation de la trachée.

Les difficultés et la gravité de la trachéotomie sont telles qu'on aura avantage à libérer la respiration, tout en laissant intact le conduit laryngotrachéal. Ce but peut-être atteint soit par la section des muscles et des aponévroses, suivie de luxation de la tumeur au dehors (incision circumthyroïdienne), soit par la libération longitudinale de la trachée; enfin, par la résection de la poignée du sternum (un cas). Dans une des observations, la dyspnée fut amendée par l'incision d'un abcès greffé sur un cancer encéphaloïde. Toutes ces variétés d'incisions des parties molles destinées à libérer la trachée, sans l'ouvrir et sans enlever la tumeur, ont été pratiquées 6 fois, avec 3 améliorations et 3 morts. Ce sont des résultats encourageants.

On trouve une proportion analogue quand on examine les résultats des ablations incomplètes de la tumeur pratiquées dans un but palliatif. Sur 16 opérations, nous trouvons 9 améliorations plus ou moins durables, et 7 morts dans les trois semaines qui suivent l'intervention.

En somme, il résulte de cette étude que les opérations qui n'ouvrent pas la trachée sont moins graves que la trachéotomie. Nous leur donnons donc la préférence dans le traitement palliatif.

Parmi ces opérations qui n'ouvrent pas la trachée, la meilleure semble être l'ablation; car ses résultats paraissent plus prolongés.

En effet, après une simple libération, l'amélioration disparaît rapidement, parce que les bourgeons cancéreux viennent reproduire la constriction. Au contraire, après la strumectomie ou la thyroïdectomie, quelqu'incomplètes qu'elles soient, la repullulation du néoplasme laisse ordinairement au malade deux ou trois mois, et parfois davantage, d'amélioration fonctionnelle, pendant lesquels la plupart des sujets ont l'heureuse illusion de la guérison.

En résumé, on pourra enlever le cancer, dans certains cas où les chances de guérison définitive sont plus que douteuses, lorsque la gravité opératoire ne semblera pas disproportionnée avec le résultat palliatif. Dans les cas compliqués de diffusion, d'adhérences étendues, ou de généralisation, une pareille conduite serait imprudente, et la suprême ressource reste encore la trachéotomie.

FAITS CLINIQUES

Priapisme et grosse rate. Vingt-cinq jours d'érection continue, sans rémission, n'ayant cédé qu'à un débridement des corps caverneux

PAR

MM. les Drs HAILLOT (des Maisons-Blanches)

ET

E. VIARDIN (de Troyes).

B..., trente-quatre ans, boulanger, ne se repose qu'environ quatre heures par nuit. Père et mère bien portants. Six frères ou sœurs vivants sur sept et tous de bonne santé. Le septième est mort en bas âge de cause inconnue.

B... n'a jamais eu de maladie grave; rougeole étant enfant, depuis rhumes fréquents, mais guérissant rapidement. Pas de syphilis. Il a eu trois enfants; le premier mort à l'âge d'un an, de refroidissement, dit-il; fausse couche de trois mois sans cause connue. Les deux derniers enfants vivants et assez bien portants.

Depuis un an, B... se sentait fatigué, mais avait cependant conservé l'appétit et n'avait pas maigri. Il a eu, dans le cours de cette année, des érections se produisant tous les huit jours environ, toujours le matin et disparaissant après une durée de deux à trois heures. Il dit

n'avoir jamais fait d'excès génésiques et n'avoir jamais eu d'accidents vénériens. Il n'a d'ailleurs pas interrompu son travail.

Le 21 février dernier B... est pris le matin d'une érection qui, cette fois, ne cesse pas comme les précédentes et il me fait appeler le soir. La médication employée en pareil cas (camphre monobromé, bromure de potassium, etc.) n'ayant donné aucun résultat, le 23 février je fais appeler en consultation mon distingué confrère, le Dr Viardin. Ayant déjà, longtemps auparavant, observé un cas de priapisme rebelle, qui s'accompagnait de splénomégalie, il examine la rate que nous trouvons, en effet, considérablement augmentée de volume : elle mesure en hauteur 17 centimètres et déborde légèrement la ligne blanche en largeur. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire au cou ni dans les aines. Le malade est pâle, mais il conserve l'appétit et il n'a pas maigri. Selles difficiles ; urines très rares (à peine un litre dans les vingt-quatre heures) et très chargées de sels. Pas d'albumine. Le malade urine avec peine et deux fois au plus, quelquefois une seule, dans les vingt-quatre heures.

L'examen du sang, fait par le Dr Laumet, a donné une diminution très considérable des globules rouges et une augmentation non moins considérable des globules blancs.

Pas de fièvre; la température a cependant monté quelquefois à 38°5, mais seulement lorsque le malade souffrait beaucoup de son érection permanente que rien n'arrêtait. Les injections de morphine seules le calmaient un peu et lui procuraient quelques heures de sommeil. La belladone, les ventouses, les sangsues au périnée, rien ne pouvait faire cesser cette érection. La verge restait toujours droite, rigide, immuable et semblable à un morceau de bois. Cependant, en l'examinant on constatait que les corps caverneux seuls étaient durs, à l'exclusion du gland et de la partie spongieuse de la verge. Le malade souffre énormément et demande à être soulagé, même au prix d'une opération quelconque.

Le 17 mars, soit vingt-cinq jours après le début de cette érection, après avoir inutilement employé tous les moyens généralement usités en pareil cas, M. Viardin et moi décidons d'inciser les deux corps caverneux qui étaient seuls en état de rigidité et nous avons la satisfaction, après l'incision du corps caverneux gauche qui a été faite la dernière, de voir la verge s'affaisser immédiatement. Cette double incision a donné issue à un sang noir, épais, visqueux, sans qu'il se soit produit d'hémorragie véritable. La cicatrisation s'est faite sans incident et la guérison des deux petites plaies était complète le 28 mars. C'est la première fois, croyons-nous, que semblable intervention ait eu lieu pour un cas de priapisme et nous le livrons à la connaissance de nos confrères, pensant leur être utiles au cas où ils se trouveraient en présence d'un malade comme le nôtre. C'est sur cette opération seule que nous désirons appeler leur attention, opération qui a fait cesser définitivement cette érection si longue et si douloureuse et à laquelle nous ne nous sommes décidés qu'après avoir si longtemps employé sans succès les moyens purement médicaux conseillés par tous les auteurs. Malgré de nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé nulle part la relation d'un cas semblable au nôtre, ni vu que cette opération ait jamais été tentée.

Depuis le 17 mars, c'est-à-dire depuis plus de quatre mois, notre malade n'a plus eu d'érection. Il n'a pas eu de rapports ni de désirs de rapprochement.

La rate reste toujours très volumineuse et, malgré tous les médicaments (fer, quinine, arsenic, opothérapie, iode) elle augmente même de volume (elle mesure actuellement 23 centimètres de hauteur). Le malade sent ses forces diminuer et nous allons, à bout de ressources, essayer sur lui la radiothérapie au moyen des rayons X.

J'ajouterai quelques remarques à cette observation :

1° L'anesthésie chloroformique n'a eu aucune action sur l'érection, elle a persisté quoique le malade fut en résolution complète.

2° Le priapisme qui complique la grosse rate et la leucémie a des caractères bien tranchés. Chez les calculeux, les prostatiques, dans la cystite, la blennorragie, les abcès de la prostate, l'érection ne dure pas, elle est intermittente.

Le priaspisme de la grosse rate, une fois établi, est continu, sans une seconde de rémission, nuit et jour, pendant la veille et pendant le sommeil.

La verge reste là, immobile, immuable.

3° Tout le pénis ne participe pas à l'érection; dans notre cas le gland et le corps spongieux restaient flasques.

4° Enfin le débridement des corps caverneux fait cesser l'érection immédiatement.

Dans un cas où il n'existait aucune cause appréciable, Velpeau ne parvint à faire cesser le priapisme qu'en traversant les corps caverneux avec un petit trocart explorateur; la ponction fut faite transversalement de droite à gauche, à 3 centimètres environ de la base du gland; elle fut très douloureuse, mais promptement suivie de la disparition des accidents (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 octobre 1852).

Encouragé par cette tentative hardie et heureuse de Velpeau, j'ai proposé à mon confrère Haillot de débrider les corps caverneux. L'incision a été faite sur le bord interne et à la partie moyenne des corps caverneux; incision de 3 centimètres environ. Aucune complication opératoire. Mais le malade n'a plus d'érection, son état de santé s'est du reste aggravé.

Le Dr Parmentier — Traité de médecine Brouardel et Gilbert — attribue le priapisme, dans la lymphadénie splénique avec leucémie, à des thromboses des veines du pénis produites par l'accumulation des globules blancs. Il ne fait que citer l'opinion de médecins allemands qui ont observé ce genre de priapisme.

HYGIÈNE SOCIALE

Prophylaxie de la tuberculose à la caserne. La cure d'air préventive

Par le Dr Brisard

Médecin-major de 2e classe

M. le médecin-major Caziot a proposé comme mesure prophylactique de la tuberculose dans l'armée la création d'un *camp sanatorium*, où seraient réunis les « candidats tuberculeux », c'est-à-dire les hommes qui, sans présenter de signes manifestes de tuberculose, paraissent néanmoins, pour des raisons diverses, susceptibles de tuberculisation. Les conditions climatériques et le genre de vie de ce milieu spécial permettraient de satisfaire à la fois aux exigences de leur santé et de leur éducation militaire. Bénéfice pour l'individu, bénéfice pour la collectivité, dont les déchets seraient considérablement réduits.

L'idée est excellente, et nous souhaitons tous qu'elle se réalise. Mais que faire, en attendant ?

Le problème est le suivant : il ne s'agit pas seulement de faire baisser la morbimortalité par tuberculose — à cet égard les réformes seraient suffisantes — mais de réduire le taux même de ces réformes qui, en fin de compte, s'ajoutent aux maladies pour grever les statistiques de la tuberculose dans l'armée.

Or, l'armée renfermera toujours de nombreux candidats tuberculeux, d'abord pour cette raison bien simple, que tout le monde est plus ou moins prédisposé à la tuberculose, indépendamment de tout coefficient de robusticité, ensuite parce que la vie militaire, dans sa nature même, favorise le développement de la tuberculose.

De sorte qu'en supposant parfaite l'œuvre éliminatoire des conseils de revision et appliquées dans toute leur rigueur les lois de l'hygiène générale touchant le casernement, l'alimentation, l'entraînement, etc., etc., on en sera toujours réduit à redouter les susceptibilités individuelles. Les règles générales de la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée ne valent donc qu'autant qu'elles se complètent d'une prophylaxie individuelle. Comment faire cette prophylaxie individuelle ?

Quand un citadin, fils de campagnards restés au village (le cas est fréquent), se sent fatigué, amaigri, sans forces, sans appétit, d'instinct, s'il est soucieux de sa santé, il revient au foyer natal. « Cela fait

du bien, dit-il, d'aller respirer de temps en temps l'air pur de la campagne. » Le plus souvent, en effet, il se rétablit vite et regagne, dispos et gaillard, l'atelier, le bureau, l'usine... De même, le petit qui s'étiole au faubourg, sa mère s'empresse de l'envoyer pour un temps, chez les grands parents du village, et c'est merveille de le voir revenir à la vie.

Or, dans la grande majorité des cas, le soldat n'est qu'un campagnard, isolé provisoirement de son milieu rustique, mais y conservant toujours des attaches familiales.

Un tel homme présente-t-il des signes de dépérissement, d'étiolement, quoi de plus simple, de plus naturel d'envoyer ce « déraciné », victime désignée de la vie urbaine, respirer, pour un temps, « l'air pur de la campagne », et cela d'emblée, avant l'apparition de tout symptôme morbide précis ?

Car ce n'est pas la cure d'air du sanatorium où vont les tuberculeux riches — dont il a besoin — pas même du « sanatorium de fortune » dont s'accommodent les autres. Tout cela c'est du superflu. Notre homme n'est pas tuberculeux. Il ne s'agit pas de guérir des lésions mais de les prévenir. C'est simplement la cure d'air, qui balaie dans les poumons des germes menaçants à la façon d'un purgatif qui nettoie un intestin, qui n'a d'autre but que de tonifier un organe faiblissant, et de lui donner une nouvelle résistance vis-à-vis des infections possibles. Pour cette raison, nous l'appellerons *la cure d'air préventive*.

Le règlement prévoit la réforme temporaire pour « imminence tuberculeuse ». A ce titre, c'est une cure d'air préventive, mais une cure d'une année entière, c'est-à-dire immobilisant un individu pendant le tiers, bientôt la moitié de son service militaire. C'est aussi une réforme, et le mot fait peur puisqu'il contribue finalement à exprimer les pertes par tuberculose dans l'armée. De sorte que l'on n'est tenté d'y recourir que lorsqu'il y a déjà matérialité de lésions, faibles, infimes, c'est vrai, mais réelles.

La réforme temporaire n'est donc pas en cause pour l'instant. Nous voulons simplement mettre en lumière la valeur prophylactique de ce qu'administrativement on appelle « permission à titre de convalescence », c'est-à-dire la permission qu'on a l'habitude d'accorder aux malades sortant de l'infirmerie.

Ainsi comprise, elle ne rend pas tous les services qu'on peut en attendre. Comme son nom l'indique, elle apparaît plutôt comme une faveur, et, qu'on nous passe l'expression, une sorte de récompense à la maladie. Il semble bien qu'il faille relever d'une maladie, être vraiment convalescent pour avoir le droit d'en jouir. C'est le dernier terme d'un traitement institué, la thérapeutique par laquelle on finit.

Or, s'il est des cas où il ne peut en être autrement, pour d'autres, au contraire, et nombreux, nous pensons que cette permission, cette cure d'air doit être le premier terme du traitement, la thérapeutique par laquelle on commence, afin de prévenir la maladie au lieu de l'attendre.

Les exemples déjà cités plus haut ont déjà montré en quel sens nous lui accordons une valeur prophylactique. Mais il est bon de préciser.

Tout médecin qui a l'habitude de la visite journalière dans une collectivité militaire peu nombreuse, qui a l'occasion, maintes fois répétée, de voir défiler devant ses yeux, un à un, tous les individus de cette collectivité (revue de santé, départ des permissions, etc.), finit par acquérir de chacun d'eux une image suffisamment nette. Il les connaît et les reconnaît. Leur physionomie lui est familière.

Dès lors, si l'un d'eux, sans raison apparente, pâlit, maigrit, s'étiole, dépérit, en un mot « change », donne l'impression sinon la notion exacte, d'être en état de moindre résistance, le médecin s'en apercevra bien vite avant même que ses soins ne soient réclamés. Evidemment l'homme « flanche ». Va-t-il succomber ? Le moment est critique. Il faut s'empresser de le saisir. La cure d'air, octroyée à cette heure, sous forme de permission, de huit, dix, quinze jours, sera véritablement préventive, si courte qu'elle paraisse.

Préventive de quoi ? On ne sait au juste, mais peu importe, de tuberculose peut-être, de fièvre typhoïde peut-être encore, mais sûrement de quelqu'une de ces maladies qui guettent les organismes débilités, et ce sont celles-là, en somme, qui sont les plus redoutables dans l'armée.

De même un homme est atteint de bronchite simple. Il est soigné à l'infirmerie et bientôt la fièvre et les phénomènes stéthoscopiques cessent. Il est guéri. Du reste, l'affection a été bénigne, les suites immédiates paraissent nulles. Mais il n'en garde pas moins dans ses bronches, ses poumons, ses voies respiratoires, un « locus minoris resistantiæ ». Ce serait une grosse erreur que de replonger cet homme, sans transition, dans le milieu plus ou moins confiné de la chambrée. Une cure d'air s'impose pour prévenir l'offensive — endogène ou exogène, selon les cas ou les doctrines — du microbe tuberculeux.

De même encore, tout individu qui relève d'une angine, d'un embarras gastrique fébrile, d'une courbature fébrile, etc., en un mot de manifestations pathologiques d'une intoxication ou d'une infection quelconques, doit être considéré comme momentanément en état de moindre résistance et soumis à la cure d'air avant de reprendre sa place et sa tâche habituelles.

Il s'agit, en résumé, de faire un emploi systématique de la « permission à titre de convalescence », envisagée uniquement comme mesure prophylactique et non curative. De ce simple changement de point de vue découle tout un programme d'une pratique simple, maniable et sans danger sérieux pour la continuité de l'œuvre militaire.

Combien utile aussi. Quand l'homme revient à la caserne, on est frappé, à première vue, du changement qui s'est opéré dans sa personne, de sa bonne mine, de son air de belle santé. Nous ne pouvons, malheureusement, pas donner de chiffres de pesées, car l'infirmerie manque de cet instrument indispensable qui est la balance et dont nous souhaitons vivement l'adoption. Mais c'est une impression favorable qui ne trompe guère. Pendant cette semaine, ces quinze jours, ce mois, notre homme a évidemment gagné. Son « terrain » a recouvré sa résistance un instant compromise.

A quoi tient ce résultat ? D'abord à ce que l'homme est soustrait pour un temps aux influences délétères qui sont le fait de toute collectivité humaine. Qu'il s'éloigne, alors qu'il est vulnérable des causes vulnérantes.

Puis parce qu'il y a réellement cure d'air. Une cure d'air atypique, sans doute, menée en dépit de toute méthode. Le cultivateur reparaît vite sous le soldat, et il travaille et dur parfois. Au reste, ses gens ne veulent pas le nourrir à rien faire.

Mais ce n'est plus le travail réglé de la caserne, aux gestes et au rythme de commande. L'adaptation instinctive de l'organisme au travail à effectuer est devenue possible, et si l'effort est grand, il se déploie librement, sans contrainte, et il n'est point nocif.

Mais il y a surtout un coup de fouet moral, un stimulant considérable par la joie du retour au foyer, car le soldat garde malgré tout un fond d'âme nostalgique. On connaît les effets de ce qu'on appelle la dépression morale des jeunes recrues. On sait quelle influence elle peut avoir dans la genèse des maladies. Dès lors, quels bénéfices ne doit-on pas attendre pour la santé, quand, au lieu de déprimer, on excite ? De sorte que, si la cure d'air est courte, en vérité elle n'est point ordinaire. C'est une cure d'air natal, une cure d'air de famille, c'est-à-dire deux fois bienfaisante

On pourra objecter que c'est un procédé commode de se débarrasser de ceux qui gênent. Commode, sans doute, mais supérieur aux autres par ses résultats, donc à employer de préférence quand il peut l'être. A quoi bon le repos précaire de la chambre, de l'infirmerie, voire même de l'hôpital quand, d'emblée, on peut faire mieux ? Et puis, la permission en question est aussi bien accueillie par la famille que par le fils, non seulement accueillie, mais vivement désirée, ardemment réclamée. Qui dira de quelles sollicitations est entouré un médecin de régiment. La demande dépassera toujours l'offre. Fermeté et circonspection sont de rigueur.

On pourra objecter encore que ces permissionnaires risquent d'apporter au retour des germes infectieux à la caserne. Mais à la campagne dont nous parlons,

les germes infectieux sont rares. De plus, on a la liste des communes contaminées, lesquelles seront strictement consignées.

Enfin, on peut voir, comme dernier avantage de ces cures d'air préventives, un moyen de faire réaliser des économies au trésor. Non pas parce qu'elles diminuent temporairement le nombre des hommes à nourrir et à entretenir — en ce sens le moyen serait peu honorable — mais parce qu'elles ont pour résultat de diminuer le nombre des malades, lesquels coûtent plus cher que les valides. Il ne faut pas oublier non plus que la recherche des signes précurseurs des maladies « la médecine des commencements », constitue une tâche délicate, et nécessite des cliniciens avisés, au coup d'œil sûr et prompt. Aussi est-il besoin d'ajouter que s'il fallait établir une relation entre leur nombre et celui des malades, ce ne pourrait être qu'un rapport inverse ?

REVUE DE TRAVAUX

Sur l'emploi de la constriction pour l'arrêt des hémorragies accidentelles des membres

Il arrive journellement que des blessés atteints d'hémorragie artérielle d'un membre se présentent au médecin avec un lien (bande de toile, de caoutchouc, etc.) fortement serré au-dessus de la région de la blessure. Or, si souvent cette constriction n'exerce pas une influence sur la vie du membre ou même sur celle du malade, il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques cas, particulièrement lorsque la bande est restée en place un certain nombre d'heures, des accidents très graves peuvent se produire. **M. Ahlberg** (de Falun, en Suède) rapporte trois observations des plus édifiantes à cet égard (1).

Un jeune homme reçoit au bras une blessure qui intéresse l'artère humérale. Un lien circulaire, aussitôt placé autour du membre, au-dessus du niveau de la plaie, est laissé un jour et demi dans cette situation. Au bout de ce temps, les extrémités de l'artère sont liées et le lien est enlevé. A ce moment, le bras et la main sont froids, livides. La température est de 37°9 le soir même, de 39°1 le lendemain matin. Le blessé meurt quelques heures après.

L'autopsie n'a rien révélé de particulier en dehors de l'anémie profonde des tissus. L'auteur estime bien que cette anémie, due à l'abondante perte de sang du blessé, est pour quelque chose dans la mort, mais il ne peut s'empêcher de penser que les produits de décomposition (zersetzungsprodukte) qui s'étaient développés dans le bras pendant les 36 heures qui se sont écoulées avant l'enlèvement du lien, se sont répandus dans le sang, une fois ce lien enlevé, et ont ajouté leur effet toxique à l'anémie, pour entraîner l'issue fatale. L'élévation de la température dans les moments qui ont suivi la décompression du bras semble militer en faveur d'un véritable empoisonnement du sang.

Dans le second cas, il s'agit d'une blessure de l'avant-bras, compliquée d'hémorragie de l'artère radiale, chez un jeune homme de dix-sept ans. Pour enrayer l'écoulement sanguin, des liens furent placés autour de l'avant-bras, au-dessous du coude, et autour du bras au-dessous de l'épaule. Vingt-quatre heures après, le blessé entrait à l'hôpital, la main et le bras étaient jusqu'au niveau du lien supérieur tuméfiés, froids, cyanosés et absolument insensibles. De plus, les téguments présentaient çà et là des phlyctènes.

Les ligatures furent enlevées et l'artère intéressée fut liée.

Neuf heures s'étaient écoulées depuis cette intervention, que l'insensibilité locale persistait toujours; le pouls était petit, rapide; les urines renfermaient du sang; on recourut aux injections de sérum artificiel. Après quelques jours d'un état très grave, le blessé finit par guérir, mais l'avant-bras, la main et les doigts étaient complètement privés de mouvements; l'insensibilité existait à partir du poignet sur toute la main. Les muscles du bras s'atrophièrent dans la suite.

Dans ce cas, comme dans le précédent, où les liens constricteurs demeurèrent en place pendant plus d'un jour, des produits de décomposition développés dans le membre étranglé se sont répandus dans le sang, une fois les liens défaits. Et c'est ce qui explique les phénomènes de toxémie observés dans la suite, et en particulier l'hémorragie rénale.

L'observation III a trait à un homme de trente-cinq ans dont l'avant-bras fut arraché par une machine. Il entre à l'hôpital trois heures après l'accident. Il portait alors, à 8 centim. au-dessus du coude, un lien circulaire fortement serré. L'état de toute la partie du membre située au-dessous du lien était tel que l'on dut procéder à l'amputation au-dessus du coude.

Or, si le lien constricteur avait été posé comme il aurait dû l'être, entre la plaie de l'avant-bras et l'articulation du coude, le patient aurait conservé un moignon bien plus utile au point de vue du travail.

On peut donc dire que, dans ce cas encore, une constriction intempestive — encore qu'il se soit écoulé peu de temps (3 heures) entre le moment de cette constriction et celui de l'opération — a eu une influence des plus fâcheuses sur le fonctionnement ultérieur du membre du blessé.

C'est en raison de ces accidents relativement fréquents, que M. Ahlberg voudrait que les instructions donnés aux gens susceptibles de soigner des accidentés soient plus précises; il les résume dans les propositions suivantes :

En cas d'hémorragie d'un membre, un lien constricteur doit être appliqué le plus tôt possible après l'accident.

Ce lien doit être placé au-dessus de la région lésée, mais le moins loin possible de cette région.

La constriction doit être levée dans les trois heures qui suivent, si l'on veut éviter le sphacèle du membre. En d'autres termes, le médecin doit intervenir au plus vite pour que le lien puisse être enlevé dans les premières heures qui s'écoulent après l'accident.

Ed. Laval.

(1) Uber die « Esmarch' sche Blutleere » nach Unglücksfällen. (*Nordiskt medic. Arkiv*, H. 1, n° 3, 1904).

DÉPARTEMENTS

Cure libre de la tuberculose

M. **Brunon** a communiqué à la Société de médecine de Rouen une observation de cure libre de tuberculose, effectuée en Normandie, s'étendant sur les années 1902, 1903, 1904, et d'autant plus suggestive qu'il s'agissait d'une tuberculose ouverte avec fièvre persistante, vomissements, état général grave, et qu'à l'heure actuelle « le malade peut être considéré comme guéri, à la condition de conserver une vie champêtre quelques années encore.

M. Brunon a fait suivre cette intéressante observation des conclusions que voici :

1° Le climat de Rouen permet la cure, même pendant les mois d'hiver. La brume, la pluie, le froid, ne sont pas des contre-indications à « la fenêtre ouverte. »

2° *Au début du traitement* il y a intérêt à ce que le malade reste dans son milieu, conserve son régime alimentaire, et subisse l'influence de son médecin habituel.

3° La discipline du tuberculeux peut être aussi sévère et aussi méthodique dans la famille que dans un sanatorium.

4° La crainte de la contagion ne doit pas faire éloigner un malade de son milieu familial. La contagion est très facile à éviter. On abuse encore des craintes qu'elle avait fait naître.

5° *En cours de traitement ou à la fin du traitement* : le déplacement du malade peut être utile.

C'est alors qu'on pourra tirer profit des merveilleux climats de la France du centre, du sud-ouest et du midi.

« L'air, la lumière, le soleil, la beauté et la sérénité du ciel, la constitution et la fécondité du sol de ces régions privilégiées », parachèveront la cure commencée patiemment sous le climat du nord-ouest ou du nord.

6° Les exemples de guérisons par la cure faite aux portes des villes doivent pousser les pouvoirs publics à organiser, à peu de frais, dans la banlieue des villes, des *galeries de cure* ou des *sanatoriums de fortune* pour les malades des hôpi-

taux. (*Normandie médicale*, 1er septembre 1904.)

Des troubles cardiaques tardifs consécutifs aux angines

Le Dr **Busquet**, médecin-major, a publié dans le *Bulletin médical* en 1901 (27 juillet) une série de 9 observations de troubles cardiaques *tardifs* consécutifs à des angines. Il ne s'agissait pas de troubles cardiaques contemporains de l'affection, mais de désordres fonctionnels ou de lésions définitives s'établissant sournoisement et ne se manifestant que longtemps après le retour apparent à la santé. Chaque fois, l'examen du cœur, fait méthodiquement pendant l'évolution de l'angine pultacée, n'avait révélé aucune modification sensible dans le fonctionnement de cet organe. Ce n'est que plusieurs mois plus tard qu'étaient apparu les premiers symptômes morbides, sans qu'aucune maladie intercurrente nouvelle en put expliquer l'apparition.

Depuis lors, le Dr Busquet a recueilli huit nouveaux cas, ce qui porte à dix-sept le nombre de ses malades ayant été atteints de troubles cardiaques tardifs consécutifs à des angines.

L'histoire de ces malades est toujours la même : il s'agit comme point de départ d'une angine aiguë, bénigne en apparence, pseudo-membraneuse ou non, et nullement diphtérique. Après une convalescence rapide, sans incidents, et qui n'excède pas quelques jours, la santé semble parfaite et le sujet reprend ses occupations normales. Pourtant, il constate bientôt, après quelques semaines, qu'il s'essoufle plus facilement qu'autrefois, il ne jouit plus de la plénitude de sa force musculaire, se lasse vite et aisément, se trouve « mou ». Puis, surviennent des palpitations, de véritables crises de dyspnée, de l'amaigrissement; la fatigue générale s'accentue. L'examen du cœur révèle alors l'existence de désordres qui sont, en résumé, la manifestation d'une lésion de l'endocarde, laquelle aboutit, dans la majorité des cas, à la constitution d'une affection valvulaire, mitrale, le plus souvent.

En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de cette affection, M. Busquet serait tenté d'admettre que l'angine n'est que l'indice de l'envahissement de l'organisme par un agent microbien et la réaction des tissus au lieu de pénétration de ce germe. « Celui-ci se répandrait plus ou moins rapidement dans le torrent circulatoire et déterminerait par sa localisation sur l'endocarde, le développement lent de la cardiopathie. L'angine ne serait alors que la première manifestation localisée d'une infection générale ; elle serait en quelque sorte à la cardiopathie ce que le chancre est à la syphilis. Un fait cependant reste inexpliqué pour le moment, c'est la lenteur d'évolution de la lésion, lenteur qui semble d'autant plus grande que l'intégrité de l'organisme est plus parfaite. » (*Gaz. hebdom. de Bordeaux*, 1904, n° 33).

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Cure radicale et conservatrice des suppurations chroniques du sac lacrymal au moyen de la dacryocysto-rhinostomie

A l'occasion de nombreuses opérations sur des malades atteints de suppurations du sinus frontal et de l'ethmoïde antérieur, auxquels il pratiquait une résection plus ou moins étendue de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, M. A. Toti (*Clinica moderna*, 1904, n° 33), privat docent d'oto-rhino-laryngologie à Florence, avait souvent remarqué que la perte de substance osseuse dans la paroi externe de la fosse nasale, plus exactement dans la région antéro-supérieure du méat moyen, se trouvait fermée en partie par le périoste lacrymal décollé à travers lequel on pouvait voir et sentir au toucher le sac lacrymal, et qui allait se mettre en rapport direct et définitif avec la muqueuse du méat moyen des fosses nasales.

Ces faits avaient suggéré à l'auteur la réflexion suivante : si, en cas de suppuration chronique du sac, après avoir fait une pareille brèche, on réséquait deux portions égales et correspondantes, d'une part, de la muqueuse du méat moyen et, d'autre part, de la paroi interne du sac lacrimal, on obtiendrait, entre la cavité du sac et celle de l'extrémité antérieure du méat moyen, une communication permanente qui, supprimant la stagnation, ferait tarir la suppuration du sac et amènerait de la sorte la guérison définitive de ses dilatations et de ses fistules cutanées.

Telle est la genèse de l'idée qui a conduit M. Toti à imaginer une méthode de traitement des dacryocystites chroniques purulentes, basée sur l'établissement d'une communication large, directe et permanente entre le sac et la région antérieure du méat moyen.

Voici quels sont les principes fondamentaux de ce procédé opératoire, radical dans ses moyens, mais essentiellement conservateur dans son but et dans ses résultats :

1° S'assurer d'avance, non seulement de l'intégrité, mais aussi de l'ampleur suffisante de la région de l'extrémité antérieure du méat moyen, ou bien déterminer cette intégrité et cette ampleur par les différentes interventions rhino-chirurgicales qui seraient indiquées dans chaque cas particulier ;

2° Incision circulaire des parties molles et du périoste à quelques millimètres de distance du rebord orbitaire interne; à la hauteur de l'angle interne de l'œil, l'incision sera tenue même un peu plus vers l'intérieur; par exemple, elle passera à distance égale de l'angle interne de l'œil et de la ligne médiane du dos du nez.

3° Décoller le périoste de l'apophyse montante et de la crête antérieure de la gouttière lacrymale ; écarter en dehors le lambeau renfermant le tendon de l'orbiculaire avec l'appareil lacrymaire, et poursuivre le décollement un peu au delà de la crête postérieure de la gouttière lacrymale ; réséquer obliquement, de haut en bas, d'avant en arrière et du dehors en dedans, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, avec la partie du rebord orbitaire interne qui forme la crête antérieure de la gouttière, puis le fond de la gouttière et la crête postérieure (formée par l'os lacrymal), jusqu'à découvrir, mais sans la perforer, la face profonde de la muqueuse nasale dans toute l'étendue de la résection osseuse.

4° Réséquer une rondelle ou un oval (disposé en sens longitudinal) de la paroi interne du sac lacrymal ;

5° Réséquer une portion de muqueuse nasale correspondant exactement, comme situation et comme dimension, à la perte de substance faite dans la paroi postérieure du sac lacrymal. Ne pas s'occuper du canal nasal, la suppression de sa fonction devant amener fatalement son oblitération définitive.

6° Suturer immédiatement la plaie cutanée en prenant toutes les mesures propres à en assurer la cicatrisation par première intention.

7° Tamponner légèrement l'extrémité antérieure du méat moyen avec de la tarlatane iodoformée qu'on enlève ensuite par la narine sans plus renouveler le tamponnement.

L'auteur a choisi, pour la première application de sa méthode, un cas typique de dacryocystite purulente chronique gauche, datant de quatre années, chez une fillette dont la cavité nasale, à part une légère hypertrophie de la muqueuse des cornets, ne présentait rien d'anormal. La plaie opératoire guérit par première intention. On enleva les sutures et on supprima tout pansement dès le cinquième jour. La poche purulente à l'angle interne de l'œil a complètement disparu. Pas la moindre goutte de pus ni de sérosité ne s'écoule plus des canalicules lacrymales; il n'y a pas trace de larmoiement ni aucune déformation de la face.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la blépharite ciliaire par l'hermophényl

M. Grilli, assistant du prof. Parisetti, de Rome, s'étant bien trouvé des injections hypodermiques d'hermophényl et sachant que la solution de ce sel n'est pas irritante pour les plaies et les muqueuses, qu'elle ne précipite pas à froid les substances albuminoïdes et que son coefficient de toxicité est sensiblement plus faible que celui des autres préparations mercurielles, songea à substituer, dans le traitement de la blépharite ciliaire, plus ou moins persistante, cette solution à celle de sublimé dans la glycérine, qui donne cependant de bons résultats.

Les essais ont été faits dans la clinique

ophtalmologique du prof. Parisetti. La technique a consisté à frotter, tous les deux jours, très fortement le bord ciliaire avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'hermophényl (1 gr. pour 20 d'eau distillée). Les deux premiers cas traités donnèrent des résultats surprenants; les deux malades, qui fréquentaient depuis de nombreux mois la clinique, furent complètement guéris en moins de deux semaines.

Encouragé par ces résultats, M. le prof. Parisetti se décida à expérimenter sur quelques malades de sa clientèle privée et, de son côté, M. Grilli étendit les applications à la clinique. Le nombre des malades traités s'éleva bientôt à une vingtaine, et, d'une façon constante, on a obtenu la guérison. Quelques cas même, qui n'avaient pas été amendés par la solution de sublimé dans la glycérine, qui avaient résisté à la pommade ordinaire jaune et à la pommade à l'ichthyol, furent guéris rapidement par l'hermophényl, au moyen de lavages répétés trois à quatre fois par jour avec une solution à 1 %.

En communiquant ces faits à l'Académie de médecine de Rome, M. Grilli a ajouté :

« Je ne prétends pas expliquer l'action remarquablement bienfaisante de l'hermophényl dans la blépharite, mais je crois pouvoir dire qu'elle doit provenir du fait que ce produit, n'irritant pas les muqueuses, peut être employé en solutions concentrées et que, ne coagulant pas à froid l'albumine, il pénètre plus profondément dans les anfractuosités les plus infimes du bord ciliaire où il détruit les microbes qui y séjournent.

« Je rappelle pour mémoire que l'hermophényl a été employé, pour la première fois, en oculistique, par M. Bérard (de Lyon), en collyre dans les ophtalmies purulentes des nouveau-nés, et que Popolani l'a adopté dans le traitement des granulations molles de la conjonctive.

« Nos observations, bien que peu nombreuses, nous semblent très encourageantes, et, sans prétendre affirmer que l'hermophényl est le remède de choix dans les blépharites ciliaires, il y a lieu de l'essayer dans les cas rebelles aux autres traitements. »

CORRESPONDANCE

Création d'une société médico-militaire

Nous publions avec grand plaisir la lettre suivante, qui indique des sentiments nôtres depuis bien longtemps. Nous espérons que ce coup de clairon sera entendu et que le ralliement se fera.

Il en est grand temps.

Dr N.

Mon cher Confrère,

Un certain nombre de confrères de la réserve et de la territoriale a décidé de reconstituer un groupement de médecins de ces deux catégories. Il est inutile de dire les avantages et l'intérêt qu'il y aurait à faire ce groupement aussi général que possible. Les bases de cette organisation, en ce qui concerne le recrutement des membres, doivent, pour être *justes et légales*, être les suivantes, d'après l'opinion de hautes personnalités militaires :

1° *But.* — Créer des liens de camaraderie entre confrères portant le même uniforme et établir, par des réunions et des conférences, des points de contact entre les médecins de l'armée active et ceux de la réserve et de la territoriale.

2° *Composition.* — *Admission de droit* de tout médecin de réserve et de territoriale puisqu'il est, par cela même, jugé digne de porter l'uniforme.

3° *Administration.* — I. Comité d'honneur composé de sommités médicales de l'armée (R. et T.);

II. Bureau élu et renouvelable;

III. Conseil de famille composé de façon à pouvoir, avec une autorité indiscutable, veiller sur l'intégrité de la valeur morale de la Société.

4° *Cotisation.* — 10 francs.

Les statuts définitifs, rédigés d'après ces bases sur le modèle des sociétés similaires, seront adoptés et mis en exécution (élection du bureau, etc., etc.) dans une assemblée générale tenue prochainement.

Si, comme nous l'espérons, vous désirez vous joindre à nous, veuillez signer et renvoyer l'adhésion ci-contre à M. le Dr Vaudremor, 10, avenue des Sycomores, villa Montmorency (Paris-Auteuil), ou bien la lui remettre au banquet du 8 courant au Cercle militaire.

Le délégué d'un groupe de médecins de réserve et territoriale,

Le médecin-major A.T.
RAMONAT.

NOUVELLES

DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX DE SAINT-DENIS

Ce dispensaire, installé boulevard Carnot, fonctionne depuis le 20 décembre 1903. Il est situé dans un quartier bien aéré, à proximité d'un square; ses salles sont grandes; son ameublement est sommaire; mais tout y est conforme à une saine hygiène.

Son but est de donner aux nécessiteux atteints de tuberculose ou à ceux qui en sont menacés, sans distinction politique ni religieuse, l'assistance thérapeutique et alimentaire gratuite que leur situation réclame.

Les consultations y sont données par les médecins de la ville tous les mardis et vendredis à 8 heures du soir. Les distributions alimentaires et suralimentaires ont lieu tous les jours de 11 heures à midi 1/2 et le soir de 7 à 8 h. 1/2, pour la viande hachée et crue, les œufs et le lait, les heures ayant été choisies en dehors de celles du travail. L'utilisation des substances alimentaires a lieu séance tenante, en présence d'un contrôleur.

L'hygiène des malades est surveillée jusque dans leurs demeures, en vue de préserver ceux de la famille qui ne sont pas atteints.

Vingt cinq personnes de bonne volonté, animées du même esprit humanitaire, se sont réunies et se partagent le travail qu'exige le fonctionnement régulier de ce dispensaire, sans aucune rémunération.

La ville de Saint-Denis est une des localités où la tuberculose fait le plus de ravages. Aussi ce dispensaire a-t-il déjà plus de 300 malades qui le fréquentent, chaque séance n'en amenant pas moins de 40 à la fois.

LE CÉLIBAT PAR ORDRE MÉDICAL DANS LE MARIAGE

Un cas extrêmement curieux de divorce vient d'être tranché par les magistrats de la 4e Chambre.

Mme X..., la femme d'un jeune diplomate de la République française, ayant à se plaindre de la froideur de son mari, qu'elle qualifiait, dans la circonstance, de méprisante, demandait la dissolution de son mariage. Elle basait principalement sa requête sur le chef d'injure grave, consistant en ce que, après quatre ans de vie commune, M. X.. n'avait pas rempli ses devoirs conjugaux. Et, pour appuyer le bien-fondé de son grief, elle offrait de prouver qu'elle était encore vierge...

M. X... ripostait en justifiant que le devoir conjugal lui était interdit par la Faculté, en raison même de la conformation et de l'état général de la santé de sa femme. Et il ajoutait : « Si je n'ai pas accompli mon devoir d'époux, c'est que j'estimais, au contraire, que je remplissais un véritable devoir moral, en m'abstenant d'actes qui auraient pu avoir pour conséquence la mort de ma femme ».

Le Tribunal a approuvé la conduite de M. X..., et il a, partant, débouté Mme X... de sa demande en divorce.

« Attendu, dit-il dans son jugement, qu'il est certain et non dénié que le développement physique de la dame X..., qui a les apparences d'une adolescente de quinze ans, n'est pas normal; que, sans avoir à apprécier le côté moral de l'union contractée par le mari et le mobile auquel celui-ci a obéi, et quoiqu'un certificat médical constate que rien dans l'état de Mme X... ne peut s'opposer pour elle à l'accomplissement du devoir conjugal, on peut ne pas considérer comme injurieuse l'abstention de ce dernier, d'autant moins qu'une *grossesse* de la demanderesse pouvait avoir pour elle les plus graves conséquences... »

Ainsi donc, le fait d'incapacité du mari au point de vue conjugal est de nature à constituer une injure grave, et à faire prononcer le divorce; il n'en est pas de même si le fait d'abstention est dicté par les considérations qu'on vient de lire. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelles recherches sur la pathogénie, le diagnostic et les complications de l'aortite abdominale (1)

PAR

M. le prof. Teissier (de Lyon)

Jusqu'à ces dernières années, l'attention des observateurs s'était cantonnée presque exclusivement sur les manifestations pathologiques frappant le *segment originel de l'aorte*! La raison en était assurément dans la précision du syndrome correspondant, comme dans la brutalité des accidents angineux venant souvent en révéler l'existence; et aussi dans la facilité avec laquelle cette portion du gros tronc vasculaire pouvait être soumise à nos multiples moyens d'exploration. On fut ainsi entraîné à négliger les localisations morbides atteignant les autres portions du vaisseau, et en particulier celles du *segment sous-diaphragmatique*. Ces dernières manifestations sont pourtant d'une fréquence bien digne d'attirer l'attention. Mais, à l'inverse de ce qui se passe pour l'aorte thoracique, l'aorte abdominale se soustrait trop facilement à nos procédés d'investigation : le vaisseau dans l'abdomen est souvent très peu abordable; l'auscultation directe n'en est pas toujours aisée, *la symptomatologie surtout en est infiniment délicate;* car cet appareil symptomatique souvent compliqué se prête particulièrement aux confusions; soit que les signes constatés soient rapportés à une lésion d'un des multiples organes de la cavité abdominale, soit que les manifestations réflexes et lointaines qui en dépendent égarent encore plus le clinicien.

C'est pour cela que Potain pouvait écrire, il y a cinq ans à peine, que « l'histoire de l'aortite abdominale formait comme une page blanche dans la nosographie médicale »; puisqu'à part sa clinique trop peu connue, à part l'histoire de son infirmier de la Charité frappé d'aortite abdominale pour avoir lavé les vitres par un grand froid, l'abdomen longtemps exposé contre un carreau resté ouvert par mégarde, et aussi quelques cas de rupture spontanée de l'aorte dans la cavité abdominale, tout dans cette importante question restait encore ignoré.

Il y a pourtant un intérêt primordial à bien connaître ces localisations pathologiques sur l'aorte sous-diaphragmatique, aussi bien à cause de leur fréquence que des indications pratiques qui s'en peuvent déduire.

Sans parler des manifestations de l'athérome restant rarement limitées à l'aorte thoracique et qui s'étendent fort souvent jusqu'à l'origine *des artères iliaques*, il est incontestable que bon nombre d'infections, le rhumatisme articulaire aigu en tête, y laissent souvent leur empreinte chez la femme principalement : ce qui se comprend aisément, étant donné chez elle le grand nombre des ptoses viscérales et l'extrême fréquence des inflammations partielles du péritoine; toutes conditions susceptibles d'exercer sur le vaisseau à sa sortie de l'anneau diaphragmatique, *des tractions répétées*, ou d'incessants tiraillements éminemment favorables à maintenir cette partie de l'aorte dans un état d'éréthisme constant, bien propre à fixer à ce niveau les processus infectieux, pour peu que le sujet y soit prédisposé.

Plus on fouille le sujet, plus on trouve d'ailleurs que la question *est compréhensive*; car plus s'éclaire avec les faits mis en lumière, la pathogénie de bien des symptômes à origine douteuse ou à point de départ en apparence très disparate, et qui pourtant vont relever d'un processus univoque, *l'excitation des plexus nerveux péri-cœliaque* et *péri-aortique* : tels assurément les réflexes lipothymiques ou syncopaux, fréquents dans les affections des organes abdominaux et les nombreuses crises douloureuses considérées comme des manifestations entéralgiques, néphralgiques, cystalgiques ou autres et qui ne sont, en somme, bien souvent que des irradiations douloureuses trahissant diversement et comme à distance cette irritation sourde des plexus nerveux, et que le repos dans le décubitus horizontal calme parfois comme par enchantement.

Déjà au Congrès de médecine interne (Toulouse, avril 1902), j'avais esquissé, avec quelques observations minutieusement fouillées, les grandes lignes de l'important syndrome sur lequel je désire attirer de nouveau l'attention; dans deux communications ultérieures à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, j'avais complété ce premier essai de nosologie, en insistant sur quelques points particulièrement délicats de l'étiologie et du diagnostic différentiel de cette intéressante affection; puis résumé dans une leçon d'ensemble (*Sem. méd.*, nov. 1902), les enseignements que ma pratique encore limitée sur ce point me permettaient de formuler. Mais, sauf quelques rares praticiens favorisés par le hasard, et mis en présence de pareils faits, à l'étranger principalement, la majorité des médecins est peu familiarisée avec ce syndrome clinique. J'estime donc tout à fait utile d'y revenir avec insistance, d'autant qu'avec les 50 observations que j'ai recueillies, et dont plus de 35 me paraissent pouvoir être retenues comme vraiment démonstratives, je me trouve actuellement en mesure, non seulement de contrôler et de discuter les faits avancés par nous-mêmes il y a deux ans, d'en juger la portée, et aussi de tracer d'une façon plus assurée les caractères précis d'un état morbide dont la description, aux yeux de certains, pouvait paraître encore quelque peu confuse.

I

Potain regardait *l'aortite primitive* comme fort rare; pour lui la *détermination abdominale* dépendait surtout *d'un processus de propagation*. Il serait préférable de dire *d'extension*; étant donné que le maître de la Charité entendait désigner surtout un processus d'irritation vasculaire tendant à s'étendre directement des régions thoraciques aux segments sous-jacents.

Or, d'après ce qu'il nous a été donné d'observer, il nous semble que la localisation directe et primitive sur la partie sous-diaphragmatique est loin d'être exceptionnelle, nous en avons recueilli en tous cas plusieurs exemples; soit qu'il s'agisse d'irritations mécaniques ou traumatiques frappant d'emblée cette région, comme dans trois de nos faits où l'aortite abdominale s'est développée secondairement à un surmenage exagéré, une marche forcée ou l'usage désordonné de la machine à coudre; soit que l'infection provocatrice se soit localisée *en quelque sorte électivement* sur cette partie de l'aorte. Mais il y a lieu de reconnaître que bien souvent, en pareil cas, une prédisposition préalable pouvait très vraisemblablement avoir orienté la localisation morbide sur la région abdominale. Et, en effet, plusieurs de nos malades, classés comme atteints *d'aortite abdominale traumatique*, avaient présenté précédemment de l'entérocolite, affection éminemment favorable au développement de l'aortite abdominale. Une autre, frappée d'aortite abdominale après avoir lavé longtemps par un grand froid, en appuyant violemment sa planche à linge sur le creux épigastrique, portait au-

(1) Communication faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Grenoble, 8 août 1904).

paravant des stigmates *d'athéromasie généralisée.* C'est qu'ici, comme partout d'ailleurs en pathologie, les conditions étiologiques sont complexes, et alors que la maladie n'est bien souvent que la *résultante de facteurs multiples* ou disparates, nous avons coutume de la rapporter seulement, dans nos classifications étiologiques, à celui de ces facteurs qui paraît avoir eu l'influence prépondérante.

Ces réserves faites, nous considérerons encore comme aortite abdominale primitive, celles qui paraissent immédiatement provoquées par une infection plus ou moins violente, portant directement son action sur la même région. Par ordre de fréquence, nous signalerons tout d'abord le *rhumatisme articulaire aigu*, ou même le *simple refroidissement* (tel le cas d'un soldat couchant sous la tente, la terre étant mouillée, à la suite d'une étape forcée). Dans le rhumatisme aigu, il n'est pas rare de voir les poussées d'irritation aortique ou péri-aortique sur l'abdomen, alterner avec les poussées sur les articulations.

La grippe, si fréquemment accompagnée de manifestations rhumatismales ou relevant du *processus dit a frigore*, peut être rationnellement englobée dans cette première catégorie étiologique.

Au second plan vient *la tuberculose*; non pas la tuberculose ulcéreuse commune, ou la forme granulique, mais de préférence la tuberculose larvée, ou fibreuse, à évolution lente, celle qui se révèle par des signes pulmonaires discrets, de la tendance aux irritations cardio vasculaires (rétrécissement mitral principalement). Potain a publié un cas de ce genre. Nous en avons vu de tout à fait superposables au sien chez des sujets, jeunes encore, *à séro-diagnostic tuberculeux positif*, à hypotension vasculaire marquée, et chez qui une fatigue inaccoutumée avait été le point de départ d'une poussée d'aortite ou de péri-aortite.

Bien loin derrière le rhumatisme et la tuberculose, viennent l'infection puerpérale (j'en possède cependant trois exemples probants), le paludisme (2 cas), la syphilis (3 observations), et une fois la rougeole chez un adulte. Mais seule *l'infection* n'est pas susceptible d'intervenir comme cause provocatrice de l'aortite abdominale primitive, les grandes diathèses peuvent agir dans le même sens; j'ai relevé deux cas d'aortite abdominale d'origine goutteuse et qu'il eut été difficile de rattacher à une autre influence génératrice.

L'aortite abdominale secondaire est plus fréquente; non pas tant qu'il soit commun de voir certaines des infections susceptibles de l'engendrer, frapper d'abord l'aorte thoracique, et *se propager ensuite* par voie d'expansion directe jusqu'aux portions sous-diaphragmatiques du vaisseau; cela peut s'observer cependant dans le rhumatisme aigu, dans l'aortite goutteuse et plus fréquemment encore, cela va sans dire, dans l'athérome artériel. Mais c'est que *l'aortite abdominale relève plus souvent d'une inflammation de voisinage*, inflammation propagée des organes circumvoisins aux tissus environnant l'aorte, et le trépied cœliaque, et en premier lieu de l'entérocolite qui, d'après une statistique personnelle, portant sur 100 cas bien étudiés, se complique 26 fois pour 100 (soit un bon quart au moins des faits) de péri-aortite.

Mais les inflammations du gros intestin ne sont pas seules à retentir sur l'aorte sous-diaphragmatique; bon nombre de déterminations viscérales, susceptibles de s'accompagner d'un peu de péritonite partielle, peuvent agir dans le même sens, et aboutir au même résultat : telle la pérityphlite, l'appendicite (un cas dans notre statistique), mais surtout la *péricholécystite* dont je compte au moins quatre exemples. Cette notion étiologique me paraît pleine d'intérêt, car elle me semble cadrer très étroitement, en les expliquant, avec ces faits de douleurs indéfiniment persistantes au creux épigastrique, douleurs accompagnées d'extrême lassitude avec rachialgie parfois intolérable, tendances lipothymiques et surtout battements au creux épigastriques souvent incommodes par leur ténacité et leur violence, douleurs qui survivent des mois et même des années à la crise de lithiase biliaire ou à la cholécystite pourtant disparues.

II

Primitive ou secondaire, l'aortite abdominale se manifeste par des *symptômes* et des accidents à peu près identiques; parmi ces symptômes, les uns sont *essentiels*, les autres seulement *accessoires*. Mais, fait à souligner, ce sont les symptômes accessoires qui sont apparemment les plus saillants, ceux en tout cas qui attirent d'abord l'attention et font penser à la possibilité d'une localisation aortique; mais ce sont seulement les symptômes primordiaux ou cardinaux, quoique plus effacés, qui permettent d'en affirmer l'existence.

Ces signes accessoires, qu'on peut appeler encore les *symptômes indicateurs* de l'aortite abdominale, sont de quatre ordres et représentés par : 1° la douleur; 2° les troubles gastro-intestinaux; 3° les battements épigastriques synchrones au battements cardiaques; 4° des phénomènes réflexes d'aspect varié. Chacun d'eux mérite une mention spéciale.

1° *La douleur* est spontanée, provoquée ou irradiée. *Spontanée*, elle peut affecter l'allure des différentes crises paroxystiques, susceptibles de naître au niveau des différents viscères abdominaux : estomac, foie, rein, intestin. C'est ainsi qu'elle peut donner le change avec une crise d'entéralgie, d'hyperchlorhydrie, d'une colique hépatique ou rénale. Ceci s'explique aisément par les différentes connexions nerveuses existant entre les plexus péri-aortiques et les organes circumvoisins : une excitation partie de ces plexus pouvant provoquer des spasmes réflexes lointains, aussi bien que la contraction douloureuse des fibres lisses au niveau des canaux excréteurs dans l'abdomen. Ces spasmes douloureux s'accompagnent assez souvent de réflexes sécrétoires tels que : hypersécrétion gastrique avec vomissements, crises de sialorrhée, flux diarrhéique plus communément.

Ces crises entéralgiques, avec ou sans diarrhée, et très communes dans la symptomatologie de l'aortite abdominale, sont à rapprocher des crises gastralgiques symptomatiques de l'irritation du segment basal de l'aorte thoracique et sur lesquelles Potain attirait si volontiers l'attention : elles ont dans l'espèce la même importance révélatrice.

La douleur provoquée est plus caractéristique; déjà très nette à la simple pression, elle acquiert, lorsqu'on arrive à saisir le vaisseau entre le pouce et le médius, une précision et une acuité telle qu'elle arrache au malade un cri significatif, et provoque un vif mouvement de défense; elle peut être parfois, intolérable au point d'entraîner la lipothymie ou la syncope; une fois même je l'ai vu déterminer une crise épileptiforme : la malade était, il est vrai, une prédisposée.

Enfin cette douleur est susceptible *d'irradier le long des deux iliaques* dont tout le trajet apparaît à la pression, d'une sensibilité parfois très vive et pouvant s'étendre jusqu'à la naissance des fémorales. En tout cas cette douleur s'accompagne communément d'une rachialgie souvent très prononcée ou *d'une sorte de lassitude doulou-*

reuse, simulant un véritable état parétique des membres inférieurs et s'opposant à la marche comme à toute station debout prolongée.

2° *Les symptômes gastro-intestinaux* sont constants mais à des degrés très divers : ils varient de caractère et d'intensité, suivant la nature même des déterminations viscérales dont l'aortite abdominale n'est elle-même qu'un épiphénomène. Toutefois, si ces accidents relèvent en général de la sémiologie propre à l'affection antécédante à la poussée d'aortite, il est incontestable aussi que l'aortite est susceptible d'entraîner pour son propre compte des troubles gastriques ou intestinaux importants. C'est ainsi que bien des fois les crises douloureuses et surtout prolongées, trahissant la poussée inflammatoire sur la paroi vasculaire, se sont accompagnées de vomissements répétés ou de crise violente d'hyperchlorhydrie. D'autres fois, c'est l'entérocolite muco-membraneuse, si fréquente comme élément provocateur de l'aortite abdominale, qui devient elle-même la conséquence nécessaire de la poussée d'aortite; nous l'avons constaté plusieurs fois. Ailleurs ce sont des crises de diarrhée aiguë, des véritables flux séreux, que nous avons pu comparer à la crise d'œdème aigu du poumon symptomatique des lésions du segment basal. Dans quelques cas enfin, l'entérocolite affecte des caractères hémorragiques. Nous avons même enregistré l'hémorragie intestinale vraie.

3° *Les battements épigastriques* sont d'une extrême fréquence, chez la femme surtout, quand elle est amaigrie et présente un certain degré de relâchement des parois abdominales, avec ptose du gros intestin. Ils prennent dans *l'aortisme*, aussi bien que dans *l'aortite abdominale*, des proportions plus intenses, mais sans que cette exagération même puisse de façon ferme trancher le diagnostic entre les battements d'ordre névropathique et les battements tenant à l'inflammation propre de la paroi vasculaire. Visibles à l'œil, soulevant parfois avec une énergie inquiétante le creux épigastrique, ils deviennent pour le malade, non seulement incommodes, mais parfois obsédants; ils s'exagèrent sensiblement sous l'influence de la digestion, de la marche, voire même d'une émotion.

Souvent *exactement limités* à la paroi du vaisseau exploré, ils ont d'autrefois un caractère nettement *expansif*; et le battement se fait en nappe comme dans une tumeur anévrysmale. Alors l'auscultation, quand elle peut être pratiquée sans trop faire souffrir le patient, y peut révéler soit un bruit de souffle systolique plus ou moins intense, soit même un *double souffle* se propageant jusque dans les iliaques et jusque dans les fémorales. Ces différents souffles, nous les avons constatés non seulement chez la femme, mais aussi chez l'homme en cas d'aortite sous-diaphragmatique; sans toutefois que cette présence soit suffisante pour affirmer le diagnostic d'aortite; *le phénomène de l'expansion et du double souffle pouvant se rencontrer, en effet, dans l'aortisme simple.*

Ordinairement, ces battements provoquent un *réflexe contractural* du côté de la paroi abdominale, réflexe généralement limité à un segment du grand droit (côté gauche de préférence); ce réflexe n'est souvent qu'une sorte de réaction de défense cédant rapidement à une exploration douce et méthodique, mais qui, d'autres fois, est tellement accusé et tenace que le diagnostic peut devenir extrêmement hésitant. C'est ainsi que dans quatre de nos observations, c'est seulement après plusieurs examens qu'il nous a été possible d'écarter l'hypothèse d'un anévrysme de l'aorte ou du trépied cœliaque, voire même d'une tumeur cancéreuse soulevée par l'expansion vasculaire.

4° *Les phénomènes réflexes symptomatiques* de l'aortite abdominale sont loin de se limiter au spasme habituellement permanent, exceptionnellement rythmé (un cas de Potain), des muscles de la paroi abdominale; ils sont infiniment nombreux et variables, aussi bien dans l'ordre des manifestations cérébrales (vertige, agoraphobie, etc.) que de la nosologie gastrique ou cardiaque (vomissements, tendances lipothymiques, intermittences cardiaques). Il n'y a pas lieu d'insister, d'autant que tous ces accidents n'ont rien de pathognomonique, et qu'ils n'offrent dans leurs manifestations mêmes aucun caractère spécial susceptible de les différencier des réflexes analogues provoqués par des conditions pathologiques différentes.

En somme, ces différents signes, indices souvent sérieux sans doute d'une poussée d'aortite abdominale, n'ont cependant encore que la valeur de *symptômes présomptifs*. Pour que les prévisions se changent en certitude, il nous faut constater *l'existence des symptômes cardinaux ou essentiels*, en tête desquels figurent les trois signes déjà indiqués par Potain : 1° l'élargissement du vaisseau perçue à la palpation, avec douleur irradiée le long des iliaques; 2° la laxité de l'aorte et son déplacement possible par la main exploratrice; 3° enfin l'incurvation de l'aorte.

Cet élargissement de l'aorte, avec un peu d'habitude, est assez facilement constatable; il est logique, étant donné que l'inflammation du vaisseau doit avoir pour première conséquence la perte d'élasticité de ses parois, et consécutivement *son extension*. L'artère sera saisie avec précaution entre le pouce et l'index ou même le médius; à l'écartement des doigts, on peut apprécier approximativement le degré de dilatation, en comparant la sensation ressentie avec celle que procure, à l'état normal, l'exploration de l'aorte saine. La *laxité du vaisseau*, aisément déplaçable par les doigts explorateurs, était pour Potain un signe de première valeur parce qu'il la considérait comme la conséquence indispensable de l'inflammation de l'artère et de ses enveloppes; les premiers effets de l'irritation des tissus péri-vasculaires étant de *« libérer l'aorte de ses moyens de fixité. »* Nous avons rencontré ce signe souvent porté à un haut degré, et au point de rencontrer l'aorte repoussée de trois bons travers de doigt à gauche dans la fosse iliaque; parfois même cette mobilité était telle qu'après avoir senti le vaisseau, certain jour dans la fosse iliaque gauche, nous l'avons trouvé le lendemain dévié, à plusieurs centimètres et à droite de la colonne vertébrale.

Mais l'aorte enflammée n'est pas seulement déviée, elle est *incurvée* formant une *concavité tournée du côté de la colonne*. Cette déformation est, elle aussi, la conséquence nécessaire de la perte d'élasticité des parois du vaisseau qui, *bloqué à ses deux extrémités*, et dans *l'impossibilité de s'étendre dans le sens longitudinal*, s'incurve naturellement sous l'influence de cet allongement.

Ces signes essentiels, et considérés par Potain comme suffisants pour affirmer le diagnostic d'aortite abdominale, ont assurément une très grande valeur : nous les avons retrouvés dans la plupart de nos observations, et nous estimons qu'ils doivent toujours être minutieusement recherchés, car ils nous semblent apporter avec eux la certitude clinique. Mais ils ne sont pas toujours aisément décelables; l'exploration directe de l'aorte dans l'abdomen comportant souvent de grandes difficultés. Le *signe de la pédieuse*, sur lequel nous avons déjà longuement attiré l'attention, nous semble compléter heureusement la symptomatologie de l'aortite abdominale, en ce sens qu'il

est d'une constatation toujours facile et que, dans les cas douteux, il nous a paru toujours trancher la question dans le sens rigoureux de l'évolution ultérieure.

J'ai exposé, il y a bientôt deux ans, devant la Société médicale des hôpitaux de Lyon, les caractères essentiels et la raison d'être de ce phénomène important, « l'hypertension de la pédieuse ». Je l'attribuais à un réflexe périphérique *limité* au segment corporel irrigué par l'aorte sous-diaphragmatique, et n'ayant assurément d'autre origine que le spasme capillaire *généralisé*, source de l'hypertension classique des lésions orificielles de l'aorte; je ne saurais insister longuement sur ce point qui paraît rigoureusement logique. Mais je tiens à bien établir ici que ce phénomène n'a rien en soi d'exceptionnel, encore moins de mystérieux, et qu'il ne représente en somme qu'une des multiples applications des lois de Pfluger sur les *Réflexes*. Ce fait de l'hypertension de la pédieuse n'est, en d'autres termes, qu'un chapitre limité de *l'histoire des hypertensions partielles*, histoire sans doute pleine d'intérêt et qu'on ne fouillerait certainement pas sans profit Ce qui se passe dans le domaine de la pédieuse, en regard de l'évolution de l'aortite abdominale, devient, en effet, aussi la règle dans certaines inflammations encéphaliques; et je possède plusieurs observations démonstratives où j'ai vu la tension de la temporale s'élever progressivement à un taux dépassant de 3 et 4 cent. de mercure, la tension de la radiale (déjà pourtant fort élevée, du fait d'une néphrite interstitielle en évolution), à mesure que des accidents de méningo-encéphalite venaient s'ajouter ou se substituer aux accidents de l'irritation propre du rein.

Cette hypertension de la pédieuse me paraît un signe tellement précis dans cette histoire si délicate de l'aortite abdominale, que je n'ai retenu dans mon dossier des irritations localisées à l'aorte sous-diaphragmatique, que les observations où le phénomène avait été soigneusement enregistré. Or, en suivant minutieusement l'évolution de ces différents faits, il m'a été facile de constater *trois points* qui me semblent essentiels : 1° le degré de l'irritation aortique est généralement proportionnel à l'importance de cette hypertension; 2° les oscillations dans la tension de la pédieuse rythment en quelque sorte les améliorations comme les aggravations des poussées inflammatoires au niveau de l'artère, une exagération marquée de cette tension répondant toujours à une recrudescence de l'irritation aortique; 3° enfin la disparition définitive de l'hypertension nous a toujours semblé correspondre à la disparition complète de la poussée aortique ou péri-aortique.

D'autre part, et comme fournissant la contre-épreuve des faits sus-énoncés, nous avons pu constater que dans tous les cas ou des signes locaux ou généraux peu accusés, ou insuffisamment accentués, même pour faire songer à l'existence d'une aortite sous-diaphragmatique, nous avions enregistré une hypertension nette de la pédieuse, les accidents avaient évolué nettement dans le sens de l'aortite abdominale confirmée. Enfin là, au contraire, où des signes physiques très précis (crises gastralgiques violentes, battements intenses et expansifs au creux épigastrique avec double souffle au trépied cœliaque, contracture vigilante des grands droits, réflexes cérébraux ou cardiaques, crises syncopales, etc.) auraient pu logiquement faire songer à de l'aortite abdominale, on n'avait réellement affaire qu'à des phénomènes névropathiques facilement curables et amendables par l'hydrothérapie, lorsque ces accidents pourtant significatifs étaient accompagnés *d'hypotension marquée de la pédieuse.*

En analysant les 35 observations qui forment la base de ce travail, il semble que les limites moyennes de l'hypertension de la pédieuse vont de 1 cent. 1/2 à 2 cent. par rapport à la tension radiale; un écart de 3 cent. de mercure est encore assez fréquemment noté; une seule fois j'ai enregistré 4 cent. Mais des différences plus grandes peuvent certainement s'observer et M. P. Teissier, dans une observation qui nous a été communiquée, a trouvé 6 cent. en plus en faveur de la pédieuse (19 1/2 à la pédieuse contre 13 1/2 à la radiale).

Dans un certain nombre de cas nous avons rencontré l'égalité des pressions: il y a lieu sans doute en pareille circonstance d'être très réservé; il me semble toutefois que le diagnostic doit alors pencher plutôt en faveur de l'aortite vraie que de l'aortisme simple, si l'on veut bien remarquer qu'à pressions égales, la pression de la pédieuse se trouve très sensiblement surélevée sur ce qu'elle doit être normalement; puisque physiologiquement cette tension est de 2 à 4 cc inférieure à celle de la radiale (Potain); si l'on considère surtout que ces différences s'accusent encore davantage après la guérison de la poussée d'aortite. Quelques exemples suffiront pour entraîner la conviction.

C'est ainsi qu'une de mes malades, Mme P... voit sa tension pédieuse tomber, après une crise de péri-aortite, de 18 à 10 centimètres cubes, alors que la pression radiale n'oscille que de 3 cc (17-14). M. R... passe de 22 cc en pleine poussée, à 15 cc après guérison, alors que sa pression radiale reste immuable à 18 ou 18 1/2. Mlle D..., dont les deux pressions s'équilibrent à 17 cc au moment de la poussée aortique, voit avec l'évolution d'un léger degré de néphrite sa pression radiale monter à 19 alors que la pression pédieuse tombe à 15 avec l'atténuation des accidents de péri-aortite. Il me semble inutile d'insister davantage.

Nous n'avons pas la prétention, dans une communication forcément limitée, même d'esquisser seulement l'histoire complète des inflammations sous-diaphragmatiques de l'aorte, encore moins d'épuiser les faits cliniques qu'il nous a été donné d'observer ces dernières années. Je tiens à signaler pourtant parmi les symptômes réflexes de l'aortite abdominale, quelques faits qui me paraissent plus particulièrement intéressants, comme je veux indiquer aussi quelques complications rares qui me semblent jeter un certain jour sur la pathogénie de certaines albuminuries.

III

A côté des réflexes généraux et communs que nous avons signalés plus haut, comme faisant partie du cortège symptomatique accessoire de l'aortite abdominale, nous avons observé quelques réflexes rares mais très dignes d'être signalés : trois fois en effet, nous avons vu la crise comitiale vraie se développer corrélativement, ou consécutivement à une poussée d'aortite sous diaphragmatique; une fois même la crise a éclaté sous nos yeux, pendant l'exploration de l'aorte et sous l'influence du réflexe douloureux. Certes il ne saurait entrer dans notre esprit de considérer la crise d'épilepsie comme un symptôme directement subordonné à l'aortite, d'autant que nos malades étaient sûrement des prédisposés présentant les stigmates de la névrose, et en particulier *un indice céphalique céphalométrique oscillant au-dessus de 90* (fait pour nous, dans les cas douteux, de très haute valeur diagnostique). Il n'en est pas moins vrai que chez ces malades, avant la poussée d'aortite abdominale, il n'y avait eu aucune crise convulsive, et que c'est à l'occasion, ou sous l'influence de l'irritation vasculaire, que le spasme co-

mitial a éclaté pour la première fois. Il y a là un rapport de cause à effet qui ne saurait être nié et qu'il n'est pas indifférent de souligner.

Un autre phénomène intéressant à relever, c'est *la fréquence des intermittences cardiaques perçues* chez les malades affectés de ce genre d'irritation vasculaire. Sans doute le plus souvent les intermittences ainsi constatées relèvent des troubles gastro-intestinaux qui accompagnent l'aortisme ou l'aortite abdominale, et procèdent très vraisemblablement du même *réflexe sur le pneumogastrique*, réflexe que nous avons invoqué depuis bien longtemps déjà pour les interpréter, et dont le point de départ réside assurément dans une excitation superficielle des rameaux sympathiques de la muqueuse digestive. Mais il existe parfois chez ces malades un autre genre d'intermittences auxquelles le patient semble indiquer un siège tout particulier, soit le creux épigastrique; il sent, dit-il, « *son cœur s'arrêter entre l'estomac et l'abdomen* », et quand la circulation se rétablit, un *coup de bélier* violent est perçu par lui au même niveau. Ces *intermittences ventrales*, si l'on peut s'exprimer ainsi, me paraissent avoir peut-être une origine spéciale, et je serais disposé à les attribuer à un spasme passager du diaphragme, au niveau de l'aorte enflammée, spasme qui entraînerait une sorte *de pincement de l'aorte* à ce niveau, et consécutivement une grosse augmentation de pression dans la région sus-diaphragmatique de l'artère; le cœur alors, dans l'impossibilité de vaincre cette brusque surélévation de pression, s'arrête, et le spasme une fois vaincu, le sang afflue violemment au niveau de l'aorte sous-diaphragmatique, produisant ce brusque mouvement d'expension, *ce battement en coup de bélier ventral*, que le malade décrit avec une très grande netteté.

L'étude des complications de l'aortite abdominale mériterait de longs développements. Je n'en veux ici signaler qu'une des plus importantes, parce qu'elle touche à des questions doctrinales d'un haut intérêt : c'est la néphrite. J'ai eu l'occasion, ces dernières années, d'observer trois cas de *néphrite subaiguë* et qui m'ont paru directement subordonnés à l'évolution de l'aortite : le premier chez une femme encore jeune, chez laquelle l'aortite avait été précédée d'une crise violente d'entéro-colite et qui n'avait personnellement d'autre antécédent à relever qu'un surmenage très ancien et des veilles répétées; son frère, cependant, avait présenté, à la suite d'une grippe sévère, une poussée de néphrite infectieuse dont il fut deux ans à se remettre, permettant ainsi d'invoquer peut-être, dans le cas présent et pour une certaine mesure, la prédisposition familiale. Le second cas concerne un de mes plus anciens malades, ayant fait depuis longtemps de la tuberculose pulmonaire à évolution fibreuse, ayant un fils asthmatique et un second affecté pendant l'enfance d'une albuminurie intermittente cyclique aujourd'hui définitivement disparue; le patient avait eu, il y a quelques années, des crises de colique néphrétique suivies de l'émission d'un calcul, mais sans présenter jamais les moindres traces d'albumine. Ce dernier hiver, il croit reprendre une crise de colique néphrétique; mais une exploration minutieuse montre qu'il n'en est rien, son rein est insensible, le trajet uretéral non douloureux; mais l'aorte au creux épigastrique est sensible au point que le premier attouchement arrache un cri et provoque presque une syncope; les iliaques sont très douloureuses à la pression, et une rachialgie intense nécessite presque le décubitus horizontal constant. L'hypertension de la pédieuse vient, du reste, trancher pour moi la question. Mais cette poussée d'aortite abdominale qui est très probablement de nature tuberculeuse, s'accompagne rapidement d'accidents nouveaux : amaigrissement, pâleur, tendance nauséeuse, puis albuminurie abondante dans les dépôts urinaires, leucocytes en excès, cylindres granuleux, etc., et finalement légère imperméabilité du rein qu'une analyse cryoscopique minutieuse vient confirmer en révélant un coefficient $\frac{\Delta}{\delta}$ de 1,79 pour une diurèse moléculaire totale relativement faible (1890). Le repos, le régime lacté, complet d'abord, mixte ensuite, et la révulsion eurent rapidement raison de cet état et, au bout de trois mois, le malade put partir à la campagne, la sensibilité aortique ayant disparu, l'hypotension physiologique de la pédieuse s'étant rétablie, l'albumine à l'état de traces impondérables.

Le troisième cas concerne une malade de soixante-trois ans, ayant eu toute sa vie des poussées d'entérite avec expulsion critique de pseudo-membranes et des battements épigastriques plus ou moins violents; ce cas est très comparable au précédent comme évolution, mais il s'en distingue par ce fait qu'à plusieurs reprises, la malade, au moment des poussées péri-aortiques, eut de la *glycosurie très nette*. Nous aurons à revenir bientôt sur ce dernier point.

A tout bien considérer, ce développement de la néphrite, dans le cours d'une aortite localisée au segment sous-diaphragmatique, n'a rien de bien surprenant; en y regardant avec plus d'attention, peut-être arriverait-on à en noter plus fréquemment l'existence. Il est de bonne logique, en effet, d'admettre que l'irritation aortique doit avoir quelque propension à se propager aux artères rénales, et que l'irritation proliférative est susceptible de gagner progressivement jusqu'à la région glomérulaire. D'ailleurs, chez deux des malades dont nous venons de résumer l'histoire, la diminution sensible de la diurèse moléculaire totale indiquait suffisamment l'insuffisance relative des propriétés de filtration.

Ces poussées de néphrite ont eu, du reste, une évolution relativement simple. L'immobilité, la révulsion, le régime ont amené une guérison rapide. Mais à la guérison, ainsi réalisée, peut survivre un degré relatif d'insuffisance rénale, dont il y a lieu de tenir compte au point de vue du pronostic éloigné de cette fluxion rénale. C'est ainsi que chez notre première malade, alors qu'en pleine poussée d'aortite, la néphrite battant son plein, la diurèse moléculaire totale atteignant plus de 3000 molécules, attestait une filtration glomérulaire encore suffisante, malgré une légère diminution de la diurèse élaborée (1718); après trois années révolues, la guérison complète réalisée, et l'état général paraissant aussi bon que possible, la perméabilité nous apparaît nettement amoindrie, avec une diurèse totale de 2500 et un cofficient $\frac{\Delta}{\delta}$ de 1,78.

Ainsi, d'ailleurs, se passent bien souvent les choses, dans l'évolution des néphrites infectieuses, même les plus légères. Au moment de la crise, la perméabilité paraît intacte; mais au bout de trois ou cinq ans, alors qu'il ne reste plus qu'un peu d'*albuminurie résiduale* à longues intermittences, l'infériorité fonctionnelle du rein se manifeste aussi bien par l'insuffisance relative de la filtration glomérulaire que de la fonction épithéliale.

Cette influence de l'aortite abdominale, sur le développement des néphrites, me paraît susceptible d'éclairer aussi une question encore obscure, celle des rapports de l'entéro-colite pseudo-membraneuse avec l'albuminurie en général. Cette relation est indiscutable; mais très variables, sans

doute, doivent être les causes susceptibles de conditionner ici l'albuminurie; comme très variées aussi doivent être les formes cliniques de cette albuminurie, parfois intermittente et passagère, d'autrefois plus durable, ou même définitive et vraisemblablement alors d'origine brightique.

Sans doute, dans quelques cas, l'entéro-colite elle-même est secondaire et subordonnée à la néphrite qui l'a précédée; sans doute encore, l'entéro-colite et la néphrite peuvent être concomitantes, la même infection (grippe, syphilis ou paludisme) les ayant actionnées corrélativement. Mais, il ne m'en paraît pas moins réel que dans bon nombre de cas l'albuminurie doit être la conséquence naturelle et logique du trouble apporté dans la circulation rénale, par l'aortite localisée au segment sous-diaphragmatique. En somme, l'albuminurie, fréquente dans le cours de l'entéro-colite, quels que soit son caractère ou son degré, doit emprunter souvent, *comme condition intermédiaire*, les troubles circulatoires réalisés dans la circulation glandulaire rénale, par l'aortisme ou par l'aortite, symptômes ou complications habituels de l'entéro-colite. Et ce qui confirme encore pour moi la réalité de cette conception, c'est le fait auquel je faisais allusion plus haut, de *glycosurie intermittente*, et alternant avec les poussées de congestion rénale, chez une de mes malades, à chaque poussée de colite suivie de péri-aortique. Très vraisemblablement ici, le trouble apporté dans la circulation du pancréas agit vis-à-vis de la fonction glandulaire correspondante, comme précédemment le trouble de la circulation rénale dans la production de l'albuminurie, si bien qu'ici encore, la glycosurie nous apparaît comme une conséquence logique de la localisation aortique.

IV

On conçoit aisément, si l'on se rapporte aux considérations ci dessus, combien, dans certains cas, doit être délicat et difficile le *diagnostic différentiel* des déterminations morbides périaortiques au aortiques dans l'abdomen: *la multiplicité des réflexes* qui leur correspondent, comme *la variété des complications* susceptibles de se développer concurremment, et capables à un moment donné de détourner, en la concentrant sur un symptôme dominant, l'attention de l'observateur, sont éminemment propices à égarer le diagnostic. Et ce n'est alors que pour avoir été averti des écueils et des difficultés du problème, qu'une exploration méthodique sera tentée, grâce à laquelle, après avoir passé en revue tous les signes sur lesquels nous nous sommes étendus précédemment, le praticien formulera son jugement, qui deviendra nettement *affirmatif*, si après avoir constaté ces signes si nets de la *déviation avec laxité et incurvation* du vaisseau, il décèle des *battements aortiques douloureux* avec *irradiation le long des iliaques* et surtout ce phénomène si précis dans sa signification, l'*hypertension de la pédieuse*.

Car c'est elle, en effet, qui nous permettra encore d'affirmer l'aortite en face des faits qui la simulent au plus haut degré, c'est-à-dire l'anévrysme du trépied cœliaque, et l'aortisme primitif d'ordre purement névropathique ou secondaire aux multiples affections de la cavité abdominale, cas souvent des plus compliqués, où l'expansion douloureuse des battements, le double souffle à l'auscultation, et la contraction vigilante des grands droits, donne la sensation de la poche anévrysmale vraie. Mais ces *anévrysmes-fantômes* se distinguent par ce fait, mis autrefois en lumière par François-Franc, que dans l'anévrysme vrai la compression de la poche pulsatile augmente nettement la pression dans la circulation artérielle sous-jacente, et de l'aortite, en ce que la tension de la pédieuse reste notablement inférieure à celle de la radiale.

C'est encore cette étude méthodique des variations de la pression périphérique, au membre inférieur, qui tranchera la question dans l'hypothèse souvent fort délicate d'une tumeur de la région épigastrique soulevée par les battements du tronc cœliaque et dont le spasme limité d'une portion du grand droit au niveau du foyer d'aortite peut donner la sensation, à un degré tel que le praticien le plus expérimenté peut être induit en erreur : d'autant que l'amaigrissement, les vomissements, et cette sorte de cachexie qui s'observe souvent chez les vieux entéritiques, voire même les hémorragies, peuvent facilement entraîner un esprit non prévenu vers le diagnostic de néoplasme en évolution. L'hypertension de la pédieuse m'a plus d'une fois permis d'éviter une confusion qui eut été préjudiciable au malade.

Ce qui ne veut pas dire que, dans quelques cas assez rares, d'ailleurs, les deux affections ne puissent évoluer simultanément : j'en ai vu récemment un exemple. Il existait de l'aortite sous-diaphragmatique syphilitique, et les symptômes révélateurs de cette dernière se mêlèrent quelques semaines aux manifestations d'une néoplasie gastrique à évolution rapide, et de telle façon, que, pendant près d'un mois, le diagnostic complet resta forcément en suspens.

L'évolution de l'aortite abdominale est aiguë, subaiguë ou chronique, suivant ses causes, et aussi suivant qu'elle a été reconnue et soignée d'une façon plus ou moins précoce. Mais, en thèse générale, les localisations inflammatoires sur le segment abdominal, sont moins graves que les lésions du segment aortique basal. La raison s'en conçoit aisément : ces différences tiennent à l'éloignement du cœur et à l'absence de retentissement sur le plancher aortique, comme sur la circulation des coronaires. Il me semble, d'après l'ensemble de mes observations, que l'*évolution naturelle* de l'aortite abdominale se fait vers la *guérison spontanée*. Néanmoins, il peut se faire que le malade succombe brusquement à une rupture de l'artère (cas de Potain). Et si je me reporte à mes observations lointaines, alors que mon attention n'était encore éveillée que d'une façon trop superficielle sur ces questions, je crois bien avoir perdu un de mes malades d'hémorragie intestinale ; il s'agissait d'un jeune homme qui fut longtemps soigné comme névropathe, mais si je me réfère à un certain nombre de signes chez lui constatés, il devait être atteint d'aortite sous-diaphragmatique.

Il est incontestable, d'ailleurs, qu'une *médication* appropriée et rationnelle a une heureuse influence sur l'évolution de ces poussées aortiques ou périaortiques. En premier lieu, il faut imposer l'*immobilité dans le décubitus horizontal*; du reste, les malades en reconnaissent vite l'utilité et en apprécient le bénéfice. On profite de ce repos pour maintenir sur l'abdomen des *compresses chaudes* qui exercent une *révulsion légère* à la peau, calment les douleurs, et produisent une sensation de détente des phénomènes spasmodiques. Dans les cas très aigus, j'ai appliqué avec succès les *sangsues* ou les *vésicatoires* ; dans les cas subaigus ou chroniques, les onctions napolitaines, ou l'emplâtre de Vigo. Les grands bains calmants tièdes rendent aussi des services.

Mais il est un moyen sur lequel je ne saurais trop insister, car il me paraît infiniment précieux : c'est l'emploi du bromure d'ammonium, administré en lavement dans de l'infusion de valériane. Potain avait, il y a longtemps,

préconisé ce médicament pour calmer les réflexes cardiaques ayant leur point de départ dans l'estomac ou l'intestin. J'estime qu'il y a avantage à en généraliser l'emploi et à le prescrire toutes les fois qu'il existe de l'irritation aortique avec battements épigastriques exagérés et sensations plus ou moins douloureuses. L'éréthisme circulatoire dans tout l'abdomen s'en trouve toujours heureusement modifié, et bien des symptômes accessoires et pénibles de l'aortite sous-diaphragmatique sont consécutivement amendés. Ces lavements seront donnés quotidiennement; administrés un peu chauds, ils sont plus efficaces.

Il va sans dire que chaque symptôme dominant entraînera une médication spéciale et susceptible de varier avec chaque fait particulier. Les complications commanderont, elles aussi, certaines indications de médicament ou de régime; mais ce n'est pas ici le lieu d'insister.

MÉDECINE MILITAIRE

Campagne menée par les officiers d'administration des hôpitaux contre leurs chefs les médecins militaires

Les personnages qui mènent la campagne que l'on sait contre le service de santé escomptaient l'impossibilité de répondre et de se défendre — à laquelle les médecins militaires sont astreints de par les règlements — pour permettre à toutes les inexactitudes, à toutes les calomnies déversées par une presse tendancieuse, de gonfler, de se répandre, d'envahir de proche en proche, de réaliser en un mot les promesses de Dom Basile. Nos articles, en faisant voir les choses telles qu'elles sont, en indiquant le point de départ de cette campagne, en faisant la lumière sur les basses vengeances, les ambitions malsaines qui grouillent dans ce milieu, qui sue la délation, ont dérangé ces combinaisons. *Inde iræ*.

Le porte-parole des officiers d'administration des hôpitaux a manifesté sa mauvaise humeur en nous décochant quelques traits spirituels et mordants: il nous a appelé « Esculape militaire », « Ex-morticole militaire ». Ce qui prouve une fois de plus la vérité du vieux proverbe : « Tu te fâches, donc tu as tort. »

Son embarras s'est encore affirmé parce qu'il a cherché à déplacer la question et à l'entraîner sur le terrain des personnalités. Mais cette savante tactique sera peine perdue, car ici nous n'avons qu'un objectif, la direction du service de santé; qu'un but, le bien-être du soldat malade ou blessé.

Un fait surtout est bien suggestif : c'est l'affirmation que le projet prêté aux officiers d'administration de vouloir obtenir des fonctions semblables à celles qui étaient jadis dévolues, dans les hôpitaux militaires, aux intendants militaires, n'est qu' « allégations sans consistance. » De même « la fameuse insurrection administrative ne doit être que le fait d'un cauchemar dont le Dr Noël est le jouet. »

Cela prouve, une fois de plus, que tout mauvais cas est niable et que les officiers d'administration commencent à sentir en quelle mauvaise posture ils se sont placés devant l'opinion publique.

Que les officiers d'administration aient des revendications à formuler, nous le concevons très bien; les médecins en ont bien à présenter. Personnellement, nous croyons qu'il y a lieu d'améliorer la situation des uns et des autres, et nous reviendrons sur ce point dans nos articles ultérieurs.

Que les officiers d'administration aient songé depuis longtemps à rétablir à leur profit le régime de l'Intendance dans le service de santé, tous les médecins militaires, au courant de ce qui se passe dans le corps de santé, le savaient il y a belle lurette.

On s'attendait donc à voir un jour ou l'autre la question se poser dans la presse militaire et se discuter comme se discutent les choses de l'armée. Ce qui a surpris dans la campagne actuelle, ce n'est donc pas les prétentions avouées par les officiers d'administration, c'est le terrain qu'ils ont choisi pour leur plate-forme, ce sont les grossièretés, les injures, les inexactitudes, les délations, les calomnies qu'ils ont vomies à flots, tel un abcès qui crève.

Et de fait c'est bien un abcès de fiel, de rancunes, de haines, qui a percé.

Au début, il n'y avait qu'une fistulette, par laquelle on tentait de baver sur le médecin-chef du Val-de-Grâce; l'orifice s'élargissant, on chercha à éclabousser le directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Puis, comme si les glandes à venin engorgées éclataient tout d'un coup, brusquement la boue fut dirigée contre le chef de la 7e Direction et ses collaborateurs du Comité de santé, contre le médecin officier d'ordonnance du ministre de la guerre, contre le major de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Et voilà maintenant que la province aussi a ses victimes désignées, et qu'on s'en prend au médecin principal de 1re classe Benech, directeur du service de santé à Nancy.

Demain, de qui sera-ce le tour dans ces fournées de suspects classés dans « la calotte militaire ».

Certains officiers d'administration, que la passion n'aveugle pas, se sont rendu compte du dégoût que cette campagne de délations calomnieuses, et cette partie liée avec les pires ennemis de l'armée, provoquaient dans le milieu militaire. D'autres ont compris que, dans les circonstances actuelles, les chances d'une suppression rapide des hôpitaux militaires et du remplacement des sections d'infirmiers par les compagnies de santé avaient augmenté. Et puis que deviendra, pour le comptable, l'existence avec un chef qui craint autour de lui conspiration, espionnage et délation!

Aussi un certain nombre de comptables regrettent la lutte engagée, d'où ils ne peuvent sortir que moralement et matériellement amoindris. A l'encontre des enragés qui n'ont pas grand chose à perdre et jouent leur va tout, ils voudraient trouver un moyen d'arranger les choses.

Qui l'emportera des deux courants? L'avenir le dira. Mais le point important à préciser, le seul que nous ayons voulu rétablir aujourd'hui, c'est que malgré les dénégations intéressées du journal l'*Action*, les officiers d'administration des hôpitaux militaires font, avec les pires ennemis de l'armée, campagne contre leurs chefs les médecins militaires.

Dr NOEL.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Ankylostomiase par infection à travers la peau intacte

On a admis jusqu'ici que l'infection par l'*ankylostoma duodenale* a lieu uniquement par la voie buccale. Or, au cours de ces dernières années, le professeur Looss (du Caire), qui fait autorité en helminthologie, a publié une série de travaux tendant à démontrer que l'ankylostomiase peut être due aussi à une infection transcutanée. Cette assertion ayant été attaquée par la plupart des savants s'occupant spécialement de la question de l'ankylostomiase (Leichtenstern, Grassi, Pieri et autres), M. F. Schaudinn (*Deutsche med. Wochenschr.*, 8 septembre 1901), membre de l'Office sanitaire allemand, a entrepris de la contrôler par des recherches expérimentales dont le résultat, disons-le de suite, est venu confirmer en tous points l'opinion de Looss.

Ces expériences furent faites sur deux jeunes singes du genre *inuus sinicus*, exempts d'ankylostomiase, ce dont on s'était préalablement convaincu par des examens microscopiques réitérés de leurs excréments. Pour l'application sur leur peau des larves vivantes d'ankylostomes, on choisit la région interscapulaire où les poils furent coupés ras (non pas rasés) sur un espace grand comme une pièce de cinq francs. Sur cette surface dénudée, pendant que l'animal était tenu complètement immobilisé, un aide laissait tomber quelques gouttes d'eau, contenant des larves d'ankylostome, qu'on étalait doucement avec le manche d'un bistouri. Le singe était ensuite maintenu dans l'immobilité absolue jusqu'à dessiccation complète du liquide qu'on avait versé sur sa peau. Cet assèchement une fois obtenu, on lavait vigoureusement et à plusieurs reprises, au moyen de l'alcool absolu, la partie ayant servi à l'ap-

plication des larves, ainsi qu'une vaste zone des parties environnantes, de façon à en enlever et à tuer tous les parasites qui n'avaient pas eu le temps de pénétrer à travers les téguments.

Le premier singe, traité de la sorte, succomba au bout de deux semaines, après avoir présenté pendant quelques jours des signes évidents de malaise. L'autopsie décela chez lui, dans le premier tiers de l'intestin grêle, trente-six ankylostomes vivants dont l'état de développement correspondait à une dizaine de jours, conformément à la date de l'inoculation sus-dermique. Deux de ces parasites seulement se trouvaient dans la cavité même de l'intestin, les autres étaient enfouis dans le tissu sous-muqueux. Une larve, manifestement arrêtée dans son développement, fut trouvée roulée sur elle-même dans l'épaisseur d'un ganglion péritonéal.

Le second singe, inoculé de la même façon que le précédent, mais à trois reprises différentes, les 11, 29 et 30 juin, fut sacrifié et autopsié six heures après la dernière inoculation. Son duodénum renfermait des ankylostomes dont quelques-uns, plus avancés en développement, correspondaient à la première inoculation, tandis que d'autres, beaucoup moins développés, provenaient évidemment de la seconde inoculation. Enfin, comme résultat de la troisième inoculation, on voyait des larves situées tantôt dans les follicules pileux, tantôt déjà dans l'épaisseur du derme.

Il est ainsi démontré que l'invasion de l'organisme du singe — et, partant, de celui de l'homme — par l'ankylostome duodénal peut s'effectuer à travers les téguments alors même que ces derniers sont intacts, fait dont l'importance pour la prophylaxie individuelle et collective de l'ankylostomiase saute aux yeux.

Sur la voie que suivent les larves de l'ankylostome après avoir franchi le revêtement cutané, nous sommes renseignés par M. Looss, dont les préparations microscopiques provenant de chiens infectés à travers la peau ont pu être examinées par M. Schaudinn. Elles montrent que ces larves pénètrent dans une veine sous-cutanée, puis dans le cœur droit et les capillaires pulmonaires d'où elles passent dans les alvéoles et se dirigent, par les bronches, la trachée et le larynx, dans l'œsophage, l'estomac et, enfin, dans l'intestin. D'autres larves peuvent aussi, au sortir du derme, s'insinuer dans un vaisseau lymphatique. Elles sont alors arrêtées par un ganglion, ou bien elles passent quand même dans le torrent de la circulation veineuse et se comportent comme les précédentes.

Encore une guérison rapide de la polyurie non sucrée par la strychnine en injections hypodermiques

M. B. Stein (*Muench. med. Woch.*, 6 septembre 1904) relate une observation de diabète insipide survenu chez une jeune femme à la suite d'une forte émotion et qui, après des tentatives infructueuses de traitement par l'antipyrine, l'opium, l'arsenic et l'iodure de potassium, céda rapidement aux injections sous-cutanées de strychnine. Venant après les observations analogues de M. Feilchenfeld et celle, toute récente, de M. Leick (voir *Bulletin médical*, 7 septembre 1904, p. 799), ce fait confirme l'action quasi spécifique des injections sous-cutanées de strychnine contre la polyurie dite essentielle et mérite, par conséquent, d'être signalé.

Au moment où fut commencée la médication strychnique, la malade de M. Stein éliminait, par vingt-quatre heures, 15 litres d'urine. La soif et les besoins d'uriner ne lui donnaient pas de répit, la sécheresse de la peau et de la bouche étaient extrêmes, de même que la prostration. Quatre séries de cinq injections strychniques, séparées par des intervalles de trois jours, furent pratiquées dans ce cas. La dose initiale d'alcaloïde par jour et par injection était d'un milligramme pour la première série, de trois milligrammes pour la seconde, de cinq milligrammes pour la troisième et d'un centigramme pour la quatrième série.

Sous l'influence de ce traitement, la quantité des urines s'abaissa progressivement pour atteindre, en quatre semaines, le taux de 3 à 4 litres par vingt-quatre heures, et le conserver définitivement. La polydypsie, la polyphagie, la sécheresse de la peau et de la bouche ont disparu. Le poids du corps a augmenté de sept livres.

V. DE H.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

M. le méd. aide-major de 1re cl. Montel a été désigné pour servir en Indo-Chine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU

Professeur : M. Dieulafoy.

Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.

Un cours de vacances, commençant le 19 septembre et comprenant 18 leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le prof. Dieulafoy, le matin de 10 heures à 11 h. 1/2.

Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, uroscopiques et hématoscopiques applicables au diagnostic clinique;

3° Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire, bains froids, etc.).

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les Drs Griffon, chef de clinique; Nattan-Larrier et Lœper, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants; O. Crouzon, ancien interne, et Gaultier, interne du service.

Le montant des droits à acquitter est de 50 fr.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôtel-Dieu de Lyon.)

M. le prof. A. Bondet.

Lipomatose symétrique douloureuse et maladie de Dercum

(Leçon recueillie et rédigée par le Dr A. Cade, ex-chef de clinique médicale à la Faculté.)

Je m'en voudrais de ne point vous faire profiter, Messieurs, de l'heureux hasard qui a conduit à notre consultation la malade que voici. Son histoire, que je connais bien, puisqu'il y a déjà plusieurs mois que cette femme est venue se présenter à la clinique, vous intéressera certainement. Je vous l'exposerai tout d'abord. Cela me conduira à vous esquisser les traits principaux d'une affection dont l'individualisation clinique n'est pas très vieille, je veux parler de l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum. Vous verrez que, malgré quelques particularités que je vous signalerai en chemin, c'est là le diagnostic, l'étiquette à appliquer à notre cas. Nous discuterons ensemble, à ce propos, les rapports de l'adipose douloureuse avec les lipomes symétriques; et je terminerai en vous indiquant le traitement que nous avons institué et qui nous a donné ici une indiscutable amélioration.

Voici d'abord notre malade.

C'est une femme de cinquante ans, habitant à Lyon, et se livrant uniquement aux occupations de son ménage. Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Elle a été réglée pour la première fois à dix-sept ans. Elle s'est mariée à trente-trois ans. Jamais de grossesse. Quelques mois après son mariage elle fait, en glissant sur du verglas, une chute violente sur la tête et le dos. Cette chute est assez grave pour l'obliger à garder le lit pendant trois mois et à porter pendant plusieurs années une ceinture hypogastrique.

Retenez-bien, Messieurs, cette histoire de traumatisme. J'y reviendrai d'ailleurs plus loin.

Il est un autre fait important dans l'histoire des événements, qui ont précédé et préparé l'affection actuelle de cette femme; ce fait, c'est une lésion annexielle qui dut être traitée chirurgicalement — la malade avait alors trente-huit ans.—Cinq ou six mois plus tard apparaissent des douleurs assez vives à la face interne de la cuisse gauche, au-dessus du genou. Quelques mois après cette éclosion des phénomènes douloureux, une tuméfaction se forme au niveau du siège de ces sensations pénibles, tuméfaction tout à fait analogue à celle que vous pourrez constater dans un instant. Puis les mêmes phénomènes se produisent symétriquement dans le membre inférieur du côté opposé; ils apparaissent ensuite, toujours symétriquement, dans d'autres points du corps, sur le tronc, sur les membres supérieurs et même à la face. Mais cette généralisation ne s'effectue que très lentement.

Entre temps les menstruations, qui étaient devenues irrégulières après l'intervention péri-utérine, disparaissent complètement, à quarante-quatre ans. Retenez bien ce fait que, depuis cette date, la marche de l'affection a été plus rapide. La maladie, dont est atteinte cette femme, a en effet des liens très nets avec l'absence ou l'irrégularité des menstruations.

Si nous étudions avec un peu d'attention les troubles morbides qui s'offrent ici à notre observation, nous trouvons au premier plan des douleurs et des tuméfactions symétriques, douleurs et tuméfactions assez exactement superposables les unes aux autres.

Examinons de plus près ces deux ordres de phénomènes.

Les douleurs ont été le premier trouble en date. Elles étaient spontanées, comparées à des fourmillements, à des élancements, ordinairement localisées, mais parfois aussi irradiées le long du trajet d'un nerf. Leur allure était paroxystique; leur violence très variable pouvait atteindre un degré tel qu'on pût, du moins pour les douleurs faciales, discuter l'opportunité d'une section nerveuse.

Pour expliquer le caractère de ces douleurs, la malade se sert surtout d'une comparaison, que je vous cite parce qu'elle est assez classique en pareil cas, c'est la sensation d'un arrachement, d'un décollement de la peau. L'intensité de ces phénomènes allait en diminuant à mesure qu'apparaissaient et grossissaient les tuméfactions que je vais bientôt vous décrire.

A côté des douleurs spontanées, je dois vous signaler les douleurs provoquées. Le pincement de la peau, la pression même légère suffisent à les éveiller. Elles siègent au niveau des tuméfactions sous-cutanées.

Si je vous dis, Messieurs, tuméfaction plutôt que tumeur, c'est que le premier terme est mieux en rapport avec l'absence de limitation exacte de la néo-production. Il est assez difficile, en effet, de trouver chez notre malade une tumeur bien circonscrite, bien encapsulée.

Il s'agit au contraire, en général, de masses à limites indécises, à contours en quelque sorte estompés. Ces masses sont ordinairement assez volumineuses et offrent des dimensions sensiblement égales dans les deux moitiés du corps. Elles sont en effet symétriques, et ce n'est point là un de leurs caractères de moindre intérêt. Leur consistance est pâteuse, et le pincement du tégument qui les recouvre provoque un froncement de la peau rappelant la comparaison classique de l'écorce d'orange. Ce pincement est d'ailleurs douloureux. Il provoque, en outre, assez facilement la formation de petites ecchymoses sous cutanées. C'est là un signe qui, joint aux épistaxis répétées qu'accuse cette femme, indique bien chez elle cette tendance hémorragique si fréquente chez de tels malades. J'ajouterai d'ailleurs que son système veineux superficiel forme un réseau très développé et apparent, et qu'il est assez habituel de constater chez elle l'apparition d'une rougeur diffuse des extrémités des membres, accusant un trouble évident de l'innervation vasomotrice.

Je vous ai dit que les masses lipomateuses de notre malade offraient une disposition symétrique. Il me reste à vous indiquer leur localisation. Des tumeurs volumineuses siègent au-dessus des genoux à la face interne des cuisses, dans les plis inguinaux, sur les fesses. Aux membres supérieurs vous en rencontrez au-dessus de l'épitrochlée, à la face interne des bras dans leur tiers supérieur, et dans les régions deltoïdiennes. Sur le tronc vous trouvez une masse au-dessus de chaque omoplate. Dans les creux susclaviculaires siège une autre tumeur d'ailleurs peu volumineuse. Il n'est pas jusqu'à la face qui ne soit atteinte : dans les régions pré-auriculaires et sous-maxillaires vous sentirez de petites tumeurs bien limitées, et la malade attire enfin notre attention sur une hypertrophie de la pointe du nez, qui paraît être de même nature. Je vous prie de retenir cette localisation sur la face : ce n'est pas là un des traits les moins intéressants de l'histoire pathologique que je vous rapporte.

Jusqu'ici deux signes ont seuls retenu notre attention : des douleurs et des tuméfactions lipomateuses; il me reste à étudier maintenant deux autres phénomènes qui compléteront le quadrige symptomatique de cette affection : l'asthénie neuro-musculaire et les troubles psychiques.

Cette femme dit avoir constamment envie de dormir. Elle a beaucoup de peine à s'éveiller le matin et reste au lit jusqu'à onze heures. Elle prend cependant dans sa journée environ un litre de café.

Elle est devenue bizarre, irritable, emportée, acariâtre; et son ménage s'est souvent ressenti de cette altération profonde de son caractère. La moindre contrariété lui amène souvent une crise de larmes. Elle a des idées tristes, est persuadée que sa maladie est des plus graves. Elle s'est inquiétée pendant longtemps d'un gonflement léger qui était apparu à la pointe du nez. Elle se croyait absolument défigurée et était convaincue que, dans les rues, tous les passants la regardaient. Elle était arrivée, du fait de ces idées tristes et de ses douleurs, à songer au suicide. Elle avait même fait choix déjà de son genre de mort : c'est à l'intoxication oxy-carbonée qu'elle devait, à l'occasion, donner la préférence. Et avant d'en arriver là elle avait essayé déjà de l'ingestion massive de teinture d'iode qui fut heureusement sans résultats.

Si j'ai insisté un peu longuement sur ces symptômes — lipomes, douleurs et troubles psychiques — c'est qu'ils constituent le fond même de l'affection dont se trouve atteinte cette malade.

Pour être complet dans notre examen, nous allons néanmoins passer rapidement en revue les divers organes ou appareils.

Du côté du système nerveux, dont l'étude est d'autant plus nécessaire qu'il peut être incriminé dans la pathogénie des phénomènes observés, nous ne trouvons que des symptômes très légers. La force musculaire, mesurée au dynamomètre, est conservée.

La recherche de l'état de la sensibilité ne dénote, en dehors des phénomènes douloureux spontanés ou provoqués, qu'une très légère diminution de la sensibilité au tact au niveau des tumeurs lipomateuses. Le réflexe cornéen est diminué, mais le réflexe pharyngien est conservé.

Les réflexes rotuliens sont très légèrement exagérés.

Du côté de l'appareil digestif nous ne pouvons relever que quelques troubles dyspeptiques légers, des pesanteurs épigastriques après les repas, un peu de gastralgie.

L'auscultation des poumons est négative.

L'examen objectif du cœur ne donne aucun résultat. La malade accuse de temps en temps des palpitations.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Telle est, Messieurs, l'observation de cette malade que vous avez devant les yeux. Il faut nous demander maintenant quelle étiquette nous allons appliquer sur cet ensemble de symptômes.

Nous ne pouvons nous arrêter à l'idée d'un œdème, je veux parler de ces variétés d'œdème chronique et circonscrit que l'on a décrites dans ces dernières années : œdèmes nerveux, hystérique, rhumatismal, trophœdème de Meige, œdème segmentaire de Debove, pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu, etc. Je sais bien que dans ces divers cas la consistance des tuméfactions observées tient plus du lipome que de l'œdème, si bien qu'on désigne certaines de ces productions sous le nom de pseudo-lipomes. Je sais bien aussi qu'il se peut que l'œdème puisse aboutir, par irritation permanente et prolongée du tissu cellulo-adipeux, à l'hyperplasie de ce tissu. Néanmoins, cliniquement, nous devons séparer de ces œdèmes l'affection dont se trouve atteinte cette femme.

Il ne saurait être question non plus ici d'un myxœdème, même d'un myxœdème fruste et localisé ; c'est là une maladie à début plus précoce, le plus souvent infantile, affectionnant la face à laquelle elle donne un aspect caractéristique, atteignant les extrémités, frappant plus diffusément le tissu cellulaire, lui donnant une consistance plus élastique, arrêtant le sujet dans son développement. Et j'ajoute enfin que le myxœdème est curable par l'opothérapie thyroïdienne; or, celle-ci a échoué dans notre cas, comme je vous le dirai dans un instant.

Je ne m'astreindrai pas à différencier de l'affection, dont vous venez d'écouter l'observation, ni la neuro-fibromatose de Recklinghausen, ni la sarcomatose cutanée généralisée, ni bien d'autres maladies encore. Vous trouverez dans vos livres ce diagnostic différentiel qui peut être soulevé dans certains cas mais qui ne saurait être de mise ici.

Vous ne pouvez songer évidemment à l'obésité vulgaire, dont l'aspect est bien différent avec la généralisation de l'hyperplasie adipeuse, l'absence de douleur et de troubles psychiques.

Devons-nous nous arrêter au diagnostic d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale? Je ne le crois pas. MM. Launois et Bensaude ont décrit, sous ce nom, une maladie ou peut-être mieux un syndrome caractérisé par des tumeurs symétriques localisées et cependant mal limitées, de consistance pseudo-fluctuante. Mais ces tumeurs siègent surtout à la région cervicale, et en général dans les zones qui correspondent aux ganglions lymphatiques. Elles ne s'accompagnent pas de douleurs. Elles apparaissent surtout dans le sexe masculin et à l'âge adulte. Tous ces caractères ne sauraient convenir à notre malade. Je crois, que l'association qu'elle présente de tumeurs lipomateuses et douloureuses avec de l'asthénie neuro-musculaire et des troubles psychiques, doit immédiatement évoquer dans notre esprit cette maladie ou ce syndrome que Dercum, de Philadelphie, a décrit dès 1888 et auquel il a imposé le nom d'adipose douloureuse. Depuis le premier mémoire du neurologiste américain, de nombreux travaux ont paru sur cette question, et particulièrement en France, dans ces dernières années, il y a eu une véritable floraison de publications sur ce sujet. Je ne vous citerai point celles-ci, et je me contente de vous renvoyer aux travaux les plus récents et les plus complets : la thèse de Vitaut (Lyon 1901) écrite sous l'inspiration du Dr J. Roux, de Saint-Étienne, la thèse de Sellerin (Paris 1903), la clinique de M. Ballet, parue l'an dernier dans la *Presse médicale*, et enfin la revue générale de MM. Ferrand et Sainton publiée, également au cours de l'année dernière, dans la *Gazette des hôpitaux*.

Vous verrez, si vous lisez ces travaux, que le diagnostic d'adipose douloureuse s'applique parfaitement à notre malade. Chez elle vous retrouvez le quadrige symptomatique de la maladie de Dercum : lipomes, douleurs, asthénie, troubles psychiques. Chez elle également vous trouvez cette tendance hémorragique si classique en pareil cas. Son affection a débuté assez tardivement, elle a épargné les mains et les pieds, elle a été en relation avec des troubles de la menstruation. Bref, l'étiquette d'adipose douloureuse paraît lui convenir parfaitement. Il y a cependant une légère anomalie : la face n'est pas restée indemne; nous avons vu apparaître de petites tumeurs dans les régions sous-maxillaires, préauriculaires, et enfin à l'extrémité et sur les côtés du nez. Cette atteinte de la face n'a jamais été signalée, que je sache, dans les diverses observations de maladie de Dercum antérieurement publiées. Mais je ne pense pas qu'il y ait là un motif suffisant pour exclure

notre malade du cadre de l'adipose douloureuse.

A un autre titre encore l'histoire de cette femme nous apparaît intéressante, c'est en raison du caractère symétrique de ses tumeurs lipomateuses. Dans l'adipose douloureuse on peut rencontrer des tuméfactions de trois types principaux, types qui peuvent d'ailleurs s'observer successivement ou simultanément chez le même individu : le type nodulaire franchement et nettement circonscrit, le type diffus localisé et le type diffus généralisé.

Chez notre malade il s'agit surtout de la seconde forme, dans laquelle les tuméfactions, quoique localisées, ont des limites imprécises et comme estompées. Mais chez elle, chose remarquable et anormale dans la maladie de Dercum, les productions lipomateuses sont exactement symétriques.

Notre observation soulève donc à nouveau la question des rapports qui peuvent exister entre les lipomes symétriques et la maladie de Dercum. Récemment (1903) M. Cheinisse, dans une Revue critique de la *Semaine médicale*, n'hésitait pas à rapprocher ces deux états : des observations comme la nôtre ne peuvent d'ailleurs, à cet égard, laisser aucun doute.

Ces cas de transition montrent bien qu'il ne faut pas vouloir en clinique pousser à l'extrême l'individualisation des types et qu'il faut bien souvent savoir reconnaître les traits d'union qui rapprochent les formes morbides ou les syndromes en apparence bien séparés. D'ailleurs, lorsqu'on relit les observations déjà vieilles de plus de dix ans de lipomatose symétrique, telles celles qu'a publiées Bouju dans sa thèse (Paris 1892), on ne peut pas ne pas remarquer l'existence, dans certains de ces faits, de phénomènes douloureux, névralgiformes ou rhumatoïdes, précédant ou accompagnant l'évolution des lipomes symétriques. Nous ne prétendons pas que tous ces cas doivent rentrer dans la maladie de Dercum : il faut plus, en effet, pour caractériser celle-ci, que des douleurs et des lipomes. Il faut aussi des troubles psychiques, mais ceux-ci ont pu parfois passer inaperçus. Et je suis persuadé que les cas d'adipose douloureuse deviendront désormais plus nombreux à mesure que l'affection sera mieux connue. Les formes frustes ou larvées seront dépistées et mises en valeur.

Le rapprochement, que je viens de tenter au nom de la clinique entre certains faits de lipomatose symétrique douloureuse et la maladie de Dercum, ne peut que vous apparaître plus légitime si nous nous adressons maintenant à l'investigation étiologique.

Prenez, par exemple, notre malade : c'est une femme, et une femme chez qui l'affection a débuté à plus de quarante ans. Celle-ci a été précédée de manifestations inflammatoires du côté des annexes, qui ont nécessité une intervention, et les menstrues, déjà très irrégulières, disparaissent rapidement.

Dans le passé de cette femme nous relevons encore un traumatisme violent avec chute sur la tête et le dos.

Or, la maladie de Dercum s'observe avec une grande prédominance dans le sexe féminin, surtout à partir de quarante ans. Elle apparaît le plus souvent au moment de la ménopause; en tout cas, les troubles menstruels y sont des plus fréquents. Enfin, dans un certain nombre de cas, l'influence d'un traumatisme s'est fait sentir. Vous voyez donc que l'étiologie, comme la clinique, pousse notre malade dans le cadre tracé par Dercum.

Je n'entrerai pas dans une longue discussion à propos de la pathogénie de cette curieuse affection, cette pathogénie étant encore très obscure, et notre observation personnelle ne me paraissant pas devoir lui fournir d'éclaircissement notable. Il est indiscutable qu'on ne peut s'empêcher de songer à un mécanisme nerveux, en présence des symptômes observés. Les douleurs et les néoformations lipomateuses, surtout si ces néoformations sont symétriques comme dans notre cas, cadrent parfaitement avec cette pathogénie. Vous savez tous que l'adipose peut se rencontrer dans un certain nombre de maladies nerveuses, et je ne crois pas devoir insister plus longuement sur ce sujet.

Quel est le point du système nerveux qui souffre dans la maladie de Dercum? Rien ne nous permet d'être très affirmatif à cet égard. Cependant la clinique, et les constatations de plusieurs neurologistes et notamment de Dercum, trouvant de la névrite des petits nerfs sous-cutanés, plaideraient pour une *localisation périphérique*. On ne peut songer à un processus frappant la *moelle* malgré les quelques tubes dégénérés que Dercum a pu rencontrer dans les cordons postérieurs. Quant aux modifications du *cerveau*, elles ne pourraient servir qu'à expliquer les phénomènes psychiques; il y aurait ici quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans diverses toxi-infections ou intoxications (alcoolique par exemple), où l'on voit survenir concurremment des névrites périphériques et des troubles psychopathiques; je fais allusion évidemment à la psychose polynévritique de Korsakoff. Mais on peut et on doit aussi se demander si, dans certains cas, la maladie ne peut être due à un simple trouble dynamique du système nerveux et ne peut être classée dans le groupe des trophonévroses. Sellerin, dans sa thèse, serait assez disposé à accepter cette opinion dans quelques observations, et il se pourrait bien en particulier que ce fut là l'hypothèse la plus plausible pour l'histoire que je viens de vous relater.

Quoi qu'il en soit, nous devons aller plus loin. Qu'il y ait lésion nerveuse ou simple trouble dynamique, quelle que soit la localisation de l'une ou de l'autre, nous devons rechercher sous quelle influence se produit cette perturbation nerveuse. La grande tendance actuelle est de faire intervenir une intoxication ou une auto-intoxication. Rien ne s'y oppose, mais la réalité de celle-ci demande à être appuyée sur d'autres preuves que celles qui ont été apportées jusqu'ici. On a fait intervenir surtout l'auto-intoxication résultant de l'insuffisance de certaines glandes à sécrétion interne : corps thyroïde, corps pituitaire, ovaire, testicule. Or, suffit-il que la maladie de Dercum apparaisse au seuil de la ménopause spontanée ou artificielle, à la suite de lésions ou opérations utéro-annexielles, pour légitimer l'hypothèse d'une insuffisance ovarienne? Suffit-il qu'on ait trouvé dans deux cas des altérations de la glande pituitaire pour incriminer de même l'insuffisance pituitaire?

La théorie thyroïdienne serait la plus en faveur, et cependant, comme le fait remarquer M. Ballet dans sa leçon clinique (*Presse méd.*, 1903), les analogies cliniques entre l'adipose douloureuse et le myxœdème sont assez lointaines, la coïncidence d'un goitre (comme dans le cas de Roux et Vitaut) assez rare, les résultats du traitement thyroïdien assez peu marqués et en tout cas assez banals puisqu'ils s'observent chez les adipeux les plus vulgaires, les lésions thyroïdiennes microscopiques assez inconstantes ou assez peu caractéristiques, pour que l'insuffisance thyroïdienne ne paraisse pas être la cause de la plupart, sinon de tous les cas de maladie de Dercum.

Quoi qu'il en soit, dans notre observation personnelle, rien ne nous autorise à invoquer cette influence à l'origine de l'affection. Nous n'avons même

pas noté l'action, parfois constatée, de l'opothérapie thyroïdienne. Ceci m'amène à vous parler du traitement, que nous avons institué chez notre malade, et des résultats que nous en avons obtenus.

Je ne vous citerai que le traitement qu'a suivi cette femme, car si je voulais vous énumérer tous les médicaments ou toutes les médications dont la maladie de Dercum, malgré son jeune âge, a déjà été dotée, j'encombrerais, sans profit, je crois, votre mémoire.

Avant de venir nous consulter, notre malade avait déjà suivi plusieurs traitements. Parmi ceux-ci il en est un sur lequel je veux insister parce qu'il est assez en honneur dans l'adipose douloureuse et qu'il aurait donné, dans certains cas, des résultats appréciables, je veux parler de l'opothérapie thyroïdienne.

Cette femme était allée consulter M. Ollier pour lui demander de lui enlever ses tumeurs. Mon éminent et regretté collègue déconseilla toute intervention, mais il prescrivit l'ingestion quotidienne d'un lobe de corps thyroïde de mouton. Cette médication fut poursuivie avec une opiniâtreté remarquable, et fut poussée même jusqu'à l'abus. Dans son désir impérieux de guérison rapide, notre malade ingéra quotidiennement, pendant six mois, *deux* lobes de corps thyroïde de mouton. Le résultat fut inappréciable.

Il en fut de même des médications arsenicale et bromurée.

Dès que je fus consulté, au mois d'avril 1903, j'ordonnai l'ingestion quotidienne de soixante gouttes de teinture d'iode; j'y ajoutai les frictions *loco dolenti* avec du baume hydriodaté. Sous l'influence de ce traitement longtemps prolongé, suspendu néanmoins de temps en temps pour permettre sa tolérance, nous avons assisté à une réelle amélioration. Les raideurs des membres ont diminué, les douleurs se sont un peu apaisées; de l'amaigrissement général s'est produit, et aussi une diminution des tumeurs lipomateuses.

En mars 1904, l'état restant stationnaire, j'ai eu l'idée d'essayer sur ces productions adipeuses l'action des rayons X. On sait que ceux-ci ont produit, dans un certain nombre de néoplasies, des effets assez remarquables pour que les recherches dans ce sens soient poursuivies. En outre, la rœntgénisation a très souvent une action sédative nette sur les phénomènes douloureux. Nous avons pu confirmer ici ces résultats. Le distingué préparateur du laboratoire radiologique de la clinique, M. Nogier, a institué des séances d'exposition aux rayons X tantôt du bras droit, tantôt du bras gauche. Aux deux bras, vous le savez, siégeait un volumineux lipome. Le membre était maintenu à 25 centim. de l'ampoule, et celle-ci fonctionnait sous 7 ou 8 centim. d'étincelles. Le bras droit subit dans ces conditions, en quinze séances, une exposition de 130 minutes aux radiations de Rœntgen. Or, la mensuration, pratiquée à 20 centim. au dessus de l'olécrane, nous a permis de constater, à la suite de ces quinze séances, une diminution de circonférence de 4 centim. 8. Pour le bras gauche il n'y eut que huit séances, avec un total de 57 minutes d'exposition. Aussi la diminution de circonférence n'atteignit-elle qu'un demi-centimètre.

Il y eut donc, surtout au bras droit, une action nette sur les lipomes traités. En outre, les phénomènes douloureux se sont amendés considérablement. Les mouvements sont devenus plus libres, la malade peut se coiffer et s'habiller, ce qu'elle ne pouvait faire antérieurement.

Sous l'influence de la rœntgénisation et aussi de la médication iodée parallèlement poursuivie, l'amaigrissement général s'est accentué. En trois mois la malade a perdu près de trois kilos.

J'ajouterai enfin que l'état psychique s'est bien amélioré, les idées tristes se sont évanouies et la malade n'a plus aucune envie de mettre fin à ses jours.

Vous voyez que le résultat obtenu, quelqu'incomplet qu'il soit encore et quel que soit son mécanisme, ne laisse pas que d'être fort encourageant. Le traitement sera patiemment poursuivi. Une amélioration à ce degré n'est point, en effet, chose banale dans la maladie de Dercum, qui est une affection très tenace et très rebelle. Elle ne compromet pas par elle-même l'existence, et les sujets qui en sont atteints meurent en général d'une affection intercurrente. Mais elle peut conduire à l'aliénation, elle peut mener au suicide, et en tout cas sa persistance, même à l'état stationnaire, rend bien misérable l'existence de pareils malades. C'est donc une légitime satisfaction pour le médecin de les améliorer, sinon de les guérir. Cela vous explique la patience et le soin avec lesquels nous avons déjà traité et nous traiterons encore la malade, dont j'ai cru devoir vous rapporter l'histoire. Ce sera là la conclusion, une conclusion pratique, de cette longue leçon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 septembre

Les rapports de la circulation sanguine et la mesure de la sensibilité tactile

(Note de **M. N. Vaschide**).

La sensibilité tactile est l'une des sensibilités organiques les plus étudiées sinon les plus connues; physiologues et psychologues ont cherché, surtout depuis les mémorables articles de E.-H. Weber, à préciser non seulement les processus du mécanisme fonctionnel du tact, mais encore la topographie sensitivo-sensorielle. Avec des méthodes diverses, dont la majorité est des plus critiquables, les auteurs ont pensé à déterminer en même temps que l'acuité sensorielle les conditions qui l'influencent ou qui la modifient, et l'on possède aussi quelques données sur les coefficients perturbateurs des phénomènes psychiques. Un point qui, à notre connaissance au moins, n'a constitué l'objet d'aucune recherche expérimentale, est celui des rapports de la circulation sanguine et de la mesure de la sensibilité et que nous avons essayé de résoudre expérimentalement.

Dans une série de recherches sur la topographie de la sensibilité tactile, soit sur des enfants des écoles, soit sur des sujets adultes, soit sur des modèles femmes, j'ai pu préciser l'existence bien déterminée de ce rapport.

Il résulte de mes recherches, tout d'abord, qu'il existe un rapport extrêmement étroit entre la détermination, en tant que mesure, de la sensibilité tactile et la circulation sanguine.

La sensibilité tactile varie dans des conditions notoires sous l'influence d'un appauvrissement (compression ou changement de position) ou d'une congestion sanguine; l'état, la finesse ou la paresse de cette sensibilité paraît être sous la dépendance immédiate de l'irrigation sanguine. Un changement de la position du membre, des modifications notoires de la position du corps peuvent provoquer des perturbations sensitivo-sensorielles appréciables et même mesurables; ainsi l'erreur de l'appréciation d'un compas esthésiométrique est de 1/10 pour les états de congestion ou d'anémie nette des faces palmaires de la troisième phalange des doigts, de 1/20 pour le bras, etc. Entre l'état moyen, état qui représente les conditions des déterminations habituelles, et les différents états d'irrigation sanguine il semble y avoir un rapport étroit équivalent à une sensibilité plus fine quand l'irrigation sanguine est puissante et surtout constante, et qui peut arriver même à un état d'hyperexcitabilité dans les états voisins d'une congestion puissante. Les états

d'anémie correspondent à une diminution sensible du tact pour évoluer vers une anesthésie sensible accompagnée toujours de fourmillements quand l'anémie est profonde. L'état qualitatif du sang paraît contribuer aussi à ces modifications. Il semble encore y avoir un certain rapport proportionnel entre l'état naturel de la finesse sensorielle et les modifications circulatoires, extrêmement sensibles parfois et variant même à la moindre perturbation circulatoire. Chez les sujets névropathes, ces rapports constituent en grande partie la genèse des troubles sensitivo-moteurs qui alimentent leurs malaises. Les organes irrigués spontanément par une quantité abondante de sang deviennent brusquement plus sensibles, les organes génitaux de l'homme, par exemple. Ces modifications circulatoires expliquent en partie certaines constructions de rêves moteurs, et elles réclament l'attention des expérimentateurs sur les coefficients de ce rapport négligé par toutes les déterminations topographiques, qui doivent nécessairement être corrigées.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de la gratuité des vaccinations et revaccinations

Nos confrères de province semblent vouloir lutter contre la gratuité des vaccinations, qu'on voudrait leur imposer *illégalement* en dehors des indigents. Nous avons conté dernièrement la protestation du Syndicat médical du Gard (1). Nous nous empressons de donner aujourd'hui la communication faite à ce sujet au Syndicat médical de l'Hérault par le Dr **Coustan**, de Fabrègues, et l'ordre du jour voté à la suite à l'unanimité.

Le Dr Coustan a rappelé que, par décret du 29 juillet 1903, portant règlement d'administration publique sur la vaccination et la revaccination (par application de la loi du 15 février 1902) :

1° La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination, au cours de la onzième et de la vingt et unième années ;

2° Que, dans chaque commune, les séances de vaccination générale et les séances de *revision des résultats* de ces opérations sont annoncées par voies d'affiches indiquant le lieu et la date des séances ;

3° Que les parents ou tuteurs sont obligés de se soumettre à la loi, sous peine des pénalités prévues ;

4° Que ces opérations sont gratuites pour ceux qui sont obligés de s'y soumettre.

Il est clair, a ajouté le Dr A. Coustan, que cette opération étant *gratuite*, chacun, surtout dans les campagnes, ira se faire vacciner par le médecin ou la sage-femme qu'aura désignés l'Administration.

La loi spécifie bien que les parents sont libres de présenter un certificat de vaccination et de revaccination délivré par le médecin ou la sage-femme qu'ils auront choisis pour les pratiquer ; mais, encore une fois, la gratuité sera d'autant plus recherchée qu'il est prescrit d'aller jusqu'à trois vaccinations ou revaccinations successives.

Ce qui est plus grave encore pour nos intérêts, c'est que le législateur a décidé qu'il était nécessaire d'*admettre dans la plus large mesure* aux séances gratuites, à titre facultatif, les personnes « non assujetties par la loi », c'est-à-dire toutes celles « à qui il plaira *de prolonger ou de renouveler les effets salutaires de cette loi.* »

En résumé, dit le Dr A. Coustan :

a. Ceux qui, jusqu'à ce jour, payaient leur médecin pour cette opération, ne leur donneront plus, désormais, les justes honoraires qui convenaient.

b. De plus, l'autorité devra désigner, dans chaque commune, les vaccinateurs et les agents du service.

Mais cette seconde partie n'est pas actuellement en cause ; la première, seule, doit appeler, pour le moment, nos légitimes doléances.

Il appartient au Préfet d'assurer l'exécution de cette loi, d'accord avec le Conseil général. Dès le mois d'août prochain, celui-ci fixera les moyens d'exécution.

Déjà, le Conseil général du Gard a tarifé à 0 fr. 25 centimes les honoraires du médecin vaccinateur, par tête de vacciné. Les médecins du Gard n'ont pas accepté cette humiliation. Dans l'Hérault, le taux n'est pas encore fixé, mais, si nous en croyons les renseignements qui résultent des deux premiers contacts que nous avons pris avec les bureaux de la Préfecture — contacts tout officieux, d'ailleurs — il résulte que le vaccinateur, payé d'après une base particulière aurait 5 à 6 francs par séance de vaccination, dût-il y pratiquer 50 opérations ; cela fait bien 0,10 centimes, soit le prix d'un mauvais cigare, pour chaque vaccination.

Or, d'après la loi (1), pour ce pourboire de garçon de café, le médecin est soumis aux obligations suivantes :

1° *Examiner* avec soin les sujets à vacciner avant l'opération, *interroger*, s'il y a lieu, les parents sur leur état de santé habituelle, etc. (art. 5).

2° L'inoculation doit être considérée *comme une opération chirurgicale* et exécutée avec toutes les règles propres à écarter les infections traumatiques (art. 6).

3° Le médecin devra visiter les sujets vaccinés sept jours après, pour constater les résultats (art. 7).

4° Sans compter la tenue à jour des listes de vaccination, les rapports éventuels à faire, en cas d'insuccès exceptionnels, ou d'accidents imputables à la vaccination, etc., (art. 8).

Tout cela, pour deux sous.

Certaines communes ont déjà inscrit à leur projet de budget les sommes nécessaires à l'exécution de cette loi, et ont demandé à leurs médecins de fixer les honoraires auxquels ils estimaient avoir droit pour les vaccinations. Le Dr H. Coustan (de Fabrègues), a cru pouvoir accepter 50 centimes par vaccination (en séries), et prie le Syndicat de donner son avis sur ce tarif, que plusieurs confrères ont trouvé acceptable.

Comme le Syndicat médical de l'Hérault ne se réunira plus avant la prochaine session du Conseil général, il y aurait lieu de prendre aujourd'hui une décision ferme, qui serait communiquée dans les quinze jours à tous les médecins de l'Hérault, dans le but d'éclairer leurs municipalités sur les fonds à prévoir, et pour que le Conseil général y lise, sous forme d'indication précise, la volonté formelle des médecins de ne pas se laisser exploiter et amoindrir une fois de plus, sous prétexte d'humanité.

Si les gens aisés et riches bénéficient, comme les pauvres, de la gratuité, l'humanité n'est plus ici en cause. C'est encore une part de notre patrimoine professionnel que l'on nous arrache ; nous sommes déjà bien assez frustrés par les Mutualités, si fréquemment ouvertes aux personnes aisées.

Comme le disait récemment le Dr Butruille, président de la *Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, au nom de 600 confrères, puisque le paysan est obligé (de par la loi) de vacciner à *ses frais* sa vache contre la *cocotte*, il pouvait bien en faire autant pour sa femme et ses enfants !

La gratuité n'aurait dû aller qu'aux Assistés.

En conséquence, et comme sanction des développements qui précèdent, le Dr A. Coustan a proposé aux membres du Syndicat de voter l'ordre du jour suivant :

Les médecins syndiqués de l'Hérault, réunis en assemblée générale à Montpellier, le 5 juin 1904 ;

1° Considérant que la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire, en offrant à tous cette opération à titre gratuit, incitera à profiter de cette gratuité beaucoup de personnes aisées qui, jusqu'à ce jour, honoraient convenablement leurs médecins ;

2° Considérant que, par ce fait, ces médecins verront se tarir pour eux, surtout dans les campagnes, une source de revenus modestes, mais toujours certains.

3° Considérant que ces tarifs, déjà fixés par quelques Conseils généraux en vue de l'exécution de cette loi, sont dérisoires et ont été justement repoussés par nos confrères ;

Décident de ne pas accepter la mission d'opérer la vaccination obligatoire dans les condition minutieuses exigées par la loi, pour un pourboire humiliant ;

Ils s'engagent, en conséquence, à ne prati-

(1) *Bulletin médical*, n° 70, p. 789.

(1) Arrêté ministériel du 28 mars 1904, relatif aux obligations des praticiens chargés des services publics de vaccine.

quer cette opération que sur les bases suivantes, qui constituent un minimum.

A. Honoraires de 1 franc par vaccination (en séries, de 1 à 10 personnes).

B. Honoraires de 0 fr. 50 par vaccination (en séries, à partir de la 10e personne).

C. Il est entendu qu'avec ce tarif, le vaccin sera fourni par l'administration.

Cet ordre du jour sera communiqué dans la quinzaine qui suivra l'Assemblée générale du 5 juin, à tous les médecins, *syndiqués* ou *non syndiqués* de l'Hérault, afin que les tarifs proposés puissent servir d'indication aux municipalités et au Conseil général pour l'exécution de la loi du 15 février 1902.

Comme nous le disions en commençant, l'ordre du jour ci-dessus a été voté à l'unanimité des membres présents.

REVUE DE TRAVAUX

La force de situation fixe

Il existe une activité musculaire qui ne se manifeste ni par l'allongement du muscle, ni par son raccourcissement, mais qui consiste uniquement en sa facilité de *stabilisation*. Cette fonction musculaire peu connue, sur laquelle M. le prof. **Grasset** attire aujourd'hui l'attention, a été décrite il y a plus de cent ans, en 1778, par Barthez, sous le nom de *force de situation fixe*. Pour comprendre en quoi consiste cette *force*, prenons un exemple. Voici un homme couché. Pour s'asseoir sur son lit, il ne lui suffit pas de raccourcir le psoas et d'allonger le grand fessier; il lui faut avant tout fixer ou *stabiliser le membre inférieur* tout entier sur le lit, s'il veut soulever le tronc. Si, au contraire, cet homme couché veut soulever ses membres inférieurs et plier ses cuisses sur l'abdomen, il est obligé tout d'abord de fixer, de *stabiliser son tronc* sur le lit, et ce n'est qu'après qu'il raccourcira son psoas et allongera son grand fessier.

Dans le premier cas, il y a eu flexion du bassin sur les cuisses; dans le second, flexion des cuisses sur le bassin. Ces deux mouvements ont été produits par le même mécanisme moteur : contraction avec raccourcissement des fléchisseurs; relâchement avec allongement des extenseurs. Ce qui différencie ces deux mouvements, c'est l'intervention d'une nouvelle *force* qui, dans le premier cas, *stabilise* les membres inférieurs et, dans le second, le tronc. A côté de la *force mobilisante* des muscles, il y a donc une *force musculaire stabilisante*.

La connaissance de cette force musculaire stabilisante ou de cette *force de situation fixe*, comme l'appelle M. Grasset avec Barthez, offre un grand intérêt au point de vue physiologique et clinique.

En physiologie, cette force apparaît comme élément constituant de la marche ou de la préhension d'un objet. Elle existe aussi dans le muscle au repos, où elle constitue ce que l'on appelle le *tonus*. L'appareil nerveux de cette force est le même que celui du tonus; il est formé : 1° de l'étage médullaire avec ses cellules des cornes antérieures de la moelle, ses voies centripètes et kinesthésiques par les racines postérieures et ses voies centrifuges motrices par les racines antérieures; 2° de l'étage basilaire avec ses ganglions basilaires et mésocéphaliques et ses voies de communication dans les deux sens avec les centres bulbo-médullaires; 3° de l'étage cortical avec ses voies de communication dans les deux sens avec les centres basilaire et bulbo-médullaire.

En pathologie, cette force se trouve altérée, soit en plus, comme dans la catalepsie, le tétanos, le tabès spasmodique, le syndrome cérébelleux de Babinski où l'on constate de *l'hyperstabilisation*, soit en moins, ainsi que cela s'observe dans la chorée, la paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, où l'on trouve d'une façon très net de l'*hypostabilisation*.

Il y a donc un réel intérêt clinique à connaître cette fonction de la *force de situation fixe* pour l'analyser avec soin chez tous les sujets atteints d'une affection du système nerveux et plus particulièrement chez ceux d'entre eux qui présentent des accidents paralytiques (*Revue scientifique*, 9 juillet 1904).

J. ROUBINOVITCH

Traitement de la tuberculose du péritoine chez l'enfant

Dans une étude sur « la tuberculose du péritoine dans l'enfance », M. **R. Gœpfert** résume ainsi le traitement de cette affection :

« 1° Un enfant atteint de tuberculose généralisée aiguë ou subaiguë et présentant au cours de cette affection des symptômes secondaires indiquant une localisation de la tuberculose sur le péritoine, ne réclame pas d'autre traitement que celui de la tuberculose en général

« 2° Un enfant atteint de tuberculose généralisée subaiguë ou chronique peut présenter des symptômes prédominants du côté du péritoine. Mais l'état général mauvais, la fièvre élevée le soir, l'amaigrissement rapide, les signes pulmonaires dénotant des lésions avancées, indiquent la généralisation de la maladie; dans ce cas, on doit se borner à un traitement symptomatique, l'affection étant toujours progressive et fatalement mortelle.

« 3° *Enfin la péritonite tuberculeuse, lésion locale, et par conséquent susceptible d'une guérison spontanée, sera traitée médicalement.*

La laparotomie ou le lavage du péritoine à l'eau stérilisée chaude après ponction, qui semblent donner les mêmes résultats, pourront être indiqués dans les formes ascitiques qui, au bout de quelques mois, ne tendent pas vers la guérison, et semblent, au contraire, passer à la forme fibro-caséeuse, en s'accompagnant d'un état général mauvais.

« La laparotomie sera aussi indiquée dans quelques cas de formes enkystées, quand le pus tend à fuser vers la peau, et dans l'occlusion intestinale. » (*Arch. de méd. des enfants.*) G.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Recherches sur la valeur comparée du tubage et de la trachéotomie

M. **A. Brunard** (*La Clinique*, 10 septembre 1904) publie une étude sur les résultats obtenus par le tubage et la trachéotomie, au cours des trois dernières années, dans le service du prof. Jacques, à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

On a pratiqué dans ce service 41 trachéotomies et 172 tubages.

41 trachéotomies avec 14 décès, soit une mortalité de 34,14 %.

Parmi celles-ci, les trachéotomies primitives ont été au nombre de 27 avec 9 décès, soit une mortalité de 33,3 %.

Les trachéotomies secondaires au tubage, au nombre de 14, ont donné 5 décès, soit 35,7 %, plus 2 rétrécissements du larynx.

172 tubages donnent une mortalité globale de 28 décès, soit 16,28 %.

155 tubages, non suivis de trachéotomie, avec 22 décès, donnent 14,19 % de mortalité.

14 tubages avec trachéotomie secondaire, avec 5 décès, donnent une mortalité de 35,7 %, et 2 rétrécissements du larynx.

Cette statistique comparée accuse donc une supériorité écrasante du tubage sur la trachéotomie. Cela tient-il à ce que, dans le service du prof. Jacques, on se sert du tube long ou bien à une bénignité particulière de la diphtérie? L'auteur l'ignore. Tout ce qu'il peut dire, c'est qu'on a traité des diphtéries de toute espèce, bénignes et malignes.

L'auteur est donc en mesure d'affirmer la supériorité certaine du tubage sur la trachéotomie. Le premier est exempt de danger; la trachéotomie, par contre, est une opération délicate, et si la mortalité par trachéotomie est si considérable, cela tiendrait bien moins à la gravité de la diphtérie qu'aux risques de l'opération elle-même, qui demande une habileté et un sang-froid difficiles à acquérir. Or, avec le tubage, les dangers sont presque nuls, l'opération est simple et facile. Aussi, sur 172 tubages pratiqués à l'hôpital Saint-Pierre, n'a-t-on eu que deux accidents à déplorer. Un enfant est mort brusquement après le tubage; à l'autopsie, on trouva le tube fixé dans l'œsophage. Ce singulier accident doit être attribué à l'impéritie de l'opérateur, l'introduction d'un tube dans l'œsophage n'ayant généralement d'autre résultat que de retarder le tubage et l'amélioration

qu'il apporte à sa suite, et il est presque impossible de ne pas s'apercevoir de cette fausse manœuvre. Le second décès, qui aurait pu être évité si l'on avait pratiqué l'énucléation du tube, est survenu au cours d'un détubage laborieux à l'aide de l'extracteur de O'Dwyer.

Est-ce à dire maintenant que la trachéotomie ait fait son temps? Franchement non, répond l'auteur. Les indications de cette opération, tout en devenant de plus en plus rares, n'en sont pas moins nettes. On devra y recourir dans tous les cas où le tubage n'apporte pas d'amélioration, comme dans le cas de végétations adénoïdes surabondantes; dans la diphtérie des bronches; en cas de spasme de la glotte, ne permettant pas l'introduction d'un tube; dans le cas d'œdème de la glotte, tel qu'il ne permette pas de sentir l'orifice glottique et rende de ce fait le tubage impossible. La trachéotomie secondaire sera parfois nécessaire chez l'intubé, mais il faut tâcher de l'éviter par tous les moyens possibles, en recherchant soigneusement les causes qui semblent s'opposer au détubage, car les résultats de cette intervention ne sont guère favorables, ainsi que le démontre la statistique de l'auteur, qui donne une mortalité de 35,7 %, soit, sur 14 cas, 5 décès, et en plus, deux rétrécissements du larynx. Pour éviter cette redoutable complication, l'auteur se rallie volontiers à la technique de O'Dwyer qui consiste à continuer le tubage pendant des semaines, si c'est nécessaire, avec un tube judicieusement choisi et destiné à réduire la pression au minimum. Dans ces conditions, la cicatrisation s'opère autour du tube qui limite la sténose à des proportions raisonnables. O'Dwyer ne pratique la trachéotomie que si l'enfant ne parvint plus à conserver son tube et, dans ce cas, il recommandait de procéder au décanulement le plus tôt possible, dès le lendemain, la trachéotomie ne pouvant que favoriser la production d'un rétrécissement. On aura soin également de pratiquer une trachéotomie basse, de façon à ne pas introduire la canule en plein tissu ulcéré.

HYGIÈNE SOCIALE

Prophylaxie de la tuberculose à la caserne

Par M. Morer

Médecin-principal de 2e classe

L'article que le dernier *Bulletin médical* a publié sous la signature de notre camarade, M. Brisard, médecin-major de 2e classe, sous le titre de « Prophylaxie de la tuburculose à la caserne, la cure d'air préventive », m'incite à vous indiquer ce que, depuis longtemps, on fait à Grenoble. D'ailleurs, le moyen prophylactique préconisé par notre camarade : « l'envoi en permission à titre de convalescence », ne me paraît pas suffisant en raison de la durée trop courte que cette permission peut avoir.

A Grenoble, d'un commun accord entre tous les médecins de la garnison, les hommes sont surveillés au point de vue de leur état général, non seulement à la visite journalière, mais encore à la visite de santé. Dès qu'on aperçoit un fléchissement dans cet état général, on pèse l'homme et on s'assure si son poids est resté *stationnaire ou a diminué*. La diminution et l'état stationnaire font examiner les divers organes et surtout le poumon. *On trouve quelque chose ou on ne trouve rien.* Dans les deux cas, on prend quelques températures journalières (procédé de M. Ducurtil, médecin-major au 14e chasseurs), pendant quelques jours. *La température reste normale au cours de la journée ou à certains moments ascensionne de quelques dixièmes de degré.* On a les éléments suffisants pour juger le cas et voici les conclusions auxquelles on en arrive.

Fléchissement de l'état général. Poids stationnaire. Température normale.	Surveillance. Exemption de services trop pénibles.
Fléchissement de l'état général. Poids diminué. Pas d'ascension de la température journalière.	Permission à titre de convalescence.
Fléchissement de l'état général. Poids diminué. Quelques ascensions de température journalière. Rien aux divers organes surtout à la poitrine.	Convalescence de trois mois.
Fléchissement de l'état général. Poids diminué. Quelques ascensions de température journalière. Poumons suspects.	Réforme temporaire.
Fléchissement de l'état général. Poids diminué. Quelques ascensions de température journalière. Poumons atteints avec ou sans bacilles dans les crachats.	Réforme n° 2.

Avec cette gamme de périodes de repos plus longues que celle de M Brisard, on peut, réellement, espérer un relèvement de l'état général et même local par l'envoi des hommes dans leurs foyers; ou bien la maladie marche et, dès le retour, on est fixé et on peut prendre une décision définitive. On n'envoie jamais un homme chez lui dans ces conditions, sans lui exposer la conduite hygiénique qu'il devra s'efforcer de tenir et sans lui faire part des appréhensions qui ont motivé la permission ou le congé de convalescence.

Cette manière de faire n'est pas une charge pour le Trésor, malgré l'allocation des frais de route, le séjour à l'hôpital pendant un mois, dans le cas où on a à faire à la condition n° 3, représente à Grenoble une somme de 62 fr. 40, somme qui n'atteint pas, à beaucoup près, une allocation de route pour un point quelconque du territoire.

MÉDECINE PRATIQUE

Moyen simple pour déceler une hématurie

M. le Dr **Sabrazès**, professeur agrégé à Bordeaux, indique l'action de l'eau oxygénée sur l'urine, comme un moyen simple de déceler une hématurie.

« Lorsqu'une urine normale de réaction acide est additionnée dans un tube de quelques gouttes d'eau oxygénée il ne se produit qu'un léger dégagement d'oxygène; si la réaction est neutre ou alcaline (urines troubles, phosphatiques, des hyperchlorhydriques prenant du bicarbonate de soude en excès), le dégagement est beaucoup plus abondant. Une urine de diabétique mousse peut-être un peu plus qu'une urine normale; de même l'urine albumineuse. L'urine biliairé mousse peu. Une urine hématique non purulente, même lorsque la quantité de sang qu'elle contient est minime et seulement décelable au microscope, mousse énormément et pendant longtemps (à 10 centimètres cubes d'urine dans un tube on ajoute dix gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes); la mousse surmonte la colonne de liquide sur une épaisseur de plusieurs centimètres. Les urines contenant du pus moussent aussi beaucoup, mais moins abondamment que dans le cas précédent. » (*Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, 1904, n° 33.)

Procédé simple pour rechercher les grains jaunes de l'actinomycose

En général, pour colorer les grains actinomycosiques, on cherche à en isoler un, et on le prélève au milieu du pus ou du sang pour le transporter dans une goutte de picrocarmin où il devient instantanément d'un jaune d'or très caractéristique, étant avide de l'acide picrique et non du carmin.

M. **Dor** propose un procédé plus simple, plus expéditif; il consiste à prendre une goutte de pus et à la délayer dans un verre de montre contenant du picrocarmin; les grains deviennent tout de suite apparents, et dans une seule goutte de pus, où il semblait qu'il devait y avoir un ou deux grains, il a été possible d'en déceler vingt-cinq.

G.

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LEGS MARJOLIN

Par son testament en date du 1er novembre 1894, le Dr Marjolin (René Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5161 fr.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an : du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1904-1905 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1905.

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 19 décembre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 heures, depuis le mercredi 2 novembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée, déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

NOUVELLES

CONGRÈS D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

Le premier Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation organisé par la Société française d'hygiène devait se réunir à Paris, au Grand Palais, du 15 au 20 octobre prochain, sous la présidence d'honneur de M. le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et la présidence effective de M. Janssen, de l'Institut.

Sur la demande d'un grand nombre d'adhérents et en raison d'autres Congrès qui doivent se réunir à la même époque, la date d'ouverture a été changée. La réunion aura lieu du 1er au 8 novembre. Le 1er et le 2, séances préparatoires; le 3, séance solennelle d'inauguration.

Les hygiénistes qui désirent participer à cet intéressant Congrès sont priés d'envoyer leurs adhésions, dans le plus bref délai, au Secrétaire général, M. Marié-Davy, 7, rue Brézin, à Paris.

Les Congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 %, sur tous les grands réseaux de chemins de fer français et sur diverses Compagnies étrangères.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL

Cours de vacances (1904).

Du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre, des cours et démonstrations pratiques dont la liste suit se feront à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente et dans différents services.

1° A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.

Bactériologie, M. Veillon.

Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde.

Massage, M. Marchais.

Maladies des voies urinaires, M. Noguès.

Electrothérapie, M. Zimmern.

Accouchements, M. Dubrisay.

Maladies nerveuses, M. Sollier.

Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné.

2° Dans différents services.

Gynécologie, M. Arrou (Saint-Antoine).

Chirurgie pratique, M. Souligoux (Lariboisière).

Auscultation, M. Caussade (Tenon).

Maladies de l'estomac, M. Soupault (Bichat).

Oto-rhino-laryngologie, M. Laurens (Bichat).

Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière).

Le droit d'inscription pour chaque cours (qui comprendra en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 fr., payables en s'inscrivant.

On peut s'inscrire par correspondance.

Les programmes détaillés seront envoyés sur demande.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.

Vient de paraître

***Résurrection du cœur, la vie du cœur isolé. Le massage du cœur*, par M. Hallion. 1 vol. in-8 avec 22 dessins et 6 planches. (Librairie Vigot frères, 23, place de l'École-de-Médecine, Paris, et A. Masson, rue Faidherbe, à Lille.**

***Examen de la théorie de la vieillesse*, de M. Elie Metchnikoff, par le Dr Cancalon. Brochure in-8 : 0 fr. 60. (A. Maloine, libraire-éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine.)**

***Traité élémentaire et pratique des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx*, par le Dr E.-J. Moure, de Bordeaux, avec 202 figures dont 25 en couleurs. 1 vol. in-8 de 612 p. 12 francs. (O. Doin, place de l'Odéon.)**

***Technique de psychologie expérimentale* (examen des sujets), par les docteurs Toulouse, N. Vaschide et H. Piéron. 1 vol. in-18 de 350 pages, avec 19 fig. dans le texte, 4 fr. (O. Doin, édit., Paris.**

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

CHIRURGIE RURALE

Préparatifs d'une opération à domicile

Par le Dr Victor PAUCHET (Amiens).

Depuis que la chirurgie s'est vulgarisée, grâce aux traités remarquables publiés soit par Lejars, soit par les « Prosecteurs », les fautes d'asepsie sont, le plus souvent, évitées par le praticien, et ce dernier connaît mieux l'organisation d'un milieu opératoire. Toutefois, plusieurs de nos confrères compliquent outre mesure certains préparatifs et négligent quelques détails d'intervention.

Quitte à m'exposer à des redites, je ne crains pas de publier encore quelques lignes sur un sujet que j'ai maintes fois ressassé.

I. — LOCAL.

Choisir la pièce la plus éclairée, la chauffer à 22°. La veille de l'opération, enlever meubles et objets inutiles, rideaux, garnitures de cheminées, etc., essuyer le parquet avec un drap mouillé pour éviter la poussière. S'il s'agit d'une opération nocturne, suspendre une forte lampe au plafond; placer d'autres lampes sur la cheminée pour éclairer la pièce et le champ opératoire.

II. — TABLES VOLANTES.

Il faudra trois petites tables de cabaret. Une, placée à côté de la table d'opération pour le chirurgien, portera une cuvette pleine d'eau bouillie additionnée de sublimé au 1/1000°.

Cette table sera couverte d'une serviette bouillie sur laquelle seront posés les instruments et les fils tout stérilisés.

Une autre table sera placée du côté de l'aide; elle portera également une cuvette de sublimé et les compresses ou tampons.

La troisième table, placée dans un coin, portera les cuvettes et les brosses qui serviront au nettoyage des mains.

III. — TABLE D'OPÉRATION.

La table classique présente 0 m. 80 de haut, 1 m. 80 de long et 0 m. 55 de large. Tâcher de constituer une table à peu près semblable, soit à l'aide de deux autres tables de cabaret mises bout à bout, soit par une planche posée sur deux traiteaux. Matelasser cette table en la couvrant d'une couverture pliée en deux. Etendre ensuite un drap propre, après avoir interposé une couche de papier pour préserver les couvertures.

En cas d'opération périnéale ou vaginale, une table de 1 mètre de long suffit.

IV. — LINGE.

Quelques *serviettes* pour essuyer le sang, recevoir les vomiturations. Quelques *mouchoirs* pour l'anesthésie. Des *draps* pour étaler sur le sol, couvrir le malade, etc... Des *tabliers* de domestique pour le chirurgien et ses aides. Un *bandage* de corps en flanelle s'il s'agit d'une opération sur l'abdomen.

V. — VAISSELLE.

Cinq *cuvettes* qu'on pourra remplacer par des soupières ou des saladiers. Une *louche* pour transvaser les liquides, deux *marmites* émaillées, l'une servira à faire bouillir l'eau, l'autre à faire bouillir les brosses, les serviettes, bock émaillé, tube de caoutchouc, canule en verre.

VI. — OBJETS VARIÉS.

On se procurera les objets suivants : brosses à ongles, épingles à maillot, savon, rasoir, ciseaux, ficelle, allumettes, bock émaillé avec tube de caoutchouc et canule de verre; un vieux chapeau de feutre mou pour éthériser le patient.

VII. — EAU CHAUDE.

Dans une marmite propre ou neuve, mettre 10 litres d'eau deux heures avant l'opération et laisser bouillir jusqu'à l'arrivée du chirurgien.

VIII. — EAU FROIDE.

Douze heures au moins avant l'opération, remplir d'eau des bouteilles propres bouchées à l'aide d'un tampon d'ouate, les porter dans une marmite à l'ébullition au bain-marie pendant une heure; puis laisser refroidir sans toucher au bouchon d'ouate.

IX. — SERVIETTES BOUILLIES.

Celles-ci serviront à garnir le champ opératoire et à couvrir la table sur laquelle seront étalés les instruments, les fils, etc...

Dans une marmite, mettre de l'eau additionnée de quelques poignées de sel de cuisine, y plonger dix torchons enveloppés dans une serviette; y plonger également un autre linge dans lequel seront enveloppés les objets destinés à l'ébullition : brosses, sondes, canules, etc., porter à l'ébullition pendant une heure; ne pas enlever le couvercle de la bouilloire, même quand la stérilisation sera achevée.

X. — PRÉPARATION DU MALADE

Celui-ci sera à jeun, les dents seront savonnées. Un purgatif sera donné la veille, et un bain administré si possible, sinon le malade sera lavé des pieds à la tête, à l'eau de savon, en procédant membre par membre, pour éviter le refroidissement. Le champ opératoire sera *rasé sur une grande étendue*, par exemple, pour une hernie unilatérale, il faut raser depuis l'ombilic jusqu'à mi-cuisse, en y comprenant les aines et le scrotum des deux côtés.

Pour une opération portant sur le crâne, il faut raser *tout* le cuir chevelu. Le rasage terminé, on laissera la peau recouverte d'une serviette imbibée d'eau bouillie. Cette serviette sera retirée au moment de l'opération, avant de procéder au lavage pré-opératoire.

XI. — NETTOYAGE DES MAINS

Pas de curage des ongles, ceux-ci devant être coupés *absolument ras*. Voici la meilleure manière de se nettoyer les mains : *les ongles* seront rasés, *les manches* retroussées au-dessus du coude.

Premier savonnage de cinq minutes dans de l'eau chaude, bouillie ou non. *Deuxième savonnage* exécuté dans une cuvette flambée, et avec une brosse bouillie et de l'eau stérilisée.

Ce deuxième lavage durera dix minutes. Alors, dégraissage des mains et des avant-bras à l'*alcool*. Une compresse stérile imbibée d'alcool frottera les avant-bras, les mains, la commissure des doigts, les sillons unguéaux, etc.

XII. — PRODUITS PHARMACEUTIQUES A FORMULER

Tout produit aseptique sera livré dans la bouteille ou la boîte dans laquelle il aura été stérilisé. *Les bouchons de liège seront toujours refusés.*

Les ampoules de verre contenant les solutions, les gazes, les compresses, etc., auront été mis à l'autoclave à 125°.

1. *Ampoules de sublimé*, à 1 gr. de sublimé par ampoule.
2. *Ampoules de caféine* à 0 gr. 25 par ampoule.
3. *Ampoules de morphine* à 0 gr. 01 par ampoule.
4. *Ampoules de cocaïne* à 0 gr. 01 par ampoule de 0,01 centimètre cube.
5. *Ampoules d'adrénaline* à 0,001 par ampoule.
6. *Ampoules de sérum* artificiel de 500 gr. chaque.
7. *Ampoules de chloroforme*.
8. *Ether* anesthésique.
9. *Alcool* à 90°.
10. *Eau oxygénée*.
11. Bandes de *tarlatane* de 5 mètres sur 0,10 ou 0,15 centim.
12. Boîte de *grandes compresses* abdominales aseptiques.
13. Boîte de *petites compresses* aseptiques.

14. *Catguts* stérilisés à l'alcool en tubes scellés.
15. *Crins* de Florence.
16. *Soies* rondes stérilisées à sec dans des tubes scellés.
17. *Drains* très gros.
18. *Ouate hydrophile* tassée, roulée en bandes.
19. *Ouate cardée*, tassée, roulée en bandes.
20. Tubes de *vaseline* stérilisée.

CHIRURGIE ÉCONOMIQUE

L'inconvénient des produits pharmaceutiques est d'être coûteux. Quand le praticien opère dans un milieu de ressources pécuniaires modiques, il pourra avoir recours aux préparations suivantes :

1° *Sublimé*. — On mettra 1 gramme de sublimé dans un litre d'eau de source, bouchée à la ouate ; on y ajoutera une cuillerée à café de sel de cuisine et on fera bouillir pendant une heure au bain-marie.

2° *Ampoules d'alcaloïdes*. — Morphine, etc. Celles-ci ne peuvent être remplacées.

3° *Sérum artificiel*. — On met 7 grammes de sel de cuisine dans un litre d'eau de source ; on bouche à la ouate et on fait bouillir pendant une heure au bain-marie.

4° *Anesthésiques*. — L'éther du commerce peut être utilisé sans inconvénients, pourvu que l'opération ne soit pas trop longue.

5° *L'eau oxygénée* peut être remplacée par de l'eau de Javel (un verre à Bordeaux pour un litre).

6° *Les compresses-tampons* peuvent être remplacées par des tampons de ouate hydrophile, gros comme des œufs, qu'on ficelle dans un mouchoir et qu'on laisse bouillir avec les serviettes qui serviront à garnir le champ opératoire.

7° *Catguts*. — Le praticien peut avoir des catguts suffisamment stériles, en achetant dans le commerce de la corde à boyau, et en la laissant à demeure dans de l'*essence de térébenthine*. Il suffira de les plonger dans l'alcool à 90°, la veille ou quelques jours avant l'opération. D'ailleurs, on peut se passer de catgut et utiliser le fil de lin.

8° *Vaseline*. — On n'emploiera jamais la vaseline boriquée ni antiseptique, lesquelles sont toujours infectées par le préparateur. On fera cuire pendant quelques minutes la vaseline ou l'huile sur le poêle.

9° *Soies et crins de Florence*. — Ces objets livrés en tube scellé et à sec sont coûteux. On peut les acheter bruts et les faire bouillir avec les clamps opératoires et les tampons. On peut, d'ailleurs, les remplacer, comme les catguts, par un *fil de lin* solide, qu'on trouve dans toutes les merceries. Il faudra enrouler les fils sur une bobine de ouate et les faire bouillir avec les instruments.

10° *Les gazes aseptiques* peuvent être remplacées par des mèches de mousseline non apprêtée, qu'on fait simplement bouillir, mais leur gros inconvénient est d'être humides. On trouve bien, parmi les vieux produits pharmaceutiques, toutes sortes de gazes sèches enveloppées dans des papiers parcheminés qui n'ont d'aseptique que le nom et n'offrent aucune sécurité. Il faut reconnaître que les gazes, les ouates, etc..., qu'on trouve stérilisées dans des boites métalliques (genre Robert, etc.), constituent des produits *parfaits*, mais utilisables dans la classe aisée. Pour le pansement bon marché, on peut employer, sans aucun risque pour le malade, les pansements du Dr Bombard (de Solemme). Ceux-ci inclus dans des feuilles d'étain et stérilisés à l'autoclave, n'ont peut-être pas très bonne mine, mais ils sont d'un prix modique et offrent toutes les garanties dans la chirurgie rurale.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'entéro-colite muco-membraneuse réflexe par lithiase rénale

PAR

MM. les Drs JOUAUST et SALIGNAT (de Vichy)

Dans divers travaux, notre maître, M. Soupault, s'est efforcé d'attirer l'attention sur l'origine réflexe de l'entéro-colite ; pour lui, l'entéro-colite est plus un syndrome qu'une affection propre, et est d'ordinaire liée à une lésion portant sur un viscère abdominal. En général, il s'agit de troubles gastriques appendiculaires génitaux, ou encore de ptoses viscérales.

Aussi conçoit-on que les ptoses rénales doivent entrer en ligne de compte, comme Weber en a rapporté une observation typique, mais ce n'est pas seulement par ses déplacements que le rein donne naissance à de l'entéro-colite réflexe ; ses atteintes organiques peuvent aussi déterminer ce même symptôme.

Déjà, à la Société de biologie (1), M. Soupault, avec l'un de nous, a rapporté des expériences dans lesquelles, après décapsulation des reins d'un lapin, se produisirent des phénomènes d'entéro-colite caractérisés par des mucosités et des peaux abondantes enrobant les selles.

(1) Soupault et Jouaust. — Société de biologie, 25 avril 1903.

L'un de nous, dans sa thèse, a passé en revue les différentes conditions pathogéniques qui président à l'éclosion de l'entéro-colite (1). En ce qui concerne le rein, on y voit que les documents sont relativement peu nombreux, et encore la plupart d'entre eux se rapportent-ils à des ptoses de ce viscère. Cependant, on y lit une observation bien caractéristique dans laquelle l'entérite réflexe se manifestait au cours de la lithiase rénale et disparut après l'ablation du calcul.

En réalité, la littérature est assez pauvre sur ce point spécial, aussi avons-nous cru intéressant de relater ici une observation où les rapports de cause à effet, entre la lithiase rénale et l'entéro-colite muco-membraneuse, ne sauraient être révoqués en doute. C'est un exemple très typique et nous croyons que les conditions dans lesquelles nous avons pu suivre notre sujet, ainsi que la guérison de l'entéro-colite après expulsion du calcul, suffisent à lui donner une valeur documentaire incontestable.

Observation. — M. L., vingt-neuf ans, fondeur. Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole à neuf ans. Excès de boissons et autres avant 1902, date du début de la maladie. *Pas de constipation*.

Bien portant jusqu'en mars 1902. A cette époque il fut pris brusquement, après avoir été à la selle, de violentes douleurs dans le bas ventre du *côté gauche*. Diagnostic : coliques de miserere. Piqûre de morphine. Le malade dut s'aliter pendant trois semaines.

La constipation a débuté en même temps que ces grandes douleurs et depuis deux ans elle n'a jamais cessé. Elle est caractérisée par l'expulsion de fèces durs et ovillées, sans débâcles diarrhéiques et souvent aussi par le défaut absolu de selles pendant plusieurs jours.

Depuis, usage très fréquent de purgatifs et de lavements. Régime sévère : lait, viandes blanches, légumes, pas de café, pas d'alcool, etc.

Lors de sa première crise, les douleurs dans le bas-ventre, du côté gauche, persistèrent pendant deux mois environ. Elles reparurent ensuite, mais moins aiguës, à diverses périodes.

De 1902 à 1904, on porta les diagnostics suivants : rhumatisme viscéral, inflammation des intestins, constipation chronique, etc.

Il y a un an, le malade remarqua que parfois *ses fèces étaient complètement enrobées de mucus* et qu'il y avait *des rubans blanchâtres à la surface des matières*. Après les lavements ou les purges, les muco-membranes étaient plus abondantes. *Chaque fois que le malade souffrait, il voyait apparaître des membranes dans ses selles*. Dès que les souffrances cessaient, les membranes disparaissaient.

Nous voyons pour la première fois le malade vers la fin de janvier 1904. Revenant de son travail, il a dû s'aliter pour de violentes douleurs dans tout l'abdomen, avec maximum d'intensité à gauche dans le bas-ventre. La contraction des muscles abdominaux ne permet pas la palpation profonde. Cependant nous constatons qu'il n'y a pas de sensibilité exagérée au point de Mac Burney, et que le maximum de la douleur à la palpation se trouve invariablement au niveau du côlon descendant, à quatre travers de doigts du p...

(1) Jouaust. — Th. Paris, 1904.

de l'aine. Du côté droit, hernie parfaitement réductible et bien maintenue par un bandage. Le canal inguinal gauche est large, mais pas de hernie. Le rein droit est mobile au second degré, mais non douloureux. Le malade a des muco membranes dans ses selles. Le diagnostic de crise paroxystique d'entéro-colite muco-membraneuse paraît s'imposer, sans qu'on puisse préciser la cause déterminante de cette affection.

Une seule séance de massage abdominal calme de suite le malade. Traitement : cataplasmes laudanisés sur la région douloureuse, repos au lit, régime lacté absolu, grands lavages de l'intestin et purgations alternés. Dans la suite, régime mixte, douches tièdes prolongées et grands lavages de l'intestin. A la suite de ce traitement, le malade n'eut plus de membranes dans ses selles.

Vers la fin de février, le malade, qui avait repris son travail, fut pris brusquement d'une crise si violente, qu'on dut le ramener en voiture à son domicile, et nous constatons une altération du facies aussi accentuée que dans une crise aiguë d'appendicite. Cependant le maximum de la douleur se trouve toujours dans le bas-ventre du côté gauche, et il n'y a pas de sensibilité exagérée au point de Mac Burney. Pas de selles depuis deux jours. Une seule séance de massage de l'abdomen apporte un soulagement immédiat Le lendemain, après une prise d'huile de ricin, le malade évacue dans ses fèces la *valeur d'une grande cuillerée à soupe de muco-membranes*. Le traitement précédemment indiqué est repris.

Sur le conseil de notre maître M. Soupault, nous mettons le malade en observation, jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise. Celle-ci ne tarde pas à se produire avec tous les caractères des précédentes, mais si intense qu'il est impossible de faire faire le moindre mouvement au malade, et par conséquent de le conduire à l'hôpital.

Deux jours après, le malade entre dans le service de M. le Dr Talamon, à Bichat. En raison de la possibilité d'une tuberculose intestinale, l'examen bactériologique des crachats et des matières fécales fut fait et ne révéla pas la présence du bacille de Koch.

Traitement : frictions sur l'abdomen avec le salicylate de méthyle et lavements avec du salicylate de soude; régime lacté.

Le malade sortit de l'hôpital quelques jours après, se trouvant légèrement amélioré. Il *avait remarqué pour la première fois que les douleurs qu'il ressentait dans le bas-ventre, remontaient du côté du rein gauche et descendaient vers le pli de l'aine*, cependant, il ne crut pas nécessaire d'attirer l'attention à ce moment d'une façon plus particulière sur ce phénomène nouveau.

Le 28 mars, le malade qui réclamait une opération lui permettant de reprendre plus tard son travail, fut examiné à Lariboisière par M le Dr Hartmann, qui jugea qu'il n'y avait aucune intervention à tenter, et le traitement précédent fut continué.

Le 3 avril, un symptôme nouveau apparaît : *les émissions d'urine sont pénibles et douloureuses*.

Dans la nuit du 6 au 7 avril, nouvelle crise, mais moins intense que les précédentes. Le lendemain nous faisons une application de massage de l'abdomen avec soin. De suite le malade a ressenti, dans la région soumise au massage, des mouvements qui lui ont paru semblables à des contractions de l'intestin, et la douleur a presque disparu. La douleur dans le flanc a cessé complètement peu après, les douleurs pour uriner seules ont persisté. Dans l'après midi le malade a uriné deux petits graviers *sans douleur*. Le lendemain, après une nuit calme, le malade a éliminé, *sans grandes douleurs*, trois calculs d'oxalate de chaux (1).

Depuis la disparition des douleurs le malade n'avait *plus de muco membranes dans ses selles*, mais la constipation persistait. Traitement de la lithiase rénale.

Depuis que le malade a éliminé ces trois calculs les douleurs, en urinant, ont complètement disparu et il ne reste qu'un peu de sensibilité passagère au niveau du rein gauche.

28 avril. — Le malade ne souffre plus. La constipation a beaucoup diminué, les selles sont à peu près normales, il n'y a plus de muco-membranes.

L'appétit était très diminué depuis deux ans et le malade avait le ventre ballonné après ses repas. Depuis la dernière crise l'appétit est bon et les digestions faciles.

1er juillet. — Le malade a repris son travail et est entièrement guéri.

Le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse doit avoir pour but de supprimer la cause de ce syndrome intestinal. L'observation que nous publions démontre que cette cause peut être obscure, *mais qu'elle doit toujours être recherchée*.

Dans le cas de notre malade il s'agissait de phénomènes réflexes provoqués par des accidents de rétention dans l'uretère gauche dus à la présence d'un *calcul volumineux d'oxalate de chaux*, phénomènes réflexes déterminant le spasme de l'intestin et l'hypersécrétion du mucus intestinal.

Les médicaments calmants nous ont paru avoir moins d'efficacité que les manœuvres de massage pour faire cesser les accidents de rétention du côté de l'uretère et le spasme réflexe de l'intestin. Les manœuvres de massage employées sur toute la surface abdominale ou localement et plus profondément ont toujours été des manœuvres calmantes très douces : effleurages, frictions superficielles, frictions profondes. Dans quelques cas où un calcul volumineux ne peut progresser, après échec de la médication calmante (surtout injection de morphine), l'intervention chirurgicale permettrait l'extraction du calcul, mais dans le cas seulement où l'on serait certain, avant toute intervention, de la présence d'un calcul.

Après l'élimination du calcul par les voies naturelles ou après son extraction au cours d'une intervention chirurgicale, le traitement, dans le cas de gravelle acide, sera dirigé à la fois contre l'état diathésique et contre les troubles du tube digestif. Nous avons vu que l'entéro-colite muco-membraneuse et même la constipation cèdent facilement lorsque la cause est supprimée, il suffira donc de soumettre les malades au régime classique de la gravelle acide et de stimuler les fonctions de l'intestin par des lavements et des laxatifs alternés.

L'hygiène, l'exercice, la vie au grand air sont des conditions essentielles du traitement.

Les boissons diurétiques paraissent agir localement en déterminant un lavage des conduits excréteurs du rein et en stimulant l'activité des fonctions.

La médication alcaline est très employée. On pense, grâce à elle, pouvoir diminuer l'acidité de l'urine. Les eaux minérales alcalines transportées et faiblement minéralisées auraient pour but à la fois de favoriser la diurèse et, pour certains, de diminuer l'acidité des urines.

Enfin une cure thermale sur place aux eaux de Vals, de Vittel, de Contrexéville ou de Vichy est indiquée après la disparition des crises de coliques néphrétiques. S'il est possible, on aura recours d'abord à une cure de Vichy quelques semaines après la disparition des phénomènes aigus, puis, un peu plus tard, à une cure de Vals, de Vittel, de Contrexéville au choix.

A Vichy, le traitement sera interne et externe. Les eaux de Vichy chaudes prises à doses modérées sont avant tout modificatrices de l'état diathésique, en favorisant les oxydations et en augmentant l'alcalinité du sang. L'alcalinité des urines ne se manifeste jamais dans ces conditions. Les eaux de Vichy ont encore pour résultat d'améliorer les fonctions digestives par leur action sur le foie, l'estomac et l'intestin. Or, les malades atteints de gravelle sont habituellement des dyspeptiques. Les eaux de Vichy chaudes, bien que très minéralisées, sont moins irritantes pour les reins que les eaux froides, même faiblement minéralisées, c'est pourquoi nous conseillons la cure de Vichy au début, afin d'éviter l'apparition de nouvelles crises de coliques hépatiques.

De plus, dans les cas d'entéro-colite muco-membraneuse, on aura recours au traitement externe de cette affection avec de l'eau de Vichy minérale pure ou demi-minéralisée. Les douches ascendantes et surtout les grands lavages de l'intestin avec faible pression donnent d'excellents résultats.

Les bains minéraux sont sédatifs, d'une part, et, d'autre part, ils sont stimulants

(1) Voici l'analyse du calcul le plus volumineux, analyse que nous devons à l'obligeance de M. Bretet (de Vichy).

« Ce calcul est d'un brun noirâtre, à surface verruqueuse, allongé comme un noyau d'olive. Son poids est de 9 gr. 478 ; il est long d'environ 0 m. 012.

Une des petites verrues qui hérissent le calcul est détachée, la cassure est brune, elle montre, à la loupe, un aspect cristallin.

Chauffée sur une lame de platine, elle ne s'enflamme pas et ne produit pas de fumée ; elle noircit d'abord, puis devient promptement et entièrement blanche, sans se déformer sensiblement.

Les cendres ont une réaction alcaline ; elles se dissolvent sans effervescence dans l'acide chlorhydrique étendu. La solution chlorhydrique ne se trouble pas par l'ammoniaque ; elle précipite ensuite abondamment par l'oxalate d'ammoniaque. Le calcul est donc constitué par de l'*oxalate de chaux*. »

de la circulation générale, et ils activent les oxydations.

La cure de Vichy sera complétée par une cure aux eaux minérales froides, dont nous avons signalé les plus importantes, mais qui sont excessivement nombreuses. Toutes ces eaux ont une action diurétique prépondérante et seront mieux supportées par les reins, dont elles stimulent l'activité après la cure de Vichy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur la tension sanguine dans la pellagre

Par MM. C. Parhon

Docent à la clinique des maladies nerveuses, médecin de l'hôpital Pantelimon (Bucarest)

et

J. Ranitesco, interne des hôpitaux.

La pellagre est assurément une maladie qui a une prédilection marquée pour le système sympathique et spécialement pour les vaso-moteurs.

Il était naturel de nous demander quelle action elle exerce sur la tension artérielle. Les traités que nous avons consultés sont muets à cet égard. Nous avons fait quelques recherches sur cette question sur les pellagreux traités à l'hôpital Pantélimon, dans le service de M. Turbure ou aux consultations de ce service. Nous indiquerons ici les faits que nous avons trouvés. Nous avons examinés 21 malades partagés comme il suit :

Nous avons donc examiné 21 malades, dont 5 hommes et 16 femmes. La tension artérielle était six fois au-dessus de la normale. Les différences étaient de 0.5, 1.5, 2, 3.5, 4.5 et 5. Dans les autres 15 cas la pression était diminuée et les différences de la normale ont varié entre — 0.5 et — 12. En général, dans les cas avec une symptomatologie chargée, les variations au-dessous de la normale étaient grandes, mais nous n'avons pas trouvé une relation indiscutable entre la gravité des cas et l'abaissement de la pression, et les différences maxima de 9 et 12 se trouvent précisément chez des malades qui n'ont présenté d'autres troubles que l'érythème. De même parmi ceux avec la tension augmentée, il s'en trouve deux qui présentent des troubles gastro-intestinaux.

La conclusion générale qui découle de ces faits c'est que *dans la majorité des cas de pellagre la tension artérielle est abaissée.*

Ces recherches étaient en cours quand M. Zwilinger a publié une thèse très intéressante relative à la sphygmomanométrie. L'auteur a examiné entre autres 11 cas de pellagre et il a trouvé constamment la tension artérielle abaissée. Nous sommes heureux de voir que ses résultats et les nôtres concordent parfaitement.

Il nous semble probable que, dans les cas où la tension artérielle reste au-dessus de la normale malgré la pellagre, il doit exister une maladie concomitante

	Hommes	Femmes	Age du malade	La maladie datait de :	Moyenne normale de la tension à cet âge		Tension artérielle du malade	Différence	Les principaux symptômes
					HOMMES	FEMMES			
1	J. P.		13 ans	2 ans	13.5		15.5	+ 2	Erythème.
2		A. N.	16 »	3 mois		14	13.5	— 0.5	Erythème, troubles gastro-intestinaux.
3		L. Z.	16 »	3 ans		14	15.5	+ 1.5	Erythème.
4		M. D.	18 »	3 »		14	12.5	— 1.5	Erythème, troubles gastro-intestinaux.
5		L. D.	19 »	1 an		14	12.5	— 1.5	Erythème, troubles gastriques.
6		P. D.	20 »	3 ans		14	14.5	+ 0.5	Erythème.
7		M. A.	25 »	3 semaines		16	21.5	+ 4.5	Erythème, troubles gastro intestinaux.
8		J. V.	28 »	3 mois		17	13	— 4	Mêmes troubles.
9		M. R.	30 »	7 ans		17	12.5	— 4.5	Erythème, troubles gastro intestinaux, troubles mentaux.
10		A. M	30 »	10 »		17	13.5	— 3.5	Mêmes troubles.
11	B. J.		30 »	4 ou 5 ans	18		14	— 4	Erythème, troubles gastro-intestinaux.
12		R. M.	30 »	2 mois		17	13.5	— 3.5	Erythème.
13		R. Z.	36 »	9 ans		18	19	— 1	Erythème.
14		M. M.	42 »	7 à 8 ans		19	14	— 5	Erythème, troubles gastro-intestinaux, troubles mentaux.
15		D. D	43 »	2 ans		19	18	— 1	Erythème.
16		J. Z.	50 »	3 »		19	24	+ 5	Mêmes troubles.
17	D. D.		50 »	4 »	20		13.5	— 6.5	Erythème.
18	D. J.		53 »	1 an	21		9	— 12	Erythème.
19	D. G.		60 »	1 an	21		12.5	— 8.5	Erythème, douleurs gastriques.
20		L. R.	60 »	4 ans		20	13	— 7	Erythème, bulles pemphigoïdes, troubles gastro-intestinaux.
21		J. P.	68 »	Ancienne		20	23.5	+ 3.5	Erythème, troubles gastro-intestinaux, artério-sclérose.
Total.	5	16							

MÉDECINE MILITAIRE

Les officiers d'administration des hôpitaux militaires et le service de santé

Des confrères civils, très surpris par la campagne que mènent les officiers d'administration des hôpitaux contre le corps de santé, nous ont demandé ce qu'étaient ces personnages qui ont fait de la délation leur arme habituelle et d'où venait leur haine contre nos confrères militaires. Il nous sera facile de satisfaire cette curiosité d'une façon précise.

***

Les sous-officiers, qui veulent s'élever au-dessus de cette condition, se présentent soit à Saint-Maixent, soit à Saumur, soit à Versailles. Ceux d'entre eux, dont le niveau d'instruction est moindre, ou qui ont des goûts moins militaires se rabattent sur l'École de Vincennes, d'où ils sortent officiers d'administration de l'Intendance ou du service de santé.

Le programme du concours n'est pas méchant. Les épreuves écrites comprennent : une dictée, une narration, une composition d'arithmétique et d'algèbre, une de géométrie. Les examens oraux roulent sur ces matières, plus l'histoire, la géographie générale et commerciale, et les connaissances militaires.

Le recrutement des élèves se fait par les soins d'une commission composée de deux intendants, deux officiers d'administration de l'Intendance, un du service de santé ; les médecins militaires ne figurent pas dans cet aréopage.

Les professeurs sont tous des officiers d'administration (1) et l'enseignement comprend :

1° Le français ;

2° Les éléments de sciences appliquées, de topographie et d'hygiène ;

3° Les principes de législation, d'administration et de comptabilité militaires ;

4° Les principes élémentaires du droit administratif ;

5° Des notions de législation commerciale, maritime et industrielle et de comptabilité commerciale.

A la sortie de l'École les élèves choisissent le service dans lequel ils seront versés, et régulièrement les meilleurs entrent dans l'Intendance et, à de rares exceptions près, le service de santé reçoit la queue de la promotion.

Voici ce que nous écrit une personne bien placée pour savoir ce qui se passe :

« Aujourd'hui tous les élèves de Vincennes refusent d'entrer dans le service de santé ; on est obligé de les désigner d'office ; il y en a même un qui vient de démissionner. C'était un des meilleurs. »

(1) L'hygiène est enseignée par un médecin de la garnison !

En résumé, *le recrutement de l'École de Vincennes est le produit de la deuxième mouture des sous-officiers, et les officiers d'administration des hôpitaux sont fournis par la queue des promotions.*

Ces officiers d'administration ont reçu à Vincennes l'instruction suffisante pour assurer le service des bureaux de l'intendance, dans lesquels ils ne seront pas employés, mais *ils ignorent tout du service de santé dans lequel ils sont versés.*

Or, tandis que les élèves de Lyon, quand ils quittent cette école après leur réception au doctorat, font un stage d'un an au Val-de-Grâce, les officiers d'administration, en sortant de Vincennes, sont mis de suite en possession d'un emploi dans les hôpitaux, alors qu'ils connaissent moins que le dernier des infirmiers le service qu'ils vont commander et surveiller !

Il ne faut pas grand effort d'imagination pour comprendre qu'un personnel ainsi recruté, dont le bagage professionnel se réduit à la connaissance de la comptabilité et à l'établissement des feuilles de vérification, n'ayant aucune des connaissances techniques du personnel placé sous ses ordres, ignorant tout du service de santé, ne peut être que d'une utilité bien limitée, et se déplaît fatalement dans un service qu'il trouve au-dessous de lui parce qu'il en méconnaît la grandeur cachée et l'esprit de sacrifice.

Cette situation a été très bien dépeinte devant la Commission de revision, par le médecin-inspecteur Cazalas, président du Comité de santé, dans un mémoire publié dans le dernier numéro du *Caducée* (1).

Jusqu'à l'ordonnance du 28 février 1838, dit-il, les officiers d'administration des hôpitaux faisaient partie du personnel de santé, et étaient recrutés parmi les infirmiers-majors instruits et les surnuméraires d'administration, bacheliers placés à côté des élèves médecins et pharmaciens dans les hôpitaux d'instruction.

« Ce système de recrutement facile et rationnel fournissait au service de santé des officiers d'administration distingués et capables, et il avait surtout le précieux avantage de rapprocher, dès le début de la carrière, les divers éléments préposés à l'exécution du service. »

Le recrutement par l'École de Vincennes, « qui réunit deux sortes d'agents n'ayant rien de commun entre eux, a été funeste au service de santé. *Il a abaissé le niveau des officiers d'administration, en les recrutant en général parmi des sous-officiers étrangers, généralement sans avenir dans leur corps* et ne connaissant pas le service d'infirmiers. »

En définitive, l'École de Vincennes donne au service de santé — sauf exceptions rares — des officiers d'administration nullement préparés à leur rôle, insuffisants, mais se croyant des incompris, des sacrifiés, et qui voudraient chausser les bottes de l'intendance pour faire marcher les médecins militaires.

(1) *Caducée*, 1904, n° 18, p. 252.

C'est là le point de départ de la campagne actuelle.

***

Lorsque le service de santé obtint son autonomie et reçut de l'Intendance les officiers d'administration, des transformations s'imposaient évidemment dans ce personnel.

Avant tout, il fallait, comme l'avait demandé le médecin-inspecteur Cazalas, recruter les futurs officiers d'administration parmi les infirmiers et les enlever de Vincennes pour les mettre au Val-de-Grâce où ils auraient vécu côte à côte avec les médecins et les pharmaciens stagiaires, préludant ainsi à l'union future.

La deuxième réforme urgente était la suppression de la gestion, citadelle bâtie contre l'autorité du médecin, et où le comptable, à peu près inexpugnable, résiste victorieusement à tous les progrès de l'hygiène nosocomiale, au grand dam du soldat hospitalisé. L'expérience avait montré que seul un conseil d'administration composé de médecins, du pharmacien et du comptable imprimait aux hôpitaux une direction utile. Il fallait donc, à l'instar de ce qui se passe dans les établissements de l'artillerie, dans les écoles militaires, se hâter d'abandonner la gestion pour le conseil d'administration.

« Les infirmiers, disait M. Cazalas, sont la troupe du service de santé, comme les artilleurs sont la troupe du corps de l'artillerie » Les médecins militaires devaient donc réclamer de suite le commandement des sections d'infirmiers comme revient aux officiers d'artillerie le commandement des bataillons et régiments d'artillerie.

Voilà ce qu'on aurait dû faire de suite et ce qu'on n'a pas fait parce qu'au début de tout changement de régime il y a fatalement, chez les chefs, un apprentissage qui se traduit par des hésitations, du flottement. C'est ce qu'avait très bien prévu Léon Le Fort.

« Je réclame, a-t-il écrit, pour le médecin, le droit de direction, parce que partout il faut un chef, et que, dans l'organisation des secours médicaux, les questions médicales primant les questions administratives, ce chef doit être le médecin et non le représentant de l'intendance ou de l'administration. Cependant, disons-le dès aujourd'hui pour éviter plus tard toute fausse appréciation : quelque légitime, quelque nécessaire que soit cette réforme, on peut prévoir que, lorsqu'elle sera effectuée, le service de santé fonctionnera *pendant quelque temps* un peu plus mal peut-être que par le passé. Que nos collègues ne se blessent pas, que leurs adversaires ne triomphent pas de cet aveu que le respect de la vérité impose à ma sincérité. On ne sait bien que ce qu'on a appris,

et une loi ne peut faire du jour au lendemain, d'un bon médecin, un administrateur suffisant, et d'un homme n'ayant eu jusque-là qu'à obéir, un chef exercé au commandement et à la direction (1). »

Léon Le Fort a été trop bon prophète; nous avons le regret de le constater. D'aucuns — esprits étroits — ne voudraient pas qu'on l'avoue, alors que tout le monde le sait. Et comment réparer les fautes commises et leurs conséquences si graves en ce moment, si on ne veut pas voir la situation telle qu'elle est.

Il est certain que nombre d'inspecteurs et de principaux qui ne s'étaient pas préparés aux fonctions de directeur, ont laissé prendre à leur officier d'administration un rôle qui n'était pas le sien, une autorité qui n'était pas la sienne, une place qui n'était pas faite pour lui.

Il est non moins certain que nombre de médecins-chefs se sont contentés des apparences de la chefferie et que la direction, la surveillance de l'hôpital sont insensiblement tombées de leurs mains débiles.

Il est non moins certain que les sections d'infirmiers sont devenues les abris où se sont embusqués les officiers d'administration irrédentistes dont l'indépendance est à peine voilée par le fil léger qui les relie si peu à l'autorité médicale. Ce sont, avec les magasins, les places fortes de la résistance.

Aujourd'hui la période d'apprentissage est terminée. La tête du corps de santé est à hauteur de sa tâche, et c'est heureux, car les maires du Palais croyant avoir devant eux des rois Fainéants, voudraient leur couper.... l'herbe sous le pied et leur mettre une *calotte* sur la tête. L'heure est donc venue des résolutions énergiques, et nous allons les exposer telles que les réclament nos camarades.

***

L'opinion de tous les médecins militaires qui nous ont écrit sur ce sujet peut se résumer dans la formule bien connue : « *se soumettre ou se démettre* ».

Ces mots « se soumettre » ne doivent pas s'entendre dans un sens blessant pour les officiers d'administration. Loin de là, il ne s'agit que de remettre chacun à sa place. Nous ne saurions mieux faire, pour exprimer cette opinion, que de citer le passage suivant du discours prononcé par M. le médecin-inspecteur Strauss, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris au banquet des médecins de réserve et de la territoriale :

La loi du 16 mars 1882, voulant rompre avec tout un passé de confusion, d'illogisme, d'anarchie et de misère, a fait des médecins militaires les administrateurs du service de santé, comme elle en a fait les chefs autonomes sous l'autorité du commandement. En leur conférant cette autorité administrative dont le défaut absolu avait jusque-là paralysé les efforts des plus grands génies de la médecine et de la chirurgie d'armée, elle n'a pas entendu confondre l'administration sanitaire supérieure avec les attributions secondaires qu'elle a maintenues aux officiers chargés, sous l'autorité des médecins chefs, d'approvisionner les hôpitaux et ambulances, de tenir les écritures et de dresser la comptabilité.

La question est encore plus précisée dans la lettre suivante :

Il faut transformer les « sections d'*infirmiers* en des *troupes de santé* », que nous *commanderons* — non pour faire l'exercice militaire, ni pour parader — restes de vieux jeu! mais pour en faire *de véritables auxiliaires*, instruits et dressés pour le seul but que nous devons poursuivre : « soigner ».

Plus que jamais, et la démonstration par les boucheries de la malheureuse guerre russo-japonaise en est assez claire, il nous faut *toute l'autorité sur tout* le personnel de santé. Ce n'est pas en faisant l'exercice que nos infirmiers pourront nous servir; ce n'est pas avec *le fusil en bandoulière* que nos brancardiers pourront fonctionner. Ayons donc *nos troupes* à nous, exclusivement réservées et préparées pour le rôle qu'elles ont à remplir. Les temps pressent et la nouvelle loi de deux ans va encore nous forcer à précipiter le mouvement.

Etre comme nous sommes et le supporter, c'est assumer des responsabilités auxquelles nous ne pouvons tenir tête, n'en ayant pas les moyens; c'est aussi donner au pays, qui connaît et juge en simpliste notre autonomie, des illusions dont les fuites successives nous font regarder comme des « coupables ».

Il faut supprimer *la gestion*; en arriver à un *conseil d'administration*; l'officier d'administration devenant le « major » du médecin-chef. Il faut créer, dans l'hôpital, le « médecin de semaine », dont l'action s'étendra sur toutes les parties du service pendant son temps « de semaine », etc., etc.

Cette suppression de la gestion serait, paraît-il, désirée par les officiers d'administration eux-mêmes qui, la prime de gestion étant très fortement réduite, trouveraient la gestion trop lourde.

En tout cas il conviendrait de rapporter la mesure prise par la précédente direction, et qui consiste à faire concourir, pour monter la garde à l'hôpital, les officiers d'administration à trois galons avec les adjudants. Ces officiers crient à la brimade, et le public ne leur donne pas tort.

Il faut aussi réparer les lacunes, les erreurs, les contradictions du règlement, y déterminer plus exactement la situation qui appartient aux différents membres du personnel des hôpitaux, de façon à empêcher les interprétations à côté.

Si l'impulsion que subissent les officiers d'administration est telle qu'on ne puisse plus faire machine en arrière, on sera alors conduit au deuxième terme de la proposition : « se démettre », c'est-à-dire laisser convertir les hôpitaux militaires en hôpitaux mixtes, et transformer les sections d'infirmiers. Là encore nous ne saurions mieux faire que de passer la parole au confrère avisé qui, le premier, a crié : « au feu ! »

Mon cher camarade,

Vous l'avez dit : il n'y a qu'un moyen pour nous de ne pas être mangés par l'hydre administrative, c'est, non pas de la manger nous-mêmes (ses tentacules, les officiers d'administration, seraient trop indigestes), mais de la supprimer purement et simplement.

Par exemple, il n'y a pas *une minute* à perdre.

Que l'honorable M. Catteau présente au ministre un projet de suppression en bloc des hôpitaux militaires, il y aura économie pour le budget et nos maires du palais n'auront plus raison d'être. Il ne restera plus qu'à les offrir aux corps de troupe (qui n'en voudront pas, d'ailleurs) comme comptables ou officiers d'habillement.

Peut-être la suppression de l'hôpital Saint-Martin, celles de Versailles et de Vincennes rencontreront-elles quelques difficultés, mais, d'autre part, quelle belle occasion pour les membres civils de la Commission supérieure « para-Clémenceau » d'apprendre, en soignant les militaires dans les hôpitaux civils, un peu du métier que le ministre leur veut faire faire!

Vous le voyez, il n'y a qu'avantages à la combinaison que vous proposez, et c'est du reste la seule possible au point où en sont arrivées les choses.

Quant aux sections, leur commandement par des médecins militaires s'impose. En Italie, on en a d'excellents résultats et l'École de Lyon militarise suffisamment ses élèves pour qu'on puisse exiger d'eux de sérieuses qualités de commandement; point n'est besoin d'être vieille culotte de peau, de sacrer et de pester à tout propos pour bien mener une troupe!

Pour moi, je n'ai pas eu grand mérite à être le clairvoyant que vous avez bien voulu reconnaître; étant en retraite, je ne parais plus dangereux et l'*On* fait devant moi des confidences dont il m'est facile de tirer profit. C'est ainsi que j'ai pu connaître, par les intéressés eux-mêmes, leur projet de décapitation de l'intendance et du corps de santé, et il m'a été facile de vous en aviser.

Décidément l'éternel combattu n'a qu'à se bien tenir; s'il est vaincu dans la lutte contre l'hydre, ce ne sera pas faute que vous lui ayiez crié : Gare!

Il nous sera bien permis de rappeler que dans son projet d'organisation du corps de santé militaire Léon Le Fort avait supprimé les sections d'infirmiers et créé à la place un bataillon, pouvant se diviser en trois compagnies divisionnaires, ainsi composé :

OFFICIERS.	1 médecin-major de 1re classe.
	1 médecin major de 2e classe.
	4 aides-majors.
	1 lieutenant.
	1 sous-lieutenant.
	1 comptable.
INFIRMIERS	8 infirmier de visite.
	12 infirmiers d'exploitation.
	2 infirmiers majors (surveillants).
TROUPE...	3 sergents.
	8 caporaux (dont 2 clairons).
	66 brancardiers.
	2 ordonnances d'officiers.
TRAIN.....	2 sous officiers.
	20 soldats (4 montés).

(1) Léon Le Fort. — La chirurgie militaire et les sociétés de secours en France et à l'étranger (Paris, Germer-Baillère, 1872, p. 17).

En définitive les officiers d'administration sont brusquement partis en guerre contre les médecins. Ils ont fait campagne dans des conditions qui ont blessé les sentiments les plus intimes de l'armée et leur ont aliéné l'opinion publique.

Ça c'est la gaffe, la belle gaffe ; celle dont on ne se relève pas.

Et voilà que les hommes qui se sont servis des officiers d'administration pour leur œuvre de démilitarisation, les lâchent à leur tour, et veulent les remplacer par des amis « sûrs », qui surgissent de la coulisse au moment opportun pour dévorer... l'huître administrative.

Ayant trahi leurs chefs, ils sont trahis par leurs complices.

Ça c'est le châtiment.

Dr Noel.

DÉPARTEMENTS

Les injections d'air sous cutanées dans les névralgies

On sait que Cordier, de Lyon, a préconisé, dans les cas de névralgies diverses, l'usage des injections d'air sous-cutanées, et a employé avec succès ce traitement dans la névralgie intercostale. Le même heureux résultat a été obtenu par MM. Marie et Chauffard.

MM. Mongour et **J. Carles**, médecins des hôpitaux de Bordeaux, viennent de généraliser la méthode. Ils l'ont employée dans trois cas de sciatique.

« Ce qui frappe, disent-ils, dans ces trois observations, c'est l'existence des douleurs violentes consécutives à l'injection et remplacées bientôt par un calme complet. Il s'agit là d'un fait qui semble particulier à la névralgie sciatique.

« Nous avons, en effet, appliqué le même traitement dans dix cas de névralgies intercostales d'ordres divers, et ce qui nous a toujours frappé alors, c'est la disparition le plus souvent immédiate de la douleur après l'injection. Bien des malades s'en sont trouvés aussi surpris que nous. Après la piqûre, ils pouvaient remplir impunément leur poitrine d'air, tandis que, quelques instants auparavant, cette même tentative, faite sous nos yeux, leur arrachait des cris » (1).

« Sans doute, avant d'être familiarisé avec la méthode, on est quelque peu hésitant; on redoute d'injecter dans le tissu cellulaire ou même dans les muscles un quart ou un demi litre d'air. La pratique démontre qu'on a rien à craindre.

« Les gaz injectés mettent huit à dix jours à se résorber, mais leur présence dans l'hypoderme ne s'accompagne d'aucun incident fâcheux. »

Voici le mode opératoire qui est des plus simples.

Après asepsie convenable, une aiguille stérilisée de Pravaz ou de Roux est introduite au point choisi pour l'injection. On s'assure qu'aucune gouttelette de sang ne s'écoule, puis, on adapte la soufflerie. Elle est constituée par un ballon rempli d'air, de gaz carbonique, de vapeurs médicamenteuses que l'on vide par expression; plus souvent, dans la pratique, par une poire à thermocautère ou une très vulgaire pompe à bicyclette. Si l'on tient à réaliser la filtration de l'air ou du gaz utilisé, un petit tube de verre muni d'un tampon de coton stérilisé est intercalé entre l'aiguille et la soufflerie.

Selon les cas, la quantité d'air à injecter varie; à ce point de vue, la sensibilité même du malade constitue souvent un guide très sûr. Loin d'être douloureuse, la pénétration sous-cutanée de l'air possède parfois un pouvoir analgésique immédiat et l'on n'a aucun avantage à poursuivre l'opération sitôt que le patient déclare que toute douleur a disparu.

Un léger massage de la région doit suivre l'injection gazeuse et il est bon de le répéter les jours suivants, jusqu'au moment où l'on ne sent plus sous les doigts la crépitation gazeuse qui témoigne de la présence de l'air.

MM. Mongour et Carles ne sauraient trop, disent-ils, recommander d'avoir recours, pour le traitement des douleurs névralgiques rebelles, aux injections gazeuses sous-cutanées dont ils expliquent l'action ainsi qu'il suit :

Cordier invoque une élongation des fines ramifications nerveuses dermiques. Les bons effets du massage pratiqué après l'injection, la réapparition des douleurs que l'on observe parfois au fur et à mesure que l'air se résorbe, leur disparition grâce à une nouvelle piqûre, montrent bien tout ce que cette théorie a de vraisemblable. Elle explique encore comment on peut indifféremment utiliser : air atmosphérique, acide carbonique, vapeurs médicamenteuses, puisque c'est surtout la distension mécanique qui paraît agir. »

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 août 1904.

De l'indication opératoire constituée par des psychoses dans les dégénérescences de l'utérus et de ses annexes

La question des rapports des lésions chirurgicales et des psychoses est un terrain brûlant sur lequel on ne s'avance qu'avec prudence, notamment à la Société de médecine légale où le Dr Picqué, chirurgien des asiles de la Seine, a fait plusieurs communications sur ce sujet. Voici trois observations de ce genre qui nous viennent de Lyon et sont dues à **M. Vincent**. La troisième est trop récente pour qu'on puisse en tirer parti; la mort rapide qui est survenue après l'opération, ne permet pas d'utiliser le premier fait; mais le second est des plus suggestifs et on peut en rapprocher l'observation rapportée par M. Destot, à la suite de la communication de M. Vincent.

La première fois ce chirurgien eut affaire à un fibrome incarcéré dans le bassin, et la femme avait de nombreuses crises d'hystéro-épilepsie avec des troubles psychiques intercalaires. Elle ne survécut pas à l'opération.

Le second cas était une vésanie des plus caractérisées chez une jeune femme de trente à trente-cinq ans, mère de plusieurs enfants. Sur la demande des médecins aliénistes qui la soignaient sans résultat depuis longtemps, M. Vincent attaqua le fibrome de petit volume que portait cette malade. L'ablation étant refusée par la famille, il traita le fibrome au moyen des crayons de chlorure de zinc, d'après le procédé de M. Laroyenne. Il obtint la cessation des pertes sanguines et une atrophie du fibrome équivalant à une guérison relative, temporaire tout au moins, grâce à laquelle la malade récupéra l'équilibre de ses cellules cérébrales.

La troisième observation est toute récente, elle date du 29 juin. Un gros fibrome (3 à 4 kilos) a été extirpé sans laisser le col utérin, mais en gardant intégralement les annexes, dans le but de conserver les sécrétions internes ovariennes si nécessaires, croit M. Vincent, à la mentalité de la femme. L'opérée est âgée de vingt-huit ans. Elle était traitée, depuis huit ans, comme une grande neurasthénique. « On l'a soumise au système barbare de la séquestration et du gavage qui a eu, chez elle, comme chez beaucoup d'autres, pour effet de la surexciter au paroxysme. On s'est décidé à lui rendre sa liberté, d'autant plus que sa vésanie était tranquille. La pauvre créature était tourmentée de scrupules ayant pour motifs des sensations érotiques auxquelles elle ne comprenait rien ». M. Vincent a noté de telles sensations morbides dans l'évolution du cancer utérin et surtout dans l'évolution du fibrome. L'hystérectomie totale fut pratiquée comme dernière ressource capable de rétablir l'ordre dans ce pauvre cerveau détraqué.

L'avenir montrera si l'opération est capable de procurer l'apaisement cérébral qu'on en attend par la suppression de l'excitant utérin néoplasique.

Quoi qu'il en soit du résultat final, au point de vue de la mentalité de son opérée, il est évident, par l'inspection macroscopique de la tumeur enlevée, que l'hystérectomie était absolument indiquée par la dégénérescence et l'augmentation de volume, d'autant qu'il s'agit d'un sujet jeune.

M. Destot, à propos de l'observation de M. Vincent, a cité le cas d'une femme grande neurasthénique qui lui fut adressée pour subir des séances de franklinisation, au cours desquelles il fut amené à pratiquer le toucher, en raison des pertes abondantes signalées par la malade. Le toucher révéla un fibrome, que M. A. Pollosson enleva. L'ablation de cette tumeur amena la guérison de la neurasthénie avec idées métaphysiques bizarres qui empoisonnaient la vie de la malade.

G.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Les méd. princ. de 1re cl. :

M. Chevassu est nommé méd.-chef de l'hôp. mil. Bégin à Saint-Mandé.

M. Calmette est nommé dir. du service de santé du 3e corps.

M. Donion est nommé dir. du service de santé du 5e corps.

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Descour est nommé sous-dir. à l'éc. du serv. de santé mil. et méd.-chef de l'hôp. mil. Desgenettes à Lyon.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. en chef de 2e cl. Laffont est dés. pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis, en rempl. de M. Pfihl.

M. le méd. princ. Gazeau, du port de Toulon, est désigné, sur la demande de M. le contre amiral Boué de Lapeyrère, nommé au commandement en chef de la div. nav. de l'Atlantique, pour faire partie de l'état-major de cet officier général en qualité de méd. de division.

M. le méd. de 2e cl. Le Moignic, du port de Toulon, emb. sur le *Pei-Ho*, centre administratif de Tong Kou (Chine), en rempl. de M. Normand.

Sont désignés pour emb. sur les bâtiments ci après de l'esc. de la Méditerranée et de l'esc. du Nord, en rempl. de MM. Arène, méd. princ.; Brunet et Vialet, pr. méd. de 1re cl., et Audibert, méd. de 1re cl., savoir :

Sur le *Saint-Louis*, MM. de Bonadona, méd. princ. du port de Toulon, et Lebeaupin, méd. de 2e cl. du port de Lorient.

Sur le *Louis*, M. Viancin, méd. de 1re cl. du port de Cherbourg.

Sur le *Carnot*, M. Gachet, méd. de 2e cl. du port de Rochefort.

Le jury du concours qui aura lieu à Brest le 28 septembre prochain, pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de ce port, sera composé comme suit :

M. Friocourt, directeur du service de santé, président.

MM. Porquier et Condé, méd. de 1re classe, membres.

Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :
1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :
1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Ortal, 4 Cognes, 5 Laffont, 6 Thémoin, 7 Guézennec.

MM. les médecins principaux :
1 Gazeau, Rousseau, Michel, Bourdon, Robert, Dumany, Negretti, Gauran, Durand, Ménier.
11 Valence, Audibert, Santelli, Chastang.

MM. les méd. de 1re cl. :
1 Sisco, Glérant, Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius, Audiat, Hernandez.
11 Barrau, Barrat, Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Tricard, Titi, Viguier, Guitton.
21 Faucheraud, Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Baret, Castaing, Merleau-Ponty.
31 Richer de Forges, Giraud, Crozet, Liffran, Abeille de la Colle, Maillin, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton.
41 Penon, Dargein, Charuel, Rolland, Chalibert, Douarre, Bastier.

M. les médecins de 2e cl. :
1 Lemoignic, Cazeneuve, Fatôme, Fockenberghe, Busquet, Lestage, Quéré, Hutin, Rénault, Gatrot.
11 Gaubin, Janicot, Colomb, Caille, Lecalvé, Dupuy, Kervern, D'Adhémar de Lantagnac.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl.

Pour prendre rang du 11 août 1904 et maint. à leurs postes actuels.

MM. les méd. aides-maj. de 1re cl. stag. :
Esserteau, à Madagascar.
Jauneau, à Madagascar.
Vincent, en Indo-Chine.
Boucher, à Madagascar.
Martin, en Indo-Chine.
Peyrot, en Afrique occid. française.
Mercier, en Indo-Chine (hors cadres).
Pénaud, en Afrique occid. française.
Bernoud, en Indo-Chine (hors cadres).
Meslin, en Indo-Chine.
Monzels, en Indo-Chine.
Carayon, en Indo Chine (hors c.).
Durand, en Afrique occid. française.
Sarrailhé, en Indo-Chine.
Léger, en Indo-chine.
Gensollen, en Indo-Chine.
Ouzilleau, en Afrique occid. française.
Koun, en Indo-Chine.
Heckenroth, en Afrique occid. française.
Levet, à la Martinique.
Pic, au Dahomey (hors c.).
Masse, à Madagascar.
Pistre, en Afrique occid. française.
Poux, à Madagascar.
Bourragué, en Indo-Chine.
Girard, en Indo Chine.
Cachin, en Afrique occid. française.
Thélème, à la Guadeloupe.
Geniès, en Indo-Chine (hors c.).
Lasserre, à Madagascar.
Dufougeré, à la Martinique.
Thézé en Afrique occid. française.
Valentino, dans l'Inde (hors c.).
De Goyon, au Congo (hors c.).
Sallet, en Indo Chine.
Duperron, en Afrique occid. française.
Le Gouon, en Afrique occid. française.
Bouilliez, en Afrique occid. française.
Lévier, à Madagascar.
Deuuff, en Indo-Chine
Arathoon, en Indo-Chine.
Eberlé, à Madagascar.
Cavasse, à Madagascar.
Hermant, en Indo-Chine.
Haelewyn, en congé.
Lescure, à Madagascar.
Franceschetti, à Madagascar.
Le Bouvier, en Nouvelle Calédonie (h. c.).
Le Roy, en Nouvelle Calédonie (h.c.).
Maratray, dans l'Inde (h.c.).
Fistié, en Indo-Chine.
Frontgous, en Afrique occid. française.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

M. Fabre, de Saint-Rome de Tarn.

Officiers d'académie

M. Conchon, de Châtel-Guyon.
M. Pont, de Lyon.
M. Delaunay, de Paris.
M. Ratier, de Séreilhac.

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE
(17-22 octobre 1904.)

Exposition d'instruments de chirurgie.

Pendant toute la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de chirurgie et d'objets de pansements sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Des vitrines seront mises à la disposition des membres du Congrès pour exposer les instruments et les appareils nouveaux qu'ils désireraient présenter.

Les membres du Congrès qui ont l'intention d'exposer sont priés de vouloir bien en informer immédiatement le secrétaire général (M. le Dr Ch. Walther, 21, boulevard Haussmann, à Paris en indiquant la nature des objets exposés et, pour les grands appareils, la surface nécessaire.

TROUBLES A L'UNIVERSITÉ DE HELSINGFORS

Un incident s'est produit à l'Université de Helsingfors à l'occasion de la cérémonie d'ouverture du semestre. Deux étudiants ont lu, immédiatement après le discours du recteur et malgré la défense de ce dernier, une protestation en suédois et en finnois contre le bannissement de plusieurs professeurs de l'Université hors du territoire de la Finlande.

Le recteur et une partie des professeurs ont quitté la salle, tandis que les autres professeurs et la majeure partie des élèves y sont restés.

Des mesures disciplinaires sont appliquées aux deux étudiants.

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

18e ANNÉE. — N° 76 | 10 Centimes le Numéro | SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1904

LE

BULLETIN MÉDICAL

Paraissant le Mercredi et le Samedi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

Les abonnements partent du commencement de chaque trimestre, mais ne sont reçus que pour une année entière.

S'ADRESSER

Pour les abonnements, changements d'adresse, etc. à l'Administration du Journal.

Pour tout ce qui concerne la publicité, à MM. PORTE ET THIOLLIER frères, 54, rue Jacob.

Direction scientifique :
MM. LES PROF. GRANCHER & LANNELONGUE

Rédacteur en chef : M. le Dr JANICOT

Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr GRANJUX

RÉDACTION & ADMINISTRATION
PARIS. — 4, rue de Lille, 4 — PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)... 8 fr. par an
Etranger (frais de poste compris) 12 fr. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandats-poste ou en bons de poste.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 *centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.*

Ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expire fin septembre sont instamment priés de nous faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement annuel en un MANDAT-POSTE adressé au gérant du journal, 4, rue de Lille, Paris.

SOMMAIRE

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le 14 novembre 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire incrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, de midi à 3 h., le vendredi 7 octobre 1904 et sera clos définitivement le samedi 22 du même mois inclusivement.

POSTES MÉDICAUX

Les renseignements relatifs aux postes médicaux, cessions de clientèles, sont donnés à titre de simple indication, sans garantie aucune de l'Administration du journal.

Cessions de clientèles médicales, maisons de santé et d'hydrothérapie. — Remplacements.— Renseignements sur toute clientèle médicale à céder ou à reprendre. Cabinet A. Gallet, 47, boulevard Saint-Michel, près la place de la Sorbonne. (Anciennement 92, Boulevard de Port-Royal.) Téléphone 824.81.

NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Le Thigénol et ses applications

Par M. le Dr JUMON, de Paris

Nombreux sont les cas en pathologie où l'on a besoin d'une action résolutive certaine s'exerçant en dehors de toute action topique et s'adaptant aux conditions antiseptiques. L'ancienne thérapeutique nous offrait comme résolutifs les cataplasmes d'un effet incomplet, souvent douteux et inapplicables dans beaucoup de cas, et l'onguent mercuriel qui ne répond qu'à certaines indications restreintes déterminées. Il y a une quinzaine d'années les applications de la médication résolutive se sont étendues par suite de la découverte de l'ichtyol encore très employé dans la pratique, malgré ses graves défauts consistant surtout dans son odeur très désagréable et dans la production de taches indélébiles sur le linge. Aussi, dans ces dernières années, a-t-on réussi à remplacer l'ichtyol par un corps qui non seulement n'a aucun de ses inconvénients mais qui lui est certainement supérieur au point de vue des actions thérapeutiques : il s'agit du Thigénol. C'est un liquide brun, sirupeux, inodore et presque insipide, véritable combinaison chimique représentée par l'oléo-sulfonate de sodium. Le soufre total contenu dans cette huile est en proportion constante de 10 pour 100 et s'y trouve en combinaison organique. La particularité physique la plus curieuse de cette huile sulfonée est d'être soluble dans l'eau, l'alcool étendu et la glycérine, ce qui facilite beaucoup ses applications thérapeutiques. Quand nous aurons ajouté que le Thigénol en application sur la peau s'y dessèche en formant une mince pellicule, que ses traces sur le linge et sur la peau disparaissent par un simple lavage, qu'il exerce une action calmante sur les démangeaisons, nous en aurons fini avec les principales propriétés de ce corps.

Localement, on a montré que le Thigénol est un vaso-constricteur, un anémiant local, qu'il exerce une action antiphlogistique et résolutive sur les processus inflammatoires; loin d'être un irritant pour les surfaces, c'est un calmant et un kératoplastique.

Ces propriétés sont devenues l'origine de nombreuses applications thérapeutiques dont les travaux du professeur Jaquet et de Neumann, pour ne citer que les deux plus importants, ont montré le bien fondé. On peut considérer comme définitivement acquis les résultats qu'a donnés le Thigénol dans le traitement de certaines affections cutanées et muqueuses et gynécologiques. Dans le traitement des dermatoses, le Thigénol a donné de tels résultats qu'il s'est définitivement substitué à l'ichtyol. C'est dans certaines périodes de l'eczéma, dans l'acné vulgaire et rosacée, dans les affections prurigineuses, notamment dans le prurit vulvaire et anal, même dans les brûlures, qu'on pourra employer avec avantage le Thigénol.

Parmi les applications heureuses qu'on en a faites, nous signalerons plus particulièrement le badigeonnage des fissures, fissures à l'anus, fissures du sein. A l'action calmante se joint ici une action protectrice et régénératrice sur l'épiderme. Enfin, pour les hémorroïdes, le Thigénol offre avec de meilleurs résultats les mêmes applications que l'ichtyol. Son action antiparasitaire l'a fait encore employer avec succès dans la gale, dans la blennorrhée contre laquelle on se sert de solutions à 2 pour 100. Telles sont d'une façon très succincte les applications qui ont été faites, entre autres par Jaquet, Saalfeld, Silberstein, dans la pratique dermatologique.

Un autre champ d'applications heureuses est constitué par la gynécologie. Ici les résultats donnés par cette nouvelle thérapeutique ne sont pas moins remarquables, d'après les observations déjà nombreuses de Neumann, Merkel, Flatau.

En ce qui concerne la thérapeutique gynécologique, les indications les plus précises ont été données par Neumann. Elles résultent, ainsi que nous l'avons dit, des propriétés calmantes et résolutives du médicament. A ces titres, le Thigénol pourra être employé comme adjuvant et comme agent curatif. Dans certains cas, il ne peut évidemment avoir que la valeur d'un bon palliatif; là où une suppuration est inévitable, il n'y a pas d'autre ressource que l'intervention chirurgicale, mais le Thigénol pourra même ici avoir son utilité soit pour combattre la douleur, soit pour combattre l'inflammation et hâter la *restitutio ad integrum* après l'intervention.

Des observations nombreuses apprennent, en effet, que le médicament exerce une action calmante remarquable, même dans les cas d'inflammation aiguë de toute nature. Certaines malades atteintes de métrite blennorrhagique ou autre, traitées sans succès par des applications d'ichtyol, ont vu au bout de deux ou trois jours les douleurs pelviennes diminuer avec le Thigénol au point de pouvoir reprendre leurs occupations; or, on sait combien sont rebelles les douleurs de cette nature.

Cette action calmante sur la douleur se manifeste encore dans toutes les inflammations pelviennes, dans la salpingite, les ovarites, les périmétrites consécutives aux avortements, les paramétrites. Dans toutes les observations on note la diminution ou la disparition de la douleur en quelques jours. Il ne s'agit pas là du reste d'un simple effet sur le symptôme. Si le médicament semble posséder par lui-même une action calmante sur la douleur d'origine inflammatoire, ainsi qu'il résulte des cas où le Thigénol n'a eu qu'une simple action palliative, il calme la douleur parce qu'il possède aussi une action résolutive sur les exsudats inflammatoires qui interviennent dans la douleur. Sous son influence on voit très nettement diminuer les exsudats qui perdent également de leur consistance. Même les tuméfactions ovariennes d'origine congestive ou inflammatoire diminuent par l'application du Thigénol.

Enfin le médicament exerce ses effets calmants et résolutifs dans les cas où l'on a été forcé d'intervenir et lorsque les foyers purulents se sont ouverts. Les pansements avec cette substance non seulement contribuent au bien-être des malades en diminuant les souffrances, mais en hâtant la guérison et la restauration locale.

Il est un point encore que Neumann a fait ressortir dans son travail, c'est l'action prophylactique du médicament en ce qui concerne l'infection blennorrhagique, non pas que le Thigénol possède une action microbicide à cet égard, mais parce qu'il provoque une sécrétion abondante et des modifications de milieu qui sont défavorables à la propagation de l'infection. C'est ainsi que des femmes atteintes de blennorrhagie uréthrale et vulvaire, mais dont le col utérin est encore indemne, échappent à la métrite si on pratique des pansements réguliers au Thigénol.

Quelques mots sur le mode d'emploi de ce médicament. S'il s'agit de lésions cutanées ou muqueuses, comme des fissures, des hémorrhoïdes on peut l'employer pur en badigeonnages, on sera certain de son action antiprurigineuse, détersive et cicatrisante. Mais dans les autres cas et notamment dans les applications gynécologiques, il est préférable de l'employer dilué. Comme le Thigénol est parfaitement soluble dans l'eau, on pourrait employer celle-ci comme véhicule, mais l'eau est trop fluide et les tampons retiennent mal le mélange. Il est préférable comme on l'a fait pour l'ichtyol, de se servir de la glycérine, d'autant plus que celle-ci possède certains effets très utilisés en thérapeutique gynécologique, il s'agit ici de la saignée blanche exercée sur le col dont les glandes sont mises en état d'hypersécrétion par la glycérine.

La proportion de Thigénol dissoute dans la glycérine variera de 10 à 50 pour 100, elle donnera un mélange assez consistant, pour rester dans les tampons. Ceux-ci doivent être appliqués le plus près possible des lésions. S'il s'agit de lésions inflammatoires du col, d'ulcérations, les tampons sont appliqués directement sur le col. Plus rarement on aura l'occasion de pratiquer des pansements intra-utérins qui dans ce cas seront faits avec la glycérine thigénolée à 1/10. Sous l'influence des pansements l'organe, corps et col, reprend son volume normal et parfois l'action bienfaisante s'exerce sur des lésions inflammatoires plus éloignées. Si on se trouve en présence d'une salpingite, d'une périmétrite ou d'une paramétrite on s'efforcera de maintenir le tampon sur le côté qui est le siège de la lésion, soit en arrière, si le cul-de-sac de Douglas est atteint.

Les applications de tampon avec la glycérine thigénolée sont également indiquées dans les inflammations aiguës et dans les lésions chroniques. Dans le premier cas, elles n'auront souvent qu'un effet palliatif, en soulageant beaucoup les malades, si du moins elles n'empêchent pas toujours l'affection d'arriver à la suppuration. Dans les affections chroniques, le Thigénol manifeste ses effets résolutifs dans toute leur puissance et on a vu des exsudats d'un volume énorme finir par disparaître sous l'action d'un traitement prolongé; la résolution des exsudats et des adhérences contribue à la disparition des douleurs.

Dans tous les cas le Thigénol constitue un agent précieux et un auxiliaire de grande valeur dans le traitement gynécologique qu'il soit médical ou chirurgical.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES & SYPHILITIQUES

(Hôpital Saint-Louis)

M. le prof. GAUCHER.

La syphilis héréditaire

L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

La syphilis héréditaire est la syphilis transmise au produit de la conception par l'un des géniteurs ou par les deux. Cette définition vous indique que, sous le nom de syphilis héréditaire, nous devons étudier toutes les manifestations précoces ou tardives et toutes les conséquences directes ou indirectes dérivant de la syphilis des parents. Par conséquent, ce n'est pas seulement la syphilis congénitale, ce sont toutes les conséquences de l'hérédité syphilitique que nous aurons à passer en revue.

L'existence de la syphilis héréditaire est connue depuis très longtemps, les auteurs du XVI[e] siècle la connaissaient déjà, mais, comme beaucoup de notions vraies en médecine, cette idée fut abandonnée et, plus tard, un certain nombre de médecins et même de grands esprits, Hunter notamment, nièrent l'hérédité syphilitique. Hunter enseignait même que le nouveau-né était infecté de syphilis, non pas parce que les parents la lui avaient communiquée *in utero*, mais parce qu'il contractait cette syphilis au passage, pendant l'accouchement.

Cette controverse n'a plus qu'un intérêt historique, la syphilis est héréditaire, il n'y a plus aucun doute à cet égard, et l'influence nocive des générateurs est d'autant plus grande que leur syphilis est plus récente, voilà ce qui est également admis.

Mais cette influence n'existe pas seulement dans la syphilis récente, en d'autres termes, elle ne se manifeste pas seulement pendant la période secondaire et contagieuse de la maladie, certes, elle s'atténue avec le temps, mais elle peut persister pendant un temps très long, quelquefois pendant une grande partie de l'existence, de sorte que la syphilis des parents peut être nocive, héréditaire pour les enfants pendant de longues années.

Cependant, d'après les statistiques, et particulièrement celles de M. le prof. Fournier, le maximum de nocivité correspond aux trois premières années de l'infection, c'est durant ces trois années que la syphilis des parents se transmet aux enfants avec son maximum de virulence.

Ce qui persiste surtout pendant un temps très long, ce n'est pas la transmission héréditaire de la syphilis *en nature*, c'est l'influence de la syphilis des parents sur les troubles de l'évolution du fœtus et de l'enfant, les lésions variées qui dépendent indirectement de l'hérédité syphilitique. C'est faute d'avoir égard à cette influence lointaine et indirecte de l'hérédité syphilitique que certains médecins ne comprennent pas encore la gravité possible du pronostic de la syphilis, non seulement relativement à l'individu lui même, mais aussi et surtout, relativement à sa descendance.

Et, en effet, Messieurs, l'hérédité syphilitique a une importance sociale de premier ordre à cause de cette influence meurtrière quand la maladie des parents n'a pas été traitée.

Cette influence meurtrière a été signalée par M. Fournier et bien d'autres. Vous savez qu'un grand nombre, je pourrais dire le plus grand nombre des avortements, des accouchements prématurés sont dus à la syphilis. Si vous ajoutez à ceci les enfants mortsnés et ceux qui succombent rapidement, vous arriverez à un total considérable de méfaits de la syphilis au point de vue de l'existence des enfants.

La statistique de M. Fournier donne : sur *208 grossesses* chez *100 femmes syphilitiques*, *148 enfants morts*, c'est-à-dire seulement *60 vivants*.

Voilà, Messieurs, un premier groupe de faits comprenant les enfants qui meurent dans l'utérus ou aussitôt après leur naissance, mais, en dehors de ces cas de mort par hérédo-syphilis précoce, il faut tenir compte, pour établir la statistique de l'influence nocive de cette maladie, d'une seconde catégorie de faits qui comprennent toutes les lésions, les infirmités qui ne tuent pas, mais qui font de ceux qui en sont atteints, des déchets sociaux et, en somme, comme les précédents, des victimes de l'hérédité syphilitique.

Je vous ai dit tout à l'heure que l'influence de la syphilis sur le produit de la conception est d'autant plus grande que la syphilis est plus récente, je pourrais ajouter, d'autant plus nocive que, quelle que soit l'ancienneté de la maladie des parents, ceux-ci ont eu des accidents plus récemment. De sorte que l'influence nocive de la syphilis est en rapport, d'une part, avec le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'infection et, d'autre part, avec la prolongation des accidents et le peu de temps qui s'est écoulé depuis les derniers accidents.

Cependant il y a des irrégularités, des anomalies de transmission héréditaire de la syphilis, qu'il importe, Messieurs, que vous connaissiez. Ces irrégularités peuvent être d'ordres divers.

En premier lieu, parfois, *après peu de temps* et avec un *traitement insuffisant*, il arrive que quelques enfants échappent à l'hérédité, c'est un fait exceptionnel qui a été constaté.

Voici trois observations, dont l'une m'est personnelle, vous en trouverez bien d'autres dans les ouvrages de M. Fournier par exemple.

Un père syphilitique vient me trouver pour une de ces neurasthénies si fréquentes chez les syphilitiques et qui est très souvent le prélude de la paralysie générale. Cet homme me raconte qu'il a une syphilis qu'il n'a pour ainsi dire pas traitée, il n'a jamais pris qu'un sirop dépuratif. Il s'est marié un an après avoir contracté la maladie, a contagionné sa femme qui a été traitée par le même sirop dépuratif et a eu de nombreux accidents depuis son infection. Un enfant lui est né, non pas tout de suite, mais quatre ans et demi après la syphilis du père, la mère venait encore d'avoir des accidents, elle n'avait suivi, avant et pendant sa grossesse, aucun traitement, et cependant ils ont un enfant, que j'ai vu, âgé de deux ans et demi, qui ne présente aucun accident.

Il y a des cas où le mariage ayant lieu plus tôt que quatre ans et demi, les enfants sont cependant sains.

Voici une autre observation classique relative au cas d'une femme en pleine syphilis active qui met au monde des enfants sains qui restent sains.

Cette observation appartient au D[r] Julien et a été publiée dans la *France médicale* en 1898 : une femme syphilitique depuis 1874, soignée depuis par M. Fournier, a eu des accidents incessants et, au moment où l'observation était publiée, c'est-à-dire en 1898, cette femme avait un fils âgé de vingt et un ans qui, né en pleine période secondaire et suivi continuellement par M. Julien, n'avait jamais présenté d'accidents héréditaires; bien plus, il la contracta à l'âge de dix-neuf ans.

Cette observation est importante parce qu'elle est presque unique pour les détails et la longueur de l'observation de la mère et de l'enfant.

Plus nombreux encore sont les cas de syphilis paternelle seule, qui ne se transmet pas. Dans ces cas, il s'agit de

syphilis non guérie, de malades qui ont eu des accidents syphilitiques entre l'intervalle des naissances de leurs enfants.

M. Fournier a fait des observations très curieuses à ce sujet; en voici une qui m'est personnelle et n'a rien, d'ailleurs, de plus remarquable que les siennes; elle date d'hier seulement.

Un homme de quarante-six ans a eu la syphilis à vingt-trois ans, il ne l'a pas traitée ou ne l'a fait que pendant quelques semaines. Dix ans après il s'est marié, il y a de cela treize ans; il a deux enfants sains que j'ai vus et, cependant, dans l'intervalle de ces deux naissances, il a eu des accidents, des gommes du voile du palais, des gommes intra-nasales très graves qui ont nécessité l'intervention d'un spécialiste et n'ont guéri que par les injections mercuriels et l'iodure de potassium.

Cet homme venait me consulter pour des vertiges, des maux de tête, un peu de diplopie, c'est-à-dire des symptômes de syphilis.

Evidemment la procréation, qui n'a eu lieu qu'au bout de onze ans, s'est faite à un moment où la maladie était atténuée, mais, ce sur quoi j'insiste, c'est sur ce point, à savoir que le malade n'était pas guéri puisqu'il a encore aujourd'hui des accidents syphilitiques.

Les cas sont également très nombreux si l'on prend les observations relatives aux pères, anciens syphilitiques et *non traités* qui ont des enfants sains, qui restent sains, tandis que les pères ont des accidents tardifs, quelquefois jusqu'à la fin de leur existence.

Voici deux observations de ce genre :

Un homme, atteint de syphilis à dix-sept ans, ne s'est pas traité ou ne l'a fait que d'une manière insignifiante. Marié à vingt-deux ans, il a trois enfants, trois filles dont l'une est mariée. Aucune ne présente une tare quelconque, quant au père, il vient d'avoir des menaces de syphilis cérébrale, des vertiges, commencement d'hémiplégie du côté gauche à l'âge de 60 ans, le traitement spécifique seul l'a guéri.

Le deuxième fait, que je veux vous signaler, est celui d'un homme syphilitique à vingt ans qui ne traite pas sa maladie, se marie à vingt-quatre ans et a des enfants sans aucune trace d'hérédité syphilitique. A soixante et un ans, ce syphilitique a des phénomènes de syphilis cérébrale : attaques apoplectiformes, hémiplégie du côté droit, qui n'ont été guéris que par le traitement spécifique.

C'est une première catégorie de faits relatifs aux irrégularités et anomalies de la transmission héréditaire de la syphilis, catégorie qui comprend les cas dans lesquels des *syphilitiques non traités, non guéris* ou *mal traités et non guéris, ont pu procréer pendant le cours de leur existence des enfants sains.*

Au contraire, et par opposition, il y a une seconde catégorie de faits qui comprend des syphilitiques bien traités, très bien traités même, chez lesquels la transmission héréditaire a pu se faire pendant très longtemps, malgré le traitement le mieux et le plus rigoureusement suivi.

Vous trouverez une foule de ces cas dans les ouvrages de M. le prof. Fournier, dans « L'hérédité syphilitique » ou « Syphilis et mariage »; en voici quelques-uns.

Dans une famille syphilitique, on relève l'hérédité persistante, malgré le traitement, pendant dix grossesses, dans une autre pendant onze grossesses et, dans une observation bien plus remarquable de M. Ribemont, *pendant dix-neuf grossesses*. Voyez quel long laps de temps représentent ces grossesses, temps pendant lequel, en dépit d'un traitement rigoureux, l'hérédité a été continue.

M. Barthélemy a vu un enfant né syphilitique, avec une syphilis secondaire congénitale, né d'un père qui avait eu la syphilis *quatorze ans avant*. M. Fournier a noté le cas d'un autre syphilitique secondaire, atteint d'hérédo-syphilis vulgaire, né d'un père qui avait eu la maladie *dix-huit ans avant*.

Voyez, Messieurs, quelle opposition entre ces deux catégories de faits. Mais ce ne sont que des anomalies et, le plus souvent, l'hérédité syphilitique s'opère d'une façon beaucoup plus régulière.

Dans la grande majorité des cas voici ce qui se passe : les *premiers enfants sont les plus atteints et les plus constamment atteints, les risques héréditaires s'atténuent avec le temps et le traitement.*

Mais là encore on trouve des faits anormaux qui ne peuvent s'expliquer que par deux hypothèses : ou bien il y a reviviscence du virus qui, étant resté latent et silencieux pendant une grossesse précédente, prend une nouvelle activité pendant la suivante; ou bien, il faut admettre l'immunité naturelle de certains sujets de même que d'autres sont réfractaires à la vaccine.

Je ne crois pas qu'il soit possible d'expliquer autrement que par l'une de ces deux hypothèses, ces naissances d'enfants alternativement sains et malades, nés dans une même famille syphilitique.

Il y a des types à l'infini ; on a, par exemple, celui-ci qui est assez normal : premier enfant, sain; deuxième enfant, malade. Mais ce qui l'est moins c'est : premier enfant, malade; deuxième enfant, sain; troisième enfant, malade. Ces deux types sont en contradiction avec la loi que j'ai posée au début, à savoir que la syphilis est d'autant plus nocive, plus virulente, que l'infection est plus récente.

Voilà une autre observation : la mère est syphilitique, le premier enfant est sain, le deuxième malade, il est traité et guérit; de la troisième grossesse, deux jumeaux, l'un malade et l'autre mort. Ici, c'est presque l'ordre inverse, non seulement la virulence ne s'est pas atténuée, mais elle semble avoir augmenté avec le temps.

Mais voici un fait plus extraordinaire encore : de deux jumeaux, un garçon et une fille, d'une femme syphilitique, le garçon, syphilitique, meurt rapidement, la fille est absolument indemne. Evidemment, là, on ne peut invoquer que l'hypothèse de l'immunité naturelle.

Ces cas s'observent bien souvent en dehors de toute intervention thérapeutique, vous en trouverez des quantités cités, entre autres, par Parrot dans son livre sur « la syphilis héréditaire ».

Ce qu'il faut savoir, et voici maintenant le correctif, c'est que, souvent, ces apparences d'anomalies tiennent au traitement, les périodes de traitement coïncidant avec la conception d'enfants sains, les enfants malades correspondant aux périodes pendant lesquelles les géniteurs ne se sont pas traités.

Si l'on fait abstraction de ces anomalies et de ces irrégularités, voici ce que l'on observe d'une façon générale, car, après vous avoir indiqué ce qui est anormal, il faut bien que je termine cet exposé par ce qui est habituel, ce qu'il faut surtout retenir, dans l'hérédité syphilitique, on remarque que le syphilitique ou la syphilitique, qui procrée dès les premières années de la maladie, donne naissance :

1° A des enfants malades, infectés d'hérédo-syphilis secondaire en nature; d'abord une syphilis embryonnaire et fœtale, l'avortement; puis, après ces avortements, ces morts-nés, viennent des enfants qui paraissent sains, mais qui, au bout d'un mois ou de six semaines, sont atteints de syphilis héréditaire.

C'est la première période, celle qui suit l'infection.

2° Au bout d'un certain temps, les enfants qui naissent n'ont plus d'hérédo-syphilis secondaire, ils ont des lésions qui apparaissent d'une façon moins précoce, moins généralisée : ce sont des *lésions tertiaires*.

3° Puis, plus tard, les enfants qui naîtront pourront être atteints d'affections d'origine syphilitique et non de nature syphilitique, ou, comme dit M. Fournier, de « parasyphilis », de dystrophies, de vices de conformation dus à l'influence lointaine d'une syphilis atténuée.

Bref, il y a ordinairement trois étapes dans l'hérédité syphilitique :

1° Hérédité de la syphilis en pleine virulence : hérédo-syphilis secondaire.

2° Hérédité d'une syphilis déjà atténuée : hérédo-syphilis tertiaire.

3° Hérédité d'une syphilis encore plus atténuée : affections d'origine syphilitique (vices de conformation).

Mais, Messieurs, ce n'est pas seulement le temps qui atténue la virulence de la syphilis au point de vue de l'hérédité, c'est aussi *et surtout le traitement* et un *traitement bien suivi*.

Ici je puis être bref, car les observations de syphilitiques de moins en moins malades, à cause du traitement, sont innombrables. La syphilis s'atténue tellement par le traitement que les enfants de syphilitiques bien traités sont indemnes au point de pouvoir contracter eux-mêmes la maladie. Quelquefois ces enfants présentent des manifestations tardives d'une syphilis très atténuée, des malformations d'origine syphilitique par exemple, des affections parasyphilitiques, mais ils sont tellement peu imprégnés de syphilis, grâce au traitement des géniteurs, qu'ils sont aptes à la contracter.

Je vous en citerai quelques exemples, mais il y en a des milliers relevés par M. Fournier et d'autres auteurs :

1° Un homme atteint de syphilis très bien traitée, se marie quatre ans après, il a trois enfants que je connais et deux d'entre eux, deux fils, contractent la syphilis presque en même temps, à vingt et un et à dix-neuf ans.

2° Un homme syphilitique trois ans avant son mariage, a deux enfants dont l'un, que je connais, a contracté la syphilis à dix-neuf ans. Son père me l'amena et mon attention fut attirée par cette réflexion du père qui me dit : « Etes-vous bien sûr que mon fils ait la syphilis? Je l'ai eu moi-même il y a très longtemps. »

Ces enfants sains peuvent même se contagionner lorsque les géniteurs ont présenté des accidents postérieurement à leur naissance, c'est-à-dire même s'ils ont été mis au monde à une époque où les géniteurs n'étaient pas guéris.

Je puis vous citer un père syphilitique dont le fils contracta la maladie plus tard et qui se faisait soigner pour des accidents de syphilis cérébrale, tandis que le fils était soigné pour un chancre.

Un autre père, qui avait eu la syphilis avant la naissance de son fils, se faisait soigner pour un tabès d'origine syphilitique alors que le fils avait un chancre dû à la syphilis qu'il venait de contracter.

Certainement, dans ces cas si curieux, la syphilis des géniteurs n'était que silencieuse, annihilée au point de vue de son influence héréditaire, par le traitement, au moment de la conception.

Messieurs, des considérations précédentes, de l'importance du traitement chez les syphilitiques et des résultats qu'on obtient puisqu'ils peuvent donner naissance à des enfants sains, capables de contracter la maladie, de ces considérations, vous concluerez avec moi à la nécessité absolue du traitement des géniteurs, non seulement pour eux, mais surtout pour leurs descendants.

Il y a nécessité absolue du traitement (et dans l'espèce, il s'agit surtout du père) avant le mariage ou avant la procréation. Il faut un traitement régulièrement suivi, même en l'absence d'accidents. Cette nécessité d'un traitement prolongé et d'un traitement intermittent pour mettre l'individu à l'abri, le plus possible, des atteintes postérieures de la maladie, a été établie par M. Fournier.

Ce traitement est surtout important, non pour l'individu lui-même, puisque nous voyons des individus bien traités qui ont des accidents ultérieurs, mais important relativement à l'hérédité et à la descendance, puisque par un traitement bien compris et bien suivi on peut éviter l'hérédité de la syphilis, même quand l'individu ne peut s'éviter à lui-même les accidents ultérieurs.

Puisque ce traitement s'impose, quel doit-il être?

Je crois qu'il est indispensable de prescrire aux syphilitiques un traitement prolongé de quatre années, certains demandent plus longtemps; certes, si on peut se traiter plus, les résultats n'en seront que plus parfaits, mais ces quatre années sont déjà très longues.

Il faut suivre un traitement avec des pilules de sublimé, pour les syphilis ordinaires ou, dans les cas plus graves et dans ceux d'intolérance gastrique, faire des piqûres et des injections mercurielles. Qu'il s'agisse de pilules, de piqûres ou d'injections, le traitement est à peu près le même.

D'abord, *deux mois de traitement de suite, après l'infection*, une fois la nature syphilitique du chancre parfaitement reconnue, puis *un mois de traitement sur deux* ou *quinze jours par mois pendant deux ans*.

La troisième année, un mois de traitement sur trois; la quatrième, un mois de traitement sur six, puis, la cinquième, repos, observation, expectation. Si, dans cette cinquième année, l'individu n'a pas eu d'accidents, on peut lui permettre de se marier et de procréer dans la sixième année. Il vaudrait mieux qu'il attendit, mais si on obtient déjà cela, étant données les nombreuses observations, il est fort probable que le malade donnera naissance à des enfants sains, vous pouvez donc avoir la conscience tranquille. Qu'il ne soit pas complètement à l'abri de manifestations tardives, cela peut se faire, mais encore une fois, l'individu lui-même ne nous intéresse pas, ce sont ces descendants seuls dont nous nous occupons, car il faut éviter la propagation de la maladie.

Mais il y a plus; nous avons vu des hommes qui se sont très bien traités, qui ont attendu six ans, même huit ans avant de se marier, procréer des enfants malades. Il faut donc prescrire un traitement spécifique immédiatement avant le mariage ou la conception.

J'ai coutume de le faire chez les anciens syphilitiques, même chez les syphilitiques bien traités, je leur dis : « Un mois avant votre mariage, prenez des pilules de sublimé ou faites-vous faire des injections », de façon à ce que la virulence, qui aurait pu résister à l'imprégnation mercurielle antérieure, soit détruite.

« Il semble, a dit Parrot, que le poison syphilitique n'ait plus qu'une malfaisance virtuelle dès qu'il se trouve en présence du mercure. » La phrase est jolie et, en même temps, très vraie, c'est pourquoi ce traitement de quatre années et ce traitement avant le mariage sont nécessaires.

Il est heureux que le traitement associé au temps atténue et stérilise la syphilis, car, la syphilis est tellement répandue dans notre société, que toute la race en serait empoisonnée en peu de temps s'il n'en était ainsi.

Depuis la grande épidémie de sy-

philis du XVe siècle, il est certain que chacun de nous a parmi ses ancêtres plusieurs syphilitiques.

Aujourd'hui, dans la classe moyenne, la syphilis atteint presque le tiers de la jeunesse masculine et, dans certains pays, cette proportion est dépassée.

Après vous avoir exposé les règles générales de l'hérédité syphilitique, je dois, Messieurs, revenir sur certains détails du mécanisme de l'hérédité.

Il y a lieu d'envisager la syphilis maternelle et la syphilis paternelle.

La syphilis maternelle n'est pas discutée, elle peut exercer son influence soit si elle est antérieure à la grossesse, soit si elle résulte d'une contagion opérée pendant la grossesse. Il nous faut examiner ces deux cas.

Dans le cas d'une femme atteinte de syphilis antérieurement à la grossesse, que l'homme soit ou non malade, c'est *l'ovule qui est d'emblée syphilitique*, comme toutes les parties constituantes de la mère, cela se conçoit aisément.

Dans le deuxième cas, nous avons une femme non syphilitique qui, pendant sa grossesse, contracte, d'une manière quelconque, la maladie. Le mécanisme de l'infection est alors beaucoup plus compliqué, nous allons le voir tout à l'heure; c'est *le placenta* qui sert d'intermédiaire pour infecter l'embryon. Le sang de la mère, en passant dans le fœtus, lui apporte, en même temps que la vie, les germes de la syphilis.

De nombreuses observations, que vous trouverez dans les ouvrages de M. Fournier, notamment, ont prouvé que la syphilis contractée par l'enfant par voie placentaire était généralement plus bénigne que dans le cas où la mère est contagionnée avant la grossesse.

Bien plus, l'hérédité de la syphilis, dans le cas de la mère contagionnée pendant la grossesse, n'est pas prouvée pour toutes les périodes de la grossesse, elle n'est prouvée que pour les sept premiers mois et est seulement certaine pour les cinq premiers mois. C'est-à-dire qu'une femme qui contracte la syphilis pendant sa grossesse, *avant le cinquième mois, infectera certainement son enfant*; si elle la contracte *entre le cinquième et le septième*, elle *l'infectera probablement* et, si elle contracte la maladie *après le septième mois*, elle *n'infectera très probablement pas l'enfant*.

Pourtant, même dans ces trois derniers mois, le septième, le huitième et le neuvième, on a des observations authentiques, exceptionnelles, dans lesquelles la transmission héréditaire s'est effectuée. M. Chabalier, un médecin de Lyon, a publié plusieurs de ces irrégularités dans la *Gazette médicale de Lyon* en 1867.

De ce fait que le fœtus peut parfois être infecté quand la mère devient syphilitique après le septième mois de sa grossesse, nous pouvons tirer immédiatement une conséquence pratique : c'est que, dans le cas de la mère infectée entre le septième et le neuvième mois, même si l'enfant apparaît sain, non seulement la mère syphilitique ne doit pas allaiter son enfant, mais il ne faut pas non plus donner à celui-ci une nourrice; il faut, s'il est sain, lui éviter la contagion que sa mère lui communiquerait et, en même temps, s'il est malade, il ne faut pas qu'il puisse contaminer une nourrice.

J'ai été témoin, avec le Dr Alexandre, d'un de ces cas. On m'amena, il y a quelques années, une femme syphilitique avec un chancre de la lèvre supérieure, enceinte de huit mois; le père était sain et, d'après la femme, la syphilis aurait été le résultat d'un accident. L'enfant a été élevé au biberon, il y a de cela sept ou huit ans, et, aujourd'hui, il est sain.

Il est prudent de prendre ces précautions, car on ne sait pas si l'enfant est sain.

Ainsi, *après le cinquième mois, peut-être après le septième, probablement* l'enfant n'est pas infecté, il l'est sûrement avant le cinquième, si la mère a contracté la syphilis pendant la grossesse. De même, il est malade si la mère a eu la syphilis antérieurement à sa grossesse. Que l'enfant présente ou non des lésions, c'est *un enfant syphilisé* s'il n'est pas syphilitique. Et, c'est ce qu'exprime la loi de Profeta, exprimée par ce professeur : « *Une mère syphilitique n'infecte pas son enfant né sain.* » Cet enfant est, en quelque sorte, vacciné contre la syphilis.

Cela est vrai pour les enfants d'une mère syphilitique avant sa grossesse, c'est vrai également pour ceux qui naissent d'une mère qui contracte la syphilis avant le cinquième mois, sûrement, et avant le septième, probablement, de leur grossesse, mais ce n'est plus vrai quand la mère ne la contracte qu'après le septième mois. Dans ce cas, l'enfant échappe tellement à la transmission syphilitique, qu'il peut contracter plus tard la maladie. Il y a des exemples de femmes ayant contracté la syphilis après ce septième mois, dont les enfants étaient tellement peu syphilisés qu'ils ont contracté la syphilis par la bouche, par l'allaitement.

La loi de Profeta est donc vraie, si on mitige par quelques corrollaires sa forme absolue.

Eh bien! Messieurs, cette hérédité maternelle étant indiscutée, étant la plus dangereuse, il s'ensuit qu'il y a nécessité absolue de traiter la mère.

C'est par ce traitement que nous commencerons la conférence de dimanche prochain.

FAITS CLINIQUES

Crise de convulsions après l'opération du phimosis

Par M. le Dr Jules Regnault
Médecin de la marine

Des convulsions et même des crises épileptiformes sont assez fréquemment provoquées par l'irritation de certaines branches des nerfs honteux internes : l'excitation produite par des oxyures vermiculaires au niveau de la région ano-rectale sur le nerf anal suffit à provoquer des troubles nerveux très accentués chez les enfants, l'excitation du nerf dorsal de la verge par une balanite aurait, paraît-il, provoqué quelquefois des accidents analogues, mais nous n'avons trouvé nulle part mention de convulsions ou de crises épileptiformes provoquées par une intervention chirurgicale sur le prépuce. Il est possible que des troubles de ce genre aient été observés, mais n'aient pas été relatés à cause de leur bénignité. Nos camarades de l'armée qui ont, sans doute, souvent l'occasion de pratiquer l'opération du phimosis, sont bien placés pour noter des faits de ce genre; ils trouveront peut-être quelque intérêt aux trois observations suivantes que nous avons prises lorsque nous étions prévôt de clinique chirurgicale dans le service du Dr Ambiel, à l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier.

Observation. I. — F. E., soldat d'infanterie coloniale, entre une première fois à l'hôpital, le 12 juin 1903, pour phimosis incomplet et brièveté du frein de la verge; on se contente de sectionner le frein, puis d'appliquer quelques sutures fines pour le restaurer, tout en l'allongeant. Le malade sort de l'hôpital le 24 juin, sans avoir présenté aucun trouble nerveux.

Il entre pour la seconde fois à l'hôpital le 18 juillet, et demande instamment à être opéré : le frein est assez long, mais l'orifice du prépuce est étroit et constitue un danger permanent de paraphimosis pendant l'érection.

Le 21 juillet nous pratiquons la circoncision et nous prescrivons, le jour de l'opération et les jours suivants, du bromure de camphre, pour éviter les érections.

Dans la nuit du 23 au 24 juillet, vers 4 heures du matin, le médecin de garde est

appelé près du malade qui a eu une courte crise nerveuse.

D'après les déclarations des malades, couchés dans les lits voisins, il aurait poussé un grand cri et serait tombé à terre sans connaissance. Le médecin constate qu'il a de l'écume aux lèvres, qu'il présente du trismus, mais qu'il n'a pas uriné sous lui ; après avoir fait de grands mouvements classiques notre opéré ne tarde pas à reprendre connaissance, mais il ne se souvient nullement de ce qui qui s'est passé. Les réflexes pharyngien et cornéen restent abolis pendant quelque temps. La sensibilité cutanée et le champ visuel sont normaux.

Cet homme n'avoue aucun antécédent névropathique, il sort de l'hôpital le 30 juillet, après cicatrisation par première intention de sa plaie opératoire sans avoir présenté de nouvelles crises nerveuses.

Obs. II. — D. L., canonnier de l'artillerie coloniale, âgé de vingt ans, entre à l'hôpital pour phimosis, le 6 août. Nous pratiquons la circoncision le 7 août à 9 heures du matin et nous lui donnons du bromure de camphre. Dans la nuit suivante, à 1 heure et demie du matin, le médecin de garde est appelé près de notre opéré qui a une crise nerveuse, et il rédige la note suivante : « Le malade a la physionomie absolument normale, seulement il répond assez mal et comme à regret aux questions qu'on lui pose. Il est éveillé et ne porte trace ni d'écume aux lèvres, ni de morsure à la langue, ni de miction involontaire. Il n'y a rien de particulier du côté des pupilles ; la sensibilité est conservée, plutôt un peu exagérée. » Les voisins racontent qu'il a poussé brusquement trois ou quatre cris, s'est retourné dans son lit, a agité un instant les bras, puis est resté environ une minute sans connaissance. C'est dans ce dernier état que l'infirmier l'a trouvé. Des flagellations et des aspersions d'eau froide l'ont immédiatement rappelé à lui. La crise a duré en tout environ deux minutes ; le malade ne s'en souvient nullement et ne se rappelle rien de semblable dans son passé. Un de ses frères a eu des convulsions à l'âge de deux ans, à la suite d'une frayeur, et est resté muet jusqu'à l'âge de huit ans. Il ne présente par ailleurs rien à signaler.

Obs III. — C. L., soldat d'infanterie coloniale, âgé de vingt et un ans, entre à l'hôpital pour « phimosis » le 13 août 1903. Il assure qu'à l'âge de huit ans il « décalottait » très bien, que le phimosis se serait produit à l'âge de douze ans, à la suite d'une inflammation ; sur le prépuce il existe une cicatrice analogue à celle d'une brûlure ; l'orifice du prépuce est très étroit, il n'y a pas d'adhérences préputiales. La circoncision est pratiquée le 15 août vers 9 heures du matin.

A la date du 16 août figure, sur la feuille de clinique, la note suivante du médecin de garde : « Je suis appelé à 3 heures de l'après-midi près du malade qui vient de présenter une attaque ; quand je suis arrivé, il était sans mouvement, mais il a suffi de quelques tapotements sur le visage pour lui faire reprendre connaissance. D'après ce que racontent ses voisins, il lisait tranquillement un journal quand, tout d'un coup, il laissa retomber sa tête en arrière, en la tournant alternativement et rapidement à droite et à gauche. Il a fait quelques mouvements des membres, car il est tombé de son lit et s'est légèrement blessé à la tête ; il n'a eu ni miction, ni défécation involontaires ; mais il porte à la langue des écorchures sanguinolentes. »

Le 17 août, au matin, le malade ne présentait aucun vestige de fatigue ou de courbature. Les seuls antécédents névropathiques qu'il avoue sont des crises convulsives dont il aurait été atteint, il y a plusieurs années, au cours d'une fièvre scarlatine.

Ces trois cas de crises convulsives après opération du phimosis ont été observés dans un très court espace de temps et dans le même service ; nous n'avons constaté aucun trouble analogue chez les malades Européens ou Asiatiques que nous avons opérés de phimosis avant ou depuis cette époque. Dans le premier cas il y a peut-être coïncidence fortuite entre l'opération et l'apparition d'une crise nerveuse ; dans les cas suivants il y a sans doute lieu de faire la part de la suggestion. Le soldat, qui fait l'objet de l'observation II, n'a pas assisté, il est vrai, à la crise du sujet de l'observation I, mais cette crise lui a été certainement racontée par les autres malades du service. Le sujet de l'observation III n'a pas assisté à la crise du sujet de l'observation II, mais il a connu ce sujet à l'hôpital. Il nous semble qu'il faut rejeter toute idée de simulation, parce que nos malades n'avaient aucun intérêt à simuler une crise une seule fois et à l'époque à laquelle ils l'ont eue, et parce que, d'ailleurs, ils n'ont jamais essayé de tirer aucun profit de leur crise, soit pour obtenir une modification de régime, soit pour prolonger leur séjour à l'hôpital.

L'excitation que provoque l'opération et le processus de cicatrisation sur les rameaux des nerfs honteux qui se distribuent au prépuce peut paraître suffisante pour occasionner des convulsions, alors que la légère excitation d'autres branches de ces mêmes nerfs par les oxyures vermiculaires occasionne assez fréquemment des troubles semblables. Pour élucider cette question, il serait nécessaire que les médecins, qui ont observé des faits analogues, veulent bien publier leurs observations.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Des moyens vaso-dilatateurs dans le traitement de la néphrite interstitielle

La néphrite interstitielle étant généralement accompagnée d'hypertension artérielle, **M. P. Edel** (*Zeitschr. f. klin. med.* et *Münch. med. Woch.*, 13 sept. 1904) s'est livré, à la clinique médicale de Wurzbourg, à une série de recherches sur les effets thérapeutiques des moyens vasodilatateurs dans cette affection. Il a trouvé que le nitrite d'amyle et la trinitrine, de même que le séjour au lit et les bains chauds carbo-gazeux (qui produisent également une action vaso-dilatatrice), en abaissant la pression artérielle, diminuent sensiblement le taux de l'albumine dans l'urine des sujets atteints de néphrite interstitielle. Lorsque, par ces moyens, on parvient à obtenir un abaissement prolongé de la pression sanguine, la diminution de l'albuminurie est également durable. Les exercices musculaires modérés, appropriés aux forces du malade, ont non seulement pour effet de tonifier le cœur, mais ils provoquent encore une dilatation des vaisseaux musculaires et cutanées, laquelle contribue à abaisser la pression artérielle et, partant, à diminuer l'albuminurie. L'auteur conclue de ces recherches que les moyens vaso-dilatateurs doivent jouer un rôle important dans la thérapeutique de la néphrite interstitielle.

Dans ce même ordre d'idées, **M. W. H. Thomson** (*Med. Record*, 20 août 1904), médecin du Roosevelt Hospital, à New-York, a entrepris des essais de traitement de la néphrite interstitielle par la teinture d'aconit (il s'agit, probablement, de la teinture de *racine* de cette plante) qui, d'après lui, serait un vaso-dilatateur beaucoup plus puissant que les nitrites. Ces essais lui ont donné les résultats les plus encourageants. En administrant, à ses néphritiques, la teinture d'aconit par prises de 5 à 8 gouttes, répétées toutes les trois heures, et en continuant cette médication pendant des mois, il a observé, dans ces cas avancés de néphrite interstitielle, une augmentation considérable de l'élimination de l'urée et la disparition des phénomènes urémiques.

Le bain chaud dans la neurasthénie

Peu satisfait de l'hydrothérapie froide chez les neurasthéniques, **M. U. Alessi** (*Gazz. d. Ospedali*, 11 septembre 1904), privat docent et assistant de la clinique psychiatrique du prof. Sadun, à Pise, lui a substitué depuis quelque temps, surtout pendant la saison froide, la balnéation chaude dont il se trouve fort bien. L'idée de ce traitement lui a été suggérée par certains neurasthéniques qui, ayant pris par hasard un bain chaud, en ont éprouvé un grand soulagement.

L'auteur a pu se convaincre que, dans la neurasthénie, l'action du bain chaud est particulièrement favorable alors qu'il est pris le matin, au lever. La température de l'eau doit être aussi élevée que possible, tout en étant agréable au malade. La durée du bain est de quarante minutes environ.

Cette balnéation chaude produit une action essentiellement calmante. Sous son influence, les états d'excitation, si fréquents chez les neurasthéniques, cèdent la place à une euphorie qui permet au malade de vaquer librement à ses occupations habituelles.

La radiothérapie des fibro-myomes utérins

A en juger par les observations de **M. J. Deutsch** (*Münch. med. Woch.*, 13 septembre 1904), une place serait à faire aux rayons X dans le traitement des fibromyomes de l'utérus. En effet, dans les six

cas de cette affection que l'auteur a eu l'occasion de traiter par les rayons de Röntgen, les résultats ont été très favorables. Chez ces malades, il a obtenu, en 20 à 90 séances, une diminution plus ou moins accusée du volume de la tumeur utérine et, ce qui plus est, la disparition complète, durable en apparence, des métrorragies, la cessation des troubles de la miction (envies fréquentes d'uriner) et l'amélioration de l'état général avec augmentation du poids du corps. Une malade, atteinte de goître, vit celui-ci diminuer au cours du traitement, bien que cette tumeur thyroïdienne n'eût jamais subi l'action directe des rayons X qu'on faisait agir seulement sur les fibro-myomes utérins. Il est intéressant de noter que deux autres malades, qui ne présentaient aucune trace de goître, furent prises de troubles rappelant ceux que produit l'opothérapie thyroïdienne : elles maigrissaient, étaient très irritables et se plaignaient de palpitations cardiaques et d'affaiblissement général. Les séances radiothérapiques ayant été interrompues, ces troubles ne tardèrent pas à se dissiper. Un fait qu'il convient encore de signaler, c'est que, chez les malades dont il s'agit, les séances radiothérapiques étaient parfois suivies d'un écoulement vaginal séro-sanguinolent.

L'auteur estime que, dans les fibromyomes utérins, le traitement radiothérapique devrait toujours être essayé avant de se décider à l'intervention opératoire.

Les interruptions momentanées de la circulation artérielle comme méthode de traitement des arthrites rhumatoïdes

M. W. Ewart (*Lancet*, 13 août 1904), médecin-chef du Saint-George's Hospital, à Londres, indique, pour le traitement du rhumatisme chronique et du rhumatisme blennorragique, un moyen rappelant quelque peu le procédé de la « stase veineuse artificielle » de Bier, avec lequel, cependant, il ne faut pas le confondre. De même que Bier, l'auteur applique un lien constricteur au-dessus de la partie atteinte, mais après avoir refoulé le sang veineux par la position élevée du membre et par des effleurages centripètes le long des grosses veines. En outre, au lieu de serrer le lien de façon à arrêter seulement la circulation veineuse, sans entraver la circulation artérielle, comme le fait Bier, l'auteur pousse la constriction jusqu'à la disparition complète du pouls des parties situées au-dessous du lien. Cette interruption de la circulation artérielle est maintenue quelques instants (une demi-minute à deux minutes au plus) pendant lesquels le membre demeure pâle et engourdi. Puis on lève brusquement le lien constricteur : le membre devient alors rouge par l'afflux du sang, et le malade y éprouve une sensation agréable de chaleur. Cette manœuvre est pratiquée à six reprises différentes dans la même séance. Les séances sont répétées deux fois par jour.

M. Ewart ne relate que deux faits dans lesquels il a employé le procédé en question pour une arthrite du poignet due, chez un malade, au rhumatisme chronique, et, chez l'autre, à l'infection blennorragique. Le résultat fut favorable dans les deux cas : les douleurs cédèrent rapidement et la tuméfaction diminua d'une façon notable.

Le mécanisme d'action de ces interruptions momentanées de la circulation artérielle est double : pendant la phase d'anémie à la fois veineuse et artérielle, les produits morbides sont résorbés par les capillaires et les lymphatiques vidés de leur contenu habituel; pendant la phase d'hyperhémie active, l'afflux du sang exerce une action stimulante sur les tissus malades.

Deux faits de splénomégalie d'origine traumatique

M. Godart-Danhieux (*Presse méd. belge*, 18 septembre 1904) relate un cas d'hypertrophie primitive de la rate sans leucémie et un autre cas de leucémie liénale, présentant, tous les deux, cette particularité intéressante qu'elles paraissent s'être développés sous l'influence d'un traumatisme.

La première de ces observations concerne un homme, âgé de trente-neuf ans, qui vint consulter l'auteur pour une affection de l'estomac dont il souffrait depuis une huitaine d'années. Jusque-là il n'avait jamais été malade, à part ce fait à noter que, à l'âge de huit ans, il avait reçu dans le dos un coup violent qui lui fit vomir du sang. A la suite de cet accident, il dut garder le lit trois mois durant lesquels de petits vomissements sanglants se produisirent à plusieurs reprises. Sous tous les autres rapports, les antécédents personnels et héréditaires du malade n'offraient rien de particulier. Les troubles morbides dont le malade souffre actuellement ont débuté, il y a huit années de cela, par des accès se montrant deux fois l'an et persistant pendant des périodes de cinq à six semaines. C'est une douleur dans le ventre, survenant au lit, revêtant surtout le caractère d'une pesanteur dans le flanc gauche et se calmant par l'ingestion de nourriture ou de liquide. Tous les jours, pendant la période de l'accès, la douleur se reproduit vers 5 ou 6 heures du soir, sous forme d'une crampe accompagnée de gonflement de l'estomac, d'éructations gazeuses et d'émissions de gaz par l'anus. Très rarement, le malade accuse des aigreurs que le bicarbonate de soude fait disparaître. Il n'y a jamais eu de vomissements. A l'inspection, on constate une augmentation de volume de l'hypochondre gauche, où la palpation dénote une tumeur résistante, à bord tranchant, présentant une encoche, comme on la rencontre toujours dans les rates hypertrophiées. Cette tumeur, indolore au toucher, donne, à la percussion, un son mat; elle suit les mouvements respiratoires et mesure 14 centim. de long sur 10 centim. de large. Les autres organes ne présentent rien d'anormal. L'examen hématologique ne décèle aucune modification pathologique du sang. A l'examen du chimisme stomacal, on ne constate qu'un léger degré d'hyperacidité. L'état général est invariablement bon.

En présence de ces faits, troubles digestifs, douleurs dans l'hypochondre gauche, hyperacidité, augmentation du volume de la rate sans altérations du sang ni de l'état général, l'auteur s'est cru autorisé à conclure à l'existence d'une tumeur splénique produisant par son contact avec l'estomac des troubles fonctionnels de cet organe. Le fait qui paraît le plus intéressant dans ce cas, c'est le développement exagéré de la rate, seul phénomène objectif appréciable, le seul aussi qui donnât à penser au sujet de l'avenir réservé du malade.

L'auteur a revu récemment ce malade qui continue à bien se porter. Son estomac l'a laissé fort tranquille après le régime des hyperchlorhydriques auquel il a été soumis.

La seule hypothèse qui, pour l'auteur, puisse expliquer cette augmentation considérable du volume de la rate, serait le traumatisme subi dans l'enfance.

Si cette hypothèse est vraie, on se trouverait donc en présence d'une hypertrophie de la rate d'origine traumatique, avec, peut-être, une augmentation du tissu conjonctif par péri-splénite ancienne.

La seconde observation de l'auteur se rapporte à une leucémie liénale typique, présentant ceci de particulier qu'elle a commencé à se développer, chez un homme fort robuste, aussitôt après une chute, d'une hauteur de cinq mètres, sur la tête et le flanc gauche.

Un autre point à relever dans cette observation, c'est l'action favorable exercée par la médication arsénicale pendant les premiers stades de la maladie.

Sa rate atteignait à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane, à droite, et remontait sur la ligne médiane à trois doigts au-dessus de l'ombilic, moment où fut commencé le traitement arsénical.

Tout ce qui avait été fait auparavant, régime lacté exclusif, iodure de potassium, bromure, avait été en pure perte.

A partir du moment où fut administré le traitement arsénical, on assista à une diminution rapide de la rate avec amélioration de l'état général.

Malheureusement, après environ un an et demi de cette médication, on dut cesser l'arsenic, le traitement intensif auquel le malade avait été soumis ayant occasionné des désordres fort incommodes (sécheresse de la peau, kératoses palmaires, larmoiement).

Plus tard, on eut beau reprendre le traitement arsénical intensif, la maladie ne cessa de s'aggraver rapidement.

V. de H.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

CONCOURS POUR LE PROFESSORAT DANS LES ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE

Les jurys des concours qui auront lieu le 5 octobre prochain dans le port de Brest pour des emplois de professeur dans les écoles annexes de médecine navale, seront composés comme suit :

1° Pour la chaire d'histologie et de physiologie à l'école de Rochefort.

M. l'inspecteur général du service de santé, président.

M. Baret, méd. en chef, membre

M. Valence, médecin principal, membre.

2° Pour les chaires de physique et de chimie biologique aux écoles de Brest et de Rochefort.

M. l'inspecteur général du service de santé, président.

M. Taillotte, pharm. en chef, membre.

M. Cavalier, pharm. princ., membre.

Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

Ont été nommés élèves du service de santé de la marine, savoir :

Les étudiants en médecine :

1 Mauran, Semprey, Escudié, Pénaud, Baujean, Arlo, Ployé, Belley, Pénaud, Coret.

11 Trabaud, Sauvé, Raisin, Pélissier, Guimezanes, Frontgous, Chabé, Althabégoity, Poupelain, Mazières.

21 Bernardeau, Le Breton-Oliveau, Rochigneux, Vialard, Wibratte, Ségard, Dauvergne, Le Boucher, Blandin, Clapier.

31 Guyomarc'h, Bondil, Euvrard, Gilbert-Desvallons, Bonnefous, Botreau-Roussel, Lajus, Mossé, Rivière, Heymann.

41 Bernard, Joulin du Sentre, Dornoy, Dupuis, Le Borgne, Arné, Jouveau-Dubreuil, Brun, Bonnel, Hullot.

51 Allary, Antoine, Cristol, Moisan, Bourgarel, Richer-Anger, Husnot, Delalande.

Ces élèves devront être rendus à l'école le 20 octobre 1904.

Les élèves démissionnaires seront remplacés de manière à compléter l'effectif au moment de l'ouverture des cours.

Tout élève admis qui renoncerait au bénéfice de son admission, devra envoyer au ministère de la marine, dans le plus bref délai possible, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de son père, de sa mère ou de son tuteur.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

Au 5e d'inf. à Cherbourg, M. Patriarche.

Au 3e d'inf. à Rochefort, M. Vivien.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Au 4e d'inf. à Toulon, M. Briand.

Au 8e d'inf. à Toulon, M. Damond.

Au 7e d'inf. à Rochefort, M. Nouaille-Degorce.

Au corps des disciplinaires à Oléron, M. Nielsen.

Au 2e d'inf. à Brest, M. Sauzeau de Puyberneau.

Au 5e d'inf. à Cherbourg, M. Ascornet.

Au 2e d'art à Cherbourg, M. Lemasle.

Au 1er d'art. à Rochefort, M. Boyé.

Au 24e d'inf. à Perpignan, M. Roche.

Au 3e d'art. à Toulon, M. Ortholan.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Au 7e d'inf. à Rochefort, M. Dhoste.

Au 2e d'inf. à Brest, M. Fauquet.

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :

Au 6e d'inf. à Brest, M. Haelewyn.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

A Madagascar.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

A l'hôpital de Majunga, M. Logerais.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

A l'amb. de Tuléar, M. Martin.

A l'infirm. de Maintirano, M. Brisemur.

En Afrique occidentale française.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

A Dakar (dir. du service de santé), M. Sautarel.

Au bat. de Zinder, M. Bresson.

Au corps d'occupation de Chine

Le méd.-maj. de 2e cl. :

Au service général, M. Augier.

En Indo-Chine.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

A l'hôp. d'Hanoï, M. Salanoue-Ipin.

Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Doucet.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Au 10e d'inf. à Dap Cau, M. Morel.

Au poste médical de Vinh, M. Talbot.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Au l'ambulance de Lao Kay, M. Mouillac.

Au poste de Back-Nam, M. Paramananda-Mariadassou.

Au poste de Vinh-Long, M. Thébaud.

Au 4e tiraill. tonkinois à Ha Giang, M. Manaud.

A l'hôp. milit. de Saïgon, MM. Brimond, Bernoud.

Au poste de Chaudoc, M. Fistié.

Au 9e d'inf. à Hué, M. Mourson.

A l'hôp. d'Hanoï, MM. Sallet, Gensollen, Monzels.

Au poste méd. (hors cadres) de Phan-Ties, M. Meslin.

Au 10e d'inf. à Lang-Son, M. Bourragué.

Le méd. aide-maj. de 2e cl. :

Au 3e tiraill. tonkinois, à Bao-Lac, M. Lacour.

Autorisation de prolongation de séjour

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

3e année : M. Ilbert.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXERCICES OPÉRATOIRES

(École pratique)

Sous la direction de M. le prof. Reclus et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

Cours facultatif d'automne

M. le Dr M. Labey, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 17 octobre 1904 à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 7.

CONCOURS POUR LE CLINICAT

Un concours pour des emplois vacants de chefs de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 3 novembre 1904, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, avant le 23 octobre 1904. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

(Rattaché à la Faculté de médecine de Paris)

L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session 1904 commencera le 17 octobre et sera terminée vers le 25 décembre.

Peuvent s'inscrirent. — Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'École pratique, 21, rue de l'École-de-médecine, dans les laboratoires suivants : parasitologie, hygiène.

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'École pratique.

L'enseignement clinique deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'hôpital d'Auteuil.

Programme des cours

I. — Technique bactériologique et hématologique, par M. le prof. Chantemesse (15 leçons et démonstrations pratiques).

Stérilisation; milieux de culture; méthodes de coloration; méthodes de culture; analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc.; analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

---

(1) Accès par : 1° tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt), Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); 2° chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); 3° bateaux-mouches (Point-du-Jour).

II. — Parasitologie, par M. le prof. Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques).

Parasites animaux; examen du sang de l'homme et des animaux; analyse des matières fécales; parasites du sang; fièvres palustres; filaires; bilharzia; nématodes; cestodes, etc.; animaux venimeux; parasites végétaux; mycoses.

III. — Chirurgie des pays chauds, par M. le prof. Le Dentu (6 leçons), à l'Hôtel-Dieu.

Hépatite suppurée; splénomégalie et splénite paludique; éléphantiasis; la filariose et ses diverses manifestations; conservation des instruments et des appareils.

IV. — Maladies des yeux dans les pays chauds, par M. le prof. De Lapersonne (4 leçons), à l'Hôtel-Dieu.

1° Ophtalmies; 2° manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc.; irido-choroïdites infectieuses; 3° héméralopies; les amblyopies toxiques; 4° Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil; hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. — Pathologie et hygiène tropicales, par M. le prof. Chantemesse.

M. le Dr Wurtz, agrégé, chargé de cours :

Pathologie exotique (17 leçons) : peste; fièvre jaune; choléra; dysenterie, diarrhée des pays chauds; fièvre de Malte; fièvre récurrente; fièvres paludéennes; fièvre hémoglobinurique; filariose, bilharziose, dracunculose; lèpre (distribution géographique et bactériologie); bériběri; ainhum; verruga, pied de Madura; maladie du sommeil; fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons) : 3 de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes.

Diagnostic bactériologique : 20 exercices appliqués aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

VI. — Affections de la peau, par M. le prof. Gaucher.

Huit leçons de dermatologie tropicale.

Quatre leçons par M. le prof. Gaucher : lèpre; boutons d'Orient; ulcères des pays chauds.

Quatre leçons par M. Jeanselme, agrégé : syphilis exotique; pian ou frambœsia; dermatomycoses exotiques : tokelau, caratés; dermatoses produites par des parasites animaux; hygiène de la peau sous les tropiques; technique histologique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

La 1re leçon (par M. le prof. Gaucher) aura lieu le mercredi 19 octobre, à 10 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique).

Les quatre leçons de M. Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du Laboratoire municipal).

Droits à verser. — 1 droit d'immatriculation, 20 fr.; 1 droit de bibliothèque, 10 fr.; 1 droit de laboratoire, 150 fr.; 2 examens (gratuits).

Conditions d'admission. — Envoyer les demandes, par écrit, au doyen de la Faculté de médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4).

NOUVELLES

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le premier Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Bruxelles en septembre 1905, sous la présidence de M. le prof. Th. Kocher, de Berne.

Le Congrès, qui comprendra les seuls membres de la Société, sera consacré exclusivement à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Questions mises à l'ordre du jour :

I. — Valeur de l'examen du sang en chirurgie; rapporteurs : MM. W. Keen (Philadelphie), Sonnenburg (Berlin), Ortiz de la Torre (Madrid), Depage (Bruxelles).

II. — Traitement de l'hypertrophie prostatique; rapporteurs : MM. Reginald Harrison (Londres), Rovsing (Copenhague), von Rydygier (Lemberg).

III. — Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac; rapporteurs : MM. Mayo Robson (Londres), von Eiselsberg (Vienne), Mattoli (Ascoli Piceno), Montprofit (Angers), Rotgans (Amsterdam), Jonnesco (Bucarest).

IV. — Traitement de la tuberculose articulaire; rapporteurs : MM. Bier (Bonn), Broca (Paris), Bradford (Boston), Codivilla (Bologne), Willems (Gand).

V. — Traitement de la péritonite; rapporteurs : MM. Lennander (Upsala), Friedrich (Leipzig), Lejars (Paris), Mc Cosh (New York), Krogius (Helsingfors), de Isla (Madrid).

VI. — Diagnostic des maladies chirurgicales du rein; rapporteurs : MM. Albarran (Paris), Kümmel (Hambourg), Giordano (Venise), Lambotte (Bruxelles).

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées, jusqu'à nouvel ordre, à M. le Dr Ch. Willems, délégué pour la Belgique, 6, place Saint-Michel, à Gand.

OUVERTURE D'UN CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 25 octobre 1904.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie);

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie;

b) Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Vaccinations en lumière rouge

L'action inhibitoire qu'exerce la lumière rouge sur les manifestations cutanées de certaines fièvres éruptives, telles que la variole et la scarlatine, et l'évolution bénigne que, de ce fait, paraît revêtir l'infection générale elle-même, ont engagé **M. H. Goldman** (*Wiener med. Woch.*, 8 septembre 1904) à étudier l'influence de ce genre de rayons lumineux sur la marche des lésions vaccinales. Ces recherches ont porté sur 40 enfants en bas-âge, qu'on vaccina, pour la première fois, avec un vaccin de génisse des plus actifs et cela dans les diverses conditions que voici : 22 d'entre eux furent inoculés, sur les deux bras, dans une chambre noire, éclairée au moyen d'une lampe ne laissant filtrer que de la lumière rouge. La vaccination une fois terminée, et après assèchement de la lymphe, on recouvrait la partie inoculée d'une épaisse bande rouge qu'on tenait appliquée en permanence durant trois semaines. Ce bandeau interceptait tous les rayons chimiques de la lumière solaire, comme l'auteur a pu s'en convaincre en interposant entre lui et la peau du papier photographique sensibilisé qui n'était nullement impressionné. Les autres enfants furent vaccinés tantôt à la lumière rouge avec application de la bande rouge pendant quelques jours seulement, tantôt à la lumière du jour. Dans ce dernier cas, on laissait d'abord les points vaccinés à découvert, puis on les mettait sous bande rouge. Enfin, certains enfants étaient vaccinés, à l'un des bras, à la lumière rouge et, à l'autre bras, à la lumière du jour.

Toutes les inoculations faites en lumière rouge et tenues ensuite sous la bande rouge évoluèrent sans la moindre trace de réaction inflammatoire. Les pustules, développées dans ces conditions, conservaient des contours régulièrement circulaires, s'élevant sous forme de petites verrues plates au-dessus de la peau circonvoisine, qui ne présentait la moindre trace de rougeur. A aucun moment, on ne remarquait d'élévation du degré thermique ni d'autres indices de réaction générale. Enfin, après guérison des lésions vaccinales, on ne trouvait, aux points où elles avaient siégé, qu'une cicatrice fine, superficielle, non étoilée et peu apparente.

Tout autre était l'évolution des pustules provenant de vaccinations à la lumière du jour et non protégées par le bandeau rouge : ces éléments éruptifs manifestaient la tendance à la diffusion, suppuraient et s'entouraient d'une large zone de rougeur cutanée ; les ganglions axillaires se tuméfiaient, et on notait de la fièvre ; bref, on se trouvait en présence des séquelles vaccinales habituelles.

Dans une troisième série d'expériences, comprenant des enfants vaccinés en lumière rouge, mais n'ayant porté le bandeau que durant deux ou trois jours, les éléments éruptifs ne tardaient pas à s'entourer d'une zone inflammatoire et à entrer en suppuration.

Par contre, les inoculations pratiquées à la lumière solaire, laissées ensuite deux ou trois jours à découvert, puis placées sous la bande rouge, évoluaient d'une façon bénigne, sans suppurer, sans réaction locale ni générale.

Ainsi donc, la lumière rouge exerce sur l'évolution de la vaccine, chez l'homme, une action d'arrêt des plus nettes. Ce fait est, assurément, d'un grand intérêt scientifique. Mais doit-on lui attribuer une portée pratique en ce qui concerne des perfectionnements à introduire dans la technique des vaccinations ? *A priori*, il paraît difficile d'admettre que l'action de la lumière rouge, susceptible d'affaiblir l'intensité des processus infectieux de la variole et de la scarlatine, qu'on ne demande pas mieux que d'enrayer, puisse jouer un rôle utile en atténuant l'infection vaccinale, infection prophylactique, et dont l'intensité normale (abstraction faite, bien entendu, des complications par infection mixte, qu'il faut s'attacher à éviter), semble être la meilleure garantie de l'immunité qu'on se propose d'obtenir.

Or, telle n'est pas l'opinion de M. Goldman, qui estime que les vaccinations en lumière rouge empêcheraient les réactions vaccinales excessives, tout en conférant une immunité suffisante. Il en voit la preuve dans cette circonstance, que les vaccinations qu'il a pratiquées chez des enfants vaccinés, avec succès, en lumière rouge, cinq semaines après cette vaccination, ont toujours été négatives.

Mais que prouvent ces faits ? Tout au plus l'existence, chez ces enfants, d'une immunité de cinq semaines de durée seulement, comme le remarque fort judicieusement M. G. **Hay**, dans une note critique qu'il vient de publier au sujet du travail de M. Goldman (*Wiener klin. Woch.*, 22 septembre 1904). M. Hay fait aussi observer que les petites pustules en forme de verrues, sans réaction inflammatoire, résultant de la vaccination en lumière rouge, correspondent aux pustules « abortives » que donnent parfois les inoculations vaccinales faites d'après le procédé courant et qui, comme le savent très bien tous les médecins s'occupant de vaccinations en masse, ne confèrent qu'une immunité insuffisante. Or, comme le but prophylactique de la vaccination consiste précisément à produire une immunité non pas passagère, mais de longue durée, c'est précisément le développement de pustules bien caractérisées, accompagnées de leur réaction inflammatoire normale, qu'on vise à obtenir.

Traitement de l'érysipèle par le sérum sanguin des convalescents de cette maladie

Considérant que, peu après la guérison d'un érysipèle, le sérum sanguin du convalescent doit contenir encore des antitoxines spécifiques susceptibles d'influencer favorablement la marche d'un érysipèle en activité, **M. L. Hoffer von Sulmthal** (*Fortschr. der med.*, 20 septembre 1904), médecin de l'hôpital de Graz, tenta l'essai sérothérapique suivant : il préleva, sur un sujet en convalescence, depuis trois jours, d'un érysipèle de la face, du sérum sanguin, au moyen d'une phlébotomie, et l'injecta sous la peau d'un malade en pleine infection érysipélateuse. Le résultat ayant été des plus encourageants, l'auteur continua ses expériences. Actuellement, il dispose de 16 observations d'érysipèle de la face traités de la sorte avec un succès qui ne s'est jamais démenti.

Les injections du sérum dont il s'agit (additionné de 0,5 % d'acide phénique pour en empêcher la décomposition) étaient pratiquées à la cuisse, à la dose moyenne de 2 cc, la dose maxima étant de 5 cc. Elles ne provoquaient, d'habitude, ni douleurs, ni aucune autre réaction locale. On les renouvelait au besoin, mais il suffisait, le plus souvent, de deux ou trois injections pour assurer la guérison. La quantité totale de sérum employée chez le même malade ne dépassait généralement pas 8 cc. L'action bienfaisante de ce traitement se manifestait souvent dès la première injection par l'arrêt de la progression du processus morbide. Puis, à partir du second ou du troisième jour, les placards érysipélateux commençaient à pâlir, la tuméfaction de la peau à leur niveau et la fièvre se dissipaient. Chez tous les malades ainsi traités, la guérison fut sensiblement plus rapide qu'on ne l'observe habituellement dans les cas d'érysipèle.

Emploi des feuilles de mandragore pour le pansement des brûlures

D'après l'expérience de **M. G. de Niccolo** (*Giorn. intern. delle scienze med.*, 15 septembre 1904), professeur à l'École de pharmacie de Bari, expérience qui comprend un très grand nombre d'observations, les feuilles de mandragore (*mandragora autumnalis Bert.*, solanée), tenues simplement appliquées sur la partie atteinte et renouvelées toutes les quatre heures environ, amèneraient la guérison rapide des brûlures. Institué dès le début, ce traitement supprimerait presque instantanément les douleurs et empêcherait la formation des bulles et phlyctènes, ainsi que toute suppuration. Au niveau de la surface brûlée, l'épiderme ne se détacherait du derme que tardivement et par une sorte de desquamation à grands lambeaux, analogue à celle de la scarlatine. Si, d'autre part, le pansement au moyen de feuilles de mandragore est employé alors seulement que la suppuration s'est déjà établie et que des plaies se sont formées, il n'en exerce pas moins une action des plus favorables, prompte à se produire, qui se manifeste par la sédation des douleurs et de la fièvre, les lésions locales évoluant rapidement vers la guérison.

Dans la saison où l'on n'a pas à sa disposition des feuilles de mandragore fraîches, on pourrait les remplacer par des badigeonnages de la partie atteinte avec l'extrait fluide de racine de la même plante.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Epiplocèle cancéreuse de la ligne blanche révélatrice d'un carcinome abdominal

Par M. G. Chavannaz

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Depuis déjà longtemps on connait les cancers de l'ombilic consécutifs à des cancers des viscères abdominaux. Dans ces dernières années, les publications de Demons, de Quénu et Longuet, la thèse de Besson, ont apporté à cette question une contribution des plus importantes.

Mais l'ombilic ne jouit pas seul du triste privilège de voir croître à son niveau la localisation d'un processus carcinomateux ayant déjà porté ses coups sur un organe profond de l'abdomen. Les différents orifices herniaires seraient encore susceptibles de devenir le siège d'altérations cancéreuses secondaires. C'est là un point sur lequel, en 1902, M. Vallas a insisté à la Société de médecine de Lyon.

Le chirurgien lyonnais a rapporté trois cas tirés de sa pratique personnelle. Pour deux de ses malades l'affection siégeait dans la région inguinale; chez la troisième, un noyau dur, situé dans l'anneau crural, se trouva être consécutif à un néoplasme gastrique.

M. Vallas pense « que les cancers viscéraux ont dans les trajets naturels de véritables portes de sortie. »

M. Poncet a protesté contre le terme de « porte de sortie » employé par M. Vallas; pour en justifier l'emploi il faudrait tout au moins, dit-il, « que cet envahissement fût très fréquent et qu'il y eût une sorte d'élection pour la localisation initiale du processus métastatique dans ces points.» Or, ajoute M. Poncet, ceci est loin d'être le cas, les culs-de-sacs du péritoine sont rarement envahis, soit par le cancer, soit par la tuberculose.

Quoi qu'il en soit de cette question de mots, il n'en est pas moins certain que, par trois faits personnels, M. Vallas a montré que les tumeurs siégeant au voisinage des orifices herniaires peuvent être la manifestation apparente de cancers abdominaux encore latents, et sa communication mérite de rester présente à l'esprit du chirurgien appelé à intervenir pour un néoplasme de la paroi abdominale.

Nous avons, nous aussi, rencontré un fait rentrant dans la catégorie de ceux signalés si justement par M. Vallas et qui ne s'en distingue que par la localisation de la tumeur au niveau de la ligne blanche, localisation qui ne nous semble pas encore avoir été observée.

Le nommé Auguste D..., âgé de quarante-sept ans, nous est adressé à l'hôpital Saint-André par notre excellent confrère le Dr Le Tessier de Lormont. Cet homme a de bons antécédents héréditaires. Quant à ses antécédents personnels ils ne comportent qu'une crise de délire alcoolique ayant duré trente-six heures et enfin des troubles stomacaux qui existent depuis environ dix ans.

Deux mois et demi avant son entrée à l'hôpital, le sujet a fait une chute de voiture; le cheval qu'il conduisait s'étant abattu, il a passé par dessus la tête de la bête et il est venu tomber à plat ventre.

Peu de jours après son accident, Auguste D... a constaté la présence d'une petite tumeur dans la région épigastrique, en même temps qu'est survenu de l'amaigrissement. Au moment de notre examen, en août 1898, nous notons l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noix et siégeant sur la ligne blanche, à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Le malade ne peut dire si cette tumeur a grossi progressivement, mais il affirme qu'il n'avait rien de semblable avant sa chute.

La tumeur est arrondie, dure, mate à la percussion, réunie aux plans profonds par un pédicule, mais par contre indépendante des téguments. La pression à son niveau est peu douloureuse. La tumeur est irréductible.

Le foie, un peu volumineux, dépasse les fausses côtes, mais il est bien distinct de la tumeur, à la palpation et à la percussion. La région de l'hypochondre est un peu moins dépressible à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de dilatation stomacale.

Il n'existe ni ascite, ni tuméfaction ganglionnaire sus-claviculaire ou inguinale.

En présence de ces symptômes nous pensons à une épiplocèle irréductible de la ligne blanche avec troubles digestifs, et nous conseillons l'intervention.

Celle-ci est pratiquée le 3 septembre.

L'incision nous conduit sur un sac herniaire contenant de l'épiploon, lequel, au voisinage du collet, porte trois petites nodosités du volume d'un pois. Le pédicule épiploïque, qui a le diamètre du petit doigt, est sectionné. Le pourtour fibreux de l'anneau ayant été réséqué, on voit le foie parsemé de nodules cancéreux. Les anses grêles sont adhérentes à la paroi. On n'aperçoit pas la paroi stomacale.

La plaie abdominale est refermée par une suture à trois plans, sans drainage. Les suites opératoires ont été très simples; la réunion par première intention a été obtenue. Les fils ont été enlevés le 16 septembre, et le 18 septembre le malade a pu rentrer chez lui.

Peu de temps après, les troubles digestifs se sont accentués; il y a eu de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, la cachexie est survenue et le malade est mort le 3 décembre, n'ayant présenté aucune manifestation pathologique au niveau de la cicatrice opératoire qui a parfaitement résisté malgré l'augmentation de pression abdominale. L'examen histologique de la pièce extirpée au cours de l'opération a montré qu'il s'agissait d'un carcinome.

Ce cas nous semble digne d'être rapporté pour diverses raisons.

Au point de vue de l'apparition des cancers viscéraux consécutivement à un traumatisme, il pourrait être rapproché de ceux qui ont été signalés par Boas, en Allemagne, et par Arnozan, en France. Il se peut qu'il n'y ait eu que simple coïncidence et que le traumatisme ait attiré l'attention sur la zone où le cancer s'était déjà développé, ou bien, au contraire, le néoplasme est bien consécutif à la violence extérieure. C'est là une question qu'il est impossible de résoudre.

L'apparition de la hernie de la ligne blanche, ou tout au moins son accroissement, sont bien la suite du traumatisme abdominal, car le malade était sûr de n'avoir aucune tumeur de la ligne blanche avant sa chute de voiture.

La hernie a donc bien été la première manifestation extérieure d'un néoplasme profond qu'un examen même attentif n'avait pas permis de diagnostiquer.

En rapprochant notre fait de ceux rapportés par Vallas, nous pouvons dire que les tumeurs observées au niveau des orifices herniaires, tant dans les régions crurale et inguinale, que sur la ligne blanche, peuvent être le résultat de l'extériorisation d'un cancer profond. Elles doivent inciter à examiner avec le plus grand soin les organes abdominaux et, en cas de doute, elles doivent porter à formuler quelques réserves sur l'existence d'une tumeur maligne, encore latente, ayant pris naissance dans la profondeur de l'abdomen.

FAITS CLINIQUES

Sur un kyste téno-synovial de la gaine des péroniers latéraux

Par M. Grenier

Médecin aide-major de 1re classe.

Il y a quelque temps, j'eus l'occasion d'observer, chez un réserviste, une tumeur qui, si elle n'est pas très rare au point de vue de sa nature, l'est certainement au point de vue de son siège.

Voici d'ailleurs l'observation :

A..., soldat de 2e classe, vingt-sept ans, cultivateur. Pas d'antécédents.

Il y a deux ans environ, sans que sa profession l'y prédisposât, sans traumatisme ou effort violent, en un mot sans cause appréciable (bien que lui accuse un phlegmon antérieur), il vit se développer à la partie inférieure de la malléole externe du pied droit, une tumeur de la grosseur d'un pois. Lentement cette tumeur progressa sans donner lieu à des troubles fonctionnels ou à des symptômes douloureux.

Actuellement, quand on examine le pied de cet homme, immédiatement au-dessous de la malléole externe et tangentiellement à elle, on est frappé par la présence d'une tumeur ovoïde, facilement délimitable, longue de 5 centimètres et large de 3, à grand axe vertical, oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Sa grosseur est celle d'un petit œuf de poule. La peau qui la recouvre est légèrement rouge, tendue, sans ulcération. Un pont large d'un centimètre semble relier cette tumeur à la pointe de la malléole.

A la palpation on a une sensation de rénitence, presque de fluctuation. On constate que la peau est mobile sur la tumeur, que cette dernière n'est pas adhérente aux plans sous-jacents et est même douée d'une certaine mobilité. Enfin, malgré nos essais, cette tumeur est restée irréductible.

Elle n'est pas douloureuse et n'est l'occasion que d'une gêne assez considérable dans le port de souliers à empeignes; ce qui fut la cause de la réforme de ce soldat.

Cet homme est, en outre, porteur de varices assez développées de la jambe droite et d'un léger varicocèle à gauche.

En présence de cette tumeur on devait se demander quelle était son origine osseuse, articulaire ou synoviale ?

Bien que l'homme fut porteur de varices on ne pouvait penser à une ectasie veineuse, les veines superficielles ou profondes étant d'un trop faible calibre en cette région.

L'aspect de la tumeur, sa marche, sa consistance faisaient de suite écarter l'idée d'abcès osseux, d'arthrite fongueuse ou de synovite fongueuse.

On ne pouvait guère penser à un lipome en cette région dépourvue de follicules graisseux.

Il ne pouvait en somme s'agir que d'un kyste synovial. Une ponction exploratrice confirma ce diagnostic. Avec une aiguille moyenne, par aspiration, rien ne vint dans la seringue; mais l'aiguille enlevée, je pus faire sourdre une pulpe blanche, transparente, assez semblable au corps vitré.

S'agissait-il maintenant d'un kyste arthro ou téno-synovial? L'irréductibilité de la tumeur, sa forme unie et non bi ou trilobée (forme qu'aurait certainement eu un kyste développé aux dépens de l'articulation astragalo-calcanéenne, maintenu qu'il aurait été par le ligament périnéo-calcanéen), enfin sa situation, exactement au-dessus de la gouttière où passent les tendons des deux péroniers, derrière la malléole, faisaient plus volontiers porter le diagnostic de kyste téno-synovial développé aux dépens de la gaîne synoviale entourant les tendons des péroniers, avant sa bifurcation, au niveau du ligament annulaire du tarse, que ce pont allant de la tumeur à la malléole devait représenter soulevé par la tumeur.

Les kystes téno-synoviaux ne sont pas très rares. On les observe surtout au creux poplité où ils se développent aux dépens des bourses séreuses des tendons limitant le creux poplite; au niveau des tendons du poignet : Erichsen en cite un à la racine du medius, Lyot un autre à la partie moyenne, développés l'un et l'autre dans la synoviale du tendon fléchisseur. On les voit également au cou-de-pied. Péan cite un cas de kyste de la gaîne synoviale de l'extenseur du petit orteil. En un mot, ces kystes peuvent *à priori* se produire partout où existent des gaînes synoviales; mais il n'a pas été, que nous sachions, rapporté de cas semblable au nôtre.

Pour expliquer leur pathogénie on a émis plusieurs théories : l'une voudrait que ces kystes soient d'origine néoplasique; l'autre qu'ils ne soient que des hernies des synoviales des articulations voisines avec lesquelles les gaînes synoviales seraient souvent en communication. Une troisième, la plus rationnelle, est la théorie folliculaire de Gosselin. D'après cet auteur, les gaînes synoviales sont creusées de diverticules plus ou moins allongés, tortueux et terminés en cul-de-sac. Ce sont de véritables cryptes munies de glandes qui sécrètent parfois abondamment. Or, leur canal d'excrétion peut à un moment, sous l'influence d'une inflammation quelconque, s'obstruer; il se produit une rétro-dilatation par le liquide formé, d'où constitution d'une tumeur kystique par rétention. Le pédicule peut, dans certains cas, s'atrophier et disparaître, et donner lieu à une tumeur absolument isolée.

Il nous a paru intéressant, à l'occasion de notre observation, de rappeler ces quelques notions étiologiques et pathogéniques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les instituteurs algériens et l'exercice illégal de la médecine

Nos articles du 27 juillet et du 6 août derniers sur la pratique illégale et officielle de la médecine par les instituteurs algériens ont provoqué les réflexions suivantes de M. le Dr H. Soulié, dans le *Bulletin médical de l'Algérie*.

Deux de nos confrères parisiens, M. le Dr Granjux, dans le *Bulletin médical*, et M. le Dr Noir, dans le *Progrès médical* (1) ont vivement critiqué les instituteurs algériens placés en territoire arabe qui, utilisant les excellentes leçons d'hygiène professées par notre collaborateur, le Dr Moreau, à l'École normale de Bouzaréa, donnent quelques soins à leurs élèves ou à leurs familles, et répandent la pratique de la vaccination.

La loi du 30 novembre 1892, disent-ils, est applicable en Algérie. Les instituteurs se livrent donc à l'exercice illégal de la médecine. Ce qu'il y a de plus grave, ajoutent nos confrères, c'est que cette violation de la loi est présentée comme acte des plus méritoires dans le rapport de M. le Recteur, à M. le Gouverneur général. C'est l'apologie officielle de l'exercice illégal de la médecine.

« Nous ne cessons de nous plaindre, dit M. le Dr Noir, de l'intervention dangereuse des curés et des sœurs. L'instituteur algérien est-il appelé à remplir le même rôle néfaste ? Le Gouverneur général de l'Algérie, à notre époque de pléthore médicale, aurait-il donc beaucoup de peine à trouver sur son budget les quelques milliers de francs nécessaires à subventionner des médecins communaux ou de colonisation capables d'utiliser les connaissances d'hygiène et de médecine acquises à leur passage à l'École de médecine d'Alger ou dans les Facultés de médecine métropolitaines ? »

En droit, l'argumentation de nos confrères est inattaquable. En fait, il en va tout autrement.

La situation des populations diverses qui peuplent l'Algérie, les vastes surfaces sur lesquelles elles sont éparpillées, les moyens de communication des plus primitifs qui sillonnent le pays font que ce qui est possible pour une province de France, cesse de l'être pour la plus grande partie du territoire algérien.

Nous trouvons en chiffres ronds 600000 Européens et 4 millions d'Indigènes répartis sur une superficie double de celle de la France. Pour soigner ce nombre considérable de personnes, il existe 400 médecins environ, tant civils que militaires, dont les 3/4, sont établis dans les villes et les communes de plein exercice, habitées par une population notable d'Européens.

Le Gouverneur général a prévenu le désir de notre confrère et trouvé les sommes nécessaires pour créer de nouveaux postes.

Les médecins de colonisation ont vu leur nombre s'élever depuis le commencement de l'année actuelle. Ils étaient 89, ils sont 100 à présent. Nos confrères parisiens se doutent-ils que ces 100 praticiens ont plus de 3 mil-

(1) Granjux. — *Bulletin médical*, 27 juillet et 6 août 1904.
Noir. — *Progrès médical*, 30 juillet 1904.

lions de personnes, presque tous indigènes, à soigner? Chacun d'eux doit répondre aux demandes de plus de 30000 habitants dont la résidence est fort éloignée de celle du médecin, quelquefois distante de plus de 50 kilomètres, dans des régions accidentées qu'il est possible de parcourir seulement à cheval ou à mulet. Il est donc matériellement impossible, dans ces conditions, d'instituer un service régulier de visites à domicile. Aussi, qu'arrive-t-il? Les malades musulmans vont consulter les médecins arabes, les *tebibs*, ou les marabouts. Voilà les vrais coupables d'exercice illégal de la médecine, d'autant plus dangereux qu'en délivrant leurs drogues ou en distribuant leurs amulettes, ils excitent le fanatisme de leurs coreligionnaires et cherchent à les détourner de notre contact. Croit-on qu'il existe une répression de cette violation de la loi? Non seulement la loi ne les poursuit pas, mais elle condamne leurs débiteurs récalcitrants à solder intégralement leurs notes.

Les conseils d'hygiène, les vaccinations, les quelques soins médicaux des instituteurs, s'adressent à des musulmans qui n'iraient pas consulter des médecins français, mais qui se rendraient auprès des empiriques indigènes ou auprès des marabouts. Lorsqu'ils se tiennent dans les limites qui leur ont été assignées et qui sont bien loin des frontières de l'exercice de la médecine, on ne saurait qu'applaudir à leur rôle parce qu'il s'exerce en plein pays arabe, loin de tout médecin français, parce qu'il combat l'action fanatique des marabouts, et parce qu'il est à la fois humanitaire et civilisateur.

Le Dr Soulié estime que, en droit, nous avons raison. Il nous donne tort, en fait, pour deux motifs : 1° parce que le nombre des médecins de colonisation est insuffisant; 2° parce que les limites qui sont assignées aux instituteurs sont bien loin des frontières de l'exercice de la médecine. Nous allons envisager successivement ces deux points.

1° *Insuffisance numérique des médecins de colonisation*. Elle n'est que trop réelle, et les titulaires ont un service trop chargé, trop pénible, trop étendu, si nous nous en rapportons au temps lointain où nous étions médecin du bureau arabe et de la colonisation à Lalla Maghnia. Mais les indigènes — y compris les Marocains — faisaient comme Mahomet vis-à-vis de la montagne. Comme nous n'allions pas les soigner à domicile, ils venaient nous consulter à Marnia et en foule, car l'autorité d'alors estimant que le médecin était le meilleur agent de colonisation, nous laissait distribuer gratuitement et *largâ manû* les médicaments préparés à la pharmacie de l'hôpital militaire.

Le vrai moyen d'obtenir que l'on remédie à l'insuffisance numérique des médecins de colonisation — insuffisance désastreuse au point de vue colonial et social — c'est non pas de dire ou de laisser croire qu'on pare à ce vice d'organisation en confiant partie du rôle médical à des instituteurs, mais, au contraire, en dévoilant tout le mal que font ces auxiliaires aussi incompétents que dévoués, aussi néfastes que bien intentionnés. Pour ces motifs, M. Trolard nous semble plus près de la vérité que M. Soulié, lorsque dans ce même *Bulletin médical de l'Algérie*, il écrit les lignes suivantes :

Je désirerais que, d'ores et déjà, l'on reconnût qu'il ne sera pas possible de s'en tenir aux seuls médecins de colonisation pour répandre les bienfaits de l'Assistance publique sur tous les points du pays indigène. L'action de ces médecins sera, en effet, forcément limitée aux environs du siège des communes mixtes. On ne pourra exiger d'eux qu'ils se transportent partout où leur présence sera nécessaire. C'est pourquoi, à mon avis du moins, il est bon de prévoir la création d'emplois spéciaux de médecins des indigènes qui, s'ils ne peuvent pas résider au milieu même des populations, pourront les visiter à jours fixes et dans les cas d'urgence. Il va de soi qu'à ces « missionnaires » il faudra faire des avantages spéciaux et des avantages tels qu'ils ne cherchent pas à changer de résidence. Comme les juges de paix, plus ils resteront dans une région, plus efficace sera leur action civilisatrice.

Mais, comme il ne faut pas songer à recruter des docteurs en médecine qui consentiront à passer leur existence entière au milieu des indigènes, on pourrait, après un certain nombre d'années d'exercice en pays arabe, les admettre dans le cadre du corps de santé de colonisation. Il y aurait même lieu d'examiner s'il ne serait pas bon d'imposer cette sorte de stage aux futurs médecins coloniaux.

Je signale, en passant, les services que rendraient les médecins des indigènes au point de vue de la vaccination. Les populations musulmanes paient chaque année un lourd tribut à la variole et c'est des foyers ainsi créés en pays arabe que s'échappent les traînées qui viennent allumer la plupart des épidémies des centres européens. Il y a donc là une œuvre considérable à entreprendre; or, il est matériellement impossible d'en charger les médecins de colonisation seuls.

En somme, M. Trolard rappelle que « le rôle du médecin dans le rapprochement des races est admis sans conteste aujourd'hui » et lutte pour un système qui a fait ses preuves en Algérie, et que les Anglais se gardent bien d'abandonner. A l'heure actuelle, il semble en défaveur dans notre grande colonie et l'instituteur paraît être préféré au médecin. Cela tient à deux raisons : le maître d'école coûte moins cher et constitue un agent politique essentiellement malléable, tandis que le médecin...

2° Les limites assignées aux instituteurs sont bien loin des frontières de l'exercice de la médecine.

Il est probable que le Dr Soulié, lorsqu'il exprimait cette opinion sur la nature des agissements des instituteurs algériens, ne connaissait pas la circulaire du gouverneur général de l'Algérie sur la prophylaxie et le traitement de l'ophtalmie purulente, ainsi que les commentaires dont la fait suivre M. le Recteur. Ces documents ont paru, à M. le sénateur Treille, dignes d'être reproduits dans la *Revue médicale* et, à notre tour, nous tenons à les donner intégralement; ils en valent la peine :

J'ai l'honneur de vous adresser, ci-après, pour vous et pour MM. les inspecteurs primaires de votre département, copie d'une lettre de M. le Gouverneur général, en date du 6 janvier courant, relative à l'emploi de lotions d'eau boriquée pour combattre les maladies des yeux chez les indigènes :

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, frappé par la fréquence des maladies des yeux chez les indigènes, j'ai entrepris de vulgariser, en pays arabe, les lotions d'eau boriquée qui paraissent de nature, comme moyens curatif et préventif, à les combattre efficacement dans la plupart des cas.

J'ai adressé des instructions à MM. les Préfets et MM. les Généraux commandant les divisions, afin que sur tout le territoire de l'Algérie, dans chaque centre ou agglomération de quelque importance, une personne désignée par l'autorité locale procède, à des heures déterminées à l'avance, au moyen d'une solution tiède d'acide borique, au lavage des yeux de toutes les personnes atteintes d'ophtalmie qui se présenteront et de celles non malades qui désireront faire usage de l'acide borique à titre préventif. Les personnes qui, par suite de l'éloignement de leur domicile, ne pourront pas se présenter d'une façon régulière sur le lieu désigné, recevront la quantité d'acide borique nécessaire pour plusieurs jours en même temps qu'on leur donnera les conseils et les indications utiles.

En ce qui concerne les enfants qui fréquentent les écoles primaires, les lavages à l'eau boriquée devront être rigoureusement imposés, en raison du danger spécial de contamination que présentent les ophtalmies dans ces écoles, principalement pendant l'été. Je vous serai très obligé de donner, dans ce sens, des instructions aux instituteurs qui recevront, d'ailleurs, des municipalités, sur leur demande, la quantité d'acide borique qui leur sera nécessaire.

Vous jugerez sans doute utile de donner aux instituteurs les indications suivantes : la dose d'acide borique à employer, pour un litre d'eau, doit être de 30 gr. La solution doit se faire à chaud : l'ébullition ayant pour double effet de stériliser l'eau et de permettre la dissolution totale de l'acide. Il convient de pratiquer plusieurs lavages par jour, de préférence au commencement et à la fin de la journée. Lorsqu'on aura soigné un indigène atteint d'ophtalmie granuleuse, en raison du caractère particulièrement contagieux de cette maladie, on ne se servira jamais du même linge ou du même coton hydrophile pour un autre malade. Le caractère contagieux de cette affection sera signalé et on recommandera d'éviter le contact des personnes qui en seront atteintes.

Je n'ignore pas, Monsieur le Recteur, qu'on peut toujours compter sur le dévouement des instituteurs et je suis certain que, non seulement ces derniers assureront d'une façon intelligente l'emploi de l'acide borique dans les écoles, mais aussi qu'ils ne refuseront pas aux autorités municipales qui feront appel à leur concours de se charger du soin de pratiquer ces lotions aux populations indigènes fixées à proximité de leur résidence.

Je vous serai obligé, Monsieur l'Inspecteur, de notifier, par la voie du *Bulletin*, les instructions de M. le Gouverneur général aux instituteurs et aux ins-

titutrices des écoles d'Européens et à ceux des écoles d'indigènes en les invitant à prêter leur concours à l'œuvre entreprise par l'administration supérieure.

Je sais, d'ailleurs, que *les Instituteurs des écoles d'indigènes et un certain nombre de ceux des écoles d'Européens font déjà usage* pour soigner leurs elèves et parfois les parents, *non seulement d'eau boriquée, mais de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre (en crayon)*, et même de nitrate d'argent (en crayon). Ces produits figuraient sur *la liste des médicaments dont j'avais proposé la concession* à la date du 5 décembre 1900, à toutes les écoles d'indigènes dirigées par des instituteurs français.

Le Recteur :
Signé : Jeanmaire.

Il est probable que M. Soulié trouvera que promener un crayon de nitrate d'argent dans l'œil de son prochain n'est pas un acte situé bien loin des frontières de l'exercice de la médecine.

Mais que dire de ces fonctionnaires qui incitent les instituteurs à commettre le délit d'exercice illégal de la médecine et à courir les plus graves responsabilités?

Qu'ils pèchent par ignorance ou par présomption, ils n'en sont pas moins profondément dangereux. Il y aurait grand profit pour tout le monde à ce qu'ils fussent rendus à... leurs chères études.

Granjux.

Ces lignes étaient composées quand parut dans la *Revue médicale* un nouvel article du Dr Treille sur « l'exercice officiellement illégal de la médecine en Algérie ». Notre confrère et ami signale le danger que l'acclimatement de ces détestables pratiques en Algerie fera courir dans un temps plus ou moins rapproché, à l'exercice de notre profession en France, aussi nous nous empressons de reproduire ces réflexions, dont la forme plaisante n'enlève rien à l'importance du fond.

C'est tout de même amusant de voir, avec l'appui et la collaboration de l'École de médecine d'Alger, l'École normale devenue sa succursale. Aussi le recteur est il encensé comme il le mérite, et est-il fier de voir tous ses subordonnés de l'Enseignement primaire transformés ou destinés à être transformés en médecins.

L'École des sciences n'a pas voulu se laisser distancer, et elle a institué, paraît il, elle aussi, une consultation gratuite, sur le fonctionnement de laquelle je ne suis pas encore bien fixé, mais je le serai bientôt, car je pars pour l'Algérie.

C'est égal, je me demande comment cette illégalité de la nouvelle médecine officielle en Algérie pourra ne pas avoir, à un moment donné, une répercussion fatale sur l'exercice de la profession en France.

Qu'un brave instituteur, en possession de sa retraite, rentre dans la Métropole et veuille, par habitude et pour occuper ses loisirs, autant que pour se dévouer à l'humanité souffrante (style officiel), ouvrir une clinique de gynécologie par exemple.

Comment pourrait-on l'en empêcher et le poursuivre devant les tribunaux? Mais il n'y en aurait pas un à le pouvoir condamner, quand il dirait modestement : « Je ne suis, il est vrai, qu'un simple médecin de l'Académie d'Alger, mais, par les ordres du recteur et du gouvernement général de l'Algérie, j'ai longuement exploré toutes les sphères des Monkères. Ah ! j'en ai vu, Messieurs, des grands et des petits Atlas, et des monts de Vénus! Pendant plus de vingt ans, j'ai bassiné l'œil de ces dames, et, vous en conviendrez, c'était plus intéressant que de faire la classe à des gosses. C'est même pour cela que l'*Alma mater* m'a fait donner les palmes et le poireau. Je ne travaille plus en France que pour la rosette. »

Dr Alcide Treille,
Sénateur de Constantine
Professeur honoraire des maladies des Pays Chauds.

21 sept.

DÉPARTEMENTS

Cas rare de corps étranger de l'ethmoïde

Une jeune fille de dix sept ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une suppuration nasale due à une sinusite fronto-maxillaire, subit la cure radicale de la sinusite maxillaire. La malade continuant à se plaindre et à rendre du pus par la fosse nasale, on se décida, après plusieurs lavages infructueux, à ouvrir le sinus frontal; il fut curetté avec soin et le canal naso-frontal élargi à la curette.

Deux jours après se développa un phlegmon de l'orbite qui guérit d'ailleurs parfaitement sans que l'œil ait eu à souffrir ultérieurement de l'inflammation périphérique. La plaie frontale s'infecta et un trajet fistuleux persista à son extrémité interne.

Nouvelle opération le 14 mars : on rouvrit le sinus frontal, on agrandit le canal naso-frontal qui s'était un peu rétréci et on croyait à une guérison prochaine, qui se fit longtemps encore désirer.

Ne s'expliquant pas la persistance d'un trajet fistuleux fongueux après un curettage minutieux du sinus et des cellules ethmoïdales entourant le canal naso-frontal, M. Moure ouvrit une troisième fois le sinus, reséqua l'unguis et enleva une grande partie de la lame latérale de l'ethmoïde.

Quelle ne fut pas la surprise de voir retirer, dans les mors de la curette, *deux fragments de charbon de terre*, de la grosseur d'un petit pois, que la malade, consciemment ou inconsciemment, avait introduits dans son sinus par l'orifice externe.

Cette fois on croyait en avoir fini avec le trajet fistuleux frontal; il n'en fut rien et le pus recommença à recouler de plus belle. M. Moure, soupçonnant la présence d'un autre corps étranger au milieu de ce qui restait de l'ethmoïde, se décida à l'ablation pure et simple et totale des cellules ethmoïdales, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne.

Quand la lame latérale de l'ethmoïde fut mise à découvert après enlèvement de l'os propre et de la branche montante du maxillaire, on se trouva en présence d'un *fragment cylindrique de bois de deux centimètres de long* environ.

L'introduction de ces corps étrangers a été l'œuvre de la malade.

Elle a été présentee par M. Brindel à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. « Le résultat esthétique est parfait, l'œil n'est aucunement dévié; ses mouvements latéraux ne sont en rien gênés et il n'existe pas d'épiphora. La fosse nasale est comblée dans son tiers supérieur par du tissu cicatriciel et il n'y aura pas, selon toutes probabilités, la moindre déformation extérieure. » (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 18 sept. 1904).

G.

MÉDECINE MILITAIRE

Les adjudants infirmiers et les officiers d'administration

Dernièrement, le ministre de la guerre a obtenu du président de la république un décret autorisant les adjudants des corps de troupe à devenir sous-lieutenants sans passer par les écoles de sous-officiers. Naturellement, dans notre pays où règne un souffle égalitaire et démocratique, où tout ce qui rappelle l'autocratie est soigneusement banni, les adjudants des « épaulettes blanches » ne sont pas compris dans cette mesure réservée exclusivement aux troupes dites « combattantes ». Aussi ont-ils saisi la presse de cette... lacune du décret et dans les termes suivants :

Le général André, par décret du 18 juin 1904 permet aux adjudants d'arriver à l'épaulette sans passer par une école militaire. Ce décret contient cependant une lacune regrettable, car il ne vise point les adjudants d'administration de l'intendance et du service de santé. Ces fonctionnaires pourraient cependant apporter, tout comme les autres, dans le service, une somme d'expérience très précieuse.

Un groupe d'adjudants oubliés.

Si c'est une lacune, nul doute que le ministre ne s'empresse de la combler. Si, au contraire, — et c'est une hypothèse plausible, étant donnés les précédents — c'est une omission volontaire, nous estimons que les médecins doivent appuyer énergiquement la protestation des adjudants-infirmiers.

Ce sont, en effet, des collaborateurs précieux, bien supérieurs, comme rendement utile dans les hôpitaux, aux officiers d'administration, dont la valeur professionnelle varierait du tout au tout s'ils se recrutaient parmi les adjudants infirmiers. Il y a quelque temps, le médecin-chef d'un grand hôpital militaire nous disait qu'il changerait volontiers deux officiers d'administration pour un adjudant infirmier. En parlant ainsi, il était l'interprête des confrères qui ont passé par les hôpitaux militaires.

Or, la campagne de calomnies menée en ce moment par les officiers d'administration en vue de s'emparer de la direction des hôpitaux, en mon-

trant que les anciens élèves de l'Ecole de Vincennes, en dehors de leur insuffisance notoire comme agents du service de santé, sont, en outre, animés d'un déplorable esprit vis-à-vis de leurs chefs directs, constitue un argument de tout premier ordre en faveur du recrutement des officiers d'administration des hôpitaux au moyen des sous-officiers infirmiers. L'extension aux adjudants infirmiers, de la mesure prise par le ministre de la guerre à l'égard des autres adjudants, serait un premier pas dans cette voie fructueuse. Aussi appartient-il à la 7ᵉ Direction de signaler au général André l'omission qui s'est glissée dans le décret du 18 juin, les conséquences déplorables qu'elle a pour le service de santé, et le caractère antidémocratique qu'elle affecte.

Dr Noel.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été nommés aux grades ci-après énoncés, et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de méd. princ. de 1re cl.

Les méd. princ. de 2e cl. :

(Choix) M. Choux, à l'hôp. mil. de Marseille, en rempl. de M. Crussard, retr.— Maintenu.

(Choix) M. Dubujadoux, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Nîmes, en rempl. de M. Millet, retr. — Maintenu.

Au grade de méd.-princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. Wissemans, à la sect. techn. du serv. de santé, en rempl. de M. Gouell, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Salle, à l'hôp. mil. de Nancy, en rempl. de M. Choux, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Achintre, en rempl. de M. Dubujadoux, pr. — Nommé méd.-chef des salles mil. de l'hosp. d'Avignon.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

(Tour de la non-activité) M. David, en rempl. de M. Bony, retr. — Dés. pour le 108e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

(Ancienneté) M. Douillet, au 110e d'inf., en rempl. de M. Martin, déc. — Maintenu.

(Choix) M. Bonnet, prof. agr. à l'éc. d'appl. du serv. de santé mil., en rempl. de M. Hugues, retr.—Maintenu.

(Ancienneté) M. Descubes, au 6e d'inf., en rempl. de M. Wissemans, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Spillmann, au 129e d'inf., en rempl. de M. Salle, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Cherpitel, au 32e d'art., en rempl. de M. Achintre, pr. — Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

3e tour (ancienneté) M. Etcheverry, aux hôp. mil. de la div. d'Oran, en rempl. de M. Fasquelle.— Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Deyrolle, au 48e d'inf., en rempl. de M. Collet, dém. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Malaspina, au 35e d'art. en rempl. de M. Lang.— Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Bourgeois, au 113e d'inf., en rempl. de M. Douillet, pr. — Maintenu.

1er tour (ancienneté) M. Natalelli, au 22e d'inf., en rempl. de M. Bonnet, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Wurtz, en rempl. de M. Descubes, pr. — Dés. pour le 40e d'art.

3e tour (ancienneté) M. Ménard, en rempl. de M Spillmann, pr. — Maintenu aux hôp. mil. de la div. d'Alger.

3e tour (ancienneté) M. Thomas, en rempl. de M. Cherpitel, pr. — Dés. pour le 92e d'inf.

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Les méd. princ. de 2e cl. :

M. Pouchet, méd.-chef de l'hôp. mil. de Bordeaux.

M. Dziewonski, à l'hôp. mil. de Versailles.

M. Cahier, à l'hôp. mil. de Belfort.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Gazin, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Tarbes.

M. Fix, à l'hôp. milit. de Chambéry.

M. Vack, aux salles mil. de l'hosp. d'Angoulême.

M. Billet, à l'hôp. mil. de Marseille (bact.).

M. Viellem, à l'hôp. mil. de Bordeaux.

M. Ducros, au 63e d'inf.

M. Cornille, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

M. Bilouet, méd.-chef de l'hôp. mil. de Cambrai.

M. Astier, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

M. Simonin, à la dir. du service de santé au ministère de la guerre.

M. Beigneux, pour ordre à l'hôp. mil. Bégin, Saint-Mandé.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Lairac, au 112e d'inf.

M. Guillabert, au 29e d'art.

M. Rocheblave, au 95e d'inf.

M. Dalphin, au 90e d'inf.

M. Chevalier, au 2e zouaves.

M. Frache, au 17e d'art.

M. Claude, dét. au dépôt des 2e et 3e zouaves au camp de Sathonay.

M. Roy, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

M. Cousin, au 9e chass. à pied.

M. Gremillon, au 6e esc. du train.

M. Marotte, au 14e esc. du train.

M. Sonrier, au 28e d'art.

M. Job, au 1er bat. de chass. à pied.

M. Coupry, au 24e d'inf.

M. Camichel, au 3e d'art.

M. Chevron, au 104e d'inf.

M. Crussard, aux hôp. mil. de la div. d'occ. de Tunisie.

M. Pinot, au 149e d'inf.

M. Miramond de la Roquette, au 5e huss.

M. Gras, au 17e bat. d'art. à pied.

M. Daireaux, au 26e d'art.

M. Segunaud, au 2e tiraill. algériens.

M. Demilly, à l'éc. mil. prép. d'inf. de St-Hippolyte-du-Fort.

M. Dupuy, au 72e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Humbel, au 110e d'inf.

M. Chambou, au 77e d'inf.

M. Blary, au 127e d'inf.

M. Béranger, au 82e d'inf.

M. Le Dantec, au 4e d'art.

M. Josse, au 138e d'inf.

M. Cordier, au 21e chass. à pied.

M. Moisseney, au 35e d'inf.

M. Guyard, aux hôp. mil. de la div. de Tunisie.

M. Piétrement, au 4e zouaves.

M. Beau, à l'éc. d'appl. de cav.

M. Azémar, au 9e d'inf.

M. Macaire, au 8e d'inf.

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

M. George, hôp. mil. de la div. d'Alger.

M. Aubert, au 1er bat. d'inf. lég. d'Afrique.

M. Lafoscade, hôp. mil. de la div. d'Alger.

M. Duval, au 1er étranger.

M. Autour, aux hôp. mil. de la div. de Constantine.

M. Chavanne, au 3e zouaves.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd. princ. de 1re cl.

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Péthellaz, en congé, en rempl. de M. Clavel, pr.— Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

(Choix) M. Bourdon, à Madagascar, en rempl. de M. Pons, retr.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Lenoir, au 2e d'art., en rempl. de M. Tréguier, retr.— Maintenu.

(Choix) M. Thiroux, à l'Institut Pasteur de Paris, en rempl. de M. Pierre.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Brochet, au 8e d'inf., en rempl. de M. Laborde, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Morel, au ministère des colonies, emploi vacant.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Gandelin, au 5e d'inf., emploi vacant.— Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. Rouffiandis, en Indo-Chine, en rempl. de M. Pellan.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Mouillac, hors cadres en Indo-Chine, en rempl. de M. de Lavigne-Sainte-Suzanne.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Violle, à Tahiti, en rempl. de M. Bourdon.— Maintenu.

(Choix) M. Rousseau, au 23e d'inf., en rempl. de M. Lenoir, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Puysségur, hors cadres à la Côte d'Ivoire, en rempl. de M. Thiroux, pr. Maintenu.

(Ancienneté) M. Thibault, au 8e d'inf., en rempl. de M. Brochet, pr. — Maintenu.

(Choix) M. Lhomme, au 2e d'inf., en rempl. de M. Morel, pr.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Bouillet, hors cadres à la Côte des Somalis, en rempl. de M. Gandelin, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Dagorn, au 2e d'inf., emploi vacant.— Maintenu.

(Choix) M. Thébaud, en Indo-Chine, emploi vacant.— Maintenu.

(Ancienneté) M. Honorat, hors cadres à la Grande-Comore, emploi vacant. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Aubert, hors cadres en Nouvelle-Calédonie, emploi vacant. — Maintenu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie

(Du 10 octobre au 17 décembre 1904.)

Sous la direction de M. le prof. Gaucher

Avec le concours et la collaboration de MM Balzer, De Beurmann, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Castex, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord; Hudelo, médecin des hôpitaux; Morestin, chirurgien des hôpitaux; Gastou, Edmond Fournier, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint Louis; Emery, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Milian, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Terrien, ancien chef de clinique; Lacapère, chef de clinique à l'hôpital Saint Louis; Barbarin, ancien aide d'anatomie; Cathelin, chef de clinique à l'hôpital Necker; Paris, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt dix-sept leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, sauf les dimanches et fêtes, à 2 heures et à 3 h. 1/2 de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, excepté les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le prof. Guyon. Il commencera le 10 octobre 1904 et finira le 17 décembre 1904.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons :

M. Gaucher. — Lésions élémentaires de la peau; matière médicale dermatologique et médication hydrominérale.

M. Balzer. — Eczéma, impetigo, ecthyma, syphilis secondaire.

M. De Beurmann. — Psoriasis, lupus, tuberculoses cutanées, traitement du lupus.

M. Castex.— Syphilis du nez et du larynx.

M. Queyrat — Blennorragie aiguë, blennorragie chronique, complications et traitement de la blennorragie, les balanoposthites, herpès, végétations, phimosis, chancre mou, chancre syphilitique.

M. Hudelo. — Gale, érythème, urticaire, prurits et prurigos, lichens, pityriasis, pemphigus.

M. Morestin. — Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau; opérations esthétiques.

M. Gastou. — Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus, pityriasis versicolor, érythrasma, examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique.

M. Emery. — Traitement de la syphilis.

M. Ed. Fournier. — Hérédo-syphilis, syphilis et grossesse.

M. Milian. — Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcéreuses, gommes; ulcères de jambe; syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os; syphilis cérébrale; syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie, paralysie générale, tabes.

M. Terrien. — Syphilis oculaire.

M. Lacapère. — Pelade et alopécies, dermites artificielles, dermatoses congénitales, sclérodermie, tumeurs de la peau, séborrhées et acnés, eczéma acnéiques, folliculites suppurées, dishydrose, actinomycose, lèpre, leucoplasie.

M. Barbarin. — Complications génitales chirurgicales de la blennorragie chez la femme : bartholinites, métrites et salpingites.

M. Cathelin. — Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux, néphrites suppurées; traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. — Phtiriase, zona, dystrophies pigmentaires, purpura, morve et farcin, éléphantiasis.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai et en juin, le second du 15 octobre au 20 décembre.

Les droits à verser sont de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ces cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (à l'hôpital Saint-Louis).

NOUVELLES

La Société des Eaux de Châtelguyon, pour répondre au désir que lui en a manifesté de tous côtés le corps médical, a adopté les deux mesures suivantes :

1° La saison thermale sera prolongée, dès cette année et à titre définitif, jusqu'au 31 octobre; à partir de l'an prochain, l'ouverture aura lieu à la date du 1er mai.

2° Pendant les mois de mai et d'octobre, les baigneurs jouiront de droit de la faveur du demi-tarif pour toutes les stations thermales.

Les médecins consultants dont les noms suivent resteront à la disposition de leurs clients jusqu'à la fin de la saison : Drs Aubœuf, Baraduc, Bartoli, Bayrac, Conchon, Esmonet, Greslier (toute l'année), Machebœuf (toute l'année).

L'EAU BOUILLIE CHEZ LES ANCIENS

Rien de nouveau sous le soleil. On peut juger, par ces lignes parues dans le *Temps*, que nos ancêtres avaient, tout comme nous, la peur du microbe. Hérodote (livre I, clio, chap. CLXXXVIII) écrit : « Le grand roi (Cyrus) ne se met point en campagne qu'il n'ait avec lui beaucoup de vivres et de bétail, qu'il tire de son pays. On porte aussi à sa suite de l'eau du Choaspe, fleuve qui passe à Suse. Le roi n'en boit pas d'autre. On la renferme dans des vases d'argent, *après l'avoir fait bouillir*, etc., etc. »

CE QUE VAUT LE RADIUM

Le radium, dont il est aujourd'hui permis de prévoir le grand avenir en thérapeutique, présente un inconvénient quelque peu grave, celui de n'être pas à la portée de toutes les bourses.

Les 5 milligrammes de bromure de radium valent 2000 fr., le centigramme 4000, le décigramme 40 000 et le gramme exactement dix fois plus, soit quatre cents beaux billets de 1000 fr.

Quant à l'écrin destiné à enchâsser le précieux bromure, il est de valeur plus modeste, et coûte seulement 10 fr. Du reste, ces 10 fr. sont nécessaires à dépenser, car seuls ils permettent aux fortunés acquéreurs de bromure de radium de pouvoir utiliser leur acquisition sans courir le risque de se brûler dangereusement (*Gaz. hebd. de Bordeaux*).

LES ÉTUDIANTES EN SUISSE

Pendant le semestre d'hiver de la présente année académique, il y avait, dans les Facultés de médecine des universités suisses, plus d'étudiantes que d'étudiants. En effet, le nombre total d'élèves en médecine en Suisse s'élevait à 1654, dont 763 hommes et 891 femmes. D'après les diverses villes, la répartition des femmes était la suivante : Berne 377, Lausanne 181, Zurich 177, Genève 151, Bâle 5. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Paris.— Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôpital Broca*).

M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours.

Les kystes mucoïdes ovariens et para-ovariens (1)

Je vais exposer devant vous une description schématique des kystes mucoïdes ovariens et para-ovariens : les premiers siégeant ou au moins ayant pour point de départ l'ovaire lui-même, les seconds, beaucoup moins importants et plus rares, prenant naissance sur le para-ovaire et offrant une symptomatologie assez différente des premiers.

A. *Les kystes ovariens mucoïdes* intéressent l'un, ou parfois, mais rarement, les deux ovaires; cette variété bilatérale est plus fréquente dans les kystes dermoïdes que nous avons étudiés dans la dernière leçon. Le volume de ces kystes mucoïdes est souvent « colossal » et constitue leur caractéristique clinique essentielle; ils représentent une tumeur couverte d'abondantes proliférations internes, ils ont une forme généralement arrondie, mais parfois inégale et bosselée, contrairement aux kystes dermoïdes qui sont franchement lisses et bien moins volumineux. Extérieurement, on constate, souvent à l'œil nu, plusieurs poches de couleur blanchâtre, d'apparence gélatineuse.

En réalité, il existe, macroscopiquement, trois types de ces kystes : les uniloculaires, pauciloculaires et multiloculaires. Le liquide contenu dans ces kystes est assez gluant, verdâtre, de quantité variable, riche en paralbumine. Même dans la forme la plus simple, uniloculaire, on trouve presque toujours, dans l'épaisseur de la paroi, un certain nombre de petites poches microscopiques. Parfois le kyste a la forme d'une grappe, il est dit racémeux (Olshausen-Bender).

Les kystes mucoïdes finissent dans leur évolution par s'avancer de la cavité pelvienne vers la grande cavité abdominale et par se pédiculiser. Ils possèdent toujours un gros pédicule, avec des vaisseaux très volumineux.

Au point de vue *pathogénique* je vous dirai simplement que ces kystes mucoïdes sont le plus souvent des *adénomes* (Bender), mais des adénomes particuliers, car dans la proportion approximative de une fois sur dix cet adénome se transforme en épithélioma et peut se généraliser. Il peut aussi subir la dégénérescence sarcomateuse (Potocki et Bender).

Les kystes mucoïdes ovariens s'accompagnent de *lésions concomitantes multiples*; tout d'abord, ce sont des *déviations de l'utérus* du côté opposé à la tumeur, ou bien, ce qui est très fréquent, l'abaissement de cet organe; c'est là un fait bien connu des chirurgiens, car, sitôt l'ablation du kyste effectuée, il est habituel de voir la matrice remonter et le prolapsus disparaître. De plus, dans la proportion d'une fois sur trois cas, ces kystes mucoïdes, et surtout leur variété papillaire externe, s'accompagnent d'une *ascite* considérable, parfois sanguinolente, et c'est pourquoi cette ascite hémorragique a pu parfois faire penser au diagnostic d'épithélioma intestinal. Cette sécrétion est très abondante; elle serait, d'après les uns, le résultat d'une simple irritation péritonéale; suivant les autres, elle serait sécrétée par la tumeur elle-même, surtout quand celle-ci présente de nombreuses végétations externes (tumeurs papillaires).

Comme autres lésions anatomiques importantes, je citerai *les adhérences*. Celles-ci se font soit avec l'épiploon, soit avec l'intestin ou la vessie; souvent de nature fibreuse, elles sont aussi, dans certains cas, constituées par une propagation directe de la tumeur à la surface de l'intestin, qu'on trouve recouvert extérieurement de végétations multiples, les unes simples, les autres kystiques. Cette disposition offre un grand intérêt pour la technique opératoire.

Autre complication, ce sont les *hémorragies intra-kystiques*, quelquefois très abondantes, et s'accompagnant de tendance à la syncope. Elles peuvent avoir pour point de départ la destruction des vaisseaux par les végétations intra-kystiques.

Ces kystes sont formés, dans quelques cas, à la fois par la trompe et l'ovaire (kystes tubo-ovariens), mais cette variété est discutée et on pense plutôt qu'il s'agit souvent, en pareille circonstance, d'un hydro-salpinx; j'en ai publié une observation typique en 1888 à la Société anatomique, Legueu et Cabaniols en ont colligé une cinquantaine d'observations.

Les kystes ovariens peuvent se compliquer encore de *suppuration*; on ne voit plus aujourd'hui celle-ci qui, autrefois, succédait souvent aux ponctions exploratrices; mais il existe des suppurations spontanées, par infection sanguine, survenant par poussées au cours de l'évolution du kyste,. J'ai publié plusieurs observations de ce genre; le liquide purulent était devenu amicrobien. Ces suppurations amicrobiennes se rencontrent d'ailleurs également en d'autres points de l'économie, au pourtour de l'appendice, par exemple, et dans les anciennes salpingites comme nous le verrons.

Le kyste peut se compliquer : de *rupture*; la paroi devient très friable, et la tumeur se rompt sous l'influence d'un trauma quelconque; elle s'ouvre soit dans la grande cavité séreuse — rupture intra-péritonéale — c'est le cas le plus fréquent, soit dans les organes voisins — rupture extra-péritonéale — vessie, rectum, etc. Cette complication a été bien étudiée par Fossard dans sa thèse (Paris 1901).

La *torsion du pédicule* est une complication fréquente, qui s'observe également dans les fibromes utérins et dans les hydro-salpinx. Elle s'accompagne de congestion et souvent d'hémorragie intra-kystique abondante.

Enfin — dernière complication anatomo-pathologique — c'est la *métastase*, la généralisation ou la greffe de la tumeur dans le reste de l'abdomen, dans une éventration post-opératoire, comme j'en ai observé un exemple cinq ans après l'ablation du kyste.

L'existence de ces métastases présente un grand intérêt pour le pronostic qui, dans la majorité des cas, n'est pas mauvais, puisque, au moins neuf fois sur dix, après l'ablation il n'y a ni métastase ni récidives éloignées. Toutefois, les kystes papillaires à végétations externes récidivent souvent dans le péritoine ou dans la cicatrice opératoire. Cazenave, dans sa thèse, en a rapporté de nombreuses observations. Entre la bénignité et la malignité des tumeurs végétantes de l'ovaire, il n'y a que l'épaisseur d'un cheveux, disait Bouilly en 1897, en rapportant une statistique de 42 cas. Mais la cause de cette dégénérescence maligne nous est complètement inconnue.

C'est à tout âge que l'on peut observer ces kystes mucoïdes. Cependant, vous les rencontrerez plutôt chez des femmes d'un âge assez avancé. Au contraire, les kystes dermoïdes, que nous avons étudiés dans la précédente conférence, se voient plutôt dans le jeune âge.

Si nous considérons maintenant la *symptomatologie* et l'*évolution clinique* de cette maladie, nous allons voir qu'elle passe par trois phases successives : 1° une *phase insidieuse* pendant laquelle le kyste est situé dans la cavité pelvienne; 2° la *phase de compression*, où la tumeur acquiert le volume colossal qui la caractérise; 3° une

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.

phase inconstante de cachexie.

A la *période initiale insidieuse ou pelvienne,* la malade se plaint de douleurs vagues dans le pelvis, de quelques troubles menstruels, ceux-ci étant beaucoup plus fréquents que dans les kystes dermoïdes : ces malades voient leurs règles devenir assez irrégulières, souvent arrêtées. Enfin, elles accusent quelques troubles dyspeptiques, de l'amaigrissement, ce qui indique qu'on est en présence d'une véritable infection néoplasique de l'économie dans son ensemble. A cette période les lésions sont relativement trop peu développées pour qu'on ait l'occasion de faire un examen gynécologique; mais lorsque la tumeur augmente de volume et arrive à déterminer des phénomènes de compression, on peut alors observer différents symptômes qui attirent l'attention.

Pour cette *phase de compression,* prenons pour type de notre description un de ces gros kystes se traduisant sur le sujet par un ventre énorme à l'inspection, et procédons à un examen méthodique. Cette variété de kyste est d'abord caractérisée, je ne crains pas de le répéter, par son volume considérable, puisque quelques-uns contenaient au moins un hectolitre de liquide! C'est précisément de ce volume énorme de la tumeur que découlent les signes les plus évidents, à savoir : l'éversion de l'ombilic, l'éventration. A la palpation, la fluctuation est évidente, vous percevrez des poches souvent multiples, des points durs et d'autres manifestement fluctuants, parfois même la sensation de flot existe. Vous ne sentirez peut-être pas très bien l'ascite concomitante, qui est cependant fort importante à rechercher et à constater, puisqu'elle indique la gravité particulière de la maladie, les kystes compliqués d'ascite ayant beaucoup plus de chance d'aboutir à la métastase et à la généralisation. Vous pratiquerez le toucher vaginal, qui permettra de reconnaître que la tumeur est franchement annexielle; l'utérus est abaissé, prolabé, ou dévié au début, puis il est attiré en haut et le col est élevé; en tout cas, vous chercherez à constater que l'utérus est bien nettement distinct de la tumeur ovarienne elle-même.

Immédiatement après ces constatations, qui résultent de l'examen gynécologique complet de la malade, ce qui attire l'attention, ce sont les *troubles fonctionnels,* causés par la compression des organes pelviens et abdominaux, par l'énorme tumeur kystique : compression vésicale, se traduisant par des mictions très fréquentes et peu abondantes; déformation de la vessie; compressions urétrale, urétérale; compression des anses intestinales, avec adhérences de l'intestin à la tumeur. Les malades présentent fréquemment des vomissements, de la dyspnée, s'expliquant par le refoulement du diaphragme et pouvant aller parfois jusqu'à la cyanose. Vous noterez des vergetures de la paroi abdominale distendue, des varices, des hémorroïdes, une éventration. Vous avez pu constater tous ces symptômes chez une malade du service, et chez laquelle le volume de la tumeur était énorme.

La *troisième phase, période de cachexie* ne s'observe que dans quelques cas, lorsque les phénomènes de compression sont très intenses, ou que la tumeur a déterminé des métastases sur l'épiploon, à la surface de l'estomac ou de l'intestin, etc. L'amaigrissement de la face et du corps est alors très notable, mais le facies dit ovarien n'a rien de caractéristique.

Voyons maintenant par quels symptômes se manifestent les *complications* que nous avons énumérées précédemment? La *rupture intra-péritonéale du kyste* s'annonce par une tendance à la syncope, une douleur brusque, que la cause soit ou non traumatique. La rupture dans un organe creux est exceptionnelle. La *torsion du pédicule* s'accompagne de phénomènes de péritonisme : douleur subite, tendance syncopale, ballonnement du ventre, quelques vomissements, mais sans fièvre. La *suppuration* du kyste se développe à l'occasion d'une infection intercurrente, telle qu'une grippe, une fièvre typhoïde; elle peut entraîner une péritonite, ou bien le kyste suppuré s'ouvre dans la vessie, le rectum. La grossesse peut être une complication, parce qu'elle favorise la torsion du pédicule, ainsi que j'en ai observé un cas du troisième au quatrième mois de la grossesse.

Le *diagnostic* des kystes ovariens mucoïdes est relativement facile. A la première phase, où la tumeur est franchement pelvienne, il peut y avoir quelques difficultés à la distinguer d'un utérus gravide en rétroversion au début d'une grossesse; mais, outre que la tumeur kystique est située latéralement, il y a absence de tous les signes d'une grossesse au début. Un fibrome donne une sensation de consistance différente, absolument dure, et généralement il s'accompagne de troubles du côté utérin, non pas d'arrêt des règles, mais de métrorragies abondantes, l'hystéromètre fait reconnaître un agrandissement de la cavité utérine. Le fibrome kystique est en continuité directe avec l'utérus. L'hématocèle donne lieu à une tumeur postérieure et on observe les symptômes de la grossesse tubaire rompue.

Plus difficile est le diagnostic avec l'hydrosalpinx; toutefois, l'évolution de celui-ci est plus lente, ne s'accompagne pas de douleur, reste sur les parties latérales, et n'acquiert jamais le volume si remarquable des kystes mucoïdes de l'ovaire.

A la seconde période, lorsque le kyste ovarien occupe la totalité de l'abdomen, on pourrait le confondre avec un certain nombre de lésions différentes : avec une ascite simple; le diagnostic reposera ici sur l'existence de la matité sur les parties latérales et la sonorité péri-ombilicale de l'intestin; le ventre est étalé, c'est le ventre de batracien. La vessie, distendue par une cause quelconque de rétention d'urine, peut prêter à l'erreur avec un kyste ovarien; aussi ne devra-t-on pas omettre de sonder les malades chez qui on soupçonne cette lésion, d'autant plus que, même lorsque l'existence du kyste est certaine, la distension concomitante de la vessie peut faire paraître son volume plus grand qu'il n'est en réalité. Le diagnostic avec la grossesse repose évidemment sur la recherche de tous les signes propres à cette dernière.

Une tumeur solide de l'ovaire — fibro-sarcome — peut acquérir un volume assez considérable pour ressembler à un kyste ovarien et le seul élément de diagnostic c'est la consistance.

Il ne faudra pas perdre de vue la possibilité chez les hystériques, de simuler ce que l'on a appelé les *tumeurs fantômes,* produites par la contracture des parois abdominales et une pneumatose locale. J'en ai observé un cas bien curieux chez une hystérique. Le principal signe différentiel est l'absence de matité à la percussion de la soi-disant tumeur; de plus, on reconnaît chez la malade tous les signes de l'hystérie et si on l'examine à l'improviste la tumeur est disparue! Dans le cas auquel je viens de faire allusion, la malade se plaisait à la faire reparaître devant nous.

L'hydronéphrose peut acquérir des dimensions assez considérables pour être prise pour un kyste de l'ovaire.

Les kystes du mésentère sont franchement médians et ils ont eu pour point de départ la partie médiane de l'abdomen.

D'autre part — remarque importante — les kystes de l'ovaire évoluent

de bas en haut, tandis que toutes les tumeurs que j'énumère en ce moment descendent de haut en bas; on cherchera donc à savoir quelle a été la région augmentée de volume en premier lieu. C'est ce qui permettra de distinguer, par exemple, les tumeurs de la rate, du rein, du foie, etc. La péritonite tuberculeuse enkystée, forme ascitique, peut se distinguer par ce fait qu'elle refoule l'intestin contre la paroi postérieure de l'abdomen. Dès le début il y a des troubles gastro-intestinaux. Mais l'erreur ici a été fréquente et je vous rappelle que la première péritonite tuberculeuse, opérée par Spencer Wels, avait été prise pour un kyste de l'ovaire.

Quant au diagnostic de la variété du kyste de l'ovaire, il est basé sur les considérations suivantes : les kystes dermoïdes atteignent un volume moins considérable que les mucoïdes, ils sont assez souvent douloureux et leur évolution est lente.

Le *pronostic* des kystes mucoïdes doit être réservé à cause de la généralisation possible, en moyenne une fois sur dix. Cette malignité de certains kystes ovariens a été discutée récemment au Congrès de Rouen ; mais il a fallu conclure que nous ne pouvons encore prévoir les formes malignes que si l'évolution est rapide et la cachexie précoce.

Le *traitement*, actuellement très simple, consiste dans l'ablation précoce, ce qui prévient évidemment les complications à distance, congestion pulmonaire et cardiaque, et les complications du côté du kyste lui-même : rupture, torsion et surtout la généralisation. Personnellement j'en ai déjà enlevé une trentaine. Pendant l'ablation il faut, si possible, éviter la pénétration du liquide kystique dans la cavité péritonéale pour éviter la greffe. Autant que possible on n'aura pas recours à la marsupialisation de la poche, qui entraînerait une suppuration prolongée, celle-ci peut déterminer la mort par septicémie. Aussi dans un cas où l'extirpation était impossible à cause des adhérences, je me suis contenté de faire ultérieurement des ponctions successives avec injections iodées. La grossesse au début n'est pas une contre-indication, au contraire, à cause de la torsion possible. Il n'y a de contre-indication qu'à la période de cachexie. L'âge avancé est évidemment une contre-indication. La limite est difficile à préciser. Ainsi chez une femme encore robuste, âgée de soixante-cinq ans, j'avais proposé l'ablation, mais un autre chirurgien la déconseilla.

Si la lésion intéresse les deux ovaires, et si les tumeurs ont des végétations externes, on pratiquera l'hystérectomie abdominale totale, l'utérus pouvant être envahi secondairement. Vous en trouverez plusieurs exemples dans la thèse de La Volpilière (Paris 1901). Bouilly, sur 42 cas de tumeurs végétantes papillaires opérées, notait dans 23 cas une mort assez rapide très précoce par récidive utéro-pelvienne. J'ai opéré trois cas de ce genre. Je n'ai revue qu'un malade un an après pour une obstruction intestinale par récidive.

Récemment M. Pozzi a montré que ces tumeurs papillaires subissent parfois des temps d'arrêt très prolongés dans leur accroissement du fait d'une extirpation même incomplète.

B. Les *kystes du ligament large*, qui sont des kystes mucoïdes para-ovariens, se développent aux dépens des restes du corps de Wolff; ils restent petits et accolés aux parties latérales de l'utérus, qu'ils repoussent du côté opposé, ne donnant lieu à aucune grave complication; leur contenu est très transparent, c'est un signe caractéristique, leur torsion est rare. Ils peuvent aussi suppurer; j'en ai observé un cas. Leur dégénérescence maligne est exceptionnelle. Leur ablation ne présente de particulier que la difficulté de ne pas léser l'uretère souvent déplacé par la tumeur. Il faut bien capitonner le ligament large. Si l'uretère a été lésé, on fera la greffe soit urétéro-urétérale, soit urétéro-vésicale.

Cette étude d'ensemble sur les kystes mucoïdes ovarien et para-ovariens vous montre que le seul chapitre qui reste encore à éclaircir c'est celui de la pathogénie et des dégénérescences malignes.

HYGIÈNE SOCIALE

La lutte contre la tuberculose dans l'armée

Par M. Emile Rouyer

Médecin-major de 2e classe.

La cure d'air préventive préconisée par Brisard, excellente en soi, ne peut être utilisée que dans la mesure du possible. Dans les régiments à recrutement régional, elle est sans doute d'une pratique facile. Il n'en va plus de même dans les corps spéciaux, comme les bataillons de chasseurs à pied, dont les contingents viennent de régions plus au moins éloignées. Le 3e bataillon, par exemple, reçoit ses hommes du Jura, du Doubs, de la Creuse, de l'Indre, de la Charente et parfois du Morbihan. Bien souvent nos troupiers nous ont refusé des permissions et même des congés de convalescence, parce qu'ils ne pourraient vivre chez eux qu'en travaillant beaucoup. Au surplus, à la suite de quelques déconvenues, une note de M. le général commandant le 7e corps exige-t-elle sagement que, même pour les permissions accordées au titre de maladie, les parents des soldats produisent un certificat affirmant qu'ils peuvent nourrir leurs fils sans les obliger à travailler.

On voit donc que la cure d'air préventive n'est pas toujours de réalisation facile. Aussi n'hésitons-nous pas à recourir plus largement qu'on n'a tendance à le faire à la réforme temporaire. L'échelle de gravité dressée par M. le médecin principal Morer dans le numéro de ce journal du 17 septembre dernier, peut servir de guide dans la généralité des cas. Mais nous avons eu plus d'une fois recours à la réforme temporaire lorsque le fléchissement de l'état général et la diminution du poids persistaient de façon inquiétante, après un congé de convalescence, sans cependant qu'on trouva rien aux poumons, ni aux différents organes. Il s'agissait encore, il est vrai, de jeunes gens venus de loin, peu fortunés et qui avaient la perspective d'accomplir leurs trois ans sans retourner au pays. Chez eux nous trouvions cette « âme nostalgique » dont parle judicieusement Brisard. Les garder ici, à traîner sans cesse à l'infirmerie ou à l'hôpital, c'était en faire des non-valeurs et les vouer certainement à la maladie. Au contraire, le retour momentané dans leurs foyers ne pouvait que leur être utile : ainsi sur 7 chasseurs du recrutement de Magnac-Laval renvoyés ainsi en 1903, 4 nous ont été signalés récemment, par des demandes d'extraits de registre d'incorporation, comme réincorporés dans un régiment voisin de leur village natal.

Nous faisons ainsi de la réforme temporaire un congé de convalescence de longue durée. C'est, nous a-t-on objecté, le système allemand; nous ne défendons point de l'imiter et, bien que la loi du 30 avril 1898 ait été votée sans discussion au Parlement, nous croyons que la pensée du législateur était réellement de faire quitter momentanément l'armée à un homme fatigué pour le reprendre plus tard. A ce point de vue l'appellation de réforme temporaire n'est peut-être pas heureuse : elle semble être comme l'amorce d'une sortie définitive de l'armée, et ce ne sont pas seulement ceux qui en bénéficient qui l'interprètent ainsi. Aussi serait-il préférable de donner à cette excellente institution le terme de congé de convalescence de longue durée : au moment où la loi de deux ans va être mise en vigueur, cette durée pourrait être fixée à huit, dix ou douze mois, de façon à permettre aux jeunes gens qui en bénéficieraient et qui seraient repris à l'expiration de ce délai d'accomplir au moins une année de service.

Jusqu'alors nous avons envisagé les mesures dont nous disposons pour mettre le tuberculeux hors d'état de nuire à ses camarades, tout en ayant en vue la guérison. Mais le point le plus délicat est précisément de découvrir ce soldat au moment où sa maladie commence, ou mieux, peut-être, soupçonnée. Nous avons à notre disposition la visite quotidienne, la revue mensuelle de santé et la création d'une catégorie de malingres qu'on examine fréquemment. A notre humble avis, tout ceci n'est point suffisant, et le médecin de troupe ne doit pas compter sur lui seul pour mener à bien le bon combat. Chargé de veiller sur la santé d'une collectivité, il doit intéresser tous ceux qui la composent, tous ceux surtout qui y disposent d'une certaine autorité, si petite soit-elle, à lui prêter un concours de tous les instants. Par des causeries familières à propos de cas particuliers, il peut arriver à montrer où est le danger et se faire aider dans sa tâche délicate.

Nous avons rencontré de si précieux appuis dans notre corps de troupe, que nous n'hésitons pas à exposer ici les petits moyens employés. Tout d'abord, le commandement nous a témoigné sa sollicitude en dotant l'infirmerie d'une bascule. Jadis il fallait mendier, pour ainsi dire, celle de la commission des ordinaires ou celle du magasin au charbon, si bien qu'en hiver on renonçait à peser les hommes. Aujourd'hui la pesée est entrée dans les habitudes : un commandant de compagnie voit-il un homme maigrir, perdre de son entrain, il l'envoie, non pas à la visite, qui est souvent redoutée de ce malheureux, mais se faire peser. Quand le malade constate lui-même qu'il a diminué de poids, il écoute alors les conseils de ses chefs et du médecin, et consent à prendre un repos nécessaire. C'est qu'en effet on a pu remarquer combien les troupiers suspects de tuberculose se rencontrent parmi ceux qui font régulièrement leur service et ne fréquentent jamais l'infirmerie. Ils ont déjà cet optimisme qui est une caractéristique de leur maladie, et, la plupart du temps, ils nous abordent en nous disant : « le capitaine me croit malade, mais je vais très bien. »

Ce n'est pas seulement le capitaine, c'est aussi souvent le sergent ou même le caporal qui fait porter un homme malade, malgré lui, en mettant en regard de son nom sur le cahier de visite, « par ordre du capitaine ». C'est le plus souvent un troupier qui tousse, surtout la nuit, qui s'inquiète même de son état, mais qui n'en veut rien dire à personne. Cette initiative du gradé subalterne, nous l'avons vu surtout se développer depuis qu'on a posé dans quelques chambrées les affiches de la ligue française contre la tuberculose : « Ne crachez pas par terre, c'est toujours dangereux. » Au début, ces petites pancartes avaient fait sourire des jeunes gens de vingt ans : avec le temps, elles ont produit leur effet, surtout quand on a vu quitter le régiment, avec un congé de réforme, ceux là précisément qui toussotaient à la chambrée ou crachaient souvent. Ainsi nos sous-officiers ou caporaux sont-ils arrivés à suivre rigoureusement le conseil de ne laisser négliger aucune toux, ni aucun enrouement.

On objectera peut-être que ce système de conduire l'homme à la visite peut ouvrir la porte à l'indiscipline. Nullement, et depuis deux ans qu'il est mis en pratique dans notre corps, nous n'avons jamais constaté d'abus : il suffit, d'ailleurs, d'un peu de fermeté pour les éviter. Les résultats obtenus nous engagent à persévérer dans cette voie et à perfectionner des mesures dont la portée peut se faire sentir en dehors de la caserne ; rendus à la vie civile, ces modestes gradés continueront à exercer sur leurs camarades de chantier ou d'atelier la surveillance sanitaire dont ils faisaient bénéficier leurs subalternes. Il semble donc qu'il serait bon de développer partout cette collaboration de bonnes volontés, car c'est à elle que nous devrons de voir diminuer la morbidité et surtout la mortalité par tuberculose dans l'armée.

REVUE DE THÈSES

I

Le pronostic des urano-staphyloraphies pour fissures congénitales, par le Dr Maxime Hulleu (Paris, J. Rousset, 1904).

Dans sa thèse, M. Hulleu a pour but de fixer plusieurs points du pronostic de l'urano-staphyloraphie : 1° la mortalité de cette opération; 2° ses résultats au point de vue de la restauration plus ou moins parfaite du palais; 3° ses résultats au point de vue fonctionnel : déglutition, phonation.

Pour répondre à la question de la mortalité M. Hulleu propose la formule suivante : « les palatoplasties amènent rarement la mort; elles l'amènent avec une fréquence d'autant plus grande que l'enfant est opéré plus près de la naissance. » Le chiffre de la mortalité est de 3 à 4 %. L'accident, parfois mortel, qui semble le plus à craindre c'est l'hémorragie, non l'hémorragie primitive, mais l'hémorragie secondaire ou plutôt, d'après l'expression de Broca, l'hémorragie primitive retardée se produisant plusieurs heures après l'opération, due sûrement, pour cet auteur, à une faute chirurgicale. Les hémorragies vraiment secondaires, survenant du cinquième au vingt-deuxième jour sont beaucoup plus rares et d'un pronostic moins sévère.

Le résultat plastique, d'après l'auteur, ne laisse rien à désirer quand l'intervention a été bien réglée, bien conduite surtout, comme on la pratique maintenant à l'aide de l'anesthésie générale et de la position de Rose. Au point de vue de la déglutition, les quelques cas d'insuccès partiel observés sont dus à des défauts de cicatrisation.

Quant aux résultats phonétiques la question est beaucoup plus complexe. M. Hulleu l'examine très minutieusement sous toutes ses faces, étudiant d'abord l'anatomie et la physiologie normales de l'organe de la voix parlée, puis la phonation chez les fissurés, enfin la phonation chez les opérés. La perfection de la phonation chez ces derniers est indépendante des résultats de l'intervention elle-même, mais est soumise à des particularités anatomiques que l'opération est incapable de modifier : longueur du palais osseux, musculature du voile, largeur du pharynx derrière les piliers, dimensions et forme des fosses nasales, du naso-pharynx, dystrophies dentaires concomitantes.

II

Contribution à l'étude de l'hydarthrose intermittente, par le Dr Marcel Monjauze (Paris, Vigot, 1904).

L'auteur donne une nouvelle observation d'hydarthrose intermittente qu'il propose d'appeler plutôt hydarthrose périodique, observation qui d'ailleurs n'ajoute rien à ce qui est connu déjà sur cette affection.

III

Les urétrites chez les petits garçons, étude clinique et médico-légale, par le Dr O. Genevoix (Paris, J. Rousset, 1904).

Les urétrites des petits garçons, qui sont le pendant des vulvo-vaginites des petites filles, sont plus rares que ces dernières et partant ont moins excité l'attention des praticiens. D'ailleurs, leur symptomatologie, aussi bien que leur traitement ne diffèrent pas de ceux de la blennorragie des adultes; tout leur intérêt, des urétrites gonococciques s'entend, réside dans le mode de contamination et dans la question médico-légale qui souvent s'y attache. La contamination, en effet, peut provenir d'attentats à la pudeur ou d'excitation de mineurs à la débauche; elle est aussi assez souvent le résultat de tentatives de rapports sexuels entre des enfants précocement débauchés. Suivant M. Genevoix, il pourrait y avoir aussi bien que pour la vulvo-vaginite des petites filles, une contamination indirecte (vêtements, effets de couchage, lieux d'aisance), simple vue de l'esprit dont il ne peut fournir aucune observation démonstrative, mode de contagion qui nous paraît douteux.

IV

Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux, par le Dr Jean Galezowski (Paris, Alcan, 1904).

Les affections du système nerveux sont très souvent accompagnées d'altérations du fond de l'œil qu'il importe de bien connaître, tant pour les distinguer d'altérations que présente le fond de l'œil dans certaines maladies générales ou dans certaines affections du globe oculaire, que pour le diagnostic neurologique. A ce point de vue, la thèse de M. Jean Galezowski est une œuvre qui pourra être consultée avec fruit par les praticiens qui se trouvent aux prises avec les difficultés de diagnostic que présentent souvent les maladies nerveuses. Il a étudié dans son travail, suivant un ordre méthodique et avec figures à l'appui, d'abord les altérations du fond de l'œil dans les maladies de la moelle; tabès où les troubles oculaires occupent une grande place et dont la caractéristique est l'atrophie de la papille, à l'encontre de l'ataxie héréditaire (maladie de Friedreich) où il n'existe pas d'altérations du fond de l'œil ; hérédo ataxie cérébelleuse (maladie de Marie) où il existe une atrophie papillaire offrant de grandes analogies avec celle du tabès; sclérose en plaques; syringomyélie; myélite

aiguë..., puis les altérations dans les maladies de l'encéphale; paralysie générale progressive qui s'accompagne de névrite optique, de choroïdite et scléro choroïdite, lésions qui se confondent avec celles de la syphilis cause principale de la paralysie générale; tumeurs cérébrales, méningites, etc., enfin les altérations dans les névroses.

V

Pouvoir ocytocique du sucre; étude physiologique et clinique, par le Dr Eugène Marquis (Paris, Baillière, 1904).

Au moment où des travaux récents démontraient que le sucre constituait un aliment des plus précieux, capable de favoriser singulièrement tout travail musculaire au moment où une large et démonstrative application de cette donnée physiologique était faite parmi les alpinistes, coureurs, troupes en marche, il était assez naturel de l'utiliser comme agent favorable aux contractions utérines et abdominales pendant le travail de l'accouchement. M. Marquis s'est attaché, dans sa thèse, dans une première partie, à démontrer que le sucre est le combustible indispensable du travail musculaire et, dans une seconde partie, à faire connaître les résultats heureux de l'ingestion du sucre dans la parturition. De ses recherches l'auteur conclue que si le pouvoir abortif du sucre est nul, que si, donné avant toute dilatation, il n'accélère pas d'une façon notable la marche du travail, il active, lorsque la dilatation est commencée de même qu'à la période d'expulsion, l'intensité et la fréquence des contractions utérines. La dose habituellement efficace est de 25 à 100 gr., le plus souvent 50 gr.

VI

Indication de la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez le nourrisson, par le Dr Albert Masson (Paris, Joanin, 1904).

Quels sont les résultats de la cure radicale de la hernie inguinale chez le nourrisson, c'est-à-dire chez des enfants âgés de moins de deux ans? Tel est le sujet de la thèse de M Masson. La cure radicale, conclue-t-il, presque inoffensive pendant la deuxième année, comporte pendant la première année plus de gravité puisqu'elle donne une mortalité d'environ 4,5 %. Donc, jusqu'à un an, l'intervention sanglante devra être considérée comme une opération d'exception commandée seulement par des hernies irréductibles, par des hernies réductibles mais volumineuses incoercibles, par des hernies qui se sont étranglées une seule ou plusieurs fois, enfin par la cachexie herniaire.

VII

Les lésions cérébro-spinales dans la mort apparente des nouveau nés, par le Dr Bardet (Paris, Michalon, 1904).

Le principal obstacle au retour à la vie du nouveau-né en état de mort apparente est dû, dit M. Bardet, à l'existence de lésions cérébrales ou méningées, hémorragies bulbo-protubérantielles ou méningées; d'où insuccès fatal et nécessité de toujours réserver le pronostic. La thèse de M. Bardet est une monographie complète de la mort apparente (définition, description et formes cliniques, causes, mécanisme, pronostic, traitement) avec nombreuses observations à l'appui.

VIII

De l'éréthisme cardiaque particulièrement étudié au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, par le Dr Grosset (Paris, J. Rousset, 1904).

Très souvent, chez les tuberculeux, on observe de l'éréthisme cardiaque se traduisant par des palpitations et de la tachycardie. Ce sont ces deux formes que M. Grosset s'attache à bien différencier tant au point de vue de la pathogénie qu'au point de vue du pronostic et du traitement. Les palpitations constituent, d'après lui, un phénomène essentiellement subjectif, tandis que la tachycardie est un symptôme objectif. Les palpitations constituent, sauf chez les tuberculeux dyspeptiques où elles peuvent se rencontrer à toutes les périodes, un symptôme de début, elles sont d'ordre réflexe (pneumogastrique). La tachycardie, au contraire, se montre le plus souvent aux deuxième et troisième périodes, elle est due à la toxémie tuberculeuse. La tachycardie peut être aussi le résultat de la névrite du pneumogastrique ou de la compression de ce nerf dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

IX

Recherches expérimentales sur le traitement de l'ivresse alcoolique, par le Dr A. Bianchi (Nantes, A. Dugas, 1904).

Ces recherches ont eu pour but : 1° de doser la quantité d'alcool qu'on pourrait retirer de l'organisme par les lavages répétés de l'estomac avec de l'eau pure; ces lavages agissent en tant que drainage de l'alcool non absorbé et en tant qu'absorbant du toxique déjà contenu dans les vaisseaux; 2° de déterminer si ce procédé est utilisable dans la pratique. L'auteur conclue que les lavages de l'estomac ont une utilité incontestable dans l'ivresse alcoolique par le double effet du drainage et de la dilution de l'alcool absorbé.

X

Des vomissements incoercibles de la grossesse et de leur traitement par la ventouse mammaire, par le Dr Barthes (Montpellier, Firmin, 1904).

Procédé inédit de traitement des vomissements de la grossesse mis en pratique par le Dr Dumas, de Lésignan, consistant en l'application d'une ventouse sur le sein l'englobant tout entier. M. Barthès rapporte plusieurs observations de malades ainsi guéries. Ce procédé, en tout cas simple, facile et inoffensif, peut toujours être tenté quand les autres traitements ont échoué.

XI

De la prostatectomie périnéale, par le Dr Voisselle (Paris, H. Jouve, 1904).

L'auteur fixe, dans sa thèse, les règles qui régissent cette opération nouvelle : la prostatectomie qui, grâce à M. le Dr Guyon et à ses élèves, a pris définitivement droit de cité dans le domaine de la chirurgie contemporaine.

1° Doivent être opérés tous les malades présentant des accidents dysuriques, sauf les sujets trop âgés, tarés d'une diathèse concomitante (artério sclérose, diabète, etc.), voués en un mot à une survie trop courte;

2° La prostatectomie doit être, autant que possible, précoce;

3° L'opération sera faite suivant la technique de MM. Albarran et Proust (section courbe préanale de la peau, isolement du bulbe, section du muscle recto-urétral, décollement recto-urétral, hémisection de l'urètre, décapsulation de la prostate, isolement de l'urètre et ablation des lobes prostatiques), pas de sutures, pas de sonde à demeure.

Sur 33 opérés, 3 morts. Chez les autres miction complète ou peu s'en faut, vigueur récupérée de la vessir, urines généralement claires, état général excellent.

XII

De la multiplicité du chancre syphilitique, par le Dr Papegaey (Paris, H. Jouve, 1904).

Contrairement à la vieille notion de l'unicité du chancre syphilitique, il a été démontré, par les syphiligraphes, que les chancres syphilitiques sont souvent multiples. M. Papegaey a rassemblé dans sa thèse les diverses statistiques et observations de chancres multiples, tant génitaux qu'extra-génitaux des services de l'hôpital Ricord et des syphiligraphes, statistiques et observations qui fixent cette double donnée à savoir que la multiplicité du chancre ne doit pas faire éliminer le diagnostic de la syphilis et qu'elle ne paraît pas être un facteur de gravité de la syphilis.

XIII

De l'emploi thérapeutique du lavement électrique, par le Dr Louis Painetvin (Paris, H. Jouve, 1904).

Cette thèse cherche à remettre en honneur le traitement de l'occlusion intestinale par le lavement électrique qui nous paraît cependant rester un moyen bien précaire et auquel on fera bien de ne pas s'arrêter trop longtemps. L'auteur indique également le lavement électrique dans le traitement de la constipation, dans la colique de plomb.

Dr Doubre.

Etude anatomo-clinique sur le sinus latéral, par le Dr **Aka**. (Thèse de Bordeaux, 1904.)

Cette thèse, agrémentée de plusieurs figures, contient l'exposé de l'anatomie descriptive du sinus latéral et de ses afférents. Vient ensuite l'étude topographique du sinus latéral, de ses rapports avec la caisse, l'antre, les cellules mastoïdiennes. Après avoir passé en revue les anomalies du trajet, du volume du sinus, après des déductions cliniques, le Dr Aka indique, suivant la technique du Dr Moure, par quels moyens on peut éviter l'ouverture de ce vaisseau en ouvrant l'antre et les cellules mastoïdiennes, et rappelle que la cavité opératoire doit toujours être parallèle à la paroi postéro-supérieure du conduit osseux.

Dr P Cauzard.

MÉDECINE MILITAIRE

Les motifs de la campagne des officiers d'administration contre les médecins militaires

Nous venons de recevoir un mémoire intitulé : « Réponse au Dr Noël pour ses articles parus dans le *Bulletin médical*, nos 66 à 75, 1904 », rédigé par « un officier d'administration, ami du service de santé, obligé de garder l'a-

nonymat pour sauvegarder sa situation » et qui prend le pseudonyme de *Vérité*.

Nous avons l'habitude, au *Bulletin*, de jeter au panier tout envoi non signé. Cette fois nous ferons exception à cette règle, parce que ce document expose les doléances et revendications des officiers d'administration, et que, personnellement, nous sommes pris à partie.

« M. Vérité » prétend que nous avons « insulté d'une façon odieuse les officiers d'administration » et que « les élucubrations malsaines de l'*Action* ne nous autorisaient pas à servir la même monnaie aux officiers d'administration ». Nous ne nous arrêterons pas à ces accusations qui montrent une fois de plus qu'on ne saurait être juge et partie, et nous laisserons le lecteur en faire justice. En revanche, nous tenons à discuter l'affirmation de « M. Vérité », que le corps des officiers d'administration est étranger à la campagne menée contre les médecins militaires. Voici ce qu'il écrit :

« Rien ne prouve que les élucubrations malsaines de l'*Action* émanent du *corps* des officiers d'administration. Il peut y avoir quelques individus ayant personnellement souffert de l'omnipotence de quelques médecins militaires, attaquant ces médecins, et cachant leur personnalité sous le couvert d'une campagne d'un *corps d'officiers*, dont le plus grand nombre reste inactifs. Et en fait, c'est bien je crois la vérité, je n'en veux pour preuve que la persistance d'attaques virulentes contre un petit groupe de personnes, toujours les mêmes. »

Cette dernière assertion est d'une inexactitude flagrante, car les attaques n'ont pas été dirigées sur un petit groupe de personnes, toujours les mêmes, puisqu'on a pris *successivement* comme objectif : le médecin-chef de l'hôpital du Val de-Grâce, le directeur du Val-de-Grâce, le chef de la 7e Direction, le médecin officier d'ordonnance du ministre de la Guerre, les médecins attachés au Comité de santé, le major de l'école du Val-de-Grâce, le directeur du service de santé du 20e corps; en un mot, c'est la tête de colonne de la médecine militaire qui a été prise pour tête de Turc.

Chose bien plus sérieuse, ces attaques ont été appuyées de faits, soit imaginaires, soit dénaturés, tronqués, faussés, et provenant non point d'un seul hôpital, mais de ceux du Val-de-Grâce, de Vincennes, du Camp de Châlons, de l'Ecole du Val-de-Grâce, avec cette circonstance aggravante que ces faits étaient d'ordre administratif et relatifs à la gestion.

Enfin, tandis qu'on tentait de couvrir de boue les médecins militaires, on portait au pinacle les officiers d'administration, et on les déclarait seuls capables de diriger le service de santé que les médecins auraient laissé tomber au-dessous de tout.

En dernier lieu nous ferons remarquer que, tandis que l'opinion publique désignait les officiers d'administration comme les auteurs, inspirateurs ou complices de cette campagne, en vertu de ce vieil adage : *is fecit cui prodest*, ceux-ci qui, cependant, ont montré qu'ils savaient se servir de la presse, n'ont fait entendre aucune protestation directe ou indirecte contre ces calomnies diverses répandues sur les médecins militaires.

Et tout cela est si vrai que « M. Vérité » ne cherche pas à nier l'intervention des officiers d'administration dans cette campagne; il se contente de dire que c'est l'œuvre de quelques-uns, et reconnaît qu'ils ont abrité leur œuvre « sous le couvert d'une campagne de corps ».

Habemus confitentem reum.

Ce point éclairci, M. Vérité se faisant « l'écho de ce que beaucoup pensent et des plus sérieux », indique les revendications des officiers d'administration. Elles sont au nombre de quatre. La première est relative au service de garde. Voici textuellement comment elle est exposée :

« 1° Les officiers d'administration se plaignent de ce que, sournoisement, la 7e Direction, en publiant une édition nouvelle du Règlement sur le service de santé, a substitué aux mots « officiers d'administration *adjoints* », art. 159, les mots « officiers d'administration ». Cette modification, en apparence de peu d'importance, a immédiatement indisposé 140 officiers sur un cadre de 350. C'est qu'elle a pour effet de faire exécuter un service subalterne et, par certains côtés, humiliant, en tout cas désagréable à des hommes de quarante à cinquante ans et plus, dont beaucoup ont exercé les fonctions de gestionnaire, de commandant de section, etc., et qui, tous les trois ou quatre jours, sont contraints de quitter femme et enfants pour aller coucher à l'hôpital. Mesure d'autant plus ridicule que l'officier gestionnaire habite l'établissement. Vous ne penseriez pas à prescrire aux capitaines de reprendre leurs anciennes fonctions de sous-lieutenant ou d'adjudant, pourquoi voulez-vous le faire pour les officiers d'administration ? Il y a là une mesure odieuse à rapporter d'urgence, et il est certain que M. Catteau, à qui cette situation a été signalée dès son arrivée au pouvoir, aurait gagné la sympathie du personnel administratif si, comme don de joyeux avènement, il avait accompli cette heureuse réforme. »

Cette réclamation des officiers d'administration est des plus fondées et nous n'avons pas attendu ce mémoire pour signaler ce que la mesure en question avait de regrettable puisque le 21 septembre nous écrivions (1) :

« En tout cas il conviendrait de rapporter la mesure prise par la précédente direction, et qui consiste à faire concourir, pour monter la garde à l'hôpital, les officiers d'administration à trois galons avec les adjudants. Ces officiers crient à la brimade et le public ne leur donne pas tort. »

Le deuxième grief est la façon défectueuse dont se fait l'avancement au choix des officiers d'administration, et voici comment s'exprime « M. Vérité » :

« De tout temps, des officiers de tous les services se sont plaints de la faveur qui préside à la distribution des récompenses. Et chez vous, notamment, on a vu, suivant l'expression d'un médecin militaire, M. Laveran partant en faisant claquer les portes, parce qu'on lui avait préféré l'illustre inconnu Moussu pour le grade d'inspecteur. On pourrait citer des exemples à l'infini tant il est vrai que la justice n'est pas de ce monde. L'injustice n'est donc pas spécialement appliquée aux officiers d'administration du service des hôpitaux, mais, à leur égard, elle a, dans ces dernières années, dépassé les bornes permises. Et pour ne pas rester dans le vague, prenons des exemples : si vous voulez réellement étudier la question, il vous sera facile de compléter les noms dont j'indique les initiales : »

Avant tout nous tenons à prévenir M. Vérité qu'il a été mal renseigné et que M. Laveran, en partant, n'a pas fait claquer la porte. Du reste, ce mode de départ n'est pas dans les habitudes des médecins — et ils sont nombreux — qui quittent prématurément le corps de santé, ne voulant pas s'incliner devant les dénis de justice dont ils sont les victimes.

Ces réserves faites, il nous coûte d'autant moins d'avouer que les exemples pris par « M. Vérité » sont bien choisis, que nous pourrions en fournir d'aussi probants. Mais nos lecteurs savent que, contrairement à l'assertion de « M. Vérité », c'est dans le « tableau » des médecins que la fantasia s'exerce avec le plus de brio. Ils savent aussi que l'avancement sera tout à la faveur tant que les tableaux se feront dans le cabinet du ministre et avec des notes... politiques, et qu'à cette déplorable situation il n'y a qu'un remède : l'avancement à l'ancienneté après sélection.

Enfin les officiers d'administration se plaignent d'être mal traités par les médecins. Voici en quels termes « M. Vérité » expose leurs griefs :

« Les officiers d'administration de l'armée active veulent être traités par leurs supérieurs (intendants et médecins) comme on doit l'être par des *chefs* et non par des *maîtres* ; ce ne sont pas les esclaves ni les domestiques de M. X... ou de M. Y..., directeur ou médecin-chef, mais des *officiers comme eux*, des individus à qui la même réglementation est applicable. Au lieu de dire, aux élèves de Lyon et du Val-de-Grâce, vous serez les *maîtres*, vous devez leur dire vous serez les *chefs*.

Si on voit des médecins-chefs, bons par nature, traiter leurs officiers d'administration et leurs inférieurs avec bienveillance, et il y en a beaucoup, je me plais à le reconnaître, on en voit d'autres les traiter, non comme des fonctionnaires de l'Etat, mais comme des hommes attachés à leur service personnel. Ils n'observent avec eux aucune mesure, ne connaissent ni les heures de service, ni les heures de repos et de repas, oubliant en cela que la soupe est un service et qu'on n'a rien à espérer d'une troupe ayant le ventre creux ! »

Il serait ridicule de vouloir prétendre que tous les médecins militaires sont des chefs modèles; il est certain qu'ils ont comme toute collectivité

(1) Les officiers d'administration des hôpitaux militaires et le service de santé. *Bulletin médical*, 1905, n° 75, p. 829.

leurs déchets, mais le tableau de ce médecin sans retenue, tracé par M. Vérité, doit se rencontrer bien rarement dans la pratique, car le reproche le plus fréquent qu'on puisse faire aux directeurs et aux médecins-chefs, reproche sur lequel nous avons souvent insisté dans ce journal, c'est de se laisser gagner la main par leurs officiers d'administration.

En somme, voici les conclusions par lesquelles se termine ce mémoire :

1° Les médecins militaires devront apprendre à commander comme de vrais chefs militaires, c'est-à dire avec *fermeté*, mais aussi avec *bienveillance*. (Règlement sur le service intérieur. 1re page)

2° Ils devront se pénétrer de l'esprit des ordres de l'autorité militaire, non seulement pour le travail, mais encore pour le repos.

3° Au lieu de placer tous les officiers d'administration sur le même pied, ils devront les étudier sérieusement, placer en retraite, en non-activité ou en réforme les serviteurs fatigués ou laissant à désirer sous le rapport de la moralité, laisser passer à l'ancienneté les ignorants, choisir avec discernement les bons officiers pour l'avancement au choix, à la condition que leur valeur ne soit pas primée par d'aussi bons, plus méritants par leurs services antérieurs (règle suivie lors du dernier tableau), réserver les faveurs, toujours peu abondantes, pour les premiers de promotion, les professeurs, ceux qui possèdent des titres particuliers (universitaires et militaires), de manière à encourager les autres à acquérir ces titres. Les médecins militaires devront surtout réserver le grade d'officier d'administration principal et l'emploi de gestionnaire des grands établissements à ceux qui auront géré, *au moins pendant quatre ans*, des hôpitaux de moindre importance. Vous verrez alors les embusqués demander la gestion des hôpitaux, et vous ne serez plus obligés de désigner d'office les gestionnaires.

4° Les médecins militaires devront répartir le personnel administratif de telle façon que tous les jeunes officiers, sortant de Vincennes, soient employés *exclusivement au service hospitalier* pendant au *moins cinq ans*, avant d'être appelés dans les magasins, directions, sections et au ministère. Ceux de ce dernier service devront quitter, après quatre années, la capitale, comme leurs camarades.

Et voilà toutes les revendications des officiers d'administration. Voilà tout ce qu'ils reprochent aux médecins militaires ! Et c'est pour ces griefs qu'ils ont attaqué ceux-ci avec la violence et la mauvaise foi que l'on sait.

Et comme cette pauvreté de griefs fait ressortir le caractère bas et vil de la campagne de délations et de calomnies menée contre le corps de santé ! Quelle mentalité elle indique !

Avant de commencer la lutte les officiers d'administration auraient bien fait de méditer ces lignes de « M. Vérité ».

« La plus étroite parenté existe entre les médecins militaires et les officiers d'administration ; les attaques dirigées contre les uns ne peuvent manquer de froisser les autres. Il y aurait donc intérêt pour tous à ce que le linge sale, au lieu d'être étalé dans les journaux politiques et médicaux, soit lessivé en famille ».

C'est tout à fait notre avis ; mais s'il en est autrement, à qui la faute ?

Dr Noel.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Épithéliomacutané guéri par les rayons X chez un diabétique

La radiothérapie est-elle sans inconvénients chez les diabétiques ? Cette question se pose naturellement, tenant compte, d'une part, de la prédisposition de ce genre de malades aux inflammations et à la gangrène du revêtement cutané, et, d'autre part, des radiodermites graves résultant parfois de l'action des rayons X.

Un fait observé récemment par M. **Levy-Dorn** (*Berlin. klin. Woch.*, 19 septembre 1901) laisse supposer que les séances radiothérapiques sont bien supportées par les sujets atteints de diabète. Il s'agissait, dans ce cas, d'un cancroïde développé sur un placard lupique de la fesse, le malade étant atteint en même temps de diabète grave (7 % de sucre dans les urines).

Chaque jour, pendant dix minutes, le cancroïde fut soumis à l'action des rayons X. Dès la seconde séance, la sécrétion et les démangeaisons au niveau de l'ulcère épithéliomateux s'amendèrent. Après la troisième séance, la plaie commença à manifester une tendance à la cicatrisation. Le prurit et les sensations douloureuses ayant augmenté à la suite de la cinquième application des rayons X, on suspendit les séances pendant une semaine, pour les reprendre ensuite, mais à des intervalles d'une semaine seulement. Après sept séances hebdomadaires, l'ulcère se cicatrisa partout, à l'exception de trois petits points qui résistèrent à vingt trois autres séances répétées également chaque semaine et menées toujours de façon à éviter toute réaction inflammatoire. Enfin, l'auteur se décida à une application plus énergique des rayons X, qui produisirent une légère réaction cutanée. Les phénomènes réactionnels s'étant dissipés, les reliquats du cancroïde ne tardèrent pas à se cicatriser. Actuellement, au niveau de l'ancien placard lupique épithéliomateux, on voit une cicatrice ininterrompue, mais, cependant, légèrement sensible et tranchant sur le reste de la peau par sa coloration spéciale.

Résultats de la radiothérapie du trachome comparés à ceux de la méthode d'expression et des badigeonnages médicamenteux

M. **Goldzieher** (*Wiener med. Wochenschr.*, 23 septembre 1901) a eu l'occasion d'expérimenter l'action thérapeutique des rayons chez quatre sujets atteints d'ophtalmie granuleuse. C'étaient un cas de trachome cicatriciel avec pannus, deux cas de trachome mixte, compliqué de pannus, de spasme palpébral et de photophobie, et un cas de conjonctivite trachomateuse. Chez chacun de ces sujets, un seul œil a été soumis à l'action des rayons de Rœntgen, l'autre œil étant traité par l'expression des granulations trachomateuses, suivant le procédé de Knapp. Dans un de ces cas, on se vit obligé de suspendre, après la seconde séance, le traitement radiothérapique, en raison des phénomènes irritatifs intenses qu'il provoquait, mais dans les trois autres cas le résultat curatif fut des plus remarquables : après cinq ou six séances (l'action des rayons X ayant duré en tout 70 minutes) la conjonctive prit un aspect comme on ne l'obtient qu'après plusieurs années de traitement par les badigeonnages ; le pannus se trouva aussi amélioré, les troubles subjectifs s'atténuèrent. Le traitement de l'autre œil par l'expression donna, dans le trachome mixte, des résultats encore plus favorables que ceux de la radiothérapie.

En tant que procédé de traitement du trachome, la radiothérapie, tout en étant supérieure aux badigeonnages, semble, cependant, être inférieure à la méthode de l'expression.

La constipation habituelle et l'amaigrissement comme indications thérapeutiques dans l'hyperchlorhydrie

Chez les hyperchlorhydriques, on s'attache surtout à combattre l'hyperacidité stomacale et les symptômes qui en résultent directement, négligeant parfois de traiter, avec une énergie suffisante, certains autres troubles, tels que la constipation habituelle et l'amaigrissement, qui, cependant, d'après les observations du prof. **Von Noorden** (*Zeitschr. f. klin. Med.* et *Muenchener med. Wochenschr.*, 13 septembre), de Francfort-sur-le-Mein, fournissent des indications thérapeutiques de première importance. C'est ainsi que ce clinicien est parvenu plusieurs fois à amender l'hyperchlorhydrie et à améliorer les troubles digestifs par un traitement visant, suivant le cas, à enrayer la constipation habituelle ou à engraisser le malade par un régime alimentaire approprié. Ce régime de suralimentation a souvent réussi à l'auteur, même dans le catarrhe acide de l'estomac et dans l'ulcère gastrique, fait à rapprocher de l'opinion d'un clinicien allemand, M. Leubartz, qui s'est récemment prononcé en faveur d'une alimentation plus substantielle dans le traitement de l'ulcère rond. (Voir *Bulletin médical*, 1901, n° 22.)

Notons, en terminant, que l'auteur relate, dans son travail, trois cas d'hyperchlorhydrie en l'absence de tout trouble subjectif du côté de l'estomac.

Faits de cancer de l'estomac avec hyperchlorhydrie

M. **Ziegler** (*Zeits. f. klin. med.*, 1901, LIII) s'est trouvé à même d'observer, à l'hôpital Saint-Vincent, de Carlsruhe, cinq cas de cancer de l'estomac dans lesquels il existait, au début de l'affection, une hyperchlorhydrie des plus manifestes avec

conservation d'une motilité normale de l'estomac. Ces malades furent tout d'abord traités comme de simples hyperchlorhydriques et ce n'est que l'insuccès de tous les moyens employés contre l'hyperchlorhydrie, tels que régime alimentaire convenable, lavages de l'estomac, administration de nitrate d'argent, de bismuth, d'atropine, des alcalins à haute dose, etc., qui fit soupçonner l'existence d'une néoplasie maligne, supposition qui ne tarda pas à se confirmer, d'abord par la production de troubles de la motilité stomacale et, plus tard, par des signes caractéristiques, aussi bien subjectifs qu'objectifs, de carcinome gastrique.

Lupus vulgaire d'origine embolique

Dans une séance de la Société médicale des hôpitaux de Buda-Pesth, M. Tœrœk (*Wien. med. Woch.*, 21 septembre 1901) a montré un lupus tuberculeux, chez un enfant âgé de deux ans, présentant ceci de particulier que les éruptions lupiques paraissent être dues ici à un processus embolique. Elles se sont développées, à la suite d'une rougeole, aux membres et à la face, aux points où siègent d'habitude les embolies cutanées. Chez ce petit malade on compte jusqu'à 157 foyers lupiques. Il existe en même temps une tumeur blanche du genou.

Pancréatite chronique évoluant sous le tableau symptomatique de la colique hépatique

M. L. Arnsperger (*Münch. med. Woch.*, 13 septembre) a observé à la clinique médicale d'Heidelberg, trois femmes et un homme, n'ayant pas dépassé l'âge moyen, avec symptômes de rétention biliaire, ictère et phénomènes douloureux rappelant, à s'y méprendre, la colique hépatique. L'intervention opératoire (cholécystotomie ou cholécystentérostomie) montra que, chez tous ces malades, il s'agissait d'une rétention de bile due à une pancréatite chronique.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie O. Doin

Traité élémentaire et pratique des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx, par M. E.-J. Moure (Bordeaux). 1 vol. in-8 de 612 p. avec 202 fig. Paris. 1901.

Ce traité du professeur Moure est le fruit de l'expérience de vingt-cinq années de pratique spéciale. C'est l'exposé simple, clair, pratique des conceptions, des théories, des méthodes de traitement du Maître de l'Ecole de Bordeaux. Le Dr Moure a cherché « à faire un livre susceptible de fournir aux *praticiens généraux* des indications utiles pour soigner toute une série d'affections avec lesquelles ils ne sont pas toujours bien familiarisés ».

La première partie comprend l'anatomie et la pathologie de l'arrière gorge. Mais avant d'étudier les affections du pharynx, l'auteur insiste sur la façon d'examiner une gorge et cette précaution n'est certes pas inutile. Sont ensuite étudiés : angine érythémateuse, érythème polymorphe des muqueuses bucco-pharyngées, pemphigus de l'arrière-gorge, angine catarrhale aiguë appelée fluxion amygdalienne et dont les relations avec le rhumatisme et la goutte sont signalées; l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, d'ailleurs décrite, pour la première fois, par Moure et nettement différenciée de l'angine de Vincent.

L'auteur étudie les abcès intra amygdaliens et principalement péri-amygdaliens qu'il divise en antérieurs, postérieurs, externes ou inférieurs; il insiste sur le diagnostic *précoce* et l'ouverture hâtive de l'abcès, pour laquelle, au bistouri et au crochet disciseur, il préfère le galvano-cautère porté au rouge sombre; l'ouverture sera faite à travers les piliers. Successivement sont passés en revue les amygdalites chroniques (caséeuse), le mycosis, les calculs amygdaliens, les corps étrangers des amygdales; les angines tuberculeuses, ainsi subdivisées : 1° tuberculose miliaire aiguë ulcéreuse, ou végétante; 2° tuberculose chronique à formes œdémateuse, lupique, hypertrophique (amygdales); la syphilis de cette même région avec ses manifestations primitives, secondaires, tertiaires; les tumeurs des amygdales.

Exposant le traitement de l'hypertrophie des amygdales, l'auteur rejette l'amygdalotome aux hémorragies dangereuses, propose l'ignipuncture, l'anse galvanique ou le morcellement : l'ignipuncture sera faite profondément avec le *large couteau* du thermo ou du galvanocautère, afin de détruire l'amygdale en une séance; à ce procédé, l'anse galvanique est préférable si l'amygdale est pédiculée, mais le morcellement, suivant la méthode de Ruault, est le procédé de choix.

La pathologie de l'amygdale linguale forme un intéressant chapitre, continué par l'étude des affections du voile du palais. Les abcès rétro pharyngiens sont exposés d'une façon très pratique, avec figures et schémas.

La deuxième partie de ce traité est consacrée au larynx, à la trachée et commence par un exposé de la laryngoscopie, puis de la trachéoscopie et de la bronchoscopie d'après la méthode de Killian, chapitre original qui apprend aux lecteurs le nouveau champ d'investigation des laryngologistes.

Dans la pathologie du larynx, nous signalerons : la rupture du thyro-aryténoïdien (coup de fouet laryngien de Moure), la laryngite œdémateuse, la laryngite grippale exposées avec les idées très personnelles de l'auteur, et l'étude instructive des laryngo sténoses; on y lit la condamnation de la trachéotomie intercricothyroïdienne chez l'enfant.

A propos de la tuberculose laryngée, le maître de Bordeaux expose sa pratique personnelle; il rejette l'acide lactique et le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée : thérapeutique pour laquelle « il faut avoir une expérience que tout le monde ne peut acquérir. »

Les affections neuro-musculaires, troubles de sensibilité et troubles de motilité (parésies, paralysies des muscles du larynx, contractures et spasmes) sont clairement exposées avec de nombreux schémas et figures.

Viennent ensuite les tumeurs bénignes et malignes du larynx; l'étude du diagnostic en est faite avec soin et le traitement chirurgical est longuement décrit, qu'il soit fait par la voie endolaryngée ou par la voie externe, comme la thyrotomie, la laryngectomie partielle ou totale.

Le prof. Moure termine son ouvrage par les manifestations laryngées rencontrées dans les maladies infectieuses, rougeole, typhus, scarlatine, variole, la laryngite érysipélateuse, les arthrites rhumatismales du larynx. Bien édité, avec de nombreuses figures, ce traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx, ne se présente pas chargé d'historique, de bibliographie, de théorie; du commencement à la fin, il est empreint d'une note très personnelle qui en fait l'intérêt; sans être trop médical, ou trop chirurgical, il a le mérite d'être l'un et l'autre.

Dr P. Cauzard.

NÉCROLOGIE

M. Gombault, médecin des hôpitaux.

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

L'ORTHOPÉDIE
DANS LA
PRATIQUE JOURNALIÈRE

Appareils plâtrés dans le traitement du mal de Pott (1)

Par MM. P. Desfosses et G. Berruyer

(Suite et fin)

L'immobilisation du rachis, point de première importance dans le traitement du mal de Pott, est obtenue aujourd'hui par les corsets plâtrés.

***

Les appareils longtemps classiques pour le maintien des maux de Pott furent la *gouttière de Bonnet* et la *claie d'osier* auxquels sont venus se joindre ces dernières années des *lits divers* : lit de Lannelongue, lit de Ménard par exemple ; dans ces lits l'enfant est maintenu couché horizontalement par des systèmes de sangles. Ces procédés, pour maintenir les enfants dans le décubitus horizontal, sont pratiquement imparfaits : d'une part, ils maintiennent difficilement la tête; or, l'immobilisation de la portion cervicale du rachis est indispensable dans le traitement des maux de Pott dorsaux supérieuas et cervico-dorsaux; d'autre part, pour être efficaces, ces appareils exigent une surveillance étroite de la part de la mère ou de la garde de l'enfant. Cette surveillance étroite et intelligente est impossible à obtenir dans la plupart des familles.

C'est pour ces diverses raisons que nombre de médecins ont recours d'emblée, pour les maux de Pott, au corset de Sayre et permettent la station verticale et la marche.

***

Sayre, en imaginant le corset qui porte son nom, a certainement fait faire un grand pas à la thérapeutique des tuberculoses vertébrales. Son appareil réalise une contention parfaite du rachis et empêche la déformation rachidienne. Cet appareil, tel qu'il était fait par le chirurgien américain, a cependant un inconvénient. Emprisonnant complètement la cage thoracique, il porte dans une certaine mesure entrave à une des principales fonctions vitales, la respiration. Comme le faisait remarquer Sayre, à la suite de l'application de cet appareil, la respiration est pour ainsi dire périnéale; le périnée est animé de mouvements d'abaissement et d'élévation synchrones à ceux du diaphragme; vient-on à comprimer le périnée, aussitôt se produit de la gêne respiratoire.

En outre, le corset de Sayre, inamovible, est difficilement compatible avec les pansements que nécessitent les maux de Pott avec abcès fistulisés.

***

Pour maintenir une bonne contention du rachis dans la *tuberculose vertébrale au début*, il faut avoir recours à des corsets plâtrés largement échancrés en avant, à *des lits plâtrés*, avec lesquels l'enfant sera maintenu dans la position horizontale.

L'appareil de Sayre proprement dit sera un appareil de convalescence du mal de Pott.

Dans les : tuberculoses vertébrales au début; tuberculoses vertébrales très douloureuses; tuberculoses vertébrales s'accompagnant de paraplégie; tuberculoses vertébrales s'accompagnant d'abcès; la station debout et la marche sont contre-indiquées, le décubitus horizontal dans *un lit plâtré* s'impose.

***

TECHNIQUE DES APPAREILS PLATRÉS

Les *lits plâtrés* ne diffèrent du *corset de Sayre* que par l'ouverture large de la partie antérieure du corset. Leur technique, dans les premiers temps de l'application de l'appareil, est identiquement la même.

***

Objets nécessaires. — Comme pour tous les appareils orthopédiques, il faut avoir à sa disposition un *maillot en tricot de coton*, aussi souple que possible; des *bandes plâtrées*. Le maillot doit être plus étroit que ne le comporte la taille de l'enfant, de façon à s'appliquer très exactement sur le sujet, le moindre pli du tissu pouvant blesser la peau. On peut employer pour le corset plâtré des bandes un peu plus larges que pour les autres appareils.

L'application d'un corset pour mal de Pott nécessite, en outre, un appareil à suspension. Le plus communément employé est *l'appareil de Sayre*.

Celui-ci se compose essentiellement d'une tige métallique rigide horizontale, d'un collier en cuir, fait de deux parties dont l'une embrasse l'occiput et l'autre le menton, de deux brassières destinées à maintenir le malade par les aisselles. La tige métallique est suspendue par son milieu à une moufle fixée elle-même soit au plafond, soit au milieu d'un trépied d'environ trois mètres de haut.

Il existe divers modèles d'appareil à suspension; on peut, du reste, en improviser facilement. Quand il est nécessaire de prendre la nuque dans l'appareil plâtré on n'emploiera pas le collier de cuir, on suspendra le malade avec des bandes de toile qu'on peut laisser sans inconvénient dans l'appareil. Pour cela, il suffit de nouer les deux bouts d'une bande de toile des hôpitaux qui aura un mètre en longueur; on obtient ainsi un circulaire qui, étendu sur la table, forme deux bandes de toile superposées que l'on coud ensemble dans toute leur largeur à 10 centimètres de chaque extrémité. On a ainsi trois petits circulaires; dans ceux des extrémités on passe la tringle de l'appareil à suspension; dans le circulaire du milieu on passe la tête; la partie antérieure de ce circulaire embrasse le menton, la partie postérieure embrasse la nuque. On peut, pour former ces trois circulaires, remplacer les coutures nécessaires par des épingles de nourrice. Pour que la tête soit bien verticale il est nécessaire de faire le chef postérieur de la mentonnière un peu plus long que l'antérieur.

***

Manuel opératoire. — L'enfant, baigné, lavé, est revêtu de son maillot qui est tendu très soigneusement à l'aide d'une épingle de sûreté mise au niveau du périnée.

Une alèze est fixée par des épingles de nourrice à la partie inférieure du maillot et protège les jambes de l'enfant. Chez les filles on protègera les cheveux à l'aide d'une compresse. (Voir fig. 1.)

L'enfant est alors suspendu uniquement par la tête, et non par les aisselles et par la tête comme le faisait Sayre. Les bras sont tendus horizontalement et supportés dans cette position par les mains d'un aide ou par un appui quelconque. Pour appliquer les bandes, le chirurgien se place derrière le sujet et commence par la partie moyenne du bassin pour descendre et remonter alternativement. Les bandes doivent être appliquées et non serrées; elles doivent être descendues très bas, bien au-dessous des crêtes iliaques, et recouvrir les épines iliaques. En haut, elles passeront sous les aisselles et remonteront le plus possible en avant et en arrière. Les bandes doivent être conduites méthodiquement de façon à s'imbriquer les unes sur les autres. Il ne faut faire que rarement des circulaires autour du tronc; il faut mener la bande obliquement, en faisant de

(1) V. *Bulletin médical*, 1904, n° 51, p. 597, n° 57, p. 669, n° 65, p. 715, n° 71, p. 793.



Fig. 1. — *Dispositif général pour faire un corset plâtré.* L'enfant a été revêtu d'un maillot, une compresse protège ses cheveux, une alèze fixée au bord inférieur du maillot par des épingles de nourrice protège les membres inférieurs.

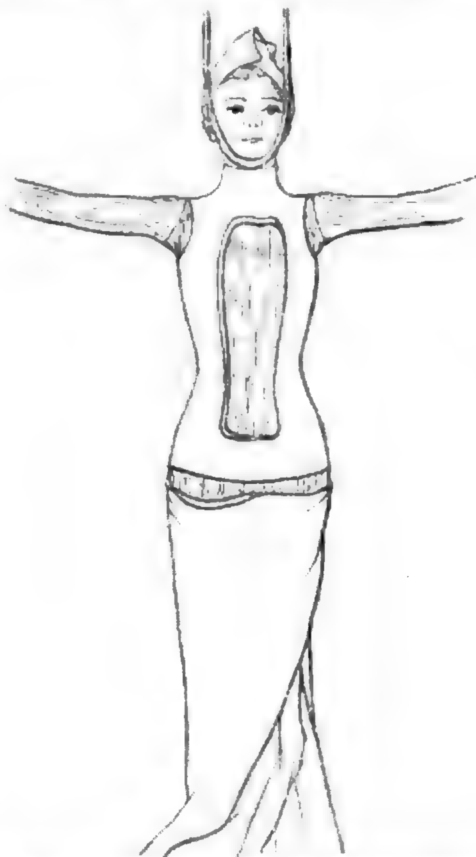


Fig. 3. — *Corset plâtré pour mal de Pott dorsal moyen.* Ce corset remonte sur le cou, il est échancré en avant. On voit que les hanches de l'enfant sont moulées.

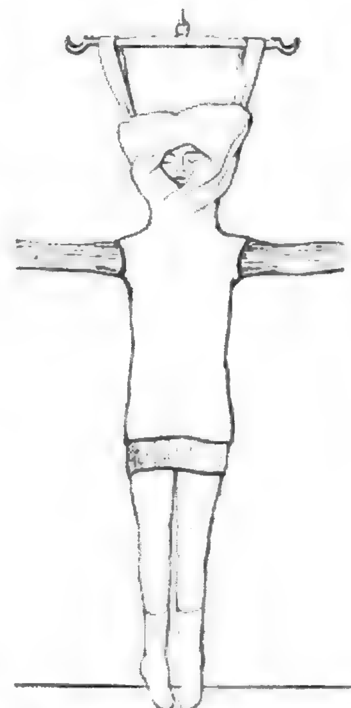


Fig. 5.— *Appareil céphalo-thoracique pour mal de Pott cervical ou dorsal supérieur.*

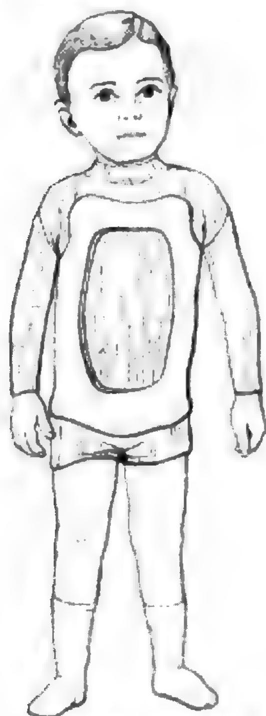


Fig. 2. — *Corset plâtré pour mal de Pott lombaire.* Le corset est largement échancré en avant et son bord supérieur s'arrête au niveau de la fourchette sternale.

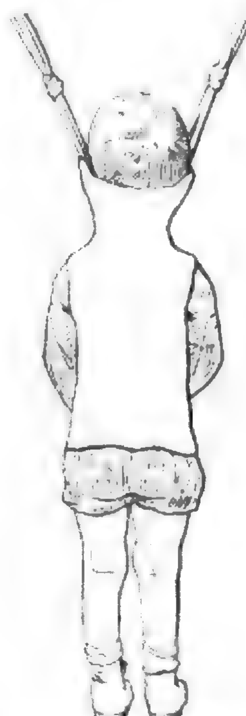


Fig. 4. — *Corset plâtré pour mal de Pott dorsal supérieur* (vue postérieure).

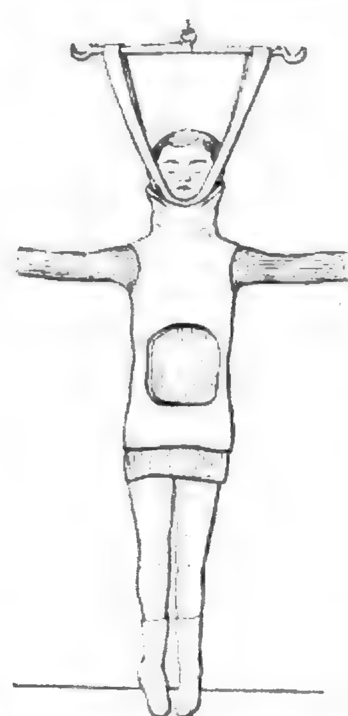


Fig. 6.— *Appareil céphalo-thoracique pour mal de Pott cervical ou dorsal supérieur.* Le même que la fig. 5. On a enlevé tout le plâtre inutile sur la tête, on a fait une fenêtre abdominale

temps à autre des renversés comme nous l'avons indiqué dans notre premier article.

Comme dans tous les appareils plâtrés, le temps important de la confection d'un corset plâtré est le modelage des surfaces osseuses. Ce modelage devra être parfait au niveau du bassin, des crêtes iliaques. Le bassin devant être le point d'appui de ce *squelette* plâtré. Sur un corset bien fait on voit quand le sujet est maigre, les saillies osseuses se dessinant en relief. Ce modelage doit être fait à mesure qu'on ajoute de nouvelles couches de bande et sera continué pendant toute la durée de dessication de l'appareil.

Pour bien immobiliser une portion du rachis, un corset doit s'étendre assez loin au-dessus et au-dessous de la lésion. La limite inférieure est bornée à la partie inférieure du bassin, les cuisses devant conserver la possibilité de leurs mouvements. La limite supérieure du corset sera variable suivant le siège de la lésion.

Dans les cas de maux de Pott lombaire, le corset s'arrêtera au niveau de la fourchette sternale. (Voir fig. 2.)

Pour les maux de Pott dorsaux il est nécessaire de prendre le cou et les épaules. (Voir fig. 3.)

Dans les maux de Pott dorsaux supérieurs et cervicaux inférieurs on moulera la nuque et le menton. (Voir fig. 4, 5, 6.)

Dans les maux de Pott cervicaux il n'est pas nécessaire de descendre jusqu'au bassin, on peut se contenter de la prise de la partie supérieure du thorax.

Lorsque la prise du plâtre se sera produite, ce qui se reconnaît à la chaleur dégagée et à la dureté de l'appareil, la corde de suspension sera relachée. On laissera l'enfant debout ou on le couchera sur une table; puis, avec un bistouri bien tranchant, on enlèvera toute la partie du plâtre qui est superflu. On régularisera les contours. On dégagera les plis de l'aine en ayant soin que les épines iliaques restent incluses dans le plâtre, en haut on dégagera les aisselles de façon à permettre les mouvements du bras. Puis on ouvrira une large ouverture à la partie antérieure de l'abdomen et du thorax.

En sectionnant le plâtre, il faut avoir soin de ne pas couper le maillot, car le tricot qui dépasse le plâtre s'oppose à ce que le rebord de l'appareil écorche la peau.

Cet appareil, cette gouttière postérieure maintient le rachis dans la rectitude en prenant point d'appui sur les os du bassin d'une part, sur les côtes supérieures d'autre part; le petit malade est fixé très exactement; sa respiration n'est en aucune façon gênée.

Quand il est nécessaire de panser une plaie, on peut rendre sans grande difficulté cette gouttière amovo-inamovible en la fendant au niveau du pubis et au niveau du sternum; il suffit, dans ce cas, pour sortir l'enfant de la gouttière, d'écarter les deux valves; l'enfant, après avoir été lavé ou pansé, sera replacé dans son appareil; le plâtre sera fixé à nouveau par un tour de bande.

L'enfant, placé dans un de ces appareils, peut dans son lit, sans difficulté, sans douleur et sans danger pour son rachis, se tourner sur le côté pour jouer; il peut facilement être transporté, descendu à la promenade au grand air.

Durée d'application de l'appareil. — L'enfant atteint de mal de Pott au début sera laissé *couché* tant que les phénomènes de douleur ou de paraplégie n'auront pas disparu.

Dans l'enfance les proportions du corps se modifient rapidement; tel enfant qui se trouvait admirablement maintenu et moulé par un appareil au moment de l'application, se trouvera, quatre mois plus tard, fortement gêné ou même excorié par le même appareil.

Le corset plâtré sera donc changé tous les deux ou trois mois.

Au bout de longs mois, deux ans environ, si les douleurs ont complètement cessé, si la paraplégie a disparu, si l'abcès est guéri, on pourra permettre la marche et pour cela on munira l'enfant d'un corset de Sayre moins largement échancré.

On ne saurait trop le répéter, les appareils de marche dans le traitement du mal de Pott ne devraient être, à proprement parler, que des appareils de convalescence.

Cependant, certains enfants supportent mal le repos prolongé au lit, leur nutrition en souffre, leurs fonctions intestinales se font mal. Dans ces cas d'intolérance pour le repos, il est indispensable d'avoir recours d'emblée au corset de Sayre et de permettre la marche; mais c'est un pis-aller.

Le décubitus horizontal doit être la règle dans le traitement du mal de Pott.

CORSET AMOVIBLE

Lorsque le mal de Pott est guéri, il peut être utile de continuer pendant quelque temps le port d'un corset; on aura recours au corset plâtré amovible. La confection de ce dernier ne diffère pas du précédent, mais avant que le plâtre ne soit tout à fait sec, on sectionne l'appareil en son milieu, on l'enlève avec précaution et, lorsqu'il est complètement durci, on munit les bords de la section d'une bande de cuir portant des crochets qui permettent de lacer l'appareil. Cet appareil peut ainsi être enlevé et remis à volonté.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Noma guéri par la lumière rouge

M. V. O. Motchan (*Vratch. Vestnik* et *Med. Obozréniyé*, 1904, 17) relate un cas de noma, chez un enfant âgé de neuf ans, qui fut rapidement guéri par la lumière d'une lampe électrique à incandescence, de la force de seize bougies, dont l'ampoule était en verre rouge. Ce traitement photothérapique ne fut commencé qu'au dixneuvième jour de l'affection, alors que le noma avait déjà produit une perte de substance assez considérable et de forme triangulaire de la joue. La lampe électrique fut placée à une distance de 25 centimètres de la partie atteinte qu'elle éclairait jour et nuit, sans interruption, sa lumière étant concentrée par un réflecteur. Sous l'influence des rayons lumineux rouges, et sans qu'aucun pansement ou autre moyen thérapeutique eussent été employés, l'ulcération gangréneuse se détergea rapidement, cessa d'être douloureuse, puis entra en voie de cicatrisation et ne tarda pas à guérir, laissant après elle une cicatrice fine, lisse et souple.

Cure radicale des varices de jambe par la ligature de la saphène interne et les injections intra-veineuses de solution phéniquée

La ligature de la veine saphène interne pour varices (procédé de Trendelenburg) n'est pas toujours radicale dans ses résultats. Cette opération, alors même qu'on pratique l'excision d'un fragment veineux entre deux ligatures, est assez souvent suivie, comme on sait, d'une récidive par établissement d'une circulation collatérale entre les deux segments du vaisseau. On sait aussi que l'opération de Trendelenburg amène parfois des thromboses veineuses, considérées généralement comme une complication fâcheuse. Or, ayant constaté que, dans les cas où ces thromboses se produisent, les varices ne récidivent pas, **M. Tavel** (*Correspondenz-Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 1er octobre 1904), professeur de chirurgie à Berne, conçut l'idée de faire suivre l'opération de Trendelenburg d'injections d'eau phéniquée à 5 °/₀ dans les veines variqueuses afin d'en provoquer l'oblitération définitive par thrombose. Ce procédé lui a donné d'excellents résultats dans les quatre cas où il a eu jusqu'ici l'occasion de l'appliquer.

Il comprend deux opérations distinctes :

d'une part, la ligature de la saphène interne et, d'autre part, les injections intraveineuses.

La ligature est soit *sous-cutanée, sans incision de la peau*, soit *transcutanée*, c'est-à-dire avec incision de la peau pour la recherche de la veine.

La ligature sous-cutanée n'est indiquée et pratiquable que chez les individus maigres, chez lesquels la veine saphène interne est bien visible à travers les téguments. Une aiguille courbe, à bords tranchants, armée d'un gros fil de soie, est enfoncée à proximité de la veine, poussée immédiatement au-dessous d'elle, puis retirée par la même ouverture. La veine se trouve ainsi comprise dans une anse du fil de soie, dont les deux bouts ressortent par un même et unique orifice de ponction. Après avoir noué fortement l'anse, on coupe les fils au ras du nœud qu'on abandonne ensuite sous la peau. Il va de soi qu'une telle ligature sous-cutanée ne saurait être faite qu'aux endroits où la veine n'est pas accompagnée d'un filet nerveux.

Chez les sujets plus ou moins obèses, on est obligé, pour découvrir le tronc veineux, de pratiquer une incision cutanée.

La veine saphène interne une fois liée par un de ces procédés, on laisse le malade tranquille deux ou trois jours, en prévision de l'éventualité de thromboses veineuses spontanées, auquel cas, le succès définitif de l'opération étant assuré, il n'y aurait plus à intervenir. Mais s'il n'y a pas production de thromboses, on procède sans retard aux injections. On enfonce l'aiguille d'une seringue dans la varice qu'on se propose d'oblitérer, et on en aspire un peu de sang, pour être bien sûr qu'on a pénétré dans la veine. On injecte ensuite dans la veine 1 à 3 cc d'eau phéniquée à 5 %. On répète ces injections sur divers points dans la même séance. Les séances sont aussi fréquentes que l'exige chaque cas particulier. C'est ainsi que chez un de ses malades l'auteur a fait trente-neuf injections en l'espace de dix-huit jours.

La thrombose veineuse est complète dès le lendemain de l'injection.

Lorsque toutes les varices perceptibles dans le decubitus horizontal sont thrombosées — ce qu'on obtient généralement en un laps de temps variant entre une et deux semaines — le malade est autorisé à se lever. Les varices qui pourraient se montrer dans la station debout peuvent être soumises à un traitement supplémentaire par les injections phéniquées.

Chez ces quatre malades, l'auteur répétait les injections intra-veineuses tous les deux à trois jours, parfois même quotidiennement, si la réaction était faible. Cette réaction est uniquement locale; elle ne s'accompagne d'aucune élévation du degré thermique.

Les injections intra-veineuses d'eau phéniquée à 5 % provoquent des sensations variables, suivant les susceptibilités individuelles. Dans deux cas elles n'ont occasionné aucune douleur. Les deux autres malades ont accusé des sensations douloureuses intenses, mais tout à fait passagères (une à deux minutes de durée). Le lendemain de l'injection, la veine thrombosée est marquée sur la peau par une traînée légèrement rouge et saillante, sensible à la pression, mais ne déterminant pas de douleurs spontanées. Pour ce qui concerne les embolies, elles ne sont pas à craindre, du moment que la veine saphène interne est liée. Aussi les malades peuvent-ils se lever dès la dernière injection intra-veineuse. La thrombose des veines dispense de l'emploi des bandes ou bas élastiques après l'opération, ce qui est encore un des avantages du procédé.

Enfin, M. Tavel recommande de pratiquer la ligature de la veine saphène interne pour la cure des varices enflammées. Il en a obtenu une guérison rapide dans quatre cas de phlébite de ce genre. En pareille occurrence la ligature doit doit toujours être pratiquée au-dessus du foyer phlébitique, pour empêcher les embolies de se produire.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

DÉPARTEMENTS

Torticolis mental traité sans succès par plusieurs médecins et guéri par un rebouteur

M. le prof. **Pitres** vient de publier dans le *Journal de médecine de Bordeaux* une observation intéressante à plusieurs titres. Il s'agit d'un tanneur, âgé de trente ans, atteint de torticolis mental, sans antécédents héréditaires nerveux, sans syphilis, mais un peu buveur. Ce malade, sur le conseil des médecins, a pris successivement du valérianate d'ammoniaque, un liniment, des bains sédatifs, du bromidia. Une grande amélioration suivit l'emploi du bleu de méthylène et de l'électrisation. Puis le malade rechuta, et c'est alors qu'il vint à la clinique des maladies nerveuses de l'hôpital Saint-André.

M. le prof. Pitres essaya l'hypnotisation simple, puis après piqûre de morphine; dans tous ces cas, la suggestion échoua.

En présence de cet insuccès de l'hypnothérapie, le malade se tourmentant de plus en plus de sa situation, et ne parlant de rien moins que de se suicider si on ne parvenait pas à le débarrasser rapidement de son infirmité, on lui proposa de courir les chances d'une opération sur les nerfs du cou. Il accepta avec enthousiasme, et le 25 juin M. le prof. Demons lui réséqua la branche externe du spinal droit, dans une longueur de 6 centimètres environ. Le fragment de nerf réséqué paraissait sain; l'examen histologique n'y révéla aucune altération appréciable.

Les jours qui suivirent l'opération, le spasme reparut avec une intensité très grande, avec cette différence, toutefois, que la rotation de la tête, au lieu de se faire du côté gauche, se faisait du côté droit, en s'accompagnant d'une douleur et d'une gêne encore plus marquées que par le passé.

R..., profondément découragé, voulut absolument quitter l'hôpital avant que la cicatrisation de la plaie opératoire fût achevée, et, pour dissiper son chagrin, il se livra à de nombreuses libations qui aggravèrent son état.

C'est dans ces circonstances que son entourage lui conseilla d'aller trouver la sorcière de Gazinet. Celle-ci lui prescrivit une infusion de diverses plantes et fit appliquer sur la plaie opératoire, incomplètement cicatrisée et légèrement suppurante, un topique composé de rognures de savon dissoutes dans l'alcool. Sous l'influence de ces pansements septiques, une vive inflammation, bientôt suivie de suppuration, se produisit. La fièvre survint assez forte, et M. le Dr Mongour, appelé, incisa les abcès et appliqua des pansements antiseptiques.

La sorcière avait échoué, et l'état physique et moral du malade en fut aggravé. Très découragé et nourrissant de nouveau des idées de suicide, il fut présenté à M. le Dr Régis.

Celui-ci le réconforta, et prescrivit des injections intra-musculaires de chlorhydrate de morphine à dose progressivement croissante, combinées à un traitement électro-thérapique. L'amélioration, très sensible tout d'abord, ne persistait que quelques heures après l'injection.

Lorsqu'on cessa le traitement, le torticolis réapparut avec la même intensité et accompagné des mêmes douleurs. R... fut obligé de reprendre les injections, malgré des troubles assez sérieux d'intolérance morphinique : constipation opiniâtre, somnolence, obnubilation, etc. Entre temps, il suivit un traitement mécanique dans un gymnase : suspension, mouvements rythmiques; mais il n'obtint qu'une aggravation de son état.

Après tous ces échecs, après un séjour de cinq mois à Bordeaux, bien convaincu de son incurabilité, il partit pour chez lui au mois de février 1900. Là, n'obtenant de soulagement que par des injections de morphine, il ne tarda pas à en abuser. Son état général s'en ressentit : l'appétit devint mauvais, il maigrissait, éprouvait de violentes céphalées. Enfin, il retomba dans ses habitudes alcooliques, et son état mental se déprima de plus en plus.

« Il habitait avec sa famille le Périgord noir, terre rude et un peu sauvage, où les croyances superstitieuses sont encore profondément enracinées, où jeteurs de sorts, sorciers, rebouteurs exercent une influence considérable sur l'esprit du peuple. Il entendait le récit de faits surprenants : des malheureux avaient été délivrés de sorts jetés par des sorciers; d'autres avaient été guéris de maux réputés incurables.

« Un de ces rebouteurs jouissait d'une renommée extraordinaire. C'était un pay-

san illettré, ivrogne invétéré, habitant les environs de Périgueux. Il n'opérait ses cures, célèbres dans tout le pays, qu'en état d'ivresse et ne demandait pour toute rétribution à ses clients que des repas copieux et d'abondantes libations préliminaires, d'où il sortait toujours abominablement gris.

« Cependant R..., instruit par la triste expérience de la sorcière de Gazinet, n'avait, malgré l'enthousiasme et la pression de son entourage, qu'une médiocre confiance dans la puissance occulte des rebouteurs. C'est, disait-il ultérieurement, sans le moindre espoir de guérison, mais simplement pour plaire à ses proches, qu'il se rendit à Périgueux, un jour de marché, consulter le sorcier.

« Celui-ci se fit d'abord servir, selon son habitude, un plantureux repas, des vins généreux ; puis, convenablement gris, il se fit raconter l'histoire de la maladie et des divers traitements institués,

« Il se répandit ensuite en d'amères récriminations contre les médecins qui, selon son expression, « n'étaient pas tombés dans la maladie. » Il prétendait même que le mal, livré à son évolution naturelle, aurait guéri spontanément; que les médications et l'opération avaient eu des résultats néfastes en allant à l'encontre du but recherché. Pour lui, et il l'affirmait hautement, la maladie ne reconnaissait pour cause que le froid ; elle n'était due qu'à des nerfs « tartinés dans le cou, noués par la froidure ». Et alors un traitement logique, efficace, s'imposait : dénouer par des manœuvres externes les nerfs « tartinés », les rétablir dans leur situation naturelle. Mais il était nécessaire, au préalable, de leur rendre leur souplesse, de les détendre, et pour cela il fit absorber au patient un breuvage de sa composition, infect et horriblement amer. Puis il appliqua de vigoureux coups de poing sur la nuque de R..., pratiqua des pressions violentes, des frictions énergiques, bref, une série de manœuvres fort douloureuses. Bientôt le malade éprouva une douleur violente, atroce, une sorte de craquement interne accompagné d'une sensation très nette de déchirement qui lui fit pousser un cri. Le rebouteur lui dit alors : « Vous êtes guéri ; vos nerfs sont détartinés ; ce n'est pas plus malin que ça. » Il lui expliqua que la guérison complète ne pouvait être immédiate; que les nerfs froissés, tiraillés, légèrement meurtris, le feraient souffrir encore une quinzaine de jours, mais qu'après ce laps de temps — et il le jurait sur ses grands dieux — la guérison serait complète, absolue, définitive.

« Quinze jours après, R... était complètement guéri.

« Revu exactement un an plus tard, la guérison s'était maintenue. »

M. Pitres fait remarquer que la particularité la plus saillante de cette observation, c'est l'influence curative d'une certaine forme de suggestion à l'état de veille, alors que d'autres procédés suggestifs étaient restés jusqu'alors absolument inefficaces.

« En présence de faits de ce genre, dit-il, il y a lieu de se demander si les traitements variés qui ont été tour à tour appliqués à la cure du torticolis spasmodique, et qui tous ont donné quelques succès et beaucoup de mécomptes, l'électrisation et le massage, les révulsifs et les sections nerveuses, les injections intramusculaires et la photothérapie tout récemment préconisée par M. Jonkavsky (Saint-Pétersbourg), n'agissent pas — quand ils agissent — par l'impression morale qu'ils exercent sur les malades convenablement préparés à subir leur influence par le fait de *l'expectant attention*. Il faut, en effet, pour qu'une suggestion à l'état de veille exerce une action efficace, que le sujet qui doit la subir soit placé en état d'opportunité suggestive, qu'il ait la *foi qui guérit*. Le difficile est de faire naître cette foi. Chez les uns, elle se développe lentement dans l'esprit et n'acquiert sa maturité qu'après une longue élaboration du subconscient ; chez les autres, comme chez notre malade, elle naît par surprise, à l'occasion des manœuvres étranges et imprévues d'un charlatan. En pareille matière, chacun réagit à sa manière, d'après les tendances de son organisation psychique et les circonstances du moment. C'est pourquoi il est impossible de fixer à l'avance les règles à suivre pour obtenir des suggestions à l'état de veille, et les effets qu'elles sont susceptibles de donner dans chaque cas particulier. »

Piqûre de vipère. Accidents graves. Injection de sérum de Calmette sept heures après l'accident. Guérison

Enfant de huit ans, piqué par une vipère, au niveau de l'annulaire. La plaie paraissant peu importante, les parents se contentent de presser le doigt pour provoquer un petit écoulement sanguin. Mais, quelques instants après, apparition d'un œdème qui prend des proportions inquiétantes. Un médecin lave soigneusement la plaie et envoie immédiatement le malade à l'hôpital.

Quand M. Moindrot voit cet enfant, sept heures se sont écoulées depuis l'accident, l'intoxication était profonde et caractérisée par de l'arythmie cardiaque, de l'œdème pulmonaire, des menaces de collapsus, de l'algidité, de l'hypothermie et de l'anurie. « L'imprégnation par le virus se poursuivant depuis une durée de sept heures, on aurait pu se croire autorisé à employer seulement les moyens propres à relever l'état général, d'une part, à traiter l'état local, d'autre part, sans recourir à la méthode sérothérapique. » M. Moindrot en jugea autrement. Il pratiqua une injection sous-cutanée de 20 cc de sérum de Calmette. En même temps, débridement crucial au niveau de la piqûre, bain dans une solution de permanganate de potasse au millième, suivi d'un pansement humide de tout le membre œdématié. Le malade est couché, réchauffé. On lui injecte 0,50 centigrammes de caféine et 300 grammes de sérum artificiel.

A partir de ce moment, l'amélioration se dessine, et l'enfant était complètement guéri en moins de vingt jours.

M. Moindrot estime que, dans ce cas, le sérum de Calmette a été la cause déterminante de la guérison, et il conclut que, dans tous les cas de morsures de serpents venimeux, il faut pratiquer une injection de sérum de Calmette, sans se baser sur l'ancienneté de l'inoculation pour mettre en doute l'efficacité de cet agent thérapeutique. (*La Loire médicale*, 15 sept. 1904.)

La défense de l'organisme dans l'appendicite

Le médecin principal Moty, agrégé du Val-de-Grâce, a étudié dans le *Nord médical* (11 sept. 1904) la défense de l'organisme dans l'appendicite. Il est arrivé aux conclusions que voici :

L'organisme semble déployer dans sa défense contre l'appendicite une variété de ressources inattendue : évacuation naturelle du tube digestif et intolérance aux aliments déterminant une diète forcée et une immobilisation de l'intestin ; plus tard formation d'adhérences, gonflement du méso amenant l'exclusion de l'appendice du péritoine avec le concours de l'épiploon, rétraction du méso, raccourcissement de l'appendice conduisant au même but; élimination des calculs, sphacèle et enkystement ou élimination de l'appendice; phlegmons et fièvre tendant à la stérilisation des foyers septiques, etc.

Mais toutes ces défenses sont imparfaites ; l'atrophie de l'appendice n'empêche pas les crises ultérieures et diminue seulement leur gravité ; les brides fibreuses consécutives aux poussées de péritonite localisées peuvent étrangler une anse intestinale, gêner les mouvements des organes et causer des invaginations, même après la cure radicale ; l'inflammation réitérée du cœcum, du gros intestin et du méso correspondant détermine des lésions qui guérissent très lentement après la résection de l'appendice, car la vitalité du gros intestin est très inférieure à celle de l'intestin grêle, de telle sorte qu'en dernière analyse, l'étude de la défense naturelle de l'organisme nous montre comment un si grand nombre de malades vivent avec leur appendicite, mais nous apprend en même temps que la trace des luttes dont l'organisme paraît être sorti victorieux, constitue souvent un danger de complications ultérieures; que les altérations des organes voisins : colon, foie, intestin grêle vont s'aggravant d'attaque en attaque et que le seul moyen de se mettre complètement à l'abri de l'appendicite est, comme le disait Roux, d'avoir son appendice en poche.

G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre

Traitement des varices et des phlébites par le mouvement

M. Reynier déclare que sa thérapeutique est diamétralement opposée à celle de M. Lucas-Championnière qui préconise le mouvement et le massage méthodique(1) Son opinion repose à la fois sur la physiologie et sur les faits qu'il a observés. La physiologie, en effet, montre que le mouvement et les contractions musculaires augmentent la pression sanguine dans le système veineux et facilitent, par conséquent, la migration du caillot. Quelques cas cliniques semblent infirmer très nettement l'opinion exprimée par M. Lucas-Championnière en ces termes : « Le mouvement n'est pour rien dans l'embolie. »

M. Reynier rappelle le cas rapporté par M. Hallopeau; il cite deux autres cas dont un personnel. Au cours d'une pneumonie, une embolie s'est produite dont la cause était manifestement un mouvement. L'autre cas a trait à une embolie qui eut lieu au cours d'une phlébite de la saphène, à l'occasion d'un mouvement brusque du malade.

M. Reynier estime que dans tous les cas de phlébite récente l'immobilité doit être absolue et prolongée. L'immobilité agit dans la veine, comme dans tous les tissus, elle décongestionne et localise la poussée inflammatoire.

Dans les cas de phlébite ancienne, ayant laissé un œdème qui tarde à disparaître, les bains chauds et le traitement dans les stations balnéaires offrent plus de sécurité que le massage. Ce dernier, en effet, peut réveiller une infection micro-organique qui sommeille.

Quant à la marche comme traitement des varices, M. Reynier déclare que si elle est généralement bien supportée par les malades porteurs de varices non enflammées, il n'en est pas de même chez les sujets ayant eu autrefois une phlébite. Elle ramène de l'œdème, des douleurs dans le membre en des points qui sont probablement le siège de phlébites partielles. Ces douleurs s'accompagnent de crampes qui ne cèdent qu'à une compression faite au moyen d'une bande. Cette compression a pour résultat de décongestionner les veines que la marche a congestionnées.

M. Laveran lit une note sur la « prophylaxie du paludisme à Madagascar ».

Inutile de dire que nous n'en avons rien entendu.

(1) Voir le compte rendu de la dernière séance de l'Académie, *Bulletin médical*, 1904, n° 79, p. 827.

M. Motet fait en quelques paroles très justes l'éloge funèbre du très regretté docteur Dureau, le bibliothécaire érudit, passionné pour ses fonctions, et dont la complaisance, l'affabilité étaient proverbiales.

Le ministre de la guerre ayant demandé à l'Académie de nommer une Commission chargée, dans les villes de garnison, de la surveillance des eaux, du captage des sources, etc., MM. Brouardel, Chantemesse, Collin, Gariel, Pouchet, Roux et Vallin ont été nommés membres de cette commission.

G.

MÉDECINE MILITAIRE

Les certificats médicaux au conseil de revision

Lors de la récente discussion de la loi sur le service militaire, il a été dit, à la Chambre des députés — et pour des raisons que nous n'avons pas à exposer ici — les plus grandes inexactitudes sur la façon dont les médecins militaires opèrent aux conseils de revision, près desquels ils sont accrédités comme experts.

Le ministre de la guerre n'a, du reste, aucunement protesté; aussi sommes-nous heureux, dans l'intérêt de la vérité, d'être à même de donner l'article ci-dessous, écrit par un médecin militaire qui a fait un grand nombre de revisions et s'en est toujours tiré à son honneur.

La conduite indiquée par M. le Dr Daymard est, du reste, celle adoptée par la généralité de ses camarades. Pour notre part, elle a toujours été notre règle, et nous nous en sommes bien trouvé.

Dr N.

Dans la séance du 13 juin dernier, la Chambre des députés a continué à discuter la proposition de loi adoptée par le Sénat tendant à modifier la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, et à propos de l'article 16 de cette loi il s'est établi une discussion sur les conseils de revision; qu'il nous soit permis, en raison de notre longue pratique, de donner notre avis sur un des côtés de la question.

Un député a affirmé que pendant huit ans il a vu les médecins militaires rejeter dédaigneusement les certificats délivrés aux conscrits par les médecins civils. Voici ce que nous avons fait pendant vingt années consécutives dans différents départements du Nord, du Centre et de l'Ouest. Nous avons toujours accepté les certificats apportés par les conscrits et nous les avons toujours remis, sans en prendre connaissance, entre les mains du président du conseil qui, après les avoir lus, nous invitait à les lire, ou nous en donnait lecture. Nous savons que beaucoup de nos camarades procèdent de la même façon.

Cette précaution de remettre au président du conseil, sans en prendre connaissance, tous les certificats et autres papiers présentés par les conscrits, a pu être interprétée par M. le député Coutant comme une marque de dédain pour les certificats médicaux, quand en réalité elle n'a pour but que de mettre le médecin militaire à l'abri de tout soupçon. Un de nos camarades fut une fois accusé par des conscrits (il a entendu lui-même le propos) d'avoir reçu deux billets de cent francs en même temps qu'un certificat médical; depuis lors, ce médecin invitait les conscrits à remettre directement eux-mêmes leurs papiers au président du conseil.

Il est sûr que le médecin militaire ne saurait prendre trop de précautions, dans nombre de cas; bien qu'il n'ait que voix consultative, sa décision doit être acceptée les yeux fermés par les membres du conseil, et du moment où il perdrait leur confiance il devrait se récuser; il est même probable que le président du conseil prendrait les devants.

Ceci dit, dans quelle mesure un médecin assistant le conseil de revision doit-il tenir compte des certificats médicaux dont il a pris connaissance?

Il y a d'abord les certificats délivrés par des spécialistes pour des troubles de la vision ou de l'ouïe, pour des affections mentales, etc.; la rédaction de ces certificats est toujours très nette, elle donne le degré de la lésion et est toujours acceptée avec plaisir par le médecin qui n'a qu'à se reporter à l'instruction ministérielle pour indiquer au conseil la décision à prendre; il arrive cependant que, sur la demande d'un membre du conseil, le médecin assistant procède à un examen, étant seul responsable de la décision à prononcer et le certificat ne pouvant donner que des indications.

Il y a ensuite des certificats signalant des affections récentes soit médicales, soit chirurgicales, mais en voie de guérison; nous ne voyons pas pourquoi le médecin les dédaignerait; il lui faudrait faire subir au conscrit un interrogatoire assez long pour se renseigner sur des faits que le certificat lui explique en quelques lignes et en termes techniques; il voit où en est l'affection ou la lésion, il constate l'amélioration qui s'est produite depuis l'entrée en convalescence et n'a plus qu'à voir si dans six mois, c'est-à-dire au 15 novembre, le conscrit aura recouvré l'intégrité de ses fonctions ou s'il doit proposer l'ajournement à un an.

Nous voyons encore, et en assez grand nombre, des certificats délivrés pour des maladies internes dont les lésions et les effets ne peuvent être constatés à la suite d'un examen écourté par les circonstances. Prenons comme exemple le cas le plus fréquent d'une affection de l'estomac. Quelle décision peut prendre le médecin militaire en présence d'un certificat de cette nature surtout lorsque l'état général du conscrit est satisfaisant, que le système musculaire est suffisamment développé et qu'il n'y a pas d'amaigrissement notable? Doit-il, s'en référant exclusivement au certificat médical, proposer

l'ajournement ou la réforme? Et le conseil peut-il statuer dans ces conditions? Nous ne le pensons pas, car si nous admettons que le médecin militaire doit tenir le plus grand compte des certificats délivrés par un confrère civil, ils ne peuvent cependant, auprès des membres du conseil, remplacer l'avis du médecin militaire, seul responsable des décisions qu'il propose. Si le fait pouvait se produire, le procès-verbal de la séance devrait mentionner tous les cas où une décision a été prise exclusivement d'après les indications fournies au conseil par un certificat établi par un médecin civil.

Que se passe-t-il actuellement quand un médecin militaire, assistant le conseil de revision, se trouve en présence d'un certificat déclarant qu'un conscrit est atteint de gastralgie, ou qu'il a eu plusieurs atteintes de rhumatismes sans complications cardiaques? Le médecin déclare au conseil qu'il ne peut constater l'affection mentionnée dans le certificat, que le sujet a toutes les apparences de la santé et que, dans ces conditions, il le déclare bon pour le service; mais il faut ajouter que dans ce cas mention est faite sur les registres du recrutement de la réclamation du conscrit, et à l'arrivée au corps le médecin du régiment, auquel est affecté le jeune soldat, est mis au courant de la réclamation faite par le conscrit lors de son examen devant le conseil de revision; en outre, le jeune soldat est porteur de son certificat.

Dans les premiers jours qui suivent l'incorporation, le médecin a tout le loisir d'examiner le sujet et la conclusion est généralement que le jeune soldat est mis en observation, soit à l'infirmerie, soit à l'hôpital suivant le cas, qu'une enquête est ordonnée, que des certificats complémentaires sont demandés si c'est nécessaire, enfin que l'examen se poursuit jusqu'à ce que les médecins chargés de statuer ont pu se faire une opinion.

Tant que le médecin militaire sera seul responsable vis-à-vis du conseil de revision et vis-à-vis des autorités militaires des décisions qu'il propose, il ne pourra agir autrement.

Les adversaires du conseil de revision tel qu'il fonctionne aujourd'hui, ceux qui incriminent sans mesure les médecins militaires tirent leur principal argument de ce fait qu'à l'arrivée du contingent dans les corps de troupe le 15 novembre, le nombre des invalides est considérable et qu'on peut constater dès lors combien les conseils de revision opèrent mal, le plus souvent au petit bonheur, pressés par le temps, etc., etc. Voyons un peu dans quelle mesure le conseil de revision est responsable des cas de réforme ou d'ajournement prononcés à l'arrivée au corps.

Les conscrits sont visités en grande majorité en avril et mai, et peuvent se diviser en deux grandes catégories: les ouvriers agricoles ou habitants la campagne et les ouvriers de la ville, ceux-ci en minorité bien évidente. Dans quelles conditions d'aptitude physique générale se présentent les premiers devant le conseil de revision? Ils viennent de passer l'hiver, de se livrer pendant six mois environ aux travaux ruraux de cette saison, et si je me reporte aux séjours que je faisais à la campagne en hiver pendant ma jeunesse, je constate que toute cette période est une période de repos relatif pour le paysan, pour le terrien; les journées sont courtes, les nuits sont longues, le mauvais temps entraîne souvent un repos forcé, et on peut dire que le paysan emploie ce temps à réparer ses forces épuisées par le surmenage exigé pendant l'été et surtout pour la rentrée des récoltes qui viennent d'avoir lieu.

En somme, le paysan se présente au conseil de revision dans de bonnes conditions d'aptitude physique. En est-il de même de l'ouvrier de la ville? Loin de là, nous pouvons même dire que c'est tout le contraire : pendant l'hiver, en effet, l'ouvrier travaille dans des ateliers ou des usines toutes fenêtres closes, dans une atmosphère viciée par les poussières, par la chaleur d'un poêle, et en sortant de l'usine ou de l'atelier l'ouvrier va directement chez lui ou, ce qui est pis, au cabaret où il trouve le même air vicié; il se présente donc au conseil dans des conditions très défavorables, malingre et anémié.

Examinons maintenant ces deux mêmes catégories à leur arrivée au corps au mois de novembre. Nous avons exactement la contre-partie de ce que nous avons vu au printemps; en effet, les paysans viennent de traverser la rude période de l'été pendant laquelle ils n'ont cessé de fournir le maximum de travail, les nuits sont très courtes, les journées d'autant plus longues toutes remplies par le travail, et la saison se termine par le dernier effort, le plus pénible, celui qui est donné pour la rentrée des récoltes. Les conscrits de cette catégorie se trouve à l'arrivée de la classe dans des conditions qui ne sont plus les mêmes que celles où ils étaient quand ils se sont présentés devant le conseil de revision. Et il en est de même de la seconde catégorie; celle-ci nous arrive au mois de novembre dans de très bonnes conditions, car pendant l'été on ouvre les croisées à l'atelier et à l'usine, l'air et la lumière pénètrent partout, l'air est devenu respirable pendant le travail; plus de chaleur et de lumière factice; et la tâche finie on a le temps, avant la nuit, de faire un peu d'exercice, une petite promenade, et le dimanche, au lieu de rester chez soi ou d'aller au cabaret, on va à la campagne, oh pas bien loin, mais assez pour avoir l'illusion. Ces conditions hygiéniques, en opposition avec celles de l'hiver, font que ces ouvriers nous arrivent en novembre dans de bonnes conditions comparées à celles qu'ils présentaient au mois d'avril.

Voilà donc, brièvement exposé, un des principaux facteurs qui modifient la constitution d'une classe depuis le moment où elle visitée jusqu'au moment où elle est incorporée, mais il y en a un autre qui n'a pas moins d'importance : c'est le temps qui s'écoule entre ces deux périodes. D'un examen à l'autre il y a une moyenne de six mois: et pendant ces six mois non seulement des affections peuvent naître et progresser, mais aussi des affections latentes au mois de mai ne se traduisant encore par aucun symptôme apparent, ont pu prendre un développement rapide, entraîner même la mort ou seulement être devenues une cause manifeste d'ajournement ou de réforme au mois de novembre. J'ai l'impression, qui va jusqu'à la conviction, que le conseil de revision n'est pas la principale cause des mécomptes que l'on trouve à l'arrivée de la classe et que la plupart des réformes prononcées à cette époque ne proviennent pas d'erreurs commises par le conseil de revision, parce que le contingent examiné à l'automne est loin d'être identique à ce qu'il était au printemps.

D[r] Daymard
Méd.-major en retraite.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie J.-B. Baillière et fils

Atlas d'anatomie topographique, par le D[r] O. Schultze, professeur d'anatomie à l'Université de Wurzbourg. Edition française par le D[r] Paul Lecène, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, interne lauréat des hôpitaux de Paris. (Un volume grand in-8 colombier de 180 pages, accompagné de 70 planches en couleurs et de nombreuses figures intercalées dans le texte, cartonné : 24 francs, Paris).

L'*Atlas d'anatomie topographique* de Schultze, dont M. Lecène donne aujourd'hui une édition française, se signale immédiatement au lecteur par le nombre et la qualité de ses planches en couleurs hors texte et de ses figures intercalées dans le texte. C'est, qu'en effet, on ne conçoit plus aujourd'hui un livre quelconque d'anatomie, sans figures. Dans cet atlas l'étudiant ou le médecin, désireux de revoir rapidement une région, trouvera de nombreuses et bonnes figures, reproduites avec soin. Nous signalerons, en particulier, à l'attention du lecteur, les planches en couleurs qui sont des reproductions des moulages de His, à Leipzig. Les moulages ont été faits, suivant la méthode de l'auteur, sur des cadavres dont les viscères avaient été, au préalable, fixés en place dans leur forme par une injection vasculaire de formol et d'acide chromique. Aussi ces figures, reproduisant surtout des rapports de viscères thoraciques et abdominaux, sont-elles fort exactes : au contraire, une pièce disséquée ne peut donner que des renseignements insuffisants ou erronés, pour tout ce qui concerne les rapports des organes. D'autre part, la chirurgie thoracique et surtout abdominale a fait, aujourd'hui, de tels progrès, qu'il est indispensable, pour le chirurgien, de savoir, avec une grande précision, les rapports des organes contenus dans le thorax et l'abdomen. Toutes ces questions sont traitées avec un soin particulier dans l'ouvrage de Schultze. Ajoutons que l'a-

natomie topographique des membres et du cou n'est pas pour cela négligée, au contraire, et l'étudiant trouvera tous les renseignements nécessaires sur ces régions.

Le texte de l'auteur allemand était court et précis; M. Lecène y a fait les adjonctions nécessaires pour conformer le livre à l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris, auquel il prend lui-même part, et donner les idées et les noms des anatomistes ou chirurgiens français qui ont étudié spécialement certaines questions.

Le lecteur trouvera, à la suite des termes anatomiques français, leur équivalent dans la nomenclature latine adoptée au Congrès de Bâle et usitée presque partout aujourd'hui à l'étranger.

Cet Atlas est très portatif, ce qui n'est pas un mince avantage pour un livre que l'étudiant doit emporter à la salle de dissection, s'il veut que ses études sur le cadavre lui soient de quelque profit.

Très prochainement paraîtra dans la même collection un *Atlas d'anatomie descriptive* dû à M. Sobotta, professeur d'anatomie à l'Université de Wurzbourg, et adapté aux besoins des étudiants français, par M. Desjardins, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

Cette nouvelle collection d'Atlas, par le nombre et la perfection de ses figures et aussi le bon marché inusité des volumes, est appelée à rendre de très grands services aux étudiants.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Indo-Chine.

(Départ de Marseille, le 30 octobre 1904.)

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Pujol, au 24e d'inf.
M. Augé, au 8e d'inf.
M. Legendre, au 6e d'inf.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Deschamps, au 7e d'inf.

(Départ de Marseille, le 13 novembre 1904.)

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Rigollet, au 2e d'art. à Cherbourg.
M. Alquier, au 24e d'inf.

En Afrique occidentale

(Départ de Bordeaux, le 15 octobre 1904.)

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Chagnolleau, au 4e d'inf., dét. au serv. du chemin de fer de Kayes au Niger).

(Départ de Bordeaux le 28 octobre 1904.)

Les méd.-majors de 1re cl. :

M. Cardeillac, au 3e d'inf.
M. Faraut, au 23e d'inf.
M. Chaze, au 2e d'art.
M. Jouvenceau, au 8e d'inf.
M. Parazols, au 22e d'inf.
M. Lowitz, au 1er d'art.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Noc, à l'Institut Pasteur de Lille.
M. Faucherand, au 1er d'inf.

(Départ de Bordeaux le 15 novembre 1904.)

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Bousquet, au 3e d'art.
M. Lévrier, au 21e d'inf.

Les méd. aides maj. de 1re cl. :

M. Verdier, au 24e d'inf.
M. Fuynel, au 1er d'inf.
M. Giraudon, au 23e d'inf.
M. Audiau, au 1er d'inf.

A Madagascar.

(Départ de Marseille le 25 octobre 1904.)

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Nogué, au 7e d'inf.
M. Lelèvre, au corps d'armée des troupes coloniales.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

Au 6e d'inf. à Brest, M. Delay.
Au 21e d'inf. à Paris, M. Pineau.
Au 23e d'inf. à Paris, M. Le Ray.
Au 3e d'art. à Toulon, M. Bonnescuelle de Lespinois.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

Au 1er d'inf. à Cherbourg, M. Quesseveur.
Au 23e d'inf. à Paris, M. Vallet.
Au 8e d'inf. à Toulon, M. Gaide.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

Au 5e d'inf. à Cherbourg, M. Peyrot.
Au 24e d'inf. à Perpignan, M. Frontgous.
Au 1er d'art. à Brest, M. Le Goaon.
Au 7e d'inf. à Rochefort, M. Pénaud.
Au 4e d'inf. à Toulon, M. Pistre.
Au 1er d'art. à Rochefort, M. Ouzilleau.
Au 1er d'art. à Lorient, M. Jarland.
Au 8e d'inf. à Toulon, M. Mourson.

Tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Méd. princ. de 1re cl.

1 Le Corre, 2 Lidin.

Méd. princ. de 2e cl.

1 Gouzien, 2 Clavel, 3 Cassagnou.

Méd.-majors de 1re cl.

1 Devaux, 2 Vergoz.

Méd.-majors de 2e cl.

1 Camus, Leclerc, Contaut, Chartres, Fraissinet, Henric, Letonturier, Boudriot, Reboul, Brouillard, Charézieux.

11 Jacquin, Rousseau.

Méd. aides-majors de 1re cl.

1 Bourret, 2 Lonjarret, 3 Decorse.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le 15 novembre 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, de midi à 3 h., le vendredi 7 octobre 1904 et sera clos définitivement le samedi 22 du même mois inclusivement.

NOUVELLES

M. le Dr Vallon a été blessé à la tête hier matin, pendant qu'il faisait sa visite à Sainte-Anne, par un aliéné qui l'a frappé par derrière avec un petit couteau.

Fort heureusement, la blessure ne paraît pas devoir comporter de suites graves.

RADIOLOGIE MÉDICALE

(1904 — 7e année.)

Cours de vacances par le Dr BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tous les jours, du dimanche 16 octobre au dimanche 23 octobre.

Matin, 10 heures. — Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

11 heures. — Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

Soir, 2 heures. — Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 16 octobre, à 10 heures du matin*, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 fr. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 17 octobre dans le laboratoire du Dr Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôpital Broca).

M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours.

Les fistules uro-génitales chez la femme (1)

Vous n'aurez pas souvent l'occasion de soigner des fistules uro-génitales, mais c'est une affection intéressante parce qu'elles sont très rebelles à la thérapeutique. On peut les diviser en trois catégories : 1° fistules *vésicales*, 2° *urétérales* et 3° *urétrales*.

ÉTIOLOGIE

Toutes ces fistules peuvent être *congénitales* : le cas n'est pas très fréquent, mais il doit être signalé. Les parents sont parfois surpris de voir leur petite fille perdant ses urines par la vulve, quelques mois après la naissance : vous constaterez qu'il s'agit d'une fistule urétro ou urétéro-vaginale, ou exceptionnellement d'une fistule vésico-vaginale congénitale. Chez les garçons, les fistules uro-génitales congénitales se confondent avec les différentes variétés d'extrophies vésicales.

Bien plus souvent la fistule est *acquise*; elle peut être distinguée d'après ses causes étiologiques en trois variétés : *traumatique simple*, *chirurgicale*, ou *spontanée*.

Les *fistules vésico-vaginales traumatiques* s'observent, en certains pays, à la suite de l'empalement ou d'un coït violent; ce sont des faits exceptionnels.

Les *fistules vésico-vaginales chirurgicales* sont moins rares; elles s'observent dans les opérations pratiquées par la voie vaginale sur l'appareil génital de la femme. C'était un accident particulièrement fréquent il y a une quinzaine d'années, au cours de l'hystérectomie vaginale, mais plus rare aujourd'hui.

Il arrive aussi que, pour remédier à certains cas de cystites très graves, rebelles à tous les traitements usuels, le chirurgien est obligé de pratiquer intentionnellement l'incision de la cloison vésico-vaginale, et d'établir ainsi une fistule qui a pour but de mettre un terme aux douleurs intolérables qu'éprouvaient les malades.

Plus importantes à connaître pour vous sont les *fistules spontanées* qui s'observent assez souvent au cours de certains néoplasmes utérins à marche très envahissante; nous en avons plusieurs exemples en ce moment dans le service, et dans votre pratique vous verrez des cas semblables.

Les gros calculs de la vessie finissent également par ulcérer le bas-fond de cette cavité et par perforer la cloison vésico-vaginale. Les fistules spontanées apparaissent encore à la suite des phlegmons péri-utérins. On voit certaines hématocèles s'ouvrir à la fois dans le vagin, la vessie et le rectum et déterminer un véritable cloaque. De même la présence des corps étrangers vaginaux peut amener ce même accident. La fistule peut quelquefois être la conséquence du séjour prolongé d'un pessaire et Neugenbauer en a colligé un grand nombre d'observations.

Enfin l'étiologie la plus fréquente, la cause des fistules vaginales que vous aurez le plus souvent à observer dans votre pratique, c'est l'accouchement. On observe, en effet, sous l'influence de la compression exercée par la tête du fœtus contre la symphyse, par suite de l'anémie prolongée de la paroi et du sphacèle qui en résulte, des fistules vésico-vaginales, se manifestant deux ou trois jours après l'expulsion. Cet accident, impossible à prévenir, n'engage nullement la responsabilité de l'accoucheur, mais n'oubliez pas d'en prévenir la famille si vous le craignez.

1° FISTULES VÉSICO-GÉNITALES. — Au *point de vue anatomo-pathologique*, elles se subdivisent en trois sous-variétés : 1° *f. vésico-vaginales*, 2° *f. vésico-utérines*, et 3° *f. vésico-utéro-vaginales*. Leur siège est variable. Le point qui intéresse particulièrement le chirurgien, quand il s'agit de fistule vésico-vaginale, c'est celui de savoir si la fistule est *haute* ou *basse*, c'est-à-dire si elle est voisine du col utérin ou, au contraire, très rapprochée de la symphyse. Les dimensions en sont très variées; on observe depuis la fistulette qui n'excède pas le diamètre d'une tête d'épingle, où dans laquelle passe tout juste un stylet, jusqu'à la large fistule où l'on peut introduire deux doigts. Tous les intermédiaires existent entre ces deux extrêmes. Il faut remarquer qu'elles ne sont pas toujours médianes; quelques-unes sont latérales, quoique le premier cas soit le plus général. Quand vous examinerez ces lésions, vous aurez bien soin d'écarter les parois du vagin, et vous verrez un petit bourrelet rougeâtre constitué par la muqueuse vésicale en ectropion dans la cavité vaginale.

Ce qui est plus intéressant peut-être, au point de vue clinique, que la fistule elle-même, ce sont les lésions concomitantes. Quand elles existent depuis un certain temps, ces fistules se compliquent, en effet, de quelques affections de voisinage; c'est, tout d'abord, la vaginite. Dans quelques cas il se produit même des calculs vaginaux. Le vagin prend un aspect cicatriciel, présente des brides fibreuses bien signalées par les chirurgiens. Du côté de la vessie, il s'établit très rapidement une cystite, et une lésion sur laquelle les auteurs ont beaucoup insisté, c'est le rétrécissement de la cavité vésicale; cette complication est la règle, et avec l'infection c'est la principale raison qui explique pourquoi les fistules vésico-génitales sont si difficiles à guérir. Il se produit, en outre, une infection ascendante, aboutissant à la pyélonéphrite. Certains malades, enfin, peuvent succomber, non seulement à des accidents urinaires, mais aussi à des accidents péritonéaux dus à la métrite et à la salpingo-ovarite concomitante.

Quels sont les *symptômes* des fistules vésico-génitales? C'est l'écoulement continuel d'urine par le vagin, la vulve et le long de la face interne des cuisses. Les malades sont constamment mouillées; suivant les attitudes, toutes les urines ou une partie seulement passent par la fistule. De plus, ce qui est important, les urines sont infectées; il y a des poussées fébriles (urétérite, pyélonéphrite), des troubles menstruels, des métrorragies; enfin quelques femmes succombent à des troubles urémiques.

Le *diagnostic* de ces fistules ressortira facilement de la constatation de la fistule elle-même dans la cavité vaginale. Par ce même examen vous reconnaîtrez aisément l'incontinence urinaire due au prolapsus utérin, dont le diagnostic sera facile. Il sera bon d'examiner les femmes dans plusieurs positions différentes : génu-pectorale, position de Sims, etc. Cette recommandation est surtout utile en ce qui concerne le diagnostic différentiel, souvent assez ardu, de certaines fistules urétéro-vaginales; en pareil cas, on peut injecter des solutions colorées dans la vessie, faire le cathétérisme urétéral, enfin la cystoscopie.

Le *pronostic* des fistules vésico-vaginales est très grave, car ces malades éprouvent des souffrances intolérables et sont exposées à des complications urinaires parfois mortelles. Quant à la guérison spontanée, elle est exceptionnelle; évidemment elle n'est

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.

possible que pour les petites fistules.

A. Le *traitement des fistules vésico-vaginales* est très complexe. Je vais le schématiser. L'emploi des appareils, le port d'un urinal, est souvent insuffisant et incommode, si bien que l'intervention chirurgicale a été, depuis longtemps, préconisée. La *cautérisation* ne peut donner de résultats que pour des fistules filiformes. Pour les autres, il existe plusieurs procédés opératoires destinés à remédier à ces fistules. Le premier consiste à faire *l'avivement des bords de la fistule* et à la suturer; mais cette opération échouait autrefois en raison de la septicité des urines et de l'infection consécutive de la plaie, d'où impossibilité de la réunion. Toutefois, même avant la « Révolution pastorienne en chirurgie », il fut apporté à ce mode de traitement quelques perfectionnements; c'est Jobert (de Lamballe) qui, le premier, s'aperçut qu'il fallait décoller la vessie du vagin dans une certaine étendue pour assurer l'affrontement des bords de la fistule. Cette cystoplastie par glissement lui permit d'obtenir quelques succès en supprimant la tension des lèvres fistulaires. Puis Sims remarqua que l'opération réussissait plus souvent si on la faisait précéder d'un tamponnement vaginal désinfectant, de bains, et surtout de la dilatation de la cavité vaginale. Sims et son élève Bozeman inventèrent, en outre, des dilatateurs et des valves métalliques qui permettent d'écarter les parois vaginales pour mieux voir et s'éclairer. Grâce à ces conditions nouvelles, cette opération de la suture, que l'on pratique au fil d'argent, réussit plus souvent si on a soin de faire de larges avivements, de rendre bien mobiles les parties avivées et exactement affrontées.

Une seconde méthode thérapeutique, plus récente, est celle de *la suture par dédoublement* qui consiste à séparer les parois vésicale et vaginale et à suturer les bords des organes correspondants de la solution de continuité. Elle a été pratiquée par Diffenbach, Hayward, Gerdy, Collis, Duboué, etc. On termine l'opération par un tamponnement iodoformé et l'application de la sonde à demeure. Braquehaye décole autour de la fistule une collerette vaginale circulaire qu'il retourne vers la vessie et il ferme le vagin par un deuxième plan de sutures sous-jacent. Ce qui est très important, c'est que, *avant tout traitement par la suture, il faut, pendant longtemps, soigner et améliorer la cystite* par des lavages quotidiens, afin de *rendre les urines moins septiques.* Le vagin doit être, aussi, aseptisé autant que possible.

Pour quelques cas exceptionnels, lorsque les fistules sont très antérieures, on a pu employer la méthode *d'autoplastie par lambeau vaginal ou vulvaire* (Setekine, Péan, etc.).

Exceptionnelle également est une quatrième méthode : celle de *l'oblitération de la fistule par l'utérus* lui-même dans certains cas où la fistule est très haut située (Freund).

Parfois même on a pris un *lambeau sur la vessie elle-même* (Lannelongue, Witzel).

Malgré les perfectionnements que je viens de signaler, il y a encore des échecs assez fréquents, environ dans la moitié des cas. Il n'est pas rare de voir des malades ayant subi un nombre plus ou moins considérable d'opérations réitérées, sans qu'on ait pu les débarrasser de leur infirmité. Les insuccès tiennent à la septicité des urines. Néanmoins, il faut reconnaître que, depuis l'emploi de la méthode de dédoublement et l'introduction des valves de Sims qui permettent un isolement et un éclairage suffisant du champ opératoire, on obtient souvent la guérison des fistules qui ne sont pas trop profondément situées. Certaines attitudes concomitantes post-opératoires pourraient rendre quelques services. Ainsi Vitrac (de Bordeaux) conseille le décubitus ventral. Dans un cas de fistule vésico-vaginale antérieure j'ai mis la malade en position post-opératoire inclinée, c'est-à-dire la tête assez basse.

En somme, il est indiqué d'intervenir chirurgicalement dans cette lésion, et surtout de faire des réserves sur l'éventualité d'un échec et la nécessité d'une nouvelle opération, désagrément assez fréquent pour les chirurgiens en cette circonstance, car j'ai connu une malade qui avait été opérée dix fois. Les accidents opératoires : hémorragie, blessure de l'uretère, péritonite, sont exceptionnels.

Je viens de vous parler des fistules vésico-vaginales traitées par la voie vaginale; elles sont accessibles encore par la *voie ischio-rectale*, consistant en une incision partant de la vulve et dirigée vers la fosse ischio-rectale, permettant d'aborder les fistules situées latéralement, dans les cas où le vagin scléreux, « cartonné », cicatriciel, s'oppose à la dilatation et à l'application des valves. Mais cette méthode a l'inconvénient de produire un grand délabrement et ne s'emploie que dans des cas exceptionnels.

Une voie plus hardie encore que la précédente est la *voie sus-pubienne trans vésicale*, préconisée par Trendelenburg, en Allemagne, et, en France, pratiquée par Duplay. Ce procédé consiste à ouvrir la vessie au-dessus du pubis et à suturer la fistule ainsi découverte par sa face interne. L'incision sus-pubienne peut être verticale ou même transversale — comme on l'a proposé — au-dessus du pubis; cela permet, en effet, à l'aide des écarteurs, d'obtenir un champ opératoire très vaste donnant un facile accès à la partie qu'il s'agit d'opérer. Ce procédé a donné de bons résultats quand des brides ou cicatrices vaginales rendent impossibles les procédés précédents.

Vient enfin une quatrième méthode opératoire, qui n'est qu'un pis-aller : c'est *l'oblitération pure et simple de la vulve et du vagin.* Cette opération, proposée par Vidal (de Cassis), pratiquée par Bérard, s'emploie encore pour quelques cas désespérés et pour lesquels aucune autre opération n'est praticable.

B. *Le traitement des fistules vésico-utérines* comporte les mêmes méthodes; toutefois, les opérations faites par la voie vaginale : avivement, cystoplastie, après incision du cul-de-sac antérieur, sont très difficiles, parce que ces fistules sont très hautes. Une méthode qui a de l'avenir, c'est la *méthode sus-pubienne sous-péritonéale*, imaginée par Bardenheuer (de Cologne), ou la *méthode sus-pubienne transpéritonéale de Dittel* (de Vienne). Celle-ci consiste, après laparotomie, à séparer la vessie de l'utérus et à suturer séparément chacune des deux parois. J'ai aidé un de mes maîtres, M. Picqué, à traiter par cette voie une fistule vésico-vaginale ayant résisté à quatre interventions chirurgicales.

Pour ces fistules vésico-utérines, la voie trans-vésicale et l'oblitération vulvo-vaginale ont été également employées.

C. Le traitement est le même pour les *fistules vésico-utéro-vaginales.*

2° Fistules urétérales. — Elles se subdivisent en plusieurs sous-variétés, selon que l'uretère communique avec l'utérus : *f. urétéro-utérines*, ou avec le vagin : *f. urétéro vaginales*; celles-ci se voyaient assez fréquemment à une certaine époque, à la suite de l'application des pinces, au cours de l'hystérectomie vaginale, et elles siégeaient en pareil cas presque toujours du côté droit. Enfin, dans certains cas encore, l'uretère communique à la fois avec la vessie et avec le vagin : ce sont les fistules *urétéro-vésico vaginales.*

Ces lésions reconnaissent presque

constamment pour étiologie une intervention chirurgicale. Quelquefois c'est à la suite de l'ouverture d'un abcès péri-utérin, d'autres fois après un accouchement pendant lequel la tête du fœtus est restée trop longtemps au niveau du détroit supérieur, qu'on la voit survenir.

Les *symptômes* sont ici assez particuliers, parce que la quantité d'urine qui s'écoule par ces fistules n'est pas aussi considérable que pour les fistules vésicales. Les complications de vaginite, de vulvite, cystite, métrite, d'urétéro-pyélite, que nous avons signalées dans les cas précédents, sont finalement aussi intenses.

Le *diagnostic* de ces fistules urétérales est facile, précisément d'après la plus faible quantité d'urine éliminée par la voie anormale, et ce fait que la malade urine également par la vessie, tandis que, dans les fistules vésico-vaginales, presque la totalité des urines s'écoule par le vagin. Si le diagnostic était douteux, on pourrait l'élucider en pratiquant une injection colorée dans la cavité vésicale, ou bien par le cathétérisme urétéral et la cystoscopie et la division des urines. Mais généralement il est inutile de recourir à ces procédés d'examen pour savoir en présence de quelle espèce de fistule on se trouve.

Le *pronostic* est, du reste, aussi grave que pour les variétés précédentes, car les malades finissent à la longue par être infectées et l'hydronéphrose par rétrécissement secondaire de l'urètre est fréquente.

Le *traitement* en est plus difficile :

a) S'il s'agit d'une *fistule urétéro-utérine*, presque toujours il faut se décider d'emblée à faire une greffe de l'uretère dans la vessie, par la voie vaginale, ou mieux par la voie péritonéale; c'est *l'urétéro-cystonéostomie*. Il est souvent utile d'essayer de transformer la fistule urétéro-vaginale en fistule vésico-urétéro-vaginale et de déplacer l'embouchure de l'uretère, puis on ferme la fistule vésico-vaginale. On essaie aussi les procédés de suture par avivement ou ceux de dédoublement. Si la malade, surtout, a déjà subi une ou plusieurs tentatives de ce genre sans succès, il ne faut pas hésiter à pratiquer cette urétéro-cystonéostomie, que les chirurgiens emploient systématiquement quand, au cours d'ablations de fibromes, cancers utérins ou kystes du ligament large, ils ont par mégarde coupé l'uretère.

Quant à l'occlusion complète de l'utérus – *hystérocléisis* — la *néphrectomie* me paraît préférable.

b) Lorsque la fistule communique à la fois avec le vagin et la vessie, *fistule urétéro-vésico-vaginale*, il faut encore essayer la méthode de dédoublement, sinon pratiquer la greffe urétéro-vésicale.

c) S'il s'agit d'une *fistule urétéro-vaginale*, il faut avoir recours encore à la greffe de l'uretère dans la vessie. On a conseillé comme pis-aller l'oblitération du vagin, le kolpocléisis. La néphrectomie est même indiquée dans les cas de fistules urétérales persistantes, ayant résisté à plusieurs opérations successives, et lorsque la méthode de greffe est rendue impossible par la brièveté trop considérable du segment d'uretère demeuré sain.

Donc, la caractéristique générale des fistules urétérales, au point de vue thérapeutique, c'est l'obligation où l'on est, quand on ne peut facilement pratiquer le dédoublement ou la suture, d'avoir recours à la greffe de l'uretère dans la vessie, mais non dans le rectum, comme on avait à un moment donné essayé de le faire, par analogie avec le traitement de Maydl pour l'extrophie vésicale. Ces greffes urétéro-rectales ont donné de mauvais résultats dus aux phénomènes d'infection rénale ascendante.

3° Fistules urétrales. — Deux mots, pour terminer, sur les *fistules urétrales*, soit congénitales (hypospadias), soit acquises (accouchements, traumatismes, pessaires, corps étrangers, urétrocèle avec calcul, etc.). Elles se manifestent par un écoulement vaginal d'urine survenant seulement au moment des mictions. Du reste, elles se compliquent, comme les précédentes, de vulvite, vaginite, et d'infection de tout l'appareil génital. Il suffit d'examiner les malades avec les valves de Sims pour faire le diagnostic. Le pronostic est beaucoup moins grave que dans les autres fistules uro génitales. Le traitement, assez simple, consiste, soit dans la *cautérisation*, si l'ouverture fistulaire est minime, soit, si elle occupe une grande étendue de l'uretre, dans une *autoplastie* avec lambeaux pris sur la vulve ou sur le vagin, par un des nombreux procédés recommandés; c'est une opération qui, bien conduite, surveillée et suivie de soins convenables, comme pour toutes les opérations plastiques de cette zone génitale, donne d'excellents résultats.

Telles sont les courtes considérations que je voulais exposer devant vous en ce qui concerne l'étude de ces fistules uro-génitales chez la femme; ce qui domine, c'est la difficulté du traitement due à l'infection rapide des urines. Cette cause, que les chirurgiens anciens ont bien cherchée mais qu'ils n'ont pu connaître, nous paraît aujourd'hui bien évidente. Aussi, retenez-le bien, le traitement préliminaire de la désinfection des urines et du vagin est-il aussi important que le traitement de la fistule elle-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre

Fracture oblique de l'extrémité supérieure de l'humérus

M. Picqué. — **M. Gandier**, de Lille, nous a envoyé l'observation d'un jeune homme de quatorze ans, qui était tombé sur l'épaule d'une hauteur de 2 mètres. Outre une ecchymose de la région, notre confrère constata une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, au niveau du col chirurgical; le fragment inférieur faisait une forte saillie en avant et en dedans. Une tentative de réduction sous le chloroforme étant restée infructueuse, M. Gandier a mis le foyer de la fracture à jour, puis il a pratiqué la suture des fragments. Les suites ont été normales.

Incontinence nocturne d'urine dans la pyélite et dans la pyélo néphrite

M. Bazy. — En dehors des variétés connues d'incontinence d'urine, dues à la paresse de la vessie, aux rétrécissements, à l'excitation médullaire, il en est une autre que l'on rencontre avec la pyélite et la pyélo-néphrite. Tantôt elle se montre consécutivement à d'autres symptômes de ces maladies, tantôt elle en est la manifestation primordiale; dans ce dernier cas le diagnostic symptomatique en est plus difficile. On la reconnaîtra aux caractères suivants : elle est intermittente, se manifestant seulement la nuit ou la nuit et le jour; elle survient à un âge, chez l'homme comme chez la femme, où l'incontinence n'est pas ordinaire; enfin, on constate la présence de pus dans l'urine. La cause de cette incontinence doit être rapportée à une excitation rénale sollicitant la contraction de la vessie de façon différente, suivant que le sujet est à l'état de veille ou de sommeil.

M. Picqué fait un court rapport sur un procédé à lambeaux *de l'hypospadias balanique*, préconisé par **M. Gandier**.

Présentations

M. Picqué. — 1° *Perforation de l'utérus après avortement provoqué.* Hystérectomie supra-vaginale.

2° *Imperforation vaginale. Hématométrie et hématosalpinx gauche.* Hystérectomie.

3° *Fibro-sarcome de la cuisse.* Récidive au bout de dix-huit mois.

OZENNE.

DÉPARTEMENTS

Des ruptures musculaires dans la fièvre typhoïde

Les ruptures musculaires sont, on le sait, rares dans la fièvre typhoïde; aussi M. **Perochaud**, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, et son interne, M. **Doucet**, ayant observé un cas de cette complication suivie d'hématurie, l'ont-ils publié dans la *Gazette médicale de Nantes*, en le faisant suivre d'une véritable monographie de la question, monographie que nous allons résumer.

La rupture se produit, en général, vers le troisième septénaire, ou au moment de la convalescence; elle est liée, en effet, à la production de la dégénérescence osseuse qui, la chose est connue, est plutôt tardive.

Chez le malade dont la stupeur est à peine marquée, elle peut parfois être prévue par une sensation de fatigue plus grande, par de la douleur au moment de la contraction musculaire et à la pression au point d'élection. Tous ces phénomènes sont sous la dépendance de l'altération intense des muscles. Puis, au moment de la rupture, survient une douleur vive, subite, qui reste fixe et arrache des cris au malade. Mais encore faut-il que la stupeur ne soit pas trop prononcée.

Si, à ce moment, on examine le point douloureux, on peut constater une encoche plus facile à délimiter dans les muscles droits de l'abdomen. Cette dépression a des dimensions qui varient avec l'état de contraction ou de relâchement du muscle.

Puis l'hémorragie ne tarde pas à se faire et on observe alors de la tuméfaction. Dans un certain nombre d'observations la tumeur a été le premier signe constaté.

Sitôt après l'hémorragie, la région est tuméfiée, empâtée ; ce n'est que quelques jours plus tard que la tumeur se limite, prenant l'aspect d'une tumeur molle formée de sang liquide, qui se coagule lentement. A ce moment l'hématome prend des contours très nets et devient dur et résistant, faisant, à l'abdomen, une saillie plus ou moins volumineuse sous la peau.

La forme de l'hématome est celle d'un ovoïde à petite extrémité pubienne; sa consistance est élastique et son volume maximum dépasse rarement la grosseur de l'orange. A son niveau la matité est absolue. Les téguments sont mobiles sur la tumeur, et la tumeur elle-même jouit de certains mouvements de latéralité, en même temps que la paroi abdominale. Elle empiète assez souvent sur la ligne blanche et une erreur de diagnostic, parfois commise, consiste à prendre cet hématome pour la veine surdistendue.

Au niveau de la tumeur et sur une étendue assez considérable, la peau prend une teinte ecchymotique plus ou moins prononcée. Cette ecchymose, qui précède ou suit l'hématurie, est d'une intensité variable, et son importance dépend de la profondeur du muscle et du degré d'imperméabilité de la gaîne musculaire.

Quand l'hématurie siège dans le muscle droit de l'abdomen, la tache ecchymotique, qui s'étend parfois depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, commence toujours à apparaître au niveau de la racine de la verge et envahit ensuite la racine des cuisses. C'est là un signe qui manque rarement.

Quel est l'avenir réservé à ce foyer sanguin ? La terminaison par résorption est assez rare, puisque sur 35 observations réunies par les auteurs, la résorption n'est trouvée que 3 fois. La suppuration est, au contraire, beaucoup plus fréquente, 16 fois sur 35 cas; elle a été attribuée à une infection secondaire, mais il est maintenant prouvé que le bacille d'Eberth peut, à lui seul, amener la suppuration.

Le pronostic de la rupture musculaire est grave parce qu'on ne la voit souvent que dans les formes très sérieuses de la dothiénentérie. La mort est due, le plus souvent, à l'infection générale et à la myocardite concomitante. Dans les 35 observations recueillies, la mort est notée 15 fois, ce qui donne une mortalité de 15 %. Mais alors même que la fièvre typhoïde se terminerait par la guérison, l'hématome suppuré comporte encore un pronostic, d'autant plus sérieux qu'on tarde davantage à intervenir, car alors le foyer peut s'ouvrir dans la cavité abdominale, occasionnant une péritonite septique, rapidement mortelle.

Les causes occasionnelles de la rupture musculaire sont l'agitation du délire, les efforts, etc. La cause efficiente réside dans les altérations musculaires. Les muscles atteints sont décolorés, gris-rosés d'abord, ils deviennent ensuite de plus en plus pâles, pour présenter enfin l'aspect si caractéristique de la chair de poisson; ils présentent une diminution de volume. Au microscope on constate des lésions très nettes : le sarcolemme est altéré, les noyaux des cellules de Schultze présentent une prolifération intense. Les stries sont beaucoup plus rapprochées. Ces lésions sont celles que l'on observe sur le muscle cardiaque dans les myocardites infectieuses, mais elles sont] beaucoup plus profondes. Au cœur, par contre, les lésions sont beaucoup moins avancées. C'est que, suivant les judicieuses remarques de Zenker, les lésions cardiaques n'ont pas le temps d'évoluer, car elles entraînent la mort avant de parvenir à la rupture.

Après la rupture l'hémorragie se fait en quantité variant depuis les simples infiltrations jusqu'à la production d'un foyer plus ou moins considérable.

Le muscle rompu, infiltré par le sang, présente une coloration qui varie du rouge pâle au rouge foncé. Les deux fragments des muscles présentent un écartement qui peut aller jusqu'à 5 ou 6 centimètres. Le foyer est anfractueux, irrégulier, et le muscle déchiqueté limite en tous les sens la collection sanguine qu'il est rare de voir s'étendre jusqu'à l'aponévrose. Il est rempli d'un magma sanguin contenant des globules rouges altérés, des leucocytes emprisonnés dans un riche réseau fibrineux et des fibres musculaires dégénérées.

Les auteurs cessent d'être d'accord sur la cause ardue de l'hémorragie. Elle serait due, pour Rokitanski, Wirchow, Zenker, Waldeyer, à la rupture musculaire préalable; au contraire, pour Stein, Hayem, Laveran, Jaccoud, elle serait provoquée par la déchirure présentant des vaisseaux dégénérés. Il est difficile de prendre parti dans le débat, les arguments en faveur de telle ou telle thèse paraissant avoir une égale valeur.

Le diagnostic de la rupture musculaire et de l'hématome n'offre pas, en général, une très grande difficulté. La douleur vive, l'ecchymose, le caractère de l'hématome permettront assez facilement de le différencier. Dans quelques cas on pourrait penser à un phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal, mais l'absence de toute matière du côté du péritoine fera pencher vers l'hématome. Un simple cathétérisme permettra de mettre hors de cause la distension de la vessie. Quant à la hernie ventrale, sa réductibilité ne laisse pas place au doute.

Le diagnostic une fois posé, il est indiqué d'intervenir dès que la fluctuation sera certaine, attendre plus tard serait amener le malade à des complications graves et en particulier à l'inondation péritonéale.

La tuberculose à l'Ile de Ré

Le Dr **Caillard**, de Sainte-Marie de Ré, a fait connaître à la Société de médecine de La Rochelle l'influence que le séjour au bord de la mer exerçait dans cette île sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. En dix années de pratique, notre confrère a donné ses soins à un assez grand nombre de tuberculeux, et ce qu'il a vu lui permet de formuler les propositions suivantes :

« Le séjour à l'île de Ré doit être absolument interdit à tout étranger suspect de tuberculose pulmonaire : à plus forte raison s'il est tuberculeux.

Étant donné le pourcentage des décès et l'évolution plutôt rapide des tuberculoses pulmonaires avec hémoptysies (2 ans), même défense doit être faite aux éréthiques autochtones, toutes les fois que leurs moyens permettront une exode prudente.

La mortalité dans les tuberculoses pulmonaires autochtones, sans hémoptysies, dénote une gravité qui doit rendre circonspects les pronostics, *en ce qui concerne au moins la population de Sainte-Marie.*

Peut-être serait-il possible, en plaçant des malades dans des conditions hygiéniques qui ont fait ici défaut, d'utiliser pour certaines tuberculoses plus ou moins torpides, l'état de « congestivité » produit par le climat. Ce serait un traitement un peu analogue au traitement par les sulfureux, dans lequel on cherche à provoquer des zones congestives péri-tuberculeuses pour favoriser la défense de l'organisme. Mais, c'est une œuvre thérapeutique délicate, exigeant une prudence excessive, de longs tâtonnements, car on ne gradue pas « l'administration » d'un climat comme celle d'un remède.

Pour moi, qui ai vu, en dehors des cas énumérés dans cette statistique, un grand nombre d'autres tuberculeux pulmonaires autochtones subir des assauts répétés et succomber dans les délais que j'indique, je considère le climat de l'île comme plutôt mauvais pour les tuberculoses pulmonaires.

Il n'en est pas de même pour les tuberculoses locales, que j'ai soignées en grand nombre, et qui ont toujours guéri facilement. »

G.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Recherches cliniques sur la valeur de l'agurine et de la théocine comme diurétiques

M. L. Beco (*Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*, août-septembre 1901) a entrepris, dans son service de clinique médicale à Liège, avec le concours de M. G. Gilkinet, l'étude de l'action de deux diurétiques récemment introduits dans la thérapeutique, l'agurine (combinaison de la théobromine iodée avec l'acétate de sodium) et la théocine (produit synthétique, analogue à la théophyline dont l'emploi courant est demeuré jusqu'ici impossible à cause du prix élevé de cet alcaloïde).

L'agurine était administrée à la dose de 2 gr. 50 par jour. Comme elle est très hygroscopique, on la prescrira de préférence en tablettes ou en solution ci-dessous formulée :

Agurine................ 10 gr.
Eau de fenouille neutre. Q. S.
pour une solution de 200 centimètres cubes.

Faire ingérer le quart de cette solution dans la matinée, avec ou sans addition d'eau froide.

La plupart des malades ont parfaitement bien supporté ce médicament. Cependant, sa saveur, rappelant le poisson de mer, était presque toujours désagréable.

Quant à l'action diurétique de l'agurine, elle a été directe et manifeste dans les observations de MM. Beco et Gilkinet. Elle s'est surtout fait sentir en présence d'œdèmes superficiels ou profonds et d'épanchements dans les cavités séreuses.

Son emploi paraît plus particulièrement indiqué dans les cardiopathies en rupture de compensation et dans les pleurésies d'origine cardiaque. Dans les néphrites parenchymateuses, ce médicament a toujours échoué. L'action diurétique, plutôt lente et progressive, de l'agurine, serait supérieure à celle de la diurétine, mais notablement inférieure à celle de la théocine.

En ce qui concerne cette dernière, MM. Beco et Gilkinet ont trouvé que ce médicament, administré à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 90 par jour (suivant l'âge du malade), en trois prises, agit plus promptement que tous les autres diurétiques, mais si cette action est rapide, elle est, par contre, généralement passagère. Aussi ne paraît-il y avoir aucun avantage à prolonger l'administration de l'agurine qui, d'autre part, présente l'avantage qu'on peut en répéter l'emploi à de courts intervalles, sans qu'il se produise d'accoutumance.

Chez les malades des auteurs du présent mémoire, la théocine a donné les meilleurs résultats dans les œdèmes de stase et les hydropisies cardiaques. Cependant, cet effet était subordonné à l'état de l'appareil excréteur de l'urine. Aussi a-t-il manqué alors que l'affection cardiaque était compliquée de lésions rénales.

Lorsque le système cardio-vasculaire était profondément dégénéré, la théocine produisait peu d'effet, son influence sur le pouls étant nulle. Aussi son administration, en pareil cas, a-t-elle dû être souvent complétée par celle de la digitaline.

Dans les épanchements pleuraux d'origine inflammatoire, l'action de la théocine est nulle ou inconstante. Il en est de même dans les néphrites parenchymateuses.

Comme effets accessoires de la théocine, MM. Beco et Gilkinet ont noté parfois des phénomènes d'excitation du côté du système nerveux, insomnie, tremblements, même des convulsions épileptiques, mais ces phénomènes sont rares.

Plus fréquemment, la théocine a provoqué des troubles gastriques, tels que nausées, vomissements, pesanteur à l'épigastre, pyrosis, etc... Ces phénomènes ont parfois été assez marqués pour contre-indiquer formellement l'emploi de la théocine. En général, cependant, l'association de la théocine avec le bicarbonate de soude, à parties égales, a beaucoup atténué ces effets désagréables qui, d'autre part, n'existeraient pas avec la nouvelle combinaison dénommée *acétate de théocine sodique*. Une précaution utile est de faire garder le lit aux malades pendant les jours où ils prennent de la théocine.

Du flambage à l'alcool comme moyen de stérilisation

Sur les conseils du professeur Depage, chef du service clinique de chirurgie à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, M. Gottignies (*Journ. méd. de Bruxelles*, 29 septembre 1901) a entrepris de contrôler l'action désinfectante du flambage à l'alcool, fréquemment employé pour la stérilisation des récipients et de certains instruments au cours d'une opération.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a cherché à contrôler le flambage tel qu'il est pratiqué habituellement. A cet effet, il a fait brûler quelques centimètres cubes d'alcool à 92° dans des bassins en faïence de différentes grandeurs en ayant soin de les remuer continuellement pendant le flambage pour permettre à la flamme de lécher les parois du récipient. Les bassins ainsi traités ne se sont jamais montrés stériles.

Dans une seconde série de 50 expériences environ, l'auteur a essayé de stériliser des récipients préalablement contaminés au moyen de cultures de staphylocoques, de streptocoques, de bacilles d'Eberth, de bacilles de charbon, etc., en ayant recours à un flambage de deux minutes de durée, donc sensiblement plus prolongé que le flambage habituel. Toutes ces cultures ont toujours résisté à ce genre de désinfection.

Restait maintenant à rechercher le temps pendant lequel il était nécessaire de faire flamber les récipients pour obtenir leur parfaite stérilisation. Après de nombreux contrôles, l'auteur a constaté qu'il faut un flambage de trois minutes et demie à quatre minutes pour aseptiser un récipient de faïence. Ses parois sont portées ainsi à une température de 120° environ, ce que l'on constate en projetant contre elles quelques cristaux d'urée qui entrent immédiatement en fusion. La quantité d'alcool nécessaire pour atteindre cette température est de 40 cc environ.

Voici, en résumé, ce que l'auteur conclue de ces expériences.

Le flambage, tel qu'il est pratiqué par nombre de chirurgiens, est absolument inefficace. Donc, si l'on veut utiliser des bacs au cours d'une opération, il faut avoir soin de les recouvrir d'un drap aseptique, comme le font certains chirurgiens, M. Hartmann (de Paris) entre autres.

Pour tuer des cultures de microbes pathogènes, il faut pratiquer un flambage de trois minutes et demie à quatre minutes.

Les bacs en métal ne doivent pas être flambés aussi longtemps, le métal, bon conducteur, absorbant facilement la chaleur dégagée par la flamme d'alcool. Ici un flambage de deux minutes est généralement suffisant.

Les instruments placés dans les récipients sont stérilisés au bout d'une demi-minute, car ils se trouvent directement plongés dans la flamme, mais ils se détériorent assez rapidement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La liberté de conscience du médecin d'hôpital

A différentes reprises la presse médicale s'est faite l'écho de l'opinion publique en protestant contre le parti pris de ne pas attribuer la décoration de la Légion d'honneur à des médecins des hôpitaux qui méritaient depuis longtemps cette récompense, mais qui avaient, aux yeux de l'administration, le tort de ne pas être de son bord.

Chaque fois que ces protestations ont eu lieu, elles ont, croyons-nous, abouti, car, dans le gouvernement, personne ne voulait prendre la responsabilité de ces attentats à la liberté de conscience et d'opinions. En province, il paraît — du moins à en juger par ce qui vient de se passer à Cholet — qu'on n'a plus de ces scrupules. C'est ce qui vient d'arriver au Dr Coignard. Notre confrère reçut de la Commission administrative de l'hôpital de Cholet avis de la délibération suivante :

La Commission,

Considérant que M. le Dr Coignard, médecin-chef de l'hôpital, est président de l'Action libérale populaire;

Que cette Association combat le gouvernement de la République;

Que ses membres, aux dernières élections municipales, ont combattu les candidats républicains;

Que cette attitude hostile est de nature à rompre la confiance réciproque qui doit exister entre la Commission administrative et les médecins de l'hospice;

Que cette situation ne saurait être tolérable pour ladite Administration,

A l'unanimité, décide que M. le Dr Coignard soit invité à opter entre son titre de président de l'Action libérale populaire et ses fonctions de médecin de l'hôpital.

A une pareille mise en demeure, M. le Dr Coignard, conseiller d'arrondissement, a fait cette réponse :

Messieurs,

Lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'offrir la place de médecin-chef de l'hôpital, vous saviez que, depuis 1892, je faisais de la politique militante et que, notamment, aux élections municipales de 1900, j'avais combattu l'alliance républicaine socialiste. Cela ne vous a pas empêchés de me nommer à l'unanimité.

Je n'opterai donc pas, et fort du témoignage de ma conscience sur le fidèle accomplissement de mon devoir, je reste à mon poste. Mes faits et gestes en dehors de l'hôpital ne regardent pas la Commission administrative et je n'en dois compte à personne.

Après la réception de cette lettre, la Commission administrative a décidé de relever M. le Dr Coignard de ses fonctions.

Le Journal de médecine de Bordeaux, auquel nous empruntons ces documents, dit : « Nous livrons aux réflexions de nos lecteurs ce fait qui montre à quel degré d'intolérance savent arriver certaines administrations. »

Nous ferons de même, en ajoutant, toutefois, que de pareils faits plaident énergiquement en faveur du concours comme seul mode de nomination des médecins des hôpitaux de province, les titulaires devenant alors inamovibles.

G.

MÉDECINE PRATIQUE

Suture de la peau à l'aide de l'aiguille de Pravaz

M. **Gerest**, médecin de l'hôpital de Saint-Etienne, recommande, dans la *Loire médicale*, un moyen pratique de transformer l'aiguille de la seringue de Pravaz en une aiguille à suture. Le voici :

Introduire au préalable, dans l'intérieur de l'aiguille de Pravaz, l'un des fils métalliques que l'on trouve dans la boîte de la seringue (et qui servent d'habitude à éviter à l'aiguille de se boucher); disposer ce fil métallique de telle manière qu'il ne déborde pas l'extrémité piquante de l'aiguille et qu'il dépasse l'autre extrémité d'un centimètre environ. Enfoncer l'aiguille ainsi armée intérieurement de son fil, de manière à traverser de part en part les deux lambeaux cutanés à suturer Ceci fait, refouler légèrement le fil métallique de manière à le faire déborder l'extrémité piquante, juste assez pour pouvoir le saisir entre deux doigts à ce niveau; puis retirer l'aiguille de manière à ce que le fil reste seul en place. Il suffit alors d'en nouer les deux bouts pour que la suture soit établie.

On procède de même par points séparés, si l'étendue de la plaie l'exige.

« Ce petit procédé très simple a un double avantage :

« 1° Il permet de faire une suture urgente sans instrumentation spéciale.

« 2° La suture est moins douloureuse que celle que l'on obtient avec une aiguille ordinaire enfilée, car, au niveau du chas de cette aiguille, la double épaisseur du fil détermine, lors de la suture, un ressaut toujours péniblement supporté par le patient, petite douleur évitée si le fil est inclus dans l'aiguille au moment de la piqûre, comme cela se passe suivant le procédé que nous conseillons. »

HYGIÈNE SOCIALE

Le médecin d'une collectivité doit-il isoler tous les cas de pelade?

M. le médecin-major **Drouineau** a discuté cette question devant la Société de médecine de La Rochelle. Après avoir passé en revue les diverses opinions des auteurs sur la question, il se rallie à celle de Gaucher et estime que la pelade peut être contagieuse, mais rarement, et dans des conditions spéciales encore indéterminées. En conséquence, voici la conduite qu'il a adoptée :

« J'ai renoncé depuis longtemps à envoyer de tels malades à l'hôpital, estimant que leur affection n'était pas de nature à exiger une hospitalisation coûteuse. Mais ma première action est d'isoler mon malade à l'infirmerie ; cet isolement n'est jamais, d'ailleurs, de longue durée. En effet, de l'étude histologique de la pelade vulgaire, faite par M. Sabouraud à toutes ses périodes d'évolution, il ressort que seule la phase initiale se montre microbienne.

« J'isole donc mon malade à l'infirmerie, et je l'y traite. Lorsque la plaque est devenue bien glabre, que la dépilation périphérique est arrêtée, je remets cet homme en circulation ; seulement je le fais envoyer fréquemment et régulièrement à ma visite, pour que je puisse surveiller ce que devient sa plaque, l'isolant de nouveau momentanément si la plaque recommence à s'étendre, ou s'il en apparaît de nouvelles. Inutile de dire que je fais désinfecter, dès l'apparition du cas, les képis du malade, ses objets de toilette et de literie, ainsi que les outils du perruquier de la compagnie.

« Je me suis toujours bien trouvé de cette manière de procéder ; aussi je n'hésite pas à conclure que, dans le milieu militaire, aussi bien d'ailleurs que dans toute collectivité, où le danger d'une généralisation de la maladie est toujours possible, ne serait-ce que par l'emploi d'une tondeuse insuffisamment propre, on doit se comporter comme si le fait de la contagion était démontré dans tous les cas. »

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par M. le prof. G. Pouchet. (4e et 5e série, Paris, 1904).

Je suis bien en retard pour rendre compte de ce nouveau volume du grand ouvrage de pharmacodynamie du prof. G. Pouchet; mais cette œuvre n'est pas de celles qui ne comportent qu'une analyse sommaire ; il faut l'avoir lue et étudiée complètement avant d'en parler. Dans ces quatrième et cinquième série, l'obligation est d'autant plus impérieuse qu'elles renferment des médicaments d'une importance capitale, comme l'antipyrine, l'acétanilide, l'acide salicylique, l'aconit, le colchique, la digitale, la caféine, etc.

J'ai déjà dit combien était précieuse une pareille encyclopédie. M. Pouchet travaille pour les médecins qui ne peuvent faire des recherches, et leur sert en quelque sorte des notions précises et une critique avisée sur tous les points de l'histoire des médicaments, cela avec une ampleur et une autorité auxquelles bien peu pourraient prétendre. C'est à ce point de vue que tous les médecins devraient lire les pages consacrées à l'étude de l'antipyrine : on se rendra bien compte, par cette lecture, de la différence si étonnante qu'on observe dans l'action de ce médicament suivant la dose employée, sur la nutrition et sur le système nerveux. L'exposé

très simple des expériences, démontrées au cours de M. Pouchet, fait comprendre aussitôt les conclusions qu'on en doit tirer. Au point de vue pratique, chacun méditera l'erreur du public de considérer l'antipyrine comme un médicament « banal et anodin ». Il faut dire et répéter bien haut que l'antipyrine est un médicament qui *tue* quand il est prescrit sans prudence et sans discernement et, à cet égard, arrivé au chapitre de la posologie, je serais beaucoup plus sévère encore que M. Pouchet pour les doses massives (j'entends celles qui dépassent 0 gr.25 à 0 gr 50 en une fois), toujours dangereuses.

L'étude de l'acide salicylique est traitée avec les développements que comporte l'importance de ce médicament; mais ici je suis obligé de faire œuvre de critique, ce qui aura l'avantage de faire ressortir la sincérité de l'admiration que je professe pour l'œuvre de M. Pouchet. Il est deux points sur lesquels je suis contraint d'être en désaccord complet avec l'auteur, l'un général, qui a trait à l'action spécifique des médicaments, l'autre relatif à l'action antithermique de l'acide salicylique.

M. Pouchet, qui connaît admirablement l'action physiologique des substances médicamenteuses, cherche naturellement à expliquer par cette action la spécificité de certaines d'entre elles, en particulier de l'acide salicylique dans le rhumatisme, du colchique dans la goutte, de la digitale dans les cardiopathies. Dans la réalité, nous ignorons d'une façon complète le mode d'action des médicaments spécifiques, mais leur spécificité est telle, si *étroite*, si *absolue* même (tant les exceptions sont rares), qu'en regard de la banalité des processus morbides, une seule explication est *impossible*, c'est celle d'une action physiologique. Prenez trois malades (on pourrait en prendre beaucoup plus, mais je fais allusion à trois faits observés par moi récemment) : prenez trois malades d'apparence clinique à peu près identique : l'un affecté de rhumatisme articulaire aigu, l'autre d'arthropathie streptococcique, le troisième de pseudo-rhumatisme tuberculeux; dans les trois cas l'aspect anatomo-pathologique est le même, et cependant le salicylate de soude n'agira que chez un seul, le rhumatisant, forçant le diagnostic différentiel fatalement incertain. Si le médicament agissait par son action sur l'organisme, le résultat devrait être le même dans les trois cas; or, il n'agit que dans le *rhumatisme*; il a donc une action élective, spécifique, sur le rhumatisme. On peut en conclure hypothétiquement qu'il opère sur l'agent provocateur, quel qu'il soit, du rhumatisme.

On pourrait répéter une argumentation analogue contre les auteurs qui font dériver l'action du colchique d'une modification de la nutrition. Nombreux sont les états dans lesquels la nutrition est de même sens que dans la goutte, et cependant le colchique n'agit que chez le goutteux, et il agit avec une telle rapidité qu'il y a évidemment autre chose qu'une modification toujours plus ou moins lente des effets d'un trouble de nutrition. De même enfin, aucun tonique du cœur ne possède l'action élective et spécifique de la digitale dans les cardiopathies hyposystoliques, encore que plusieurs d'entre eux soient des cardio-toniques beaucoup plus puissants. Il y a donc là quelque chose qui nous échappe, mais qui ne relève pas d'une action cardio-tonique simple admise cependant par la totalité des thérapeutes.

La seconde observation que me suggère l'étude de l'acide salicylique est que cette étude si complète et si judicieuse au point de vue expérimental me paraît sujette à discussion au point de vue clinique. M. Pouchet nie les propriétés antithermiques de ce médicament sauf dans certains cas très restreints. Il faut, pour apprécier ce point de vue, se reporter à une époque où l'on avait la funeste habitude d'abuser et pour mon compte je dirais volontiers d'user des antithermiques. Ne savions-nous pas à cette époque que le salicylate de soude abaissait la température de nombreux fébricitants, non seulement dans le rhumatisme et la goutte où il est à la fois antithermique et antipyrétique vrai (ce que j'appelle antithermique spécifique), mais encore dans la tuberculose pneumonique (Jaccoud), dans la fièvre typhoïde (Hallopeau), dans la pleurésie, dans la tuberculose même? L'observation clinique range donc l'acide salicylique parmi les antithermiques, en ce qu'il abaisse la température chez un grand nombre de fébricitants (non chez tous), ce qui suffit sans doute à définir l'antithermie.

M. Pouchet proteste contre un certain nombre d'auteurs qui ont prétendu assimiler une dose de 2 gr. d'acide salicylique à une dose de 1 gr. de sulfate de quinine. Ayant moi-même reproduit cette assertion, d'ailleurs sous forme de généralité, je tiens, non à la défendre, mais à l'expliquer. Dans les termes précis où M. Pouchet la représente, elle est une erreur indéniable; je confesse encore que c'est toujours un tort que de vouloir comparer deux médicaments qui ne se ressemblent point. Toutefois, si l'on se reporte à l'étude de la quinine, on voit qu'elle est fort peu antithermique. Or, si l'acide salicylique l'était deux fois moins encore, on serait bien près de conclure comme le fait M. Pouchet. Mais ce n'est point ainsi qu'il faut interpréter les choses : cliniquement, et d'une façon générale, on peut s'attendre, dans un cas donné, qui ne soit ni le rhumatisme, ni la goutte, ni le paludisme, à trouver l'acide salicylique moins antithermique que la quinine, *à dose égale*, plus antithermique *à dose appropriée*. Or, comme base de cette dose appropriée, il n'est point absurde de comparer 2 gr. d'acide salicylique à 1 gr. de sulfate de quinine : je ne crois pas que personne ait voulu dire autre chose : c'est une généralité, une comparaison posologique, non une équation rigoureuse et précise. A ce titre elle a peut-être son utilité.

A ces deux critiques près, je ne trouve plus qu'à louer dans le nouveau volume de M. Pouchet. Je ne surprendrai aucun de ceux qui connaissent la compétence spéciale du savant professeur, en disant que l'étude toxicologique de l'aconit, des champignons, des ciguës, du colchique, est traitée de main de maître. A propos du colchique, je dois cependant faire remarquer que, contrairement à la méthode en faveur depuis les travaux de M. Lecorché, M. Pouchet conseille des doses d'abord faibles, puis graduellement et lentement croissantes. Nous croyons la méthode préconisée par M. Lécorché beaucoup plus rapide, beaucoup plus sûre, et nous ne pensons pas qu'elle puisse avoir le moindre inconvénient entre des mains prudentes.

L'étude physiologique de la digitale est largement traitée. M. Pouchet se range du côté des physiologistes qui admettent, avec la totalité des médecins, l'action cardio-tonique de la digitaline. Il en est, en effet, ainsi, dans les conditions expérimentales où l'on se place d'ordinaire; mais nous avons fait valoir ailleurs les raisons pour lesquelles il nous semble que les doses cliniques, infinitésimales, doivent agir différemment que les doses expérimentales.

La théobromine, la caféine, le café et le thé donnent lieu à d'intéressants développements. Je soulignerai, avec M. Pouchet, cette assertion que la caféine est « une des substances les plus dangereuses » qu'on puisse employer dans les affections cardiaques, et j'ajouterai, en outre, dans tous les états fébriles; cela non pour bannir la caféine, souvent précieuse, de la thérapeutique, mais pour réagir contre l'emploi banal qu'on en fait. De même, il est bon de rappeler qu'on ne peut plus ranger les caféiques dans le groupe des agents dits d'épargne.

Tels sont les principaux sujets traités dans les cinquante-cinq leçons du nouveau volume du prof. Pouchet. Beaucoup d'autres, collatéraux, y trouvent leur place avec les développements qu'ils méritent. Ce nouveau volume ajoute d'importantes études à l'encyclopédie Pouchet, qui devra prendre place dans la bibliothèque de tous les médecins qui auront pris pour devise : *primum non nocere.*

A. Manquat (de Nice).

Vient de paraître

Les rayons N et les rayons N', par le Dr Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in 16 de 95 pages, avec 16 figures, cartonné. 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS POUR LE CLINICAT

Un concours pour des emplois vacants de chefs de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 3 novembre 1904, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, avant le 23 octobre 1904. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

NOUVELLES

UNE VISITE AUX HOPITAUX DE LONDRES

C'est demain, à 9 heures 45 du matin, que part la caravane médicale française qui, répondant à l'appel de l'organisateur de ce voyage, notre distingué et très sympathique confrère, le Dr Klefstad-Sillonville (consultant à Aix-les-Bains), va visiter les hôpitaux, cliniques et laboratoires de Londres.

Des comités se sont formés, en Angleterre, pour rendre cette visite aussi instructive et agréable que possible. Le comité d'initiative a pour président le célèbre neurologiste David Ferrier, et pour secrétaire le docteur Dawson Williams, éditeur du *British medical Journal.*

Dans une réunion tenue, le 23 juin, au Royal College of Physicians, sous la présidence de M. William Church, un comité exécutif, composé de représentants des principaux hôpitaux et de toutes les Ecoles de médecine de Londres (il y en a 9), fut choisi; il élut président sir William Broadbent, médecin du roi. Nous sommes certains d'avance que ce Comité aura bien fait toutes choses. Quand les Anglais se mêlent de recevoir, ils n'ont pas leurs pareils.

A Paris, c'est le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux, qui a présidé le Comité d'initiative.

Parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris qui ont adhéré, nous citerons: MM. Bouchard, Landouzy, Chauffard, Pierre Marie, Lucas-Championnière, Lermoyez, Sébileau, Gariel, Gauthier, Raphaël Blanchard, Kirmisson, Hayem, Le Dentu, Lepage, Enriquez, Porak, Hallopeau, Ricard, Demoulin, Picqué, Peyrot, Mauclaire, Soupault, Rénon, Claisse, Klippel, Lamy, Laffitte, Le Gendre, Mathieu, Marcel Labbé, Léon Bernard, Herbet, Desnos, Gosset, Michon, Savariaud, Bergé, Soulgoux, Brindeau, etc., plus les membres du comité : MM. Triboulet, Comby, Apert, Lombard, Launay, Fernand Bezançon, H. Claude, Cunéo, sans compter de nombreux chefs de clinique, prosecteurs, anciens internes des hôpitaux ou internes en exercice.

L'œuvre entreprise se réclamait également du patronage de MM. les professeurs Fournier, Grancher, Guyon, Hutinel, Raymond, Lannelongue, Richet, Gaucher, Berger, Pinard, Pouchet, de Lapersonne, Dieulafoy, Budin.

Inutile de dire que le *Bulletin médical* s'est fait un plaisir de répondre à l'invitation de nos confrères anglais, d'autant que, le premier peut-être dans la presse médicale, il s'empressa de recommander, il y a cinq ou six mois, la très heureuse et très opportune initiative du Dr Klefstad-Sillonville.

J. J.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VIIe session).

Nous rappelons que le VIIe Congrès français de médecine se tiendra à Paris du 24 au 29 octobre 1904, sous la présidence du prof. Cornil.

Les questions suivantes seront l'objet de rapports et de discussions.

1. « La pression artérielle dans les maladies », rapporteurs : MM. les docteurs Bosc et Vedel (de Montpellier), Vaquez (de Paris).

2. « Des injections mercurielles », rapporteurs : MM. les docteurs Lannois (de Lyon) et Balzer (de Paris).

3. « De l'obésité », rapporteurs : MM les Drs Maurel (de Toulouse) et Le Noir (de Paris).

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Cornil; vice-présidents, MM. Henrot et Brissaud; secrétaire général, M. Gilbert Ballet; trésorier, M. Merklen; secrétaire général adjoint, M. Enriquez; trésorier adjoint, M. Pierre Teissier.

Le bureau s'est adjoint un comité de patronage composé de : M. Debove, doyen de la Faculté de médecine; M. Brouardel, doyen honoraire; M. Bouchard, membre de l'Institut; M. Lancereaux, ancien président de l'Académie de médecine; M. Alfred Fournier, professeur honoraire à la Faculté de médecine; MM. Déjerine, Dieulafoy, Gaucher, Gilbert, Grancher, Hutinel, Joffroy, Landouzy et Raymond, professeurs à la Faculté de médecine; M. Ernest Besnier, membre honoraire de la Société médicale des hôpitaux; M. Danlos, président, et M. Paul Le Gendre, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux; M. Antony, professeur au Val-de-Grâce; MM. d'Arsonval et Charrin, professeurs au Collège de France.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Ed. Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

CONCOURS

Pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de cliniques obstétricale et ophtalmologique à l'école de médecine d'Alger.

Ce concours s'ouvrira le 4 mars 1905 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier avant le 4 février 1905, délai de rigueur.

Un concours pour une place d'interne en médecine aura lieu le 8 novembre 1904, à l'Hôtel-Dieu de Caen, à 9 heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, rue Saint-Louis, à Caen, avant le 6 novembre prochain.

Les internes sont logés et nourris par l'Administration; ils reçoivent un traitement de 400 fr. la première année, et de 600 fr. la seconde année.

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Evolution des néphrites infectieuses : de l'albuminurie résiduale (1)

PAR

M. le prof. Teissier (de Lyon)

Je me propose d'aborder aujourd'hui l'étude de toute une catégorie d'albuminuries journellement observées dans la pratique, et dont l'interprétation ne laisse pas que d'embarrasser souvent le médecin : je veux dire ces albuminuries d'une persistance souvent désespérante qui survivent aux infections éteintes, et que je désigne communément sous le nom d'*albuminuries résiduales*. Or, il s'agit là d'un des chapitres les plus intéressants de l'histoire des albuminuries et du mal de Bright.

Jusqu'ici, en effet, nous avons vu la néphrite infectieuse accomplissant son cycle dans un espace de temps relativement limité; soit que les lésions rénales, marchant spontanément et rapidement vers la résolution, la guérison définitive ait été promptement réalisée; soit que l'intensité et la soudaineté de l'infection en ayant limité la durée, l'évolution vers l'issue fatale se soit brusquement accomplie. Nous allons assister maintenant à une modalité évolutive toute nouvelle, et voir les déterminations infectieuses sur le rein, susceptibles de se prolonger des mois, des années même, et cela dans des conditions très complexes de variété et d'aspect : les unes pouvant guérir définitivement après trois, quatre ou six ans, malgré les proportions et la constance de l'albumine éliminée; d'autres persistant presque indéfiniment à l'état intermittent ou chronique, sans retentir pourtant d'une façon sérieuse sur l'ensemble de la santé; d'autres enfin, malgré leur bénignité apparente, accomplissant silencieusement, mais fatalement, leur acheminement au mal de Bright.

Certes, ces faits en eux-mêmes n'ont rien d'absolument nouveau : personne n'ignore les observations déjà anciennes de Gubler sur les albuminuries post-infectieuses prolongées, comme les faits plus récents de Potain concernant des cas d'albuminurie consécutive à la scarlatine, et lui survivant de longues années au milieu de toutes les apparences extérieures de la santé.

C'est aussi, pour la plupart, des faits analogues que Lecorché et Talamon englobaient en 1892 dans leur description de « l'albuminurie minima » dont ils avaient le mérite de démontrer le pronostic généralement favorable; de même encore les faits de Cuffer, et ensuite de Bard, décrits sous la dénomination « *d'albuminuries cicatricielles* », pour caractériser la cause présumée de leur raison d'être; et c'est l'ensemble de tous ces faits qu'au Congrès de médecine interne de Nancy (1896) j'ai proposé de décrire sous l'épithète plus générale *d'albuminuries résiduales*, pour ne rien préjuger de leur nature essentielle; nous contentant en quelque sorte d'indiquer sous cette dénomination simple ce que ces albuminuries représentent pour nous en clinique c'est-à-dire « *une épave de la maladie infectieuse désormais disparue, au milieu du rétablissement apparent de la santé.* »

Ce qu'il y a de nouveau dans l'étude minutieuse que nous nous proposons de faire maintenant, c'est seulement la critique serrée du phénomène, c'est la détermination rigoureuse de la valeur sémiologique du syndrome, enfin la catégorisation systématique des cas souvent disparates bien que susceptibles d'être englobés sous la même étiquette. Il y a, en somme, dans les conceptions nouvelles que je me crois autorisé à vous exposer, comme une mise au point qui vous apparaîtra pleine d'utilité pratique, et dont l'excellente thèse de notre élève, le Dr Guérin (1), a déjà esquissé les grandes lignes en reflétant les parties principales de mon enseignement, et en appuyant ses démonstrations sur quelques-uns des faits les plus significatifs de ma pratique personnelle.

***

En y regardant de près, on arrive vite à se convaincre que toutes les albuminuries résiduales post-infectieuses sont loin de former un tout univoque; et ce serait une erreur clinique grossière que d'attribuer à chacun de ces cas la même signification. Il m'a semblé pourtant que nos multiples observations pouvaient être ramenées à trois *types principaux*, ayant chacun sa valeur personnelle, sa portée et son évolution propres.

I. — Donc, dans *un premier groupe*, on peut ranger les cas que j'appellerai volontiers : *les albuminuries résiduales chroniques permanentes, de continuité directe*, c'est-à-dire de survivance immédiate. Et je ne vise point ici les cas assez fréquents d'ailleurs, bien qu'en ait cru Charcot, de *néphrite infectieuse passée d'emblée à l'état chronique*. Je n'entends sous ce vocable que les faits d'albuminuries prolongées, survivant à l'infection disparue, avec retour apparent de la santé, convalescence quasi régulière, reconstitution relative des forces, etc. Mais ces faits se distinguent eux-mêmes des cas du second groupe (*albuminuries résiduales vraies*), en ce sens que s'il y a retour relatif à la santé, il n'en persiste pas moins certains troubles généraux qui trahissent un fonctionnement vicié de la glande rénale, et que d'ailleurs révèlent certaines modifications du milieu urinaire.

En résumé, les sujets qui se présentent dans de telles conditions, tout en jouissant de certains attributs de la santé, se trouvent dans un état d'infériorité organique marquée, *ce sont encore des malades*; et à ce titre la dénomination de « *néphrite résiduale* » serait peut-être préférable pour les caractériser. En tout cas, ce qui distingue essentiellement ce genre d'albuminuries résiduales post-infectieuses, de la néphrite aiguë passée à l'état chronique, c'est que ces albuminuries sont susceptibles de guérir même après un laps de temps très prolongé, et cela définitivement; d'autres deviennent intermittentes, et passent au second type, c'est-à-dire type *d'albuminurie résiduale vraie*; quelques-unes à la suite d'une série de recrudescences plus ou moins espacées, ou d'une *réinfection*, évoluent régulièrement vers le brightisme.

II. — *Le second groupe* a pour caractère essentiel de comporter, bien qu'à des degrés divers, suivant les cas et malgré la persistance de l'albuminurie, les attributs extérieurs de la santé. Car si certains sujets de cette catégorie présentent parfois des malaises dont le praticien a le devoir de tenir compte, il ne s'agit en général que de troubles sans gravité notoire et presque toujours passagers.

Si *l'albuminurie résiduale vraie* succède parfois à la néphrite résiduale dont elle devient en quelque sorte un des procédés de guérison, dans un grand nombre de cas, ce deuxième type apparaît d'emblée, succédant directement à la néphrite infectieuse en apparence guérie, ou se montrant seulement plusieurs semaines ou même plusieurs mois après que les accidents de l'infection sont depuis longtemps oubliés. Le plus généralement l'albuminurie résiduale vraie évolue spontanément vers la guérison, et ce n'est

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Lyon le 20 nov. 1903.

(1) A. Guérin. — *De l'albuminurie résiduale.* Th. de Lyon, 1902.

qu'exceptionnellement, à la suite d'une infection nouvelle ou de certaines conditions constitutionnelles, que nous aurons plus tard à indiquer, qu'elle peut marcher vers les déterminations rénales graves.

III. — *Dans un troisième et dernier groupe* se rangeront toute une série de faits absolument dignes d'intérêt et d'interprétation particulièrement délicate : ici l'albuminurie n'apparaît plus comme la conséquence directe et nécessaire de la complication rénale survenue au cours de l'infection. Cette dernière a évolué, au contraire, sans toucher le rein d'une façon évidente; et non seulement l'albumine, méthodiquement recherchée pendant toute sa durée, n'a jamais été constatée, mais pendant des semaines, après la convalescence, tout signe d'irritation rénale a constamment fait défaut. Et c'est seulement de trois à six mois après la guérison définitivement réalisée qu'un examen fortuit fait découvrir, dans l'urine, une quantité plus ou moins importante d'albumine, et qu'une série d'explorations ultérieures révèle, chez le jeune sujet, un de ces types d'albuminurie intermittente si fréquemment observés au moment de la croissance (albuminurie cyclique, albuminurie orthostatique ou autre). L'expérience m'a appris que, dans la majorité de ces observations, il s'agissait d'une véritable *albuminurie de réviviscence*, c'est-à-dire du réveil d'un de ces derniers types d'albuminurie, *qui aurait préexisté à l'infection* et aurait disparu pendant l'infection même et les mois suivants, pour réapparaître ensuite, avec le rétablissement des conditions constitutionnelles réglant l'ancien équilibre nutritif profondément modifié au cours de la pyrexie.

Mais quel que soit le groupe que l'on considère, il est à remarquer que les formes cliniques qui le distinguent sont absolument indépendantes de la nature même de l'infection préexistante. La plupart des infections, d'observation journalière, sont, en effet, capables de fournir des exemples à chacun d'eux, et c'est bien plus, l'intensité même de l'infection ou les prédispositions personnelles du sujet qui orientent la détermination rénale vers le type qu'elle affectera ultérieurement. L'âge du malade aura aussi son influence très appréciable, car il nous semble incontestable que les albuminuries résiduales vraies sont infiniment plus fréquentes à cette époque de la vie où la croissance, encore inachevée, favorise singulièrement l'apparition des modalités à cycle varié de l'albuminurie.

Donc, toutes les infections sont en principe susceptibles de donner lieu à une des formes sus-indiquées de l'albuminurie résiduale, étant toutes capables de se compliquer de néphrite infectieuse; il n'en est pas moins vrai que certaines d'entre elles exercent une action prépondérante, *la scarlatine*, par exemple, que l'on retrouve environ une fois sur trois, comme cause présumée de l'albuminurie résiduale. Voici, d'ailleurs, le relevé statistique des 112 derniers cas d'albuminurie résiduale que j'ai eu l'occasion de relever dans ma pratique privée, et classés par variétés étiologiques :

Albuminuries résiduales post-scalatineuses	34	cas
Alb. rés. consécutives à une néphrite suite d'angine	13	»
— consécutives à une néphrite suite de grippe	11	»
— consécutives à de la néphrite post-puerpérale	10	»
— consécutives à une néphrite diphtérique	7	»
Album. survivant à une néphrite ourlienne	6	»
— — à une néphrite typhique	5	»
— — à la néphrite morbilleuse	3	»
— — à la néphrite infectieuse rhumatismale	5	»
— — à la néphrite infectieuse suite d'érythème noueux	3	»
— — à la néphrite paludéenne aiguë	3	»
— — à la néphrite syphilitique subaiguë	3	»
— résiduales de cause indéterminée	9	»
Total	112	cas

Bien que l'albuminurie résiduale soit, dans nos hôpitaux, d'observation plus rare; par cette raison que par définition même ce genre d'albuminurie comporte l'existence d'une santé relative et n'arrête qu'exceptionnellement les sujets qui en sont affectés, je relève dans mes observations hospitalières de ces dix dernières années, 26 cas classés sous la rubrique générale « d'albuminuries post-infectieuses » et qui ne sont autre chose que des faits d'albuminurie résiduale. Or, là aussi, la scarlatine occupe le premier rang avec huit faits à elle imputables; puis arrivent sur le même plan la grippe, la puerpéralité et l'érythème noueux, avec quatre faits pour chacune de ces infections, les autres pyrexies se partageant le reste des cas consignés.

Ce rôle prépondérant de la scarlatine est assurément à retenir; mais, si l'on considère que les infections énumérées immédiatement au-dessous ou à côté d'elle, c'est-à-dire la grippe, les angines, l'état puerpéral, sont toutes des infections où le streptocoque exerce, soit à titre d'agent pathogène, soit à titre associé, une influence dominante, on est autorisé sans doute à répéter ici ce que nous avons déjà nettement affirmé, en faisant l'histoire étiologique des néphrites infectieuses, à savoir que c'est le streptocoque qui nous apparaît comme l'agent principal, sinon le facteur exclusif de ces diverses déterminations rénales.

Mais ce rôle prépondérant de la scarlatine ne s'affirme pas seulement par la multiplicité des cas où l'albuminurie résiduale semble directement actionnée par elle; il nous paraît indéniable qu'elle exerce encore son *influence favorisante* dans nombre de faits où l'albuminurie, passée à l'état résidual, a succédé à une autre infection (grippe, oreillons, simple poussée rhumatismale ou érythémateuse). Plusieurs de nos observations consignent le fait avec précision : elles sont toutes calquées sur un type uniforme. Une scarlatine d'intensité moyenne évolue normalement, et sans présenter à un moment quelconque de son évolution des signes de néphrite ou même d'albuminurie transitoire; plus rarement des traces d'albumine sans importance ont été notées pendant la période fébrile, ou au décours, au moment de la desquamation; puis deux, trois, quatre, cinq ou six ans après arrive une infection nouvelle, grippe, dothiénentérie ou autre, qui va frapper le rein *d'une façon tout à fait disproportionnée avec l'intensité de cette seconde infection*; la néphrite se révèle quelques jours ou quelques semaines après par des troubles généraux ou locaux caractéristiques, mais la résolution de cette néphrite ne s'opère pas dans les limites régulières et l'albuminurie résiduale va se constituer. Or, dans de telles conditions, nous n'éprouvons aucune difficulté à admettre que la *scarlatine antérieure aura créé dans le rein une susceptibilité particulière* qui l'a rendu plus vulnérable et a préparé en quelque sorte, bien qu'à lointaine échéance, la localisation rénale succédant en apparence à l'infection surajoutée.

Cette notion me semble digne d'intérêt, car elle éclaire, à mon avis, certains cas d'interprétation restée encore obscure, par exemple ces faits d'albuminurie durable succédant à une poussée de néphrite légère survenue au cours d'une syphilis secondaire, en

apparence d'une grande bénignité; or, plusieurs fois, en pareille occurence, le sujet avait eu la scarlatine quelques semaines, quelques mois ou seulement un ou deux ans avant de contracter la syphilis.

Mais il serait exagéré de trop généraliser et de réserver exclusivement à la scarlatine cette action favorisante; d'autres infections peuvent agir aussi dans le même sens et *préparer l'albuminurie résiduale pour une infection ultérieure*, telle la syphilis elle-même favorisant la congestion rénale dans le cours d'une grippe ou d'une dothiénentérie postérieurement contractées; telle aussi la malaria qui, dans certaines contrées (en Algérie par exemple), a, à n'en pas douter, une action prédisposante sur les localisations rénales des pyrexies à venir.

Reste à résoudre le point le plus délicat du problème : quelle est la raison même de ces albuminuries indéfiniment perpétuées? Quel vice originel, c'est-à-dire directement subordonné à l'infection, ou bien quelle tare propre au sujet lui-même va ainsi s'opposer à la résolution définitive des localisations rénales? Pourquoi, dans d'autres cas l'infection, après avoir épargné le rein ou l'avoir à peine effleuré au cours de l'état aigu, va-t-elle y laisser définitivement son empreinte, alors que toute complication rénale avait paru d'abord écartée?

Sans doute, il se peut faire que certaines négligences d'observation ou qu'un écart de régime, voire même une intervention intempestive, aient pu dans quelques cas s'opposer à la résolution complète d'une poussée de néphrite infectieuse et provoquer la persistance de l'albuminurie à l'état résidual; mais comment expliquer les cas beaucoup plus nombreux où, malgré toutes les vigilances, malgré le régime le plus sévère, malgré *surtout la bénignité apparente de l'infection*, le rein semble avoir été frappé d'une façon indélébile?

Deux hypothèses principales paraissent pouvoir être légitimement invoquées :

1° Dans un certain nombre de cas on semble être en droit de faire intervenir *la résistance même du sujet* qui triomphera des désordres réalisés dans son parenchyme rénal; soit que l'infection n'ait touché qu'un seul de ses reins (gros rein unilatéral de la diphtérie), soit que celle-ci n'ait produit que des lésions limitées *ou parcellaires*, laissant entre elles des zones suffisamment saines pour assurer le fonctionnement relatif de l'organe, soit même que les épithéliums touchés aient subi un certain degré de réparation.

2° Bien plus souvent, au contraire, nous paraît agir la prédisposition familiale ou constitutionnelle, c'est-à-dire *la méiopragie rénale héréditaire*, précocement mise en évidence par l'infection qui, chez un sujet non prédisposé, aurait peut-être frappé le rein, mais n'y aurait pas prolongé son action. Cette disposition familiale ou constitutionnelle peut se manifester sous de multiples aspects : dans certains cas ce sera *la simple hérédité arthritique* qui se sera préalablement révélée chez le jeune sujet par différents stigmates de la diathèse, ou des décharges uriques ayant déjà surmené le rein; chez d'autres, c'est *l'hérédité brightique même* qui aura provoqué la localisation de l'infection sur le rein et en aura perpétué la durée.

On conçoit qu'à cet égard il nous soit difficile de donner des chiffres précis, les renseignements recueillis sur des fiches de consultation étant souvent incomplets, quelquefois même infidèles; je puis cependant affirmer que, sur 60 faits plus spécialement interrogés à ce point de vue, *l'hérédité brightique* se trouve consignée dans près de la moitié des cas; pourcentage qui paraîtra sans doute convaincant. Parfois cette hérédité est directe, le père ou la mère de l'enfant étant eux-mêmes brightiques ou ayant présenté, à une époque de leur vie, de la néphrite infectieuse; ailleurs, c'était seulement chez les grands parents qu'avait sévi le mal de Bright; la prédisposition constitutionnelle sautant ici, comme fréquemment la goutte, une génération. Mais, bien plus souvent, il s'agit *d'hérédité collatérale* (néphrite ou modalités variées de l'albuminurie, chez un oncle, des frères ou des sœurs) comme dans l'histoire d'un de mes anciens malades affecté d'albuminurie résiduale post-scarlatineuse, il y a vingt ans, et qui guérit au bout de quatre années; dont trois sœurs, à ma connaissance, présentèrent de l'albuminurie intermittente cyclique, dont un frère succomba à dix-neuf ans à la suite d'une néphrite post-scarlatineuse, et qui, doué d'une hérédité arthritique directe extrêmement lourde, comptait comme hérédité collatérale un oncle diabétique et un autre mort de néphrite interstitielle. Ailleurs, la *double hérédité se combine*, comme dans cette autre observation, sur laquelle nous aurons plus tard à revenir, et où nous voyons deux jeunes frères de huit et douze ans, fils de père affecté depuis huit ans d'albuminurie résiduale consécutive à une angine, et atteints tous deux aussi d'albuminurie résiduale, bien que dans des conditions extrêmement différentes; car, tandis que, chez l'un d'eux, la première poussée d'albuminurie se constate *en pleine santé apparente*, six semaines après l'évolution d'une scarlatine bénigne et au cours de laquelle les urines, maintes fois examinées, ne présentèrent pas la moindre altération, le frère cadet, au même moment, bien que préalablement affecté d'albuminurie intermittente, voyait son albuminurie disparaître sous l'influence de la même infection. Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre, mais il nous paraît inutile d'insister.

Nous publierons dans notre prochain numéro la suite et fin de cet intéressant travail.

N. D. L. R.

CHIRURGIE

Hémorragies intra-craniennes traumatiques évoluant en deux temps

Par le Dr Evariste Lafforgue

Médecin-major de 2e classe

Heidenhain a le premier signalé l'existence des hémorragies intra-craniennes survenues après un traumatisme et ayant évolué en deux périodes très distinctes, séparées par un intervalle plus ou moins long (Arch. de Langenbeck, 1890). Une première hémorragie se produit dans les premiers instants qui suivent l'accident. Comme l'épanchement auquel elle donne lieu n'est pas assez abondant ou bien n'intéresse pas une région de l'encéphale dont l'intégrité fonctionnelle soit nécessaire au maintien de la vie, on voit les signes de l'hémorragie encéphalique s'amender et disparaître plus ou moins complètement. Il se produit une amélioration progressive des troubles, par lesquels se manifeste l'épanchement sanguin. Après avoir persisté pendant dix ou quinze jours, cette amélioration graduelle des symptômes, que l'on pouvait considérer comme une évolution vers la guérison, est brusquement interrompue par de nouveaux accidents. Ceux-ci peuvent être analogues aux troubles primitifs ou bien en différer par quelques points particuliers ; ils témoignent de la production d'un nouvel épanchement de sang au niveau du foyer primitif ou dans un autre point de l'encéphale.

Cette hémorragie secondaire se pro-

duit à l'improviste, sans qu'aucun phénomène antérieur ait permis de le prévoir ou puisse l'expliquer. L'hémorragie s'effectue en dehors de toute lésion inflammatoire ou traumatique, à l'occasion d'un mouvement que le blessé fait dans son lit, comme celui de s'asseoir, par exemple.

Le plus souvent, cette hémorragie secondaire est plus grave que l'hémorragie primitive. Les troubles dont elle est l'origine ont alors une extrême gravité et revêtent une forme rapidement mortelle.

A l'autopsie des cas de ce genre, on trouve la preuve de cette évolution séparée des deux hémorragies; on constate deux foyers sanguins différents, et, quoique pouvant être contigus ou même superposés, faciles à distinguer, à isoler l'un de l'autre, leurs caractères et leur aspect indiquent qu'ils étaient arrivés à une phase différente de leur évolution.

Dans deux cas de ce genre, nous avons pu observer dans la marche des accidents et dans l'état général des blessés, des particularités susceptibles d'expliquer cette évolution en deux temps, de l'hémorragie intra-cranienne. Dans l'un d'eux, l'hémorragie secondaire a suivi à un très bref intervalle l'hémorragie primitive; mais dans le deuxième, les deux phases hémorragiques ont apparu à un intervalle de douze jours; et ce cas rentre bien dans la catégorie de ceux dont nous venons de rappeler la marche générale.

Observation I. — Ahmed ben Lakdar, spahis, trente-quatre ans. Syphilis antérieure; présente encore des accidents secundo tertiaires. Plusieurs atteintes de paludisme.

Le 9 février 1900, chute de cheval ayant entraîné une perte complète de connaissance; le blessé est relevé et apporté d'urgence à l'hôpital.

Il existe deux plaies. L'une siège au niveau de la racine du nez, elle est circulaire, de un centimètre de diamètre. Elle intéresse les os propres du nez, qui sont fracturés. Quelques petites esquilles en sont enlevées. La deuxième plaie est située sur l'arcade sourcillière droite. Elle est linéaire et porte sur la partie moyenne de l'arcade. Plaie contuse intéressant seulement les tissus mous. Une petite plaie contuse existe aussi au niveau du sillon naso-labial, accompagnée d'un peu de tuméfaction et d'œdème.

On constate l'existence d'un ozène syphilitique très ancien, intéressant les deux narines.

Le blessé offre tous les signes de la commotion cérébrale sans symptôme de localisation en foyer. Respiration lente et superficielle, par instants du type de Cheyne-Stockes. Pouls petit, régulier, ralenti; parfois, à de longs intervalles, quelques intermittences.

Le nettoyage et le pansement des plaies sont faits immédiatement. Une injection d'éther est pratiquée. Applications de glace sur la tête, et, comme le soir les symptômes de dépression cérébrale persistent, on applique des sangsues aux mastoïdes.

Le lendemain matin, vers six heures, l'infirmier placé auprès du blessé constate quelques mouvements spontanés des membres inférieurs. T. 37°5.

Léger suintement séro-purulent de la plaie nasale. Pendant le pansement, le blessé, assis sur son lit, soutenu par un infirmier, a de la tendance à se laisser choir en tournant autour de l'axe longitudinal du corps, de droite à gauche. La tonicité musculaire est revenue; la sensibilité, partiellement récupérée, est un peu émoussée et obtuse. La motilité réflexe est exagérée, la conscience très obtuse. Lorsqu'on interpelle le blessé, il regarde du côté de son interlocuteur, mais il ne répond pas nettement; ce sont des mots incohérents qu'il profère, ayant encore un peu les caractères de phénomènes réflexes.

Les yeux sont ouverts; les paupières supérieures sont toutefois un peu tombantes. Les réflexes oculaires existent, quoique paresseux.

La respiration est ralentie : 10 à 12. Le pouls est lent et présente encore quelques rares intermittences. Il est toujours un peu faible.

Applications de glace sur la tête, injections d'éther. Le blessé prend un peu de lait. Il demeure somnolent et immobile durant toute la journée. T. le soir 37°9.

Le 11 février, la conscience est redevenue à peu près complète. Le blessé répond aux questions qu'on lui pose, mais avec lenteur.

Pansé, assis, il se plaint de sensations vertigineuses orientées de gauche à droite ou de droite à gauche. Il chancelle dans le même sens, et laisse le tronc et le haut du corps s'affaisser sur le côté gauche.

Ces troubles moteurs s'accompagnèrent de pâleur de la face et de constractions spasmodiques des paupières et, moins prononcées, de la lèvre inférieure; la lèvre supérieure, œdématiée, ne pouvant être le siège de mouvements apparents.

Plaies dans le même état. T. 37°1, 37°8.

Frictions mercurielles aux mastoïdes.

Les 12, 13, 14 et 15, amélioration progressive de l'état général et local. Le blessé n'accuse plus de sensation d'instabilité dans la position assise, même prolongée.

Les 16, 17 et 18, l'amélioration des plaies s'accentue. L'ozène diminue. Troubles vertigineux très rares. Le blessé reste assis sur son lit pendant un temps assez long.

Le 20, légère élévation thermique : 37°6, 38°1. La plaie nasale ne présente rien qui explique cette élévation de la température. Pouls rapide et un peu déprimé. Sensation de lourdeur et de pesanteur céphaliques, surtout dans la région occipitale.

Le 21. T. 38° et 38°1. Vers 7 heures du soir, le blessé fait un mouvement pour se mettre sur son séant. Il retombe presque immédiatement dans le décubitus dorsal et perd connaissance. Il présente les signes de l'ictus apoplectique. Perte absolue de la conscience et de la sensibilité; résolution musculaire; réflexes oculaires très paresseux; paralysie faciale presque complète. Respiration bruyante, stertoreuse; pouls petit, irrégulier, très rapide. Température, à 8 heures : 38°9, et à 11 heures 39°6.

Toute intervention thérapeutique reste sans effet, et le blessé succombe le lendemain matin après avoir présenté les phénomènes habituellement observés dans les hémorragies cérébrales mortelles.

A l'autopsie, on constate l'intégrité des méninges en particulier, au niveau de la région antérieure et de la zone en rapport avec la plaie suppurée de la racine du nez. Cette dernière est d'ailleurs en voie de guérison.

La région pariétale et la région occipitale présentent une congestion très intense, d'autant plus intense que l'on se rapproche davantage de la région occipitale moyenne. Les méninges de la base sont congestionnées dans des régions correspondantes, c'est-à-dire dans leur zone postérieure.

Pas de traces de fracture dans l'un des os du crâne.

Dans la région occipitale on trouve un caillot sanguin sous-méningé en voie d'organisation. Il s'étend au niveau des circonvolutions occipitales gauches, sur un diamètre de deux ou trois centimètres; il est appliqué exactement contre la convexité du cerveau. On ne peut trouver le vaisseau dont la rupture a occasionné cet épanchement. Il est en voie de résorption, surtout dans ses portions périphériques.

L'encéphale présente les mêmes caractères de congestion et d'hyperhémie anormale dans les zones correspondantes. Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

On constate une hémorragie du 4e ventricule. Sang à demi-fluide, remplissant la cavité ventriculaire et s'étendant à la totalité du bulbe; caractères d'une hémorragie récente; pas de traces d'organisation de résorption. On cherche vainement le vaisseau qui est l'origine de cette hémorragie. La région ventriculaire et le bulbe sont le siège d'une vascularisation anormale, qui s'étend jusqu'à la moelle.

Les organes thoraciques présentent les lésions de l'asphyxie.

Les artères ont en certains points des altérations d'athérome; elles sont moins souples que normalement.

Les lésions nasales ont les apparences des lésions syphilitiques tertiaires.

Au niveau du foie et des reins on trouve des lésions gommeuses en évolution et cicatrisées.

Obs. II. — Ali ben Md., indigène, trente ans. Syphilis antérieure; plusieurs atteintes de paludisme. Chute de cheval le 17 mai 1900, à 7 heures du matin. A perdu immédiatement connaissance. Relevé par ses camarades, il a été apporté à l'hôpital militaire. Perte complète de connaissance. Résolution musculaire. Réflexes oculaires paresseux. La respiration est

bruyante, précipitée (huit mouvements à la minute), profonde cependant. Le pouls est rapide (88 pulsations), plein et régulier; toutefois, il présente par instants un léger affaiblissement. Pas d'émission involontaire d'urine ou de matières fécales. Pas d'hémorragies nasale ou auriculaire; pas de signes de fracture du crâne ou de lésion cérébrale localisée.

Vers une heure de l'après-midi, le blessé entr'ouve les yeux et fait quelques mouvements des membres inférieurs et supérieurs. La sensibilité est très imparfaitement recouvrée; elle est encore très obtuse. Les mouvements réflexes qui suivent les excitations sensitives ou sensorielles sont lents à se produire et de faible amplitude. La respiration et la circulation tendent à se régulariser.

Vers 9 heures du soir, les symptômes de commotion se reproduisent avec une rapidité plus considérable, et vont en augmentant jusqu'au matin. De nouveau le blessé demeure inconscient et immobile dans son lit. La respiration devient franchement stertoreuse, puis présente le type de Cheyne Stockes. Le pouls présente des intermittences et des irrégularités de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues. A différentes reprises le blessé reste plusieurs minutes sans respirer. Il succombe à 8 heures du matin, 24 heures environ après l'accident.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion osseuse.

Au niveau des fosses cérébelleuses existe un épanchement sanguin, coagulé en grande partie et situé au niveau des circonvolutions encéphaliques, auxquelles il est adhérent. Vaisseaux méningés et encépaliques très congestionnés dans la région correspondante.

Une deuxième collection sanguine, formée de sang liquide très peu coagulé, existe au niveau du bulbe et de la moelle allongée. Cet épanchement est également sous-méningé.

On ne peut isoler les vaisseaux sanguins qui ont donné lieu à l'hémorragie.

Les artères ont, en plusieurs points, des tuniques friables. On peut y voir trois ou quatre petits anévrysmes au niveau de la convexité encéphalique. Dans la région frontale se trouvent sept ou huit petites néoplasies gommeuses, de la grosseur d'un grain de chènevis.

Poumons et cœur présentent les lésions de l'asphyxie.

Au niveau du foie sont plusieurs gommes de petite dimension.

Ce qui caractérise ces deux observations, c'est donc la production d'une hémorragie secondaire plus grave que l'hémorragie primitive et s'effectuant dans un territoire vasculaire en connexion fonctionnelle avec la zone d'hémorragie primitive.

L'hémorragie secondaire peut donc, *a priori*, être considérée comme étant sous la dépendance des troubles fonctionnels et des lésions matérielles consécutives à l'accident du début, dont l'action peut être, ou non, favorisée par des circonstances accessoires et indépendantes.

A la suite de l'accident initial, se produisent les phénomènes ordinaires de la commotion cérébrale, avec hémorragie et congestion de la région sur laquelle vient se répercuter l'action traumatique. Si la résistance des parois artérielles se trouve, en quelques points, amoindrie, ou que, simplement normale, elle n'ait pas été, cependant, suffisante pour résister à l'excès de tension sanguine provoqué par le traumatisme, la rupture se produit et le sang fait irruption au dehors. Une des conséquences de cette hémorragie est l'établissement des troubles syncopaux et de dépression cardio-pulmonaire qui apparaissent dès la perte de conscience et persistent plus ou moins longtemps. Cette circonstance favorise l'arrêt de l'écoulement sanguin, lequel, si le vaisseau rompu est d'un faible calibre, peut être précoce, rapide et complet, d'où limitation plus ou moins grande de l'épanchement, et zone cérébrale, à fonctionnement aboli, plus ou moins restreinte.

La diminution de la tension sanguine a été indéniable chez nos blessés durant cette phase des accidents. Elle s'est traduite, d'un côté, par la faiblesse des contractions cardiaques et la petitesse du pouls radial et des pulsations temporales, et, d'autre part, par des signes d'anémie faciale et céphalique, à laquelle devait correspondre un état analogue et corrélatif du système artériel intracranien.

A la faveur de cette dépression circulatoire, le sang a pu se coaguler et le caillot oblitérateur se constituer et acquérir une solidité suffisante pour faire obstacle à une nouvelle issue du liquide sanguin.

Dès lors, on assiste à la résorption progressive du liquide épanché, à sa transformation et à son organisation. Les phénomènes de sidération que l'épanchement avait provoqués par une sorte d'arrêt inhibiteur de toutes les fonctions cérébrales s'atténuent graduellement, disparaissent même en partie, et il ne persiste que les troubles qui sont en rapport direct avec la zone cérébrale où le sang épanché est très abondant ou bien a provoqué une perturbation profonde des propriétés fonctionnelles des cellules cérébrales (hémorragie interstitielle). En tout cas, les phénomènes de répercussion, résultant du retentissement à distance de l'action dépressive de l'hémorragie, se dissipent. S'il ne survenait aucun incident nouveau, la réparation définitive s'opérerait sûrement et l'on assisterait à un retour à l'état normal presque complet. Mais, le plus souvent, cette évolution s'accompagne de phénomènes congestifs qui favorisent la production d'une hémorragie secondaire, à laquelle l'état particulier des vaisseaux peut, chez certains sujets, prédisposer de son côté. C'est, du moins, ce qui a été observé chez nos deux blessés.

La résorption du sang épanché a déterminé, sur toute la périphérie de l'épanchement, une turgescence vasculaire très manifeste. Il existe, dans cette région, une véritable vaso-dilatation. En même temps l'on voit se développer, dans la zone même de l'hémorragie, des vaisseaux de nouvelle formation, lesquels viennent jusqu'au milieu même de l'épanchement, y puiser les éléments constitutifs du liquide sanguin, éléments liquides d'abord, éléments figurés ensuite.

Cette néoformation vasculaire s'accompagne toujours d'une suractivité circulatoire qui se traduit par de la congestion active de toute la région voisine et de toutes les zones cérébrales ayant des connexions vasculaires avec elle. Par suite, la tension intravasculaire se trouve augmentée, les parois artérielles distendues supportent une pression anormale. Si ces parois possèdent leur souplesse et leur résistance ordinaires, rien ne vient interrompre le travail réparateur qui se poursuit alors sans incidents. Au contraire, si quelque tare, quelque altération existent en un point quelconque du territoire vasculaire à l'état de congestion, la rupture des parois artérielles altérées peut se produire, à l'occasion, par exemple, d'un afflux sanguin accidentel, d'ordre mécanique (à l'occasion d'un brusque mouvement fait par le blessé pour s'asseoir dans son lit), afflux qui vient encore augmenter davantage et brusquement, sans distension graduelle, la tension intra-vasculaire.

Cette rupture s'effectuera d'autant plus aisément que les lésions antérieures des tuniques artérielles sont plus avancées, que les tuniques sont plus friables, et aussi suivant que ces lésions siègent dans une zone congestive plus accentuée, c'est-à-dire plus voisine du foyer de l'hémorragie primitive. En effet, dans nos observations, l'hémorragie secondaire se trouvait d'autant plus voisine du foyer primitif que les accidents avaient été plus graves et la quantité de sang épanché plus considérable.

Les lésions, qui, chez nos deux bles-

sés, ont prédisposé à la rupture artérielle, consistaient dans des altérations syphilitiques : dégénérescences athéromateuses généralisées, d'une part, et, d'autre part, infiltration gommeuse en certains points du système artériel.

Cette dégénérescence des tuniques artérielles, qui n'était pas, d'ailleurs, localisée aux vaisseaux de l'encéphale (puisque l'autopsie a montré les mêmes altérations dans les viscères abdominaux, face et reins) existait aussi bien en pleine évolution qu'à l'état de vestiges d'un processus passé (cicatrisation particulière avec infiltrations fibro-calcaires); elle constituait le plus important facteur anatomique de la rupture vasculaire.

La syphilis n'est pas la seule diathèse susceptible de prédisposer à ces hémorragies traumatiques. Il en est au moins deux autres qui peuvent exercer une action du même ordre : le paludisme et la tuberculose, sans parler de l'alcoolisme, dont les lésions athéromateuses sont une des manifestations les plus communes et les plus graves.

Le paludisme peut agir de deux façons différentes. D'une part, en effet, il détermine des altérations dyscrasiques du liquide sanguin, qui retentissent sur la nutrition des parois artérielles et favorisent l'issue du sang hors des vaisseaux. Il nous suffira de citer, à l'appui de cette opinion, la fréquence des hémorragies spontanées que l'on observe au cours du paludisme chronique et même du paludisme aigu : hémorragies veinales, hémorrahies hépatiques, et la fréquence des œdèmes et des extravasations séreuses de tout ordre au cours du paludisme chronique, en dehors même de toute lésion rénale.

En second lieu, le paludisme est susceptible de déterminer directement des lésions des parois artérielles; et l'on a cité des cas d'athérome artériel uniquement produit par le paludisme.

Chez nos deux blessés, il est probable que cette double action du paludisme a dû s'ajouter à l'influence de la syphilis pour se combiner à elle et rendre le système artériel encore plus vulnérable. Tous deux, en effet, avaient eu plusieurs atteintes antérieures de paludisme aigu; et, quoiqu'ils ne présentassent pas les signes du paludisme chronique, il existait un développement anormal manifeste du foie et de la rate qui semblait bien être en rapport avec l'infection paludéenne.

La tuberculose n'était pas en cause. Mais son action pourrait se manifester par des altérations analogues à celles de la syphilis : néoplasies tuberculeuses des artères, production de petits anévrysmes, etc.

Il est une déduction thérapeutique que l'on peut tirer de l'analyse de ces faits. Pour prévenir et empêcher l'hémorragie de se produire, il faut chercher à combattre les troubles circulatoires qui en sont le point de départ, en même temps on doit modifier, s'il est possible, l'état général et l'état local du système artériel intra-cranien, état dans lequel se trouve la raison d'être de la faiblesse vasculaire.

La première de ces indications peut être remplie jusqu'à un certain point. Il est possible de restreindre la congestion intra-cranienne qui s'opère sous l'influence du travail de résorption de l'épanchement sanguin. On peut diminuer l'excès de tension intravasculaire qui l'accompagne. L'iodure de potassium, en effet, administré à la dose altérante, jouit, à cet égard, d'une efficacité incontestable. Il diminue la gêne périphérique qui s'oppose à la circulation capillaire, et favorise la résorption des liquides exsudés. Il diminue la violence de l'impulsion cardiaque en régularisant la circulation périphérique. Il peut donc, administré dès les premiers instants, prévenir, dans une certaine mesure, la production de l'hémorragie secondaire.

Une deuxième indication thérapeutique consiste dans l'utilité des pratiques dérivatives, ayant pour effet de diminuer la masse sanguine au niveau du système vasculaire encéphalique, en provoquant un afflux sanguin anormal au niveau de régions plus ou moins éloignées. A ce point de vue, les applications révulsives au niveau des membres inférieurs peuvent rendre de réels services, comme, d'ailleurs, les applications dérivatives, dans des régions voisines du siège de l'hémorragie, agissant sur des vaisseaux en connexion avec les vaisseaux rompus ou menacés de se rompre. Telles sont les applications de sangsues aux mastoïdes, applications qui semblent bien légitimées par l'analyse des faits précédents.

Enfin, au point de vue de l'état général ou local antérieur, il est prudent, dans le cas d'accidents de cet ordre, de bien explorer les antécédents pathologiques du blessé; et, dans le cas où il présenterait quelques signes d'une diathèse quelconque, il faudrait, sans retard, instituer le traitement le plus actif de cette diathèse.

Dans le cas particulier de la syphilis, qui était en cause chez nos deux blessés, il est évident que le traitement spécifique aurait pu, comme il avait déjà commencé à le faire chez le premier d'entre eux, déterminer la cicatrisation complète des lésions gommeuses péri-artérielles, qui vraisemblablement ont été la cause occasionnelle de l'hémorragie secondaire. Ainsi pourrait être prévenue cette hémorragie; et par suite il serait permis à l'épanchement primitif de se résorber complètement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 octobre

Comparaison de la dépense des muscles fléchisseurs et des muscles extenseurs de l'avant-bras, appliqués, chaque groupe isolément, à la production du même travail extérieur continu alternativement moteur et résistant

Pour élucider cette question, **M. A. Chauveau** a exécuté une série d'expériences dans lesquelles, au lieu de faire concourir ces muscles antagonistes à l'exécution d'un travail unique, il a dissocié complètement leur activité et les a employés isolément et successivement à l'exécution de travaux extérieurs distincts, absolument identiques dans les deux séries. Dans ces conditions, on devait arriver à l'une de ces deux alternatives : ou bien les travaux exécutés successivement par les fléchisseurs et par les extenseurs entraîneront la consommation d'une même quantité de O^2, ce qui indiquera que les deux ordres de muscles dépensent la même quantité d'énergie et effectuent ainsi le même travail intérieur; ou bien il y aura, dans l'un des deux cas, une absorption plus grande de O^2 et l'on en conclura que les muscles mis en jeu dans ce cas sont obligés de consacrer plus d'énergie que les autres à l'exécution de leur travail intérieur, qui apparaît ainsi plus intense, par rapport au travail extérieur resté le même.

Dans ces expériences, qui ont été au nombre de 141, les extenseurs et les fléchisseurs de l'avant-bras ont été soumis à des conditions identiques, et M. Chauveau en déduit les conclusions que voici:

1° Le travail extérieur effectué par les muscles fléchisseurs de l'avant-bras est moins onéreux que celui des extenseurs.

2° L'écart de dépense énergétique entre les deux ordres de muscles est tel qu'on peut estimer à 0,6 pour les extenseurs et à 0,4 seulement pour les fléchisseurs, le partage de la dépense énergétique totale qu'entraîne leur mise en activité dans les expériences où on les fait concourir à la production du même travail extérieur.

3° Les fléchisseurs et les extenseurs ne font donc pas le même travail intérieur

en effectuant, dans les mêmes conditions, le même travail extérieur. Le taux de la dépense énergétique, en O^2 absorbé, étant la fidèle représentation de la valeur du travail intérieur ou physiologique des muscles, le rapport de la valeur de ce travail effectué par les fléchisseurs à celle du travail effectué par les extenseurs doit être évalué à 0,8 environ.

4° Cette différence semble être due exclusivement aux conditions moins favorables du fonctionnement des extenseurs. La fatigue à laquelle cette infériorité les prédispose n'est pas le facteur essentiel du dépassement de la dépense des extenseurs. Ce dépassement se produit, en effet, aussi bien avec les petites charges, incapables d'amener la fatigue, qu'avec les grosses qui y conduisent facilement.

5° Il reste à savoir si la même différence se retrouve dans tous les systèmes fléchisseurs et extenseurs des autres régions du corps, particulièrement ceux des membres inférieurs. L'étude de ces autres systèmes s'impose, sinon pour le bénéfice qu'en peut retirer la théorie générale de la dépense générale énergétique dans l'économie animale, au moins pour les indications utiles que cette étude peut fournir sur la meilleure manière de faire travailler les muscles de l'homme et des autres moteurs animés.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. **A.-B. Chauveau**. — Sur la déperdition de l'électricité dans l'air au voisinage de sources thermales.

M. **L. Pigeon**. — Sur un effet de vide produit par une trombe.

M. **A. Guépin**. — Séméiologie du suc prostatique.

MM. **E. Bréal** et **E. Giustiniani**. — Sur un nouveau traitement des semences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre

M. Laveran indique les résultats obtenus par le Dr Pressat dans la prophylaxie du paludisme à l'isthme de Suez. Grâce aux mesures prises, le nombre des malades a considérablement diminué. En effet, le nombre des cas qui s'élevait, à Ismaïlia, à 2500 en 1900, n'a été que de 200 en 1903.

M. Gariel communique à l'Académie la réponse de la Commission créée, à l'instigation du ministre de la guerre, en vue d'examiner dans les villes de garnison les sources, leur captage, etc. La Commission estime que les conseils d'hygiène qui existent dans toutes les villes ayant spécialement pour attribution l'examen et la surveillance des eaux, il n'y a pas lieu de créer un service spécial.

M. Kermorgant lit des extraits de son rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1903. Il se plaint de l'insuffisance des renseignements fournis à l'Académie qui ne permettent pas de dresser une statistique exacte des maladies épidémiques ou contagieuses. Il passe ensuite en revue la situation sanitaire des 77 départements qui ont fourni des renseignements et formule le vœu qu'un crédit supérieur au crédit actuel de 300 francs soit mis à la disposition de l'Académie afin qu'elle puisse récompenser, comme ils le méritent, les différents mémoires relatifs aux épidémies qui lui sont adressés chaque année.

B.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

La fréquence du pouls comme élément de pronostic dans la tuberculose chronique

Au Congrès des médecins et des naturalistes allemands, qui a siégé à Breslau du 17 au 24 septembre, **M. Schneider**, médecin du sanatorium de Gœrbersdorf, a communiqué les résultats de ses recherches sur la valeur pronostique de la fréquence du pouls dans la tuberculose pulmonaire chronique, recherches comprenant un millier d'observations. La limite supérieure de la fréquence normale du pouls étant fixée à 90, l'auteur a trouvé que chez la presque totalité des tuberculeux chroniques, présentant une fréquence exagérée du pouls, quelle que fut la période de leur affection pulmonaire, même dans les cas légers, évoluant d'une façon bénigne en apparence, la marche ultérieure de la maladie était bien plus défavorable que chez les sujets dont le pouls battait normalement, alors même que ces malades avaient déjà atteint une période avancée de phtisie. La fréquence excessive du pouls à la période initiale de la tuberculose pulmonaire est donc une indication de plus pour un traitement particulièrement énergique de cette catégorie de malades. D'autre part, les tuberculoses au second ou au troisième degré ne devraient pas être écartées indistinctement des sanatoria populaires, comme on l'a fait jusqu'ici. De cette interdiction du traitement sanatorial, il faudrait excepter les malades chez lesquels la fréquence constamment normale du pouls laisserait supposer une évolution bénigne de la tuberculose, malgré le stade avancé des lésions pulmonaires.

Une simplification de l'usage chirurgical de gants en caoutchouc

M. Fromme, assistant de la clinique gynécologique du professeur Veit, à Halle, et **M. J. Gawronsky** (*Münch. med. Woch.*, 4 octobre 1904) ont pu se convaincre, par de nombreuses et patientes recherches bactériologiques, que, pour se servir de gants en caoutchouc dans les interventions opératoires, il n'est nullement nécessaire d'avoir à sa disposition un assortiment de ces gants préalablement stérilisés, ainsi que de les changer à chaque nouvelle opération. D'après ces auteurs, les gants en caoutchouc, *tant qu'ils sont intacts*, se laissent parfaitement bien stériliser sur la main du chirurgien avant comme après chaque opération, de telle sorte que la même paire de gants peut servir pour une série d'interventions successives sur divers malades. C'est là, on le voit, une très grande simplification. Désormais, chaque médecin sera à même d'employer, dans sa pratique chirurgicale, gynécologique ou obstétricale, des gants en caoutchouc dont il portera sur lui quelques paires non stérilisées qu'il stérilisera lui-même au moment d'opérer et de la façon que voici :

Après avoir lavé et désinfecté les mains et revêtu les gants, on lave la surface externe de ces derniers avec de l'eau chaude et du savon, ce lavage devant être prolongé pendant quatre ou, au moins, trois minutes. Ensuite, les mains, revêtues de gants, sont immergées, pour deux minutes, dans une solution de sublimé au millième. La stérilisation serait alors parfaite.

La lumière rouge n'influencerait pas l'évolution de la vaccine

A propos des recherches intéressantes de M. Goldmann, sur la vaccination en lumière rouge, que nous avons signalées récemment (V. *Bulletin médical*, 28 septembre), **MM. V. Knœpfelmacher** et **M. Schein** (*Wiener klin. Wochenschr.*, 6 octobre 1904) font observer que, indépendamment de M. Goldman et avant lui, ils ont, de leur côté, entrepris des essais analogues, mais avec un résultat négatif.

Ces expériences furent instituées sur dix-huit nourrissons, à l'hôpital Caroline, avec une lymphe de même provenance que celle dont M. Goldmann s'était servi. Un bras était vacciné dans une chambre noire, éclairée à la lumière rouge ; la région inoculée était ensuite tenue sous un bandeau occlusif avec interposition d'un taffetas rouge. Sur l'autre bras, on vaccinait à la lumière du jour, puis on appliquait un bandeau simplement occlusif, ou bien on laissait la partie inoculée à découvert.

Dans tous ces cas la réaction inflammatoire fut, à peu de choses près, identique. Cependant, l'évolution des lésions vaccinales a été un peu plus lente sous le bandage occlusif — pour les vaccinations en lumière rouge, comme pour celles qui avaient été pratiquées à la lumière du jour — qu'à ciel ouvert.

De ces faits, MM. Knœpfelmacher et Schein sont amenés à conclure que la lumière rouge n'exerce aucune influence spécifique sur la vaccine. Quant au bandeau occlusif, il retarde quelque peu l'évolution des pustules vaccinales en empêchant l'évaporation d'eau et en protégeant la partie contre les traumatismes extérieurs.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'exercice de la médecine par les instituteurs en Algérie

Dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, le Dr **Trolard** vient d'adresser au Dr Soulié, en réponse à son appréciation sur l'exercice de la médecine par les instituteurs algériens, une lettre que nous tenons à reproduire, car elle nous semble bien mettre la question au point.

G.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Votre appréciation sur l'exercice de la médecine par les instituteurs algériens ne sera pas, je crois, partagée par tous nos confrères de la colonie. Pour ma part, je ne saurais souscrire à cette appréciation; aussi viens-je prendre part à la discussion à laquelle vous nous avez, en quelque sorte, conviés.

Comme tant d'autres personnes, les instituteurs eussent recommandé des tisanes lénitives et rafraîchissantes, des infusions digestives, des décoctions apéritives, etc., etc., personne n'aurait trouvé mauvaise leur ingérance dans la médecine .. des bonnes femmes. Mais, vous le savez, ils font de la grande médecine, et du train dont ils y vont, ils ne tarderont pas à ouvrir des cliniques, que leurs élèves devront suivre.

Ce qui est plus grave peut-être que la généreuse, mais très imprudente ardeur des instituteurs à chevaucher dans le domaine médical, c'est l'attitude de leurs chefs hiérarchiques venant les encourager et les féliciter d'avoir violé la loi. J'estime que nos confrères, Granjux et Noir, ont parfaitement raison quand ils qualifient cette attitude « d'apologie de l'exercice illégal de la médecine ».

Supposez un évêque couvrant de fleurs, du haut de la chaire ou dans une circulaire, des prêtres, des frères, des sœurs, des congréganistes au sujet de cures merveilleuses qu'ils auraient faites. Quel *tolle* général! Et pourtant où serait la différence entre les actes des uns et des autres?

Vous nous dites que les instituteurs ont reçu, à l'Ecole normale, d'excellentes leçons d'hygiène. Ce à quoi je réponds : Arriveraient-ils à posséder l'hygiène infuse que cela ne leur donnerait pas le droit de traiter des malades. Je crois savoir, d'ailleurs, que leur professeur, notre collègue Moreau, a bien soin de les mettre en garde contre toute velléité qui pourrait les inciter plus tard à exercer la médecine.

Je réponds ensuite que, si le fait d'avoir suivi des cours d'hygiène doit être considéré comme une garantie suffisante pour entreprendre de véritables cures, les congréganistes n'auront aucune peine à se mettre en règle.

Notez que je suis et ai toujours été partisan du libre exercice de la médecine (tout en demandant le maintien des diplômes officiels, qui, soit dit en passant, ne seront délivrés sérieusement que lorsque cette liberté existera). Mais tant qu'il y aura des lois réglementant l'exercice de la médecine, elles doivent être appliquées dans leur entière intégralité, et les fonctionnaires, qui doivent d'autant plus donner l'exemple du respect de la loi qu'ils sont plus haut placés, ne sauraient s'arroger le droit de faire des exceptions. Quand une loi est atténuée ou entamée pour un motif ou pour un autre, elle n'a plus, si excellent que soit le motif, la raison d'être : c'est l'arbitraire ou le bon plaisir des hauts fonctionnaires qui, insensiblement, lui succède.

C'est parce que, dites-vous aussi, le pays indigène est, sur de nombreux points, entièrement dépourvu de médecins, qu'il faudrait tolérer l'exercice de la médecine par les instituteurs. Il y a, dans la métropole, de nombreuses régions sans médecins et l'on n'a jamais songé à des instituteurs pour combler cette lacune. Lors de la discussion sur le maintien ou la suppression de l'officiat de santé, on a fait valoir cette situation en faveur du maintien. A cet argument, on a répondu par un autre qui a paru décisif : « Il n'y a pas de demi-malades; il ne peut donc y avoir de demi-médecins ».

Vous savez, d'ailleurs, aussi bien que moi, combien sont audacieux les médicastres qui n'ont d'autres titres que ceux qu'ils se donnent eux mêmes : eh bien! j'estime que les médicastres qui ont une attache officielle quelconque sont encore plus dangereux.

Je veux bien admettre que, le plus souvent, ils ne feront pas de mal; mais il suffira d'une fois pour que le bien qu'ils auront fait soit payé d'un désastre. Vous représentez-vous un médecin (1) passant à côté de nombreux cas de choléra ou de peste sans en reconnaître la nature et laissant une effroyable épidémie s'installer à l'aise dans une région? Vous les représentez-vous vaccinant de leur propre autorité et seuls dans un douar infesté par la syphilis? Non seulement ce serait une catastrophe, mais c'en serait fait un prestige de la vaccine dans ce pays!

Il n'y a donc aucune raison pour innover, en Algérie, ce que, dans la Métropole, on n'oserait même pas proposer. Ce n'est pas, au surplus, avec des corps d'instituteurs, employés même à titre d'auxiliaires, que l'on a conquis l'Algérie : c'est avec de vrais et solides soldats, le mieux possible dressés au métier des armes. Si l'on ne veut pas faire de fausses manœuvres se traduisant par les morts d'homme plus ou moins nombreuses et, comme conséquence, par la déconsidération de la médecine, il ne faut confier la conquête morale de l'indigène par la médecine qu'à des médecins. Et, pour ma part, je n'hésite pas à dire qu'il vaudrait mieux laisser les populations arabes livrées à elles-mêmes ou à leurs *tebibs* que de leur apporter des à peu près de médecine.

Je m'empresse d'ajouter que cette éventualité ne devrait plus être envisagée aujourd'hui, puisque l'on a actuellement les moyens de jeter, en pays indigène, autant de médecins que cela sera reconnu nécessaire. Jusqu'à présent, l'Administration n'avait guère que de bonnes intentions à son actif dans ses projets d'assistance indigène. Depuis deux ans elle a mieux que cela : elle a l'argent; elle n'a qu'à puiser dans une caisse fort bien garnie.

Vous nous dites, Monsieur le Rédacteur en chef, que, depuis le commencement de l'année présente, le nombre de médecins de colonisation a été augmenté de onze. Je n'ai pas les renseignements précis au sujet des postes occupés par les nouveaux médecins et s'ils sont plus ou moins exclusivement destinés aux Indigènes. Les médecins de colonisation proprement dits, comme j'ai eu occasion de le demander déjà dans ce « Bulletin », étaient dans l'impossibilité d'assurer le service des tribus. Je crois savoir que les nouvelles créations ne répondent pas à ce besoin. En tout cas, y répondraient-elles, qu'elles sont insuffisantes : et, du moment où il y a de l'argent, tout atermoiement serait difficilement excusable. L'Administration arguera peut-être que, pour l'emploi des crédits mis à sa disposition en vue d'améliorer le sort de nos sujets français, elle a cru devoir d'abord leur bâtir des mosquées de luxe et ouvrir des bibliothèques à leur usage. J'émets timidement l'opinion que ces œuvres n'étaient peut-être pas de première urgence et qu'au surplus elles étaient moins urgentes que l'organisation d'une assistance médicale aussi complète que possible. Qu'il me soit permis d'espérer que ma timide opinion sera à l'avenir partagée par l'Administration et que toutes les ressources du chapitre 21, section IV (708 000 fr.) seront consacrées sinon entièrement, du moins dans les plus larges proportions, à l'amélioration des conditions matérielles de l'existence chez les indigènes.

Tels sont, mon cher collègue et ami, à l'appui de ma thèse, les arguments que j'emprunte aux principes et aux faits et que je verse à la discussion, dans l'espoir qu'ils serviront à résoudre une question à laquelle s'intéressent tout ceux qui ne sont pas indifférents à l'avenir de l'Algérie.

(1) Le mot « médecin » est sans doute mis par erreur d'impression pour « instituteur. »

NÉCROLOGIE

MM. Gailleton (de Lyon) et Edmond Mignot (de Gouzeaucourt).

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Evolution des néphrites infectieuses : de l'albuminurie résiduale (1)

PAR

M. le prof. TEISSIER (de Lyon)

(Suite et fin)

Il y a lieu maintenant de sortir du champ des discussions spéculatives pour rentrer dans le détail des faits et reprendre, observations en mains, la description des différentes modalités de l'albuminurie résiduale que nous avons ramenée, on s'en souvient, à trois types principaux.

I. La forme la plus saillante assurément est celle que nous avons désignée sous l'étiquette d' « *albuminurie résiduale chronique de continuité directe* », pour bien établir qu'elle est la continuation immédiate et constante, c'est-à-dire sans temps d'arrêt, de l'albuminurie symptomatique de la néphrite infectieuse, *origine primitive* et *nécessaire* des accidents. Ici, *la néphrite aiguë originelle ne manque jamais*; mais ce qui distingue l'albuminurie résiduale directement prolongée et chronique de la néphrite chronique elle-même, c'est qu'au lieu de retentir gravement sur l'état général de la santé et d'évoluer progressivement et sûrement, comme cette dernière, vers les complications et l'issue du mal de Bright confirmé, l'albuminurie résiduale ne représente plus que la manifestation tangible d'un *processus anatomique éteint, limité ou en voie de réparation*, n'entravant plus que d'une façon relative la fonction rénale, et ne retentissant plus sur l'état général que proportionnellement à cette insuffisance.

Mais si le substratum anatomique est limité, partiel, il n'en existe pas moins; et c'est pour cela que la dénomination de « *néphrite résiduale* » nous paraît pouvoir être accolée ou même substituée à celle que nous avons adoptée, les faits représentés sous cette double désignation ayant quelque chose d'analogue avec ceux décrits par Cuffer et par Gastou sous le nom de *néphrite parcellaire*, et par Bard, sous celui de *néphrite cicatricielle*. Le mot de néphrite résiduale me paraît toutefois mieux répondre à l'idée qu'il faut se faire du processus pathologique, lequel se présente à notre esprit comme une séquelle anatomique, une lésion sinon complètement morte (puisque de temps en temps les accidents sont sujets à recrudescence), du moins en voie de réparation. C'est pour cela que l'épithète de *cicatricielle* ne nous paraît pas absolument appropriée, au sens rigoureux du mot; de même celle de *parcellaire*, capable de s'appliquer aussi à un processus aigu ou *encore en évolution*, comme sont par exemple les lésions de l'infarctus rénal qui représente à nos yeux le type de l'albuminurie parcellaire.

Or, si l'on part de cette considération que ces cas d'albuminurie résiduale chronique, de continuité directe et permanente, sont symptomatiques de lésions organiques nettes, mais éteintes ou en voie de réparation, on n'aura pas de peine à admettre que les sujets appartenant à cette catégorie forment un groupe bien à part dans le cadre des albuminuries résiduales, et que, sans être des malades à confiner à la chambre ou au lit, ce sont comme *des demi-malades*, susceptibles de présenter des symptômes pathologiques variés, tenus à un traitement rigoureux, à une hygiène spéciale et à de grandes précautions diététiques. Ils restent, en résumé, des sujets en imminence morbide, jusqu'au jour où le processus anatomique étant définitivement éteint, cette albuminurie résiduale permanente aura passé à l'état d'*albuminurie résiduale vraie*, avec le rétablissement définitif des fonctions rénales et de la perméabilité physiologique.

Et cela est si vrai qu'il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau ci-joint résumant dix observations de ce premier type, pour reconnaître que tous ces patients présentent, avec une imperméabilité, légère sans doute, mais évidente, une tendance à *l'éréthisme vasculaire et à l'hypertension*. Un seul de ces malades avait un coefficient cryoscopique tout à fait physiologique indiquant une perméabilité glomérulaire normale; mais, en revanche, et comme attestant néanmoins une insuffisance notoire de ses fonctions épithéliales, on notait chez lui, au même moment, l'absence de toute glycosurie à l'épreuve de la phlorizine.

D'une façon générale, on peut dire que *ce degré de perméabilité relative mesure et commande l'importance des troubles fonctionnels correspondants* Ces troubles sont nombreux et varient à l'infini : ils dépendent aussi de l'intensité même du processus néphritique du début, et des tendances héréditaires ou constitutionnelles de chacun. Nous ne pouvons signaler que les principaux. Les œdèmes vrais sont rares; parfois seulement un peu de bouffissure de la face, de gonflement des paupières ou des malléoles; ce qui domine surtout, ce sont les signes d'anémie : pâleur, céphalée intermittente avec hypoglobulie plus ou moins marquée, souffle des jugulaires, etc., lassitude rapide, énervement facile et surtout inaptitude au travail. Les troubles digestifs sont assez communs; chez quelques malades on observe de la cryestésie, comme dans le mal de Bright larvé. En cas de poussée congestive subaiguë du côté du rein, et conséquemment de la recrudescence des signes locaux, ces différents symptômes peuvent prendre un surcroît d'importance, et un mouvement fébrile se produire, quelquefois avec hématurie ou hemoglobinurie.

Cette variabilité des symptômes généraux se retrouve dans l'évolution *des signes locaux* et en particulier dans les caractères extérieurs et dans la composition de l'urine. Celle-ci, au moment où le processus néphritique aigu tend à s'atténuer pour se constituer à l'état de *processus résidual*, change sensiblement d'aspect; elle devient habituellement plus abondante, plus limpide et plus pâle, bien qu'un dépôt muqueux se fasse presque toujours au fond du vase, sous l'influence du repos et du refroidissement. Quelques-unes de ces urines sont lactescentes, toujours faiblement acides; je les ai vues parfois alcalines à l'émission.

L'albumine est constante, avec des maxima variant avec les sujets, mais elle ne manque jamais : elle dépasse habituellement le gramme; elle est constituée ordinairement par de la *séro-globuline*, mais assez souvent aussi par de la *sérine pure*. Il n'est pas rare, lorsque la néphrite résiduale est très ancienne et si le sujet a fait abus du régime lacté, que l'albumine présente cette particularité d'être *acido-soluble*; et cela indépendamment de la proportion des chlorures contenus dans l'urine, comme dans notre observation V (14 grammes de chlorures). Plus généralement les chlorures sont en faible quantité, les phosphates aussi. Quant aux dépôts, ils varient avec l'époque de la maladie où se pratique l'examen; au début, globules rouges, globules blancs, cylindres de différentes espèces, suivant l'intensité du processus irritatif; mais après, c'est seulement dans les périodes de poussées ou de recrudescences qu'on y retrouve quelques glo-

(1) Voir notre précédent numéro.

Résumé de dix observations d'albuminurie résiduale chronique permanente de continuité directe

	DIAGNOSTIC	SYMPTOMES	DURÉE. ÉVOLUTION	CARACTÈRES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE — Caractères généraux. Albuminurie. Dépôts.	Nacl	Pho	Permeabilité	TENSION artérielle
I. Mlle L., 15 ans	Albuminurie résiduale chronique post-diphtérique.	Signes de néphrite aiguë d'intensité moyenne au début. Persistance actuellement de signes d'anémie; bruits vasculaires au cou et dilatation de l'estomac.	Début il y a 8 ans. État général progressivement amélioré depuis 2 ans. Actuellement aspect de santé relative; peut vivre la vie commune. Parfois un peu d'éréthisme cardiaque. Pas de galop.	Urines louches, parfois lactescentes, gros dépôt muqueux. Alb. *à grandes oscillations*. Séro globulinurie variant de 2 à 8 gr. Éléments figurés; leucocytes; parfois quelques globules rouges et quelques débris granuleux, plus rares actuellement. Urines plus claires.	6 gr.	— Au-dessous norm.	Coefficient $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,76 (2000 à 2500 / 1200 à 1500)	De 17 à 19 cc
II. Hy., 25 ans	Albumin. résiduale chronique post-scarlatineuse, découverte fortuite en 1902.	Aucun malaise général avant 1903. Surmenage. Poussées de néphrite subaiguë. Malaria en Algérie en 1902.	Début probablemt antérieur à la découvte de l'alb. Scarlatine à 6 ans, typhoïde à 11 ans. Malaria, etc. Alb. admirablemt tolérée malg écarts de régime et vie accid	Urines louches. Sérinurie presque pure. L'urine de la nuit ne précipite pas par la chaleur? Globules rouges lors des poussées subaiguës; débris épithéliaux, *pas de cylindres*.	6 à 7 gr.	—	Perméabilité glomérulaire normale $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,27 (2460 / 1935) Glyc. phloriz. nulle	15 à 18
III. Mlle C., 20 ans	Albumin. résiduale chronique post-scarlatineuse.	État général satisfaisant. Pas de signes d'intoxication. Rien au cœur. Seulement un peu de faiblesse; bruits anémiques. Coryzas fréquents. Légère dilatation gastrique.	Début en 1896, immédiatement après une poussée de néphrite subaiguë. Sans œdème, sans troubles nerveux ou organiques quelconques. Amélioration progressive; puis aggravation après amygdalite.	Alb. modérée au début, plus accusée après la poussée d'amygdalite; varie de 5 à 7 gr. Presque complètement *acéto-soluble*. Lambeaux épithéliaux, débris de cylindres granuleux dans les dépôts. Coefficient d'oxydation varie de 0,66 à 0,82.	6,50	Sub. norm. —	$\frac{\Delta}{\delta}$ 1,64 (2276 / 1439) Imperméabilité légère	Tendances à l'hypertension
IV. L. P., 29 ans	Album. résid. chronique post-scarlatineuse ou consécutive à une angine pultacée?	Poussées fréquentes de fluxions congestives sur le rein avec hématurie. Rachialgie fréquente. A dû interrompre son service.	Début apparent 1898, après poussées violentes sur l'amygdale avec *rachialgie*. Recrudescence notable à chaque nouvelle poussée amygdalienne.	Séro globulinurie 3 gr. au début, cylindres hématiques. Amélioration progressive de la perméabilité depuis 1902. Le coefficient $\frac{\Delta}{\delta}$ passe de 1,53 pour 2993 (diurèse mol. tot.) à 1,19 pour 3051 molécules. Album. minima variant de 0,10 à 0,20. Alb. acéto soluble.	14	Norm.	Imperméabilité assez prononcée, $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,74 (2966 / 1704) (chiffres du début)	18
V. M. R., 27 a.	Album. post-infectieuse d'origine puerpérale.	Troubles nerveux Mélancolie; fringale; quelques maux de tête; état général bon.	Début en 1891, 15 jours après délivrance; grands œdèmes; 4 gr. d'albumine.	L'album. (séro-glob.) d'abord à 4 gr. avec oscillations fréquentes, a passé, depuis 1900, à l'état d'albuminurie minima, traces souvent peu dosables.	26	?	Imperméabilité sensible $\frac{\Delta}{\delta}$ 2,27 (4266 / 1916)	19
VI. Leb., 47 ans	Album. chronique post-grippale. Un frère atteint depuis 13 ans d'album. minima de cause indéterminée.	Prédominance des phénomènes nerveux, lassitude, épuisement. Au début, pâleur de la face. Rien au cœur.	Début en 1897 par troubles vésicaux avec spermatorrhée; pendant 3 ans, rien; récidive en 1901 avec grippe; début par une épididymite et un grand vertige	4 gr. d'alb. en 1897 avec oxalurie et phosphaturie. Urines troubles, pollakiurie, parfois lactescentes. Retour en 1901 après poussée de grippe. Séro globulinurie variant de 1 gr. 50 à 2 gr. Depuis 1903, pas de cylindres. Urines du matin toujours intactes.	14 à 15	En excès	Imperméabilité appréciable. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,79 (2438 / 1076) Coeff. oxyd. 0,78	17 à 19
VII. Mme de F., 36 a.	Album. résid. chronique post-puerpérale.	Rien au cœur, rien aux organes. Phénomènes nerveux périphériques; fourmillemts; nodosités rhumatismales volumineuses; pseudo lipomes sus claviculaires; gonflement des gaines tendineuses.	Début apparent en février 1903 par phénomènes de cystite. Amélioration progressive depuis un an, retour à la perméabilité rénale.	Alb. constante à minimum matin, à maximum diurne. Séro globulinurie 0,50 environ; quelques débris granuleux au début, retour depuis août dernier à perméabilité normale $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,30 (2268 / 1741)	8	En excès 4,50	$\frac{\Delta}{\delta}$ 1,48 (2486 / 1670)	Pression élevée 18-19
VIII. Cas.	Album. résid. chronique de cause indéterminée avec recrudescence marquée à la suite d'une grippe grave.	Pas de signes généraux graves. Rien au cœur. De la pâleur, de la lassitude; depuis 1903, malgré la présence de l'albuminurie, aucun symptôme.	Début en 1886. État général mauvais, poussées bi mensuelles de congestion rénale avec hémoglobinurie. Grave recrudescence après grippe 1889. Actuellement santé parfaite.	Grandes oscillations de l'alb. au début. Varie de 0,60 à 3 gr. Séro globulinurie, quelques débris épithéliaux. Moules granuleux. Urée constamment au-dessus de 25 gr. Actuellement album. à *un taux fixe minimum*; traces matin; 0,25 le jour. Coefficient d'oxydation a varié de 0,79 à 0,91.	17	[illegible]	Perm. presque normale. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,61 (3104 / 2713) Autrefois, la recherche de la toxicité urinaire avait toujours fourni des chiffres normaux.	18
IX. M. P., 20 ans	Alb. post-scarlat. non interrompue dep. 17 ans; marq. au début par des poussées fréq. de néphr. subaiguë, avec hématurie.	Jamais de phénomènes généraux bien accusés en dehors des périodes aiguës. Un peu de pâleur et d'inaptitude au travail soutenu.	Depuis 3 ans, les études ont été reprises avec suite; la vie et le régime communs ou les infections, ne modifiant en rien *le taux fixe de l'albuminurie*; la perméabilité est complète.	Album. massive avec globules rouges, abondants dans l'urine au moment des poussées subaiguës du début, et cylindres granuleux, est depuis 3 ans réduite à un taux fixe d'albumine 0,50, *immuable* avec perméabilité normale.	10	[illegible]	L'épreuve du bleu tentée à plusieurs reprises avait montré une élimination normale.	17-19
X. Mlle R., 20 ans	Album. résid. chronique post-typhique évoluant vers la néphrite chronique	Pas de symptômes généraux marqués, ni céphalée, ni troubles de la vue, ni galop; quelques crampes et des fringales. Aménorrhée.	Dothiénentérie en 1890. Début hiver 1902 par cryesthésie marquée, vomissements, œdème, diarrhée, etc. Aménorrhée. Apr. amélioration, tendance à passer à la néphrite chronique.	Séro globulinurie. Absence de cylindres.	— 3,50	—	Imperm prononcée $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,60 (996 / 622)	17

bules rouges avec quelques débris épithéliaux ou granuleux. Toutefois, les cylindres hyalins peuvent s'observer pendant toute la durée de la maladie.

C'est, en effet, un des caractères essentiels de ce genre d'albuminurie que d'être éminemment sujette aux *recrudescences*, soit que les infections *surajoutées* trouvent un rein tout préparé et réagissant plus facilement sous leur influence, soit que les diverses causes susceptibles d'agir sur la circulation rénale (surmenage cérébral, troubles alimentaires, fatigue exagérée) et de provoquer la filtration de l'albumine chez les prédisposés, produisent des mouvements fluxionnaires plus ou moins durables, entraînant de nouvelles poussées et avec elles une élimination parfois importante d'albumine (4 à 7 gr.). Ces réinfections (surtout par angines sévères) aggravent quelquefois la situation; et en s'opposant à la résolution définitive des lésions anatomiques, elles sont capables de modifier leur évolution et de les orienter vers la néphrite chronique proprement dite.

Mais ce n'est point heureusement la règle : parfois même, nous avons vu l'albuminurie résiduale préexistante s'atténuer, et exceptionnellement disparaître au cours de la pyrexie surajoutée.

L'évolution de l'albuminurie résiduale chronique se déduit très simplement de la lecture même des observations. Dans la grande majorité des cas, la néphrite résiduale guérit, et l'on peut dire que la transformation en néphrite chronique proprement dite est seulement l'exception : nous pouvons donner à cet égard des chiffres absolument fermes, puisque c'est par centaines que nous pouvons aujourd'hui compter les faits, et que leur période d'observation s'étend sur une durée de près de vingt-cinq années. Ce qu'il importe de bien mettre en évidence, c'est que *le passage au mal de Bright confirmé dépend surtout de la nature de l'infection*; là encore c'est la scarlatine qui conserve le premier rang, et l'on peut considérer que 20 % des cas de néphrite scarlatineuse résiduale évoluent vers le mal de Bright. Mais cette évolution n'est pas toujours sous la dépendance d'une recrudescence provoquée par des infections ultérieures : la transformation en néphrite chronique peut aussi dépendre d'éléments étrangers à l'infection (surmenage, secousses morales, alcoolisme, troubles de la nutrition, disposition héréditaire enfin).

L'infection puerpérale, la dothiénentérie et la diphtérie n'influent sur cette transformation que dans 5 à 10 % des cas. Les autres infections, rougeole, grippe, oreillons, etc., encore plus rarement; je n'ai, du reste, observé, depuis que mon attention a été éveillée sur ce point, qu'un seul cas de néphrite ourlienne passée à la chronicité.

Donc, l'albuminurie résiduale, même permanente et chronique, a une tendance spontanée à la guérison. Parfois la disparition de l'albumine se fait au bout de six à huit mois, plus souvent au bout de deux et trois ans seulement et avec la disparition de l'albumine s'amendent, mais pas toujours (nous aurons à revenir ultérieurement sur ce point), les symptômes parallèles. Même après quatre et six ans nous l'avons vue disparaître, et cela sans passer par une période de décroissance progressive trop prolongée. Mais au delà de cette date, il y a de grandes chances pour que l'albumine ne disparaisse jamais, ce qui ne veut pas dire que le rétablissement de la santé ne puisse plus être espéré. Je connais un malade affecté depuis treize ans d'albuminurie résiduale chronique post-diphtérique, ayant toujours de 4 à 6 gr. d'albumine, et qui paraît néanmoins dans un état de santé florissant : absolument inlassable et capable d'un travail physique et intellectuel bien au-dessus de la moyenne. M. P... (obs. IX de notre tableau) a depuis dix-sept ans une néphrite résiduale post-scarlatineuse réduite aujourd'hui à un taux fixe d'albumine (0 50 cent. comme dose quotidienne) et qui lui permet actuellement de vivre la vie commune, sans précaution d'hygiène ou de régime, car sa perméabilité rénale est maintenant absolument physiologique.

Je pourrais rappeler encore, comme se rattachant au même ordre de faits, l'histoire si remarquable, et déjà publiée par nous, de ce malade âgé de soixante-treize ans qui, depuis quarante-huit ans, présente les stigmates d'une néphrite résiduale post-scarlatineuse contractée à vingt-cinq ans, et qui, pendant près de vingt années, élimina quotidiennement une dose de 20 gr. d'albumine. Le malade, à cette époque, fut observé rigoureusement par mon père, le prof. B. Teissier; il est maintenant réduit à une élimination fixe de 0,60 cent. environ par jour, élimination que n'influencent ni la fatigue, ni le régime, ni les indispositions intercurrentes : il jouit pour son âge d'une santé enviable, et satisfait encore à une vie professionnelle active. Cet état d'albuminurie résiduale chronique *à taux immuable*, est bien pour nous le type de l'albuminurie ou de la néphrite résiduale vraie; car la lésion est bien définitivement éteinte, et c'est alors que, suivant l'expression de Bard, on peut la dire vraiment *cicatricielle*. Les portions de l'organe irrémédiablement détruites laissent bien filtrer une certaine proportion d'albumine, mais sans globules rouges, sans cylindres ou autres éléments figurés; quant aux régions moins sérieusement touchées ou simplement effleurées par l'infection, elles ont subi la restitution *ad integrum*; peut-être même certaines fractions d'épithéliums régénérés ont-elles contribué au rétablissement de la perméabilité. Peu importe d'ailleurs le mécanisme, le résultat est réalisé; la fonction s'accomplit avec tous ses caractères physiologiques, et le malade peut cliniquement être considéré comme guéri, malgré la persistance de son albuminurie.

Dans un troisième ordre de faits, l'albuminurie résiduale chronique passe, pour atteindre la guérison, par une série d'étapes nouvelles, qui sont le prélude d'une amélioration prochaine, peut-être même de la disparition définitive : l'albuminurie, de *constante* qu'elle était, devient *intermittente*, parfois intermittente et *acyclique*, entrecoupée souvent par de grosses éliminations albumineuses, alternant avec des périodes d'élimination minima et même d'*analbuminurie*; ailleurs, elle tend au *rythme cyclique*.

Les symptômes généraux subissent une amélioration parallèle et proportionnelle à la valeur sémiologique du type clinique urinaire réalisé.

L'albuminurie résiduale chronique devient ainsi l'*albuminurie résiduale vraie*, et, après avoir présenté plusieurs mois ou plusieurs années les caractères afférents à cette modalité nouvelle, elle peut disparaître sans retour.

II. *Le deuxième groupe* des albuminuries résiduales, et auquel nous réservons le nom d'*albuminuries résiduales vraies*, est représenté par toute une série de cas cliniques absolument différents de ceux de la catégorie précédente. Ici, plus de maladie latente ou en voie de résolution, mais bien un processus définitivement éteint, une lésion morte. La fonction s'est rétablie avec sa régularité physiologique, et avec elle les attributs habituels de la santé. Les symptômes généraux sont plus souvent nuls ou à peine ébauchés: parfois un peu d'anémie, de la lassitude, quelques troubles digestifs passagers, mais surtout des troubles nerveux, conséquence lointaine de l'action des toxines sur un système nerveux

prédisposé. Mais tout signe d'irritation rénale a disparu, aucun signe d'éréthisme circulatoire, point d'hypertension, encore moins de galop. Au contraire, une *tension artérielle constamment au-dessous de la normale,* ainsi qu'on peut s'en assurer en parcourant le tableau ci-dessous, et une perméabilité rénale presque toujours parfaite. On objectera peut être que dans trois des observations ici résumées, la perméabilité rénale, appréciée par le coefficient cryoscopique, semble quelque peu amoindrie; mais ce fait ne saurait surprendre, si l'on veut bien réfléchir qu'il n'en saurait être autrement dans les période de transition propres aux cas de la première catégorie (néphrites

Résumé de dix observations d'albuminurie résiduale vraie.

	DIAGNOSTIC	SYMPTOMES	TYPE ÉVOLUTIF. DURÉE	CARACTÈRES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE				PRESSION
				Albuminurie. Dépôts.	Nacl	Pho^3	Perméabilité	
I. M. Ch., 40 ans	Album résid vraie post-angineuse.	Etat général excellent. Découverte fortuitement à propos d'une assurance.	*Albuminurie à grandes oscillations.* Souvent minima. Augmente par fatigue et refroidissement. A deux enfants albuminur. intermitt.; dure depuis huit ans.	Séro-globuline, urines foncées, chargées d'urates; parfois quelques débris épithéliaux, si poussées.	16 à 17		Un peu diminuée. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,74 { 3291 1891	13
II. Mlle Hes., 16 ans	Album. résid vraie, deux infections antérieures : angine, typhoïde.	Quelques malaises fugitifs, lassitude, tendance au sommeil. Phénomènes de migraine ophth.	*Albuminurie résiduale oscillante.* Début 1897. Disparition au moment de la formation; réapparition 1903 après état muqueux. *Inefficacité régime lacté.*	Sérum-albuminurie. Pas de cylindres, quelques leucocytes; coefficient d'oxyg.: 0,87.	12	4	Perméabilité diminuée. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,93 { 2271 1439	12
III. Mlle G., 15 ans	Album. résid. vraie de cause imprécise : rougeole? hérédité brightique?	Santé un peu fragile de tous temps, pâleur, un peu triste, estomac un peu dilaté. Actuellement état excellent.	*Albuminurie résiduale à grandes oscillations.* Constante au début (2 ans), devenue intermittente, puis disparue depuis 15 mois; non influencée par menstruation ou régime, ni infection nouvelle.	Sérum-albuminurie variant au début de 1 à 4 ou 5 gr. *Jamais de cylindres.* Etat des urines : actuellement normales.	7	Norm.	Perméabilité parfaite. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,53 { 1267 2615	10 à 13
IV. Mlle Pat., 15 ans	Album. résid. vraie post-scarlatineuse.	Au début, œdème fugace des pieds et de la face; actuellement signes de dilatation gastrique, phénomènes nerveux et anémie.	Début passé probablement inaperçu; syncope brusque 4 ans après scarlatine (1896); découverte d'albuminur. massive (sept. 1903) rapidement disparue. Actuellement albuminurie à *type orthostatique.*	Albumine diffuse influencée surtout par le passage à la station debout, peut alors devenir massive.	4	Norm.	Perméabilité normale. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,27 { 2338 1840	13
V. M. X., 30 ans (in th. Jouhay, obs. IX.)	Album. résid. post-infectieuse; rougeole, scarlatine; plusieurs poussées de grippe, dothiénentrie.	Aucun symptôme, aucun malaise malgré l'absence de tout régime ou traitement.	Albuminurie résiduale à *type orthostatique.* Début il y a 5 ans, non modifiée depuis; a tous les attributs extérieurs de la santé.	*Sérinurie pure* très influencée par la marche, l'effort musculaire.	8 à 10	?	Perm. parfaite $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,40 { 3000 2100 Glyc. phl. norm. bleu un peu retardé.	?
VI. Mlle W., 15 ans	Album. résid. vraie. Origine : oreillons, grippe, hérédité brightique.	Etat général excellent, aucun malaise; aspect florissant.	Dure depuis trois ans sans retentir sur l'état général de la santé. Découverte fortuite. *Type orthostatique.*	Albuminurie constante au début; disparition au lit. *Sérinurie pure,* quelques cylindres hyalins. Coefficient d'oxyg. : 0,82	8	27	$\frac{\Delta}{\delta}$ 1,59 { 3119 1957	12
VII. Mlle M., 26 ans	Résid. vraie succédant à angine ou scarlatine?	Malaises vagues, quelques signes d'anémie ou de dilatation gastrique.	Début constaté avant 1886 (obs. de la th. de Merley) *Type intermittent cyclique diurne.*	Albuminurie ayant présenté tous les caractères de l'albuminurie cyclique vraie avec culot d'azotate d'urée; n'apparait plus qu'à très lointains intervalles.	9,1	+	Perm. norm après 18 ans de durée. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,59 { 3119 1957	12 à 14
VIII. Mlle Ba., 18 ans	Album. post-scarlatineuse?	Rares malaises, un peu de lassitude, rachialgie, quelques signes d'anémie passagère.	Début 10 ans. Constante d'abord, devenue *intermittente acyclique.* Actuellement longue période d'analbuminurie.	Albuminurie intermittente plus souvent diurne, jamais de cylindres depuis longtemps; colorants abondants.	7,5	+	Légèrement insuffisante. $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,65 { 2408 1737	10 à 15
IX. M. Fau., 12 ans	Album. post-scarlatineuse passée à l'état *d'album. minima résiduale fixe.*	Signes de la néphrite aiguë au début. Plus tard, persistance de quelques signes d'anémie. Actuellement santé parfaite.	Début 1898. Albuminurie massive par néphrite aiguë. Après deux ans, guérison; *taux fixe* et immuable d'albumine à 0,50 cent.	7 gr. d'albumine au début, persistant un an; aucune influence du lait; cylindres gran., globules rouges.	?	?	La toxicité urinre de 0,31 au débt passe à 0,540 avec const. du *type résiduel fixe.*	Tension basse
X. M. P., 51 ans	*Album. résid. fixe due à une angine et datant de 27 ans.*	Santé toujours délicate, mais n'a jamais été arrêté dans sa vie professionnelle.	Début 1882 par angine pultacée commune; grandes oscillations coincidant avec des troubles digestifs. Actuellement *type résiduel fixe.*	Albuminurie massive au début; à grandes oscillations; peptonurie interr. Sérinurie, taux fixe 2,50.	13	?	Perméabilité complète $\frac{\Delta}{\delta}$ 1,67 { 3420 2048	Pression de 12 à 13

résiduales) passés à l'état d'albuminurie résiduale vraie; ceux surtout qui se manifestent par une albuminurie irrégulière à grandes oscillations (*type résidual oscillant*), qui est en somme la modalité la moins favorable de ce second groupe, et comme une manifestation de passage susceptible de donner lieu parfois à des malaises un peu plus accentués : nous tenions à les citer à titre d'exemples.

Mais dans les cas d'albuminurie résiduale vraie *primitive*, c'est-à-dire se déclarant d'emblée et sans avoir passé par une longue période d'albuminurie chronique, on constate généralement une perméabilité cryoscopique régulière, parfois même une *exagération sensible de la diurèse moléculaire totale*. Ici la néphrite aiguë prémonitoire n'a pas été toujours constatée; souvent même l'infection qui a entraîné cette albuminurie secondaire n'a provoqué qu'une poussée d'albuminurie absolument passagère, et ce n'est qu'au bout de deux ou trois semaines, et même plus, après une période de guérison apparente, alors que le malade en pleine convalescence se lève ou a quitté la chambre, que l'on constate par hasard les premiers signes de son albuminurie.

Dans quelques cas même, c'est seulement deux ou trois ans après l'infection très vraisemblablement génératrice, et à l'occasion d'un examen fortuit (assurance, admission dans une école), que se fait la découverte, ou encore à la suite d'une infection nouvelle ou d'une petite recrudescence provoquée par un effort exagéré, une émotion violente, etc., et ayant entraîné des malaises inaccoutumés, comme une syncope (obs. IV).

L'albuminurie résiduale vraie peut se présenter sous *trois modalités principales*, ayant chacune sa signification et son *type urinaire particulier* :

1° L'albuminurie résiduale vraie persiste à l'état d'*albuminurie acyclique* à grandes oscillations; c'est ce que j'ai appelé l'*albuminurie résiduale oscillante*. Pour nous la lésion rénale est bien éteinte, mais elle agit encore à l'état d'épine, sur un rein qui, toujours en état de méiopragie, répond avec intensité, en présence des excitations passagères (obs. 1, 2, 8, de notre second tableau); et, dans ces cas là, la perméabilité rénale peut être relativement diminuée. L'albumine, précipitée au moment des oscillations, est constituée en majeure partie par de la sérine, et l'on peut trouver dans les dépôts quelques leucocytes ou quelques débris épithéliaux. Il n'y a jamais de cylindres; les urines sont plus foncées et s'accompagnent souvent de décharges uratiques.

2° *L'albuminurie affecte le type cyclique* : a) *type cyclique régulier*, tantôt à *prédominance diurne*, comme dans le syndrome que j'ai décrit avec Pavy, et dont le cycle urinaire est si caractéristique avec son élimination albumineuse maxima l'après-midi (de préférence de la globuline), la décharge des colorants et des urates et enfin le culot d'azotate d'urée; tantôt à *caractère orthostatique* se distinguant plus particulièrement par l'élimination d'une quantité assez importante de sérine presque pure, sous l'influence du simple passage de la position horizontale à la station debout ; b) *type cyclique inconstant*, et susceptible d'affecter alternativement les deux modalités précédentes; dans cette forme, on voit l'albuminurie influencée tantôt par l'exercice, la marche ou la station debout, tantôt par le travail digestif; on y observe parfois de longues périodes d'analbuminurie; tels les deux cas des obs. 8 et 9 qui datent l'un de dix-huit ans, l'autre de dix ans, et concernant de jeunes malades restant souvent des mois entiers sans présenter la moindre trace d'albumine et qui, sous l'influence d'une fatigue un peu forte, d'une émotion, parfois seulement d'une dépression un peu marquée du baromètre, mais plus souvent à l'occasion de la fluxion menstruelle, voient parfois l'albumine reparaître deux ou trois jours avec son ancien cycle, et sans qu'un malaise extérieur trahisse cette réapparition passagère.

3° *L'albuminurie résiduale vraie persiste à l'état d'albuminurie résiduale fixe;* c'est pour nous, avons-nous dit déjà, l'*albuminurie résiduale type*. Nous en rapportons ici deux nouveaux exemples, de caractères différents, mais intéressants tous deux par les enseignements qu'ils comportent. Le premier (obs. 9) concerne un jeune garçon de douze ans chez lequel, après deux ans, une néphrite scarlatineuse grave passe à l'état d'albuminurie résiduale fixe, c'est-à-dire représentée seulement par une élimination quotidienne de 0.50 cent. de séro-globuline, sans que rien ne paraisse modifier cette dose, ni le travail, ni les efforts, ni le régime, rien. Examiné à une époque où les recherches actuelles sur la perméabilité n'étaient pas encore vulgarisées, nous avons dû nous contenter de faire à plusieurs reprises la recherche de Bouchard sur la toxicité urinaire; or, cette épreuve a démontré, après l'existence d'une longue période de rétention, le rétablissement du coefficient urotoxique physiologique, avec le retour définitif à la santé. Le second exemple paraîtra encore plus typique : l'albuminurie remonte ici à vingt-deux ans; passée d'abord par une période de grandes oscillations, elle est depuis plusieurs années ramenée à un état d'élimination fixe de 2 gr. 50 de sérine *pro die*, avec une chlorurie normale et une perméabilité remarquablement bonne. Le malade, qui n'a jamais été un colosse, vaque comme par le passé à ses occupations journalières et ne présente aucun des accidents du mal de Bright.

Nous ne saurions entrer ici dans de longues discussions théoriques, désirant nous limiter presque à un simple exposé de faits; il nous sera bien permis, cependant, de nous demander pourquoi, la lésion rénale étant considérée par nous comme définitivement éteinte, l'albumine continue à filtrer dans certaines conditions, et surtout dans des conditions variables pour ainsi dire avec chaque sujet? La lésion rénale est éteinte, sans doute, mais il subsiste le résidu des anciennes altérations anatomiques, la séquelle pathologique, ou tout au moins une susceptibilité viscérale, *une méiopragie*, suivant la si juste expression de Potain, qui met le rein en état d'*infériorité fonctionnelle*, que révéleront certaines circonstances capables de varier avec chaque individu. Ici, ce sera l'influence de l'alimentation qui se fera surtout sentir; le sujet est en état de nutrition retardante, comme en témoignent les coefficients d'oxydation par nous relevés et variant chez certains de 0.60 à 0.75; l'augmentation des déchets à éliminer surmènera l'organe, et c'est dans la période digestive que l'albuminurie apparaîtra de préférence, affectant ainsi le type intermittent cyclique diurne. Chez d'autres c'est l'influence de l'effort cérébral soutenu qui est spécialement active; l'albumine alors franchira le filtre glomérulaire accompagnée de déchets phosphorés en excès donnant lieu à un type intermittent irrégulier et variable, suivant les dispositions et la tension cérébrale du sujet examiné. Ailleurs, ce sera la congestion rénale passagère qui suit le brusque passage à la station debout et le ralentissement circulatoire qui en est la conséquence, qui provoque la filtration presque exclusive de la sérine et le développement du type orthostatique. Ici, enfin, c'est l'hérédité familiale qui laissera son empreinte sur le type de l'albuminurie; si le sujet, par exemple, est entaché de

tendance personnelle ou atavique à la tuberculose, il se pourra que le cycle affecte exclusivement le *type matinal*, ainsi que nous l'avons constaté bien des fois.

Et ces différentes considérations ne sont pas seulement de pures hypothèses destinées à fournir une explication capable de satisfaire l'esprit; elles ont une importance pratique réelle, car souvent elles serviront à régler utilement l'hygiène du sujet et à préparer sa guérison définitive.

III. Le *troisième groupe*, qu'il nous reste à considérer, comprend un ordre de faits tout à fait intéressants, mais aussi d'interprétation encore plus délicate. Car, alors que, dans les deux groupes précédents, la *filiation* entre la néphrite infectieuse préexistante et l'albuminurie résiduale se saisit toujours, bien qu'à un degré plus ou moins étroit, dans ce dernier ordre de faits, cette filiation devient parfois à un tel point difficile à déterminer, qu'on peut se poser la question de savoir si réellement le rapport de cause à effet existe vraiment entre les deux manifestations pathologiques? Examinons de près les choses.

Deux ordres de faits doivent être distingués dans ce dernier groupe des albuminuries *tardives* :

1° Ou bien une infection légère, ayant évolué normalement, a présenté au cours de son évolution des traces d'albumine, comme cela se voit souvent, du reste, à l'occasion de toute maladie fébrile, mais, en tout cas, sans qu'à aucun moment on ait eu à enregistrer un seul signe de néphrite aiguë; d'ailleurs, l'albuminurie a été passagère, n'a paru souvent qu'à l'état de traces, et pendant plusieurs mois ensuite la santé a semblé ne rien laisser à désirer. Alors le jeune sujet se met à présenter quelques malaises inaccoutumés, de la lassitude, un peu de rachialgie, de la pâleur, parfois un peu d'inappétence, ou si l'enfant est en cours d'étude, de la céphalalgie et de l'inaptitude au travail qui ne lui étaient pas coutumières; on examine l'urine et l'on constate l'existence d'une albuminurie le plus souvent intermittente, à cycle diurne ou orthostatique. Voilà pour ce premier type.

2° Dans un second ordre de faits, l'évolution sera un peu différente : le médecin est appelé auprès d'un adolescent atteint de scarlatine, de rougeole, de grippe ou d'une simple angine herpétique; il suit avec une attention éclairée la composition des urines : à aucun moment il ne trouve de l'albumine. La convalescence se passe régulièrement, et toujours sans albuminurie. Puis, au bout de cinq ou six semaines, s'il s'agit par exemple de faire rentrer au collège le petit malade ou de lui faire reprendre la préparation d'un examen difficile, le médecin consulté à nouveau et ayant examiné l'urine avant de formuler sa décision, on n'est pas peu surpris de constater cette fois de l'albumine dans les urines, albumine le plus souvent encore intermittente, à type diurne ou orthostatique. On répète alors les examens qui deviennent d'ores et déjà constamment *positifs*, indiquant l'évolution normale

Résumé de cinq observations d'albuminurie résiduale tardive et de types variés.

	DIAGNOSTIC	SYMPTOMES	TYPE ÉVOLUTIF. DURÉE	CARACTERES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE				PRESSION
				Albuminurie. Dépôts.	Nacl	Pho-	Perméabilité	
I. Mlle C., 14 ans	*Albuminurie résiduale tardive* apparue [illegible] après scarlatine non compliquée de néphrite.	Fatigue cérébrale facile, tendance aux céphalées, troubles digestifs. Cœur un peu excitable.	Début en décembre 1901. [illegible] datant du mois de mai. L'apparition de l'albuminurie semble avoir été provoquée par des études trop attentives. Hérédité neuro-arthritique chargée au maximum. Disparition de l'albuminurie à *type intermittent cyclique* par le repos. [illegible] réapparition passagère sous l'influence de la menstruation.	Caractères généraux de l'urine de l'albuminurie cyclique. Colorants en excès. Séroglobulinurie; globulinurie diurne. Pas de cylindres. Actuellement perméabilité normale presque rétablie.	7	+	$\frac{4}{5}$ 1,61 { 2267 / 1406 au début. Perméabilité actuelle 1,72 { 2886 / 1683	10 à 12
II. M. de Pr.	*Albumin. résiduale tardive* post-scarlatineuse.	Aucun signe [illegible], mais troubles nerveux; grande impressionnabilité, inaptitude au travail.	Scarlatine ayant évolué sans albumine en 1882. Albuminurie *intermittente cyclique* révélée seulement en 1886. Trois ans après (1891), l'albumine persiste dans les mêmes conditions.	Albuminurie interm. [illegible] à type diurne, manque constamment le matin. Urates, oxalates, phosphates en [illegible].	?		Recherche ne se faisant pas au moment où le malade a été suivi.	Tension basse. [illegible]
III. M. J. J.	Album. post-scarlatineuse tardive. *Albuminurie intermittente* [illegible] *viscence* 3 mois après une varicelle. *Hérédité goutteuse.*	Lourdeur de [illegible], irritabilité nerveuse, engraissement [illegible]. Plus tard, pâleur, souffle mésosystolique. Actuellement santé parfaite.	Albuminurie transitoire de très courte durée, six semaines après scarlatine de 1893. Santé excellente jusqu'en 1897. Varicelle au *printemps de 1897 sans albumine.* Album. constatée à l'automne suivant. *Type intermittent diurne habituel*. Parfois album. matinale. A disparu au bout de [illegible].	Sérinurie pure ord. 0.25 pour les périodes d'album. [illegible] gixcos. concom. légère [illegible]. Azoturie [illegible]. Par intermittences, quelques cylindres.	8	2.50	L'étude cryoscopique de la per. rén. n'était pas encore usuelle, on a fait, à plusieurs reprises l'expérience de la toxicité urinaire : résultats normaux	Pression 13
IV. M. X. [illegible]	Album. intermittent cyclique constatée un an après une angine ayant évolué régulièrement	Albuminurie recherchée à cause de lassitude et inaptitude au travail. [illegible] uricémiques.	Angine à évolution simple 1901. Été excellent: courses de campagne. Album. révélée à la rentrée [illegible] classes. Type intermittent à *double cycle*. Disparition par régime et repos.	[illegible] avec deux maxima à 11 h. matin et 6 h. soir. Urates en excès. Pas de cylindres.	6		Perméab. comp. $\frac{[illegible]}{8}$ 1,26 { 4177 / 3289	Pression 13
V. [illegible]	Album. de reviviscence tardive 6 mois après [illegible]	Gonflement des paupières, quelques maux de tête.	Néphrite ourlienne en 18[illegible]. Santé parfaite jusqu'en 1903. [illegible] rougeole et réapparition de l'albuminurie.	[illegible]	[illegible]	+	$\frac{[illegible]}{5}$ 1,26 { [illegible] / 3896	12

et régulière d'un de ces types d'albuminurie intermittente des adolescents, que nous avons si souvent décrits.

Or, quelle est la valeur de ces albuminuries tardives post-infectieuses, et quelle relation les rattache à la pyrexie qui les a précédées? Certes, il ne me saurait venir à l'esprit de nier que dans certains de ces cas la pyrexie infectieuse ait actionné elle-même l'apparition de l'albuminurie, et que l'élimination des toxines microbiennes, un certain temps répétée, soit capable de congestionner le rein à la longue et de déterminer finalement l'apparition lointaine de ces albuminuries de cycle varié. Mais, d'une façon générale, je suis disposé à ne voir, dans la grande majorité des faits, que la simple réapparition d'un processus ancien, ou à les considérer seulement comme l'occasion de la mise en marche d'une tendance constitutionnelle préexistante, tendance constitutionnelle restée jusque-là à l'état latent, et dont la maladie infectieuse n'a fait que précipiter l'apparition. Or, on sait précisément que ces albuminuries intermittentes sont des modalités pathologiques fréquentes, à titre d'expression précoce de l'hérédité goutteuse; et l'on est ainsi autorisé à admettre qu'en pareil cas l'albuminurie tardive a pu naître à *propos* de l'infection, mais *sans être constituée directement par elle*.

Et la preuve, c'est que, chez certains de ces sujets, ce type d'albuminurie à type intermittent et régulier, *préexistait à l'infection*; et que souvent, au lieu d'être exagérée par elle, l'albuminurie a pu disparaître pendant toute sa durée, soit que le repos au lit, soit que la rapidité des échanges entretenus par la fièvre aient fait disparaître l'albumine urinaire. Mais, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la maladie aiguë une fois éteinte, l'équilibre nutritif se réglant à nouveau d'après les dispositions constitutionnelles du sujet, les *manifestations diathésiques anciennes reparaissent*, et avec elle l'albuminurie. Nous donnons d'ailleurs ici même, sous forme de tableau, et à titre d'exemples, le résumé de quelques-unes de ces observations d'albuminuries post-infectieuses qui, en définitive, ne sont le plus souvent pour nous que des *albuminuries de reviviscence*.

Et en assignant à l'albuminurie résiduale tardive une semblable origine, nous tranchons du même coup une question doctrinale de la plus haute importance, puisque nous affirmons de ce fait l'existence, à titre de *modalité pathologique indépendante et bien personnelle*, de l'albuminurie cyclique intermittente (type Pavy) et de l'albuminurie orthostatique. Nous aurons ailleurs à justifier l'existence, à titre d'entité bien individualisée, de ces différents types morbides, dont il nous faudra encore différencier nettement les grands caractères cliniques; pour le moment nous devons nous borner *à affirmer leur individualité* en spécifiant bien nettement que si, dans la grande pluralité des cas, ces différents syndromes sont, à n'en pas douter, l'expression d'un reliquat anatomique laissé sur le rein par une infection préalable; ils peuvent aussi, quoique plus rarement, se constituer isolément et indépendamment de toute infection et à titre de manifestation régulière d'une dyscrasie constitutionnelle antérieure.

Ces distinctions, peut-être un peu subtiles en apparence, méritent d'être méditées; et, pour qui voudra bien observer patiemment et en toute indépendance d'esprit, il sera facile de se convaincre qu'elles répondent rigoureusement à la réalité des faits.

Il ne nous restera plus qu'à examiner, dans un exposé ultérieur, l'avenir lointain qui est réservé à un certain nombre de ces cas, l'albuminurie une fois disparue, et comment ils doivent impressionner le jugement du médecin appelé à formuler un pronostic précis dans quelques circonstances plus particulièrement délicates.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre

Scapulectomie pour ostéosarcome de l'omoplate

M. Picqué. — Cette observation, qui nous a été adressée par **M. Estor**, de Montpellier, concerne une jeune fille de quatorze ans qui, à la suite d'une chute, fut prise de douleurs dans l'épaule gauche. En même temps la région se tuméfiait progressivement et bientôt le diagnostic d'ostéosarcome de l'omoplate ne restait plus douteux. Notre confrère a fait l'ablation de cet os, avec une résection partielle de la clavicule, sur une longueur de 7 centimètres, et de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont il a tenté de suturer le bout supérieur à la clavicule. Rien de particulier dans les suites opératoires; mais, neuf mois plus tard, on constatait une récidive dans les parties molles. Une seconde ablation fut pratiquée et depuis lors (dix-sept mois) le mal n'a pas reparu. Il s'agissait d'un sarcome à myéloplasmes.

M. Berger. — La résection totale de l'omoplate donne autant de garanties de succès que l'opération inter-scapulo-thoracique, et, pour mon compte, j'ai plusieurs opérés qui n'ont pas présenté de récidives depuis un certain nombre d'années; mais il est important de poursuivre l'extension du mal partout où elle s'est faite; il ne faut pas craindre d'enlever tous les muscles qui s'insèrent à l'omoplate, car c'est là souvent le point de départ de la récidive.

Suivant la direction des prolongements il y a lieu de modifier les tracés des incisions. Quant à la suture de l'humérus à la clavicule, il est fréquent qu'elle échoue. D'ailleurs, elle n'a pas d'importance pour la conservation des mouvements de l'avant-bras sur le bras.

De l'anesthésie par la rachi-stovaïnisation

M. Chaput. — Après avoir longtemps employé la cocaïne, je l'ai abandonnée pour ne me servir que de la stovaïne, que j'ai utilisée par la voie hypodermique et par la voie lombaire. C'est de cette dernière que je veux principalement vous entretenir. Depuis une année j'ai anesthésié cent malades par la rachi-stovaïnisation, en me servant de la solution à 1/10e à la dose de 2 à 8 centigrammes. Il est avantageux d'employer une aiguille offrant un trou latéral et non pas terminal. Quarante-cinq opérations ont été pratiquées sur le membre inférieur, vingt-six sur le périnée et vingt-neuf sur l'abdomen.

Pour les laparotomies la stovaïne n'est pas utilisable, mais pour les autres opérations elle anesthésie bien. Dans 10 ‰ de ces opérations elle n'a pas atteint l'ombilic, mais cela était dû à des doses insuffisantes.

Quoique moins anesthésiante que la cocaïne, la stovaïne lui est préférable, car elle n'en offre pas les inconvénients et elle est dix fois moins toxique que la première. Cependant, si je n'ai moi-même noté aucun accident sérieux, j'ai appris que, chez un vieillard de soixante-seize ans, opéré de hernie, une injection lombaire de 7 centigrammes avait donné lieu à des nausées, à la petitesse du pouls et à un arrêt momentané de la respiration et de la circulation. Ces accidents, combattus par les injections d'éther, de caféine, et par la respiration artificielle, ont disparu au bout d'une demi-heure et du délire a seul persisté pendant huit jours.

Dans un autre cas, chez une femme de cinquante-deux ans atteinte d'arthrite sèche, une injection de 1 centigramme seulement, qui n'a déterminé aucune anesthésie, a été suivie de vomissements, de somnolence et de coma, et la mort s'est produite dans l'après-midi. A l'autopsie, on a constaté, autour de la moelle intacte, une grande quantité de leucocytes conte-

nus dans le liquide rachidien. Il me semble difficile d'accuser un centigramme de stovaïne d'avoir provoqué cette mort.

En résumé, mes observations me conduisent à formuler les conclusions suivantes :

La dose de 3 centigrammes de stovaïne injectée dans l'espace sous-arachnoïdien permet de faire toutes les opérations de la région périnéale, du pied et de la jambe jusqu'au genou.

La dose de 4 à 5 centigrammes permet de faire, avec une anesthésie certaine et parfaite, toutes les opérations sur la cuisse et les cures radicales de hernies inguinales.

La stovaïne lombaire est très avantageuse pour la réduction des fractures et des luxations des membres inférieurs.

Il est difficile d'exécuter les laparotomies avec la rachistovaïnisation.

Les anesthésies médiocres sont en rapport avec des doses insuffisantes.

La stovaïne ralentit le pouls, même en cas d'hémorragie. Elle resserre la pupille, dilate les vaisseaux et congestionne légèrement la face et le bulbe. Elle n'expose pas du tout à la syncope et permet au besoin d'opérer les malades assis.

Les suites de la rachistovaïnisation sont très bénignes; elle permet l'alimentation immédiate, elle provoque une rachialgie ou une céphalalgie assez fréquentes, mais très légères; elle ne provoque qu'une faible élévation de température. Avec la rachistovaïnisation, les opérations sur l'anus ne sont pas suivies de rétention d'urine.

M. Reclus. — Depuis une année également je fais usage de la stovaïne comme anesthésique local, et je n'ai qu'à m'en louer, bien que son action soit moins forte que celle de la cocaïne. Je m'en sers en solution à un demi-centigramme pour 100.

Je ne pense pas, contrairement à ce que je croyais naguère, que la stovaïne soit un vaso-dilatateur ; je crois que son action est neutre.

A propos des accidents que M. Chaput a relatés, je dirai à notre collègue que la dose de 7 centigrammes diffère peu des 5 et 6 centigrammes qu'il emploie. Aussi faut-il faire des réserves sur la genèse de ces accidents, mais il est bon de savoir que les médullaires ne peuvent supporter les injections de cocaïne et de stovaïne.

Je ne sais si la rachistovaïnisation était bien nécessaire dans les opérations rapportées par M. Chaput. Pour la plupart d'entre elles, l'anesthésie locale aurait suffi.

M. Delbet. — Je n'ai pas fait d'injection de stovaïne lombaire, car j'estime qu'il faut respecter les centres nerveux. J'ai pratiqué une dizaine de fois des injections hypodermiques sans accident, même en injectant jusqu'à 0,20 centimètres cubes de solution, mais j'ai noté que la stovaïne est moins anesthésiante que la cocaïne.

M. Tuffier. — J'ai continué la rachicocaïnisation pour les opérations graves du membre inférieur, du périnée, du scrotum et pour les cures de hernie, et je n'ai pas eu d'accidents sérieux à noter.

La stovaïne, localement, est suffisante pour les petites opérations. Quant à la rachistovaïnisation, je la fais avec la même solution que pour la cocaïne. L'anesthésie est moins prolongée et moins haute qu'avec cette dernière, et elle a certainement moins d'inconvénient. Peut-être cela tient-il à ce que la stovaïne reste localisée et diffuse moins rapidement.

Présentations

M. Lucas-Championnière. — Homme: *Résection pour tumeur blanche du poignet.*

En raison des séances du Congrès de chirurgie qui auront lieu du 17 au 22 octobre, la Société ne se réunira pas le mercredi 19 octobre.

Ozenne.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 octobre

Sur les indications fondamentales dans le traitement de la colite muco-membraneuse

M. A. Mathieu. — La colite muco-membraneuse n'a certainement pas d'unité étiologique. Cependant, une fois qu'elle est constituée, on retrouve dans tous les cas un certain nombre de maîtres symptômes qui dominent sa séméiologie, et, comme cause de ces maîtres symptômes, un petit nombre de facteurs pathogéniques qu'il est assez facile de dégager et qui fournissent pour le traitement les médications primordiales.

Le plus important de ces maîtres symptômes est certainement la constipation : quand on guérit la constipation, on guérit du même coup la colite muco-membraneuse. Il importe donc, tout d'abord, de rechercher dans quelles conditions elle se produit, et quel est le mécanisme qui l'entretient et lui donne ses allures particulières.

Cette constipation est, dans le plus grand nombre des cas — sinon même toujours — due au spasme, soit partiel, soit généralisé du colon. L'examen méthodique du ventre, pratiqué chez un grand nombre de malades, ne laisse aucun doute à ce sujet.

Nous voici donc amenés à rechercher quelle est l'origine de ce spasme. Incontestablement, il se produit plus facilement chez les névropathes chez lesquels les réactions nerveuses sont excessives. Il me semble reconnaître toujours comme cause une *action réflexe, soit à court, soit à long circuit.*

L'action réflexe à court circuit a pour point de départ la muqueuse du colon elle-même.

Le point de départ des réflexes à long circuit peut être très variable : ce peut être une lésion de l'appendice, une lésion des annexes de l'utérus, une lésion des voies biliaires, etc.

Quant aux ptoses abdominales, et plus particulièrement encore à la néphroptose, leur coïncidence avec la colite muco-membraneuse est incontestable : il y a au moins une femme atteinte de ptose rénale sur trois femmes atteintes de colite muco-membraneuse.

J'estime que, pour expliquer l'action pathogénique des ptoses abdominales, en particulier de la néphroptose, on doit invoquer les tiraillements exercés sur les filets nerveux par l'organe déplacé. Ceci explique aussi le soulagement que le decubitus horizontal procure souvent dans la colite muco-membraneuse.

Comme la colite muco-membraneuse n'arrive guère à son degré le plus grand d'intensité que chez les névropathes, on en a conclu, parce qu'on a perdu de vue les degrés intermédiaires, qu'elle était la conséquence directe de la névropathie et qu'elle constituait une névrose sécrétoire.

Mais les cas atténués de colite muqueuse ou muco-membraneuse sont très fréquents chez les constipés, et il y a une échelle insensible des cas de constipation avec quelques rares mucosités, sans douleurs, jusqu'aux formes graves de colite muco-membraneuse des neurasthéniques ou des hystériques.

Jusqu'à présent, j'ai laissé de côté la sécrétion muqueuse ou muco-membraneuse, pour ne m'occuper que du spasme, et cependant la formation des muco-membranes semblerait devoir être, tout d'abord, envisagée et étudiée dans un état morbide qu'elles ont servi à dénommer et qu'elles semblent surtout caractériser.

Je ne nie pas l'hypersécrétion d'origine réflexe. Toutefois, il me paraît que, dans le mécanisme pathogénique, les excitations réflexes réunies de la muqueuse elle-même jouent un rôle plus habituel et plus important encore que les irritations réflexes à long circuit.

On voit, du reste, les irritations directes de la muqueuse colique devenir assez souvent le point de départ de la colique muco-membraneuse : on la voit se produire, par exemple, à la suite de lavements médicamenteux irritants, comme l'a signalé Boas, ou de poussées estivales ou automnales de dysenterie nostras ou de colite dysentériforme.

Dans tout ce tableau, il n'y a pas eu de place pour la névrose sécrétoire primitive d'origine centrale. On peut seulement invoquer en sa faveur les poussées d'hypersécrétion muqueuse qui surviennent assez souvent soit au cours des règles, soit au moment où les règles devraient se produire, ainsi que notre collègue, M. Dalché, le rappelait très justement dans un récent article du *Bulletin médical* (1904, n° 36).

Pour ma part, j'ai tendance à croire

que ces poussées sont, le plus souvent, moins spontanées qu'elles le paraissent; elles révèlent souvent, à grand fracas, une colite jusque-là latente et de faible intensité.

De ce qui précède, il me paraît résulter que les indications fondamentales du traitement de la colite muco-membraneuse sont les suivantes :

1° Faire cesser la constipation en évitant les moyens susceptibles d'entretenir le spasme du colon et l'irritation superficielle de sa muqueuse.

La clinique montre que les moyens qui y réussissent le mieux sont : les grands lavements à faible pression, les lavements d'huile pure, la belladone, et surtout l'électrisation de l'intestin.

2° Supprimer les excitations réflexes à long circuit lorsqu'elles existent.

Ainsi s'expliquent les bons effets obtenus contre la colite muco-membraneuse par la guérison de la lithiase biliaire, de l'appendicite, des lésions des annexes de l'utérus, etc.

3° Diminuer l'irritabilité nerveuse abdominale et l'irritabilité nerveuse générale.

Les moyens d'obtenir la sédation de l'irritabilité réflexe de l'abdomen sont les applications chaudes, les grands bains chauds, la cure d'horizontalité, lorsqu'il y a un degré accentué de ptose viscérale.

Les meilleurs agents contre l'excitabilité nerveuse générale sont : les grands bains encore, l'hydrothérapie, l'électrisation statique et enfin les calmants médicamenteux.

4° Alimenter suffisamment les malades en leur donnant une nourriture peu excitante soit pour le système nerveux, soit, localement, pour le tube digestif et, plus particulièrement encore, pour le gros intestin.

5° En dernière ligne, je place l'indication d'agir directement sur l'inflammation superficielle de la muqueuse colique.

Cette indication n'existe, d'une façon urgente, que dans les poussées aiguës ou subaiguës, initiales ou paroxystiques de colite dysentériforme : elle est le mieux remplie, à mon sens, par les grands lavements avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 4000, 1 p. 5000 environ.

Plus tard, si l'on obtient parfois un certain bénéfice de l'emploi de topiques, tels que l'ichthyol en solution très faible (1 à 5 ‰), il ne faut pas oublier que, toujours la colite guérit lorsque guérit la constipation, sans qu'il soit indispensable de recourir à une indication topique.

De la glycérine dans le pansement des plaies et des pyodermies

MM. P. Gallois, Flourens et Walter. — La glycérine a déjà été employée, dans le pansement des plaies, par Demarquay, et, dans le traitement des affections cutanées, par Lailler. Cependant, elle est, actuellement, peu usitée. Elle nous paraît, au contraire, être une substance des plus utiles par le traitement externe, et nous pensons rendre service aux malades et aux médecins en indiquant les résultats que nous avons obtenus avec la glycérine employée en pansement d'une façon systématique et intensive.

Voici le procédé auquel nous avons recours. On prend une feuille de ouate hydrophile suffisamment large pour recouvrir, et au delà, la plaie ou la pyodermie que l'on a à traiter. On commence par plonger cette feuille de ouate hydrophile dans un liquide aseptique ou antiseptique (eau bouillie, solution boriquée, etc.) Puis, retirant la ouate, on l'exprime énergiquement pour qu'il n'y reste presque plus d'eau. On étale ensuite cette ouate humide et l'on y verse abondamment de la glycérine boriquée à 10 %.

La feuille de ouate glycérinée appliquée sur la peau sera recouverte d'une feuille notablement plus étendue de ouate ordinaire *non* hydrophile.

Nous fixons ce pansement avec une bande de mousseline souple.

L'application de la glycérine sur une plaie provoque souvent une certaine cuisson. Cette cuisson, cependant, est assez supportable et ne dure que quelques minutes. D'ailleurs, c'est presque exclusivement lors du premier pansement qu'elle se produit.

Suivant l'abondance de la suppuration, le pansement pourra être changé tous les matins ou restera en place plusieurs jours de suite.

Pour qu'un pansement soit considéré comme bon, il faut qu'il produise une sorte de courant osmotique allant de la plaie vers l'extérieur. En absorbant la partie aqueuse du pus, et en lui permettant de s'évaporer, la glycérine réalise ainsi, d'une façon parfaite, ce desideratum.

Dans les pyodermies, le pansement glycériné nous a paru bien supérieur aux pansements aseptiques actuellement usités.

C'est ainsi que nous nous en sommes bien trouvés dans le traitement des *furoncles* et *anthrax*, des *abcès multiples de la peau chez les enfants*, du *panaris sous-unguéal*, de certains *eczémas aigus*, du *zona*, des *brûlures*, des plaies de *vésicatoires*, de l'*impétigo* et de l'*echtyma*.

Dans l'*impétigo*, lorsque l'enfant n'a que quelques plaques peu étendues, on peut se contenter de les toucher avec la glycérine boriquée sans mettre de pansement par dessus. Mais, dans les cas de labialite impétigineuse, la glycérine se déshydrate trop énergiquement. La vaseline boriquée, dans ces cas, est bien préferable. Quand l'impétigo occupe des surfaces étendues et se présente sous forme de grands placards, il faut faire un pansement complet. Nous avons eu à soigner des enfants dont toute la face était recouverte d'un masque impétigineux avec plaques disséminées sur le cuir chevelu. Nous avons fait envelopper toute la tête dans de la ouate imbibée de glycérine boriquée. Le pansement formait un véritable casque n'ayant de trous que pour la bouche et les yeux. Sous le pansement boriqué, et très rapidement, les croûtes se décollent, le pus se dessèche, l'épiderme se referme.

Nous devons dire qu'un malheur nous est arrivé. Un enfant de trois mois avait le crâne, la face, le cou, les bras et les jambes tout couverts d'impétigo. Nous lui avons appliqué un vaste pansement à la glycérine boriquée. En trois jours l'amélioration avait été si grande qu'on projetait pour le quatrième jour de supprimer le pansement pour la tête et de se contenter d'onctions à la glycérine boriquée. Mais dans la nuit l'enfant est mort subitement sans que rien ait pu faire prévoir un dénouement si funeste. Comment devons-nous interpréter cette mort? Faut-il incriminer une intoxication par l'acide borique? Le fait que l'enfant avait eu le soir des températures dépassant 39° serait en faveur de l'hypothèse d'une septicémie par suppuration cutanée.

En tout cas, en semblable circonstance, il serait peut-être prudent de n'attaquer que successivement les diverses plaques d'impétigo, ne serait-ce que pour se mettre à l'abri de toute récrimination.

M. Mathieu. — J'ai souvent vu des malades absorber, sans inconvénients, 100 à 200 grammes d'eau boriquée, en vingt-quatre heures. Cette médication, fréquemment employée autrefois pour réaliser l'antisepsie urinaire, éclairci les urines mieux que ne le fait l'urotropine.

M. Bardet. — Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer des accidents d'intoxication à la suite de l'emploi médicamenteux de l'acide borique. Il faut toujours se servir d'acide borique chimiquement pur.

M. Burlureaux. — Autrefois, Villemin, au Val-de-Grâce, faisait ingérer de l'eau boriquée, comme antiseptique intestinal, aux typhoïsants. Cette pratique ne produisait pas d'accidents toxiques.

M. Barbier. — J'ai observé des accidents sérieux d'intoxication chez un enfant qui avait bu de l'eau boriquée.

A propos du traitement de l'impétigo, lorsqu'il s'agit de foyers impétigineux peu nombreux, une bonne pratique consiste à enlever les pustules aux ciseaux, et à cautériser au nitrate d'argent. La guérison est alors particulièrement rapide.

Dans l'ecthyma térébrant gangréneux, il est nécessaire de remonter l'état général; localement, on emploie l'onguent styrax qui fait merveille. Mais il faut s'abstenir de l'application des pointes de feu qui, en raison de la prédisposition des téguments à la gangrène, peut déterminer des pertes étendues de substance avec perforation de la paroi thoracique.

Succès de l'opothérapie hépatique dans un cas de cirrhose du foie

M. J. Regnault (Toulon). — J'avais eu l'occasion de remarquer les excellents résultats obtenus par les médecins chinois dans le traitement de certaines affections hépatiques par la bile de bœuf et le suc organique du foie de porc. J'avais obte-

nu moi-même de bons résultats d'un semblable traitement dans divers cas de congestion hépatique, mais c'est seulement l'année dernière, au mois d'octobre, que j'ai employé l'opothérapie dans un cas de cirrhose du foie avec splénomégalie.

Il s'agissait d'un homme, âgé de trente cinq ans, ayant eu la dysenterie aux colonies, et qui avait abusé des boissons alcooliques.

Au moment de mon premier examen, le foie est hypertrophié et douloureux, la rate est très volumineuse et douloureuse, les pieds et les jambes sont œdématiés, les articulations du genou et du cou-de-pied sont légèrement gonflées et les mouvements en sont douloureux. Il existe de l'ascite, sans que la circulation abdominale collatérale soit cependant apparente; les selles sont peu colorées; les urines, assez abondantes, ne contiennent ni sucre ni albumine; le teint est très légèrement subictérique; il n'y a pas de lésions du côté du cœur. L'affection remonte à dix-huit mois.

Je fais la prescription suivante:

Bile de bœuf maintenue sur un feu doux jusqu'à consistance sirupeuse. 20 gr.
Poudre de rhubarbe et poudre de quinquina à parties égales........ q. s.

pour pilules.

Diviser et répartir la masse en quarante pilules ou bols semblables; quatre de ces bols par jour.

Régime de chaque jour:

Foie de veau, de porc ou de mouton cru ou légèrement grillé.......... 150 gr.
Rate de porc ou de mouton crue et réduite en bouillie.............. 50 gr.
Lait........................... 2 à 3 lit.

Sept jours plus tard, le malade se sent beaucoup mieux; les jambes sont moins œdématiées, les articulations sont plus souples; l'ascite a considérablement diminué.

Après trois semaines de traitement, le malade pouvait complètement abandonner son régime alimentaire spécial; il a seulement repris, après quelques jours de repos, ses pilules de bile de bœuf. Les œdèmes, l'ascite, les douleurs ont complètement disparu; le foie et la rate ont diminué de volume; le malade a un excellent appétit, il a repris de l'embonpoint et il peut faire régulièrement son service de conducteur de tramway.

L'amélioration s'est maintenue.

D[r] Vladimir de Holstein

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre

Rétrécissement mitral très serré méconnu. Insuffisance des signes physiques

MM. de Massary et Tessier présentent un cœur dont l'orifice mitral est rétréci au point de ne pouvoir laisser passer qu'une tige de la grosseur d'un crayon; le ventricule droit est très dilaté, entraînant ainsi une large insuffisance tricuspidienne. La malade est morte d'une embolie pulmonaire. Ce fait ne comporte d'intérêt que parce que ce rétrécissement mitral très serré ne s'était révélé par aucun signe physique; seul était perçu un souffle systolique très fort, qui fut interprété tantôt comme un souffle d'insuffisance mitrale, tantôt comme un souffle de rétrécissement aortique et, enfin, ce que l'autopsie confirma, comme un souffle d'insuffisance tricuspide; mais jamais, pendant plusieurs mois que la malade passa dans le service, on ne put soupçonner le rétrécissement mitral. Ainsi se trouve confirmée une nouvelle fois l'opinion de Rendu, enseignant que le rétrécissement mitral très serré pouvait ne se manifester par aucun signe stéthoscopique.

Manifestations ostéo-articulaires et psychiques accompagnant la maladie de Recklinghausen

M. Jeanselme présente un malade qui offre la triade classique de la neuro-fibromatose: taches pigmentaires, fibromes cutanés et névrome, et de plus une absence congénitale du péroné et des signes manifestes d'instabilité mentale.

De cette observation et de plusieurs autres de ce genre, l'auteur conclut que la dystrophie cutanée, appelée maladie de Recklinghausen, est l'une des multiples expressions d'une disposition tératologique générale.

M. Danlos fait observer, pour qu'on n'exagère pas, sans le vouloir, le nombre des cas de maladies de Recklingausen avec états psychiques spéciaux, que ce malade a été déjà présenté à plusieurs Sociétés, notamment à la dermatologique.

Glycométrie du liquide céphalo-rachidien chez l'enfant

M. Sicard. — La glycométrie du liquide céphalo-rachidien de l'enfant nous a montré qu'à l'état normal la teneur en glycose de ce liquide oscillait entre 0,40 et 0,50 pour 1000. Dans certains cas cliniques il peut exister soit de l'hyperglycose, soit de l'hypoglycose rachidienne.

L'hyperglycose rachidienne se rencontre au cours du diabète, de la coqueluche, des tumeurs à siège méso-céphalique.

L'hypoglycose rachidienne est fonction de méningite aiguë tuberculeuse ou cérébro-spinale. On comprend, dans cette dernière série de cas à hypoglycose, l'importance diagnostique de ce procédé, le cytodiagnostic pouvant être parfois d'une interprétation délicate au cours de certains syndromes méningés aigus.

Hémiplégie transitoire pendant une diurèse médicamenteuse dans l'asystolie

MM. Achard et Ramond rapportent l'observation d'une cardiaque asystolique qui fut prise d'hémiplégie transitoire pendant une diurèse, d'ailleurs modérée, provoquée par la théobromine.

Divers accidents nerveux ont été observés dans des conditions analogues, c'est-à-dire pendant la résorption ou après l'évacuation d'hydropisies, non seulement chez les cardiaques, mais chez les brightiques et les cirrhotiques. La pathogénie de ces troubles reste obscure, mais il semble bien que l'on doive surtout invoquer des modifications de la circulation cérébrale, notamment l'œdème qui a été rencontré dans quelques autopsies.

Le plus souvent il s'agit de symptômes nerveux diffus: délire, vertige, coma. Lorsqu'il s'agit de symptômes de foyer, on peut admettre que les troubles circulatoires prédominent en certaines parties de l'encéphale. C'est ainsi que les urémiques peuvent être atteints d'accidents localisés, tels que hémiplégie, aphasie, épilepsie partielle, explicables par de petites suffusions sanguines cortico-méningées dans les régions motrices; MM. Achard et Ramond en citent précisément un cas personnel.

Les paralysies transitoires d'origine cardiaque, décrites en 1897 par MM. Achard et Lévi, font partie d'un groupe important d'accidents cérébraux produits non par de grosses lésions encéphaliques mais par des troubles circulatoires et des altérations parcellaires. Parmi les circonstances étiologiques de ces paralysies, il convient, comme le montre l'observation actuelle, de faire une place aux perturbations de l'équilibre humoral résultant de l'évacuation des hydropisies.

M. Siredey cite un cas personnel qui vient à l'appui de l'hypothèse émise par MM. Achard et Ramond, relativement à la pathogénie des accidents nerveux observés pendant la résorption ou après l'évacuation d'hydropisies.

Atrophie infantile prolongée

M. Variot présente une enfant âgée de deux ans et neuf mois, qui n'a que 68 centimètres de taille et ne pèse que 13 livres 500 (poids moyen d'un enfant de 5 mois). Elle marche cependant, trotte, est intelligente, propre, et pas difforme en somme, quoique très légèrement rachitique.

Sa mère, encore vivante, est tuberculeuse; elle ne put lui donner qu'une faible quantité de lait et elle n'en avait que dans un sein. Cette alimentation lactée très insuffisante, puis prématurément cessée et suivie d'alimentation défectueuse, paraît être la véritable cause de l'atrophie de cette enfant, car le père est vigoureux et sans tare apparente. Depuis six jours que l'enfant est dans le service de M. Variot, elle a déjà gagné 200 gr. sous l'influence du lait et de quelques purées de pommes de terre.

Emploi du citrate de soude pour obtenir la tolérance du lait chez les nourrissons

M. Variot dit qu'il s'est très bien trouvé de ce médicament, à peu près inusité en France, mais très préconisé en Angleterre, pour faire tolérer le lait à des nourrissons qui ne le supportaient plus. On donne, avant chaque prise de lait, une cuillerée à dessert ou une cuillerée à

bouche, suivant l'âge des enfants, d'une solution contenant 5 grammes de citrate de soude pour 300 grammes d'eau.

Ce médicament est sans inconvénient, ce qui est déjà un grand avantage; mais il faut savoir qu'il s'altère assez vite. Aussi fera-t on bien de le préparer par double décomposition, en faisant agir l'acide citrique sur du bicarbonate de soude, jusqu'à neutralisation au papier de tournesol.

J. J.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Cure chirurgicale du varicocèle par le raccourcissement du crémaster

Depuis quatre ans, M. **Vince** (*Journ. méd. de Bruxelles*, 6 octobre 1904), chirurgien-chef de l'hospice de l'infirmerie, à Bruxelles, a recours, dans les varicocèles où l'intervention opératoire est indiquée, à un procédé de cure chirurgicale, basé sur les considérations suivantes :

Le crémaster est le muscle suspenseur du testicule ; sa contraction rapproche la glande du pubis et facilite ainsi le retour du sang; mais,en même temps qu'il élève le testicule, il exerce une pression sur toute la surface du plexus veineux et en chasse le sang vers le bassin. Il est le grand adjuvant de la circulation de retour. Dans la plupart des varicocèles, on le trouve flasque, distendu, forcé pour ainsi dire. En le raccourcissant,on devait non seulement favoriser l'effet utile de sa contraction, mais on suspendait encore le testicule en bonne position, réalisant ainsi la « suspension physiologique » du testicule.

Cela étant, l'auteur a été amené à pratiquer la résection d'une partie du crémaster pour la cure du varicocèle.

Voici les différents temps de l'opération :

1° Incision des téguments depuis l'anneau inguinal jusqu'au pôle supérieur du testicule.

2° Section longitudinale de la tunique fibreuse sur la même étendue.Séparation de cette tunique d'avec le crémaster.

3° Section longitudinale du crémaster et isolement du cordon spermatique, qu'on récline en dehors à l'aide d'une compresse.

Deux pinces longuettes sont appliquées transversalement sur le crémaster étalé; elles sont distantes d'environ 6 centimètres; toute la partie du muscle comprise entre les pinces est réséquée. Suture en surjet des deux extrémités.

On replace le cordon à la surface du crémaster et on referme par dessus la section longitudinale.

4° Suture de la tunique fibreuse et de la peau.

Il va sans dire que, dans les cas de varicocèle très volumineux, ou lorsque les veines sont profondément altérées, on pourra en réséquer la quantité voulue au cours du troisième temps.

Le testicule est ainsi élevé de 5 à 6 centimètres. Le scrotum, quelle que soit sa distension, revient bientôt sur lui-même.

Le crémaster est plus ou moins charnu suivant les sujets ; il est toujours assez développé pour qu'on puisse exécuter le procédé.

L'auteur a revu récemment deux de ses premiers opérés qui demeurent indemnes de toute récidive, et n'ont plus éprouvé depuis l'opération ni gêne ni douleur.

Détermination de la limite inférieure de l'estomac au moyen d'une sonde aimantée

Aux divers procédés préconisés, dans ces derniers temps, pour la recherche de la limite inférieure de l'estomac, **M. Weitlander** (*Wien med. Presse* et *Vratch. Gazeta*, 1904, n° 38) en ajoute encore un, celui de la « sonde magnétique ». On introduit, dans la cavité stomacale, une sonde œsophagienne molle dont le bout, *non fenêtré*, renferme un paquet de 20 aiguilles à coudre fines, ayant été, au préalable, aimantées, une à une, puis liées, au moyen d'un fil de plomb, en un faisceau long de 2,5 à 2,8 centimètres. La sonde, une fois placée dans l'estomac, rien de plus facile que de déterminer la limite inférieure de cet organe à l'aide d'une petite boussole qu'on promène sur les parois abdominales et dont l'aiguille dévie aussitôt qu'elle se trouve au-dessus de l'extrémité de la sonde contenant le paquet aimanté.

Nouveaux succès du traitement radiothérapique de la leucémie

L'action favorable des rayons X sur l'évolution de la leucémie, affection si rebelle aux moyens de traitement dont nous disposions jusqu'ici, se confirme chaque jour. **M. Fried** (*Münch. med. Woch.*, 4 octobre 1904), assistant de la clinique médicale du professeur Penzoldt, à Erlanguen, relate deux nouveaux faits d'amélioration manifeste rapide de la leucémie par la radiothérapie. Cette amélioration s'est manifestée par la diminution, jusqu'à un taux à peu près normal, du nombre de leucocytes avec augmentation du nombre des hématies, ainsi que du taux de l'hémoglobine, et réduction du volume de la rate hypertrophiée.

Les bons effets des rayons X chez les leucémiques, sont-ils, en général, stables ou passagers? C'est là une question qui ne saurait être tranchée, à l'heure actuelle, les essais de traitement radiothérapique de la leucémie étant de date encore trop récente

Utilité de la position élevée du bassin dans le placenta prævia

Dans un cas de placenta prævia avec présentation de la tête, le col commençant à se dilater, le sang coulant à flot, **M. A King** (*New-York med. Journ.*, 17 septembre 1904), ayant placé la parturiente dans la position obstétricale, s'éleva son bassin de façon que le tronc se trouvât incliné à 15° sur le plan horizontal du lit. Dès lors l'auteur fut en mesure d'exécuter la version podalique avec une perte minime de sang.

V. de H.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1904-1905)

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1904.

COURS

HISTOLOGIE

M. Mathias-Duval (M. Branco, agrégé, chargé de cours). — La cellule; les épithéliums; les produits sexuels et la fécondation. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. Petit amphithéâtre de la Faculté).

MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. *Reclus*.— Chirurgie d'urgence et chirurgie journalière.— Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Grand Amphithéâtre de l'École pratique).

PHYSIOLOGIE

M. Richet. — Nutrition, digestion, respiration. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique).

ANATOMIE

M. Poirier. — Organes de la respiration. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique).

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

M. *R. Blanchard*. — Les parasites et leur rôle en pathologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

MÉDECINE LÉGALE

M. *Brouardel*. — Blessures et accidents du travail.— Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté)

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE

M. *Brouardel*.— Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(Fondation Dupuytren)

M. Cornil. — Anatomie pathologique du système génito-urinaire de l'homme et de la femme; tumeurs du sein. — Lundi, vendredi, à 5 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — Mercredi, à 2 h. (École pratique).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

M. Lannelongue. — Pathologie générale chirurgicale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE

M. Pouchet.— Étude des modificateurs de la nutrition. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Amphithéâtre de pharmacologie,à la Faculté).

PATHOLOGIE MÉDICALE

M. *Hutinel*.— Maladies des voies respiratoires.— Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

M. *Roger*. — Les microbes pathogènes. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté).

THÉRAPEUTIQUE

M. *Gilbert*. — Les médicaments et l'art de formuler.— Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

(Fondation Salmon de Champotran.)

M. *Déjerine*. — La physiologie; son histoire et ses rapports avec la médecine jusqu'au XVIII[e] siècle. — Mardi, jeudi, samedi, à 6 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

CLINIQUES

Visite des malades tous les matins.

CLINIQUES MÉDICALES

M. *Hayem*. — Mardi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. *Dieulafoy*.— Mercredi, samedi, à 10 heures 1/2 (à l'Hôtel Dieu). — *M. Debove*. — Mardi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Beaujon). — *M. Landouzy* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Laënnec).

CLINIQUES CHIRURGICALES

M. *Le Dentu*. — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — M. *Tillaux*. — Lundi, vendredi, à 9 heures (à la Charité). — M. *Terrier*. — Mardi, vendredi, à 9 h 1/2 (à la Pitié). — *M. Berger*. — Mardi, vendredi, à heures 1/2 (à l'hôpital Necker).

CLINIQUE DE PATHOLOGIE MENTALE ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE

M. *Joffroy*. — Mercredi, samedi, à 10 h. (à l'asile Sainte-Anne).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

M. *Grancher* (M. Méry, agrégé, chargé de cours). — Mardi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

M. *Gaucher*.— Mercredi,dimanche, à 10 h., (à l'hôpital Saint-Louis).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

M. *Raymond*. — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

M. *de Lapersonne*. — Lundi, mercredi, à 9 h. 1/2; vendredi, à 10 h.1/4 (à l'Hôtel-Dieu).

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

M. *Guyon*. — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

CLINIQUES D'ACCOUCHEMENTS

M. *Pinard*. — Lundi, vendredi, à 10 h., à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. — M *Budin*.— Mardi, samedi, à 9 h. (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(Fondation de la Ville de Paris.)

M. *Pozzi*. — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Broca).

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Fondation de la Ville de Paris.)

M. *Kirmisson*.— Mardi, samedi,à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Professeurs honoraires : MM. *Jaccoud*, *Fournier*, *Farabeuf* et *Duplay*.

CONFÉRENCES

PHYSIQUE BIOLOGIQUE

M. *André Broca*, agrégé. — Mode de représentation graphique et enregistrement des phénomènes biologiques; mécanique animale; propriétés générales des corps et actions moléculaires; applications de la chaleur à la physiologie et à la médecine.— Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

CHIMIE BIOLOGIQUE

M. Maillard, agrégé. — Les principes constitutifs de l'organisme. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

ANATOMIE

(Cours du chef des travaux.)

M. *Rieffel*, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PATHOLOGIE INTERNE

M. Carnot,agrégé. — Intoxications.—Lundi, mercredi, vendredi, à 6 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE EXTERNE

M. *Morestin*, agrégé.— Maladies chirurgicales de la tête et du cou, y compris les maladies de l'orbite et des yeux, des oreilles et de la gorge. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

HYGIÈNE

M. Macaigne, agrégé. — Cours complet d'hygiène. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

OBSTÉTRIQUE

M. *Brindeau*, agrégé.—Grossesse et accouchement physiologiques; pathologie de la grossesse.— Mardi,jeudi, samedi, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

TRAVAUX PRATIQUES

DISSECTION

M. *Rieffel*, agrégé, chef des trav. anatom. — Dissection.Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de 1 h. à 3 h., à l'Ecole pratique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. *Brault*, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. — Tous les jours, de 1 h. à 3 h. (Ecole pratique).

PARASITOLOGIE

M. *Guiart*,agrégé,chef des travaux.— Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 à 3 h., à l'Ecole pratique.

Le musée Dupuytren est ouvert aux élèves tous les jours, de 11 à 4 heures.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi, et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital Beaujon)

M. le prof. Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Behier (femmes) et Sandras (hommes).

COURS D'ANATOMIE

M. le prof. P. Poirier commencera ce cours le mercredi 9 novembre 1904, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Organes de la respiration.

CONFÉRENCES D'OBSTÉTRIQUE

M.Brindeau,agrégé, commencera ces conférences le mardi 8 novembre 1904, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole prat.), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INTERNE

M. Paul Carnot, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 novembre 1904, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

Intoxications et auto-intoxications.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

M. Lacaze, de Paris.

M. Raillard, de la Charité.

Officiers d'académie

M. Bascou, de Bouisse

MM. Blanc et Gigon, de Paris.

M. Lebœuf, de Chasnay.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Le jury de ce concours est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Roubinovitch, Papillon, Bernard, Gasne, Gosset, Rudau, Lenormant et Herbet.

Aujourd'hui, à 4 heures, réunion préparatoire du jury à la Direction de l'Assistance publique.

Le concours commencera lundi prochain, à 4 heures, salle des examens, 49, rue des Saints-Pères.

Vient de paraître :

Manuel des plantes médicinales, coloniales et exotiques, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie, lauréat (médaille d'or) de l'École de pharmacie de Paris, *Introduction* par M. Emile Perrot, professeur à l'École de pharmacie de Paris. 1 vol-in-18 de 314 pages, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fil, rue Hautefeuille, 19, Paris.

La chirurgie du médiastin antérieur, par le D[r] Auvray, professeur agregé à la Faculte de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 224 pages, avec 23 planches: 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

17e SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

Dans un remarquable discours, M. Pozzi remercie le Président de la République, MM. Fallières et Despiats, d'avoir donné par leur présence un éclat inaccoutumé à cette session du Congrès. Il montre que le nombre des adhérents va sans cesse en augmentant, puisque de 135 au début, il s'élève aujourd'hui 460. Il salue en termes émus la mémoire des chirurgiens morts depuis l'année dernière : le professeur Gayet, de Lyon ; MM. Brun et Lyot, de Paris ; Leroy des Barres, de Saint-Denis ; Desprès, de Saint-Quentin ; Ratinoff, de St-Pétersbourg. Il souhaite la bienvenue aux professeurs étrangers et particulièrement à MM. Von Bergmann, Von Mickulicz, Kocher, Ceccherelli, Thiriar, etc.

Les Congrès de chirurgie, dit-il, ont eu pour premier résultat la décentralisation scientifique, en créant en province des centres de chirurgie. Ainsi la pratique de la chirurgie en France a été transformée, et, à l'heure actuelle, on trouve dans les villes de province d'excellents chirurgiens, alors que naguère la profession chirurgicale constituait une sorte de mandarinat dans les centres universitaires.

Les Congrès de chirurgie, dans lesquels, depuis seize ans, son traitées et élucidées les questions chirurgicales les plus importantes et les plus intéressantes, ont contribué, dans une large mesure, au développement de la science; ils ont créé entre la province et Paris des rapports plus suivis et ils ont fourni aux jeunes chirurgiens une tribune retentissante

M. Pozzi rapporte un exemple de décentralisation scientifique à l'étranger. Aux Etats-Unis, dans une petite ville de 6000 habitants, deux chirurgiens ont pu, dans un hôpital privé de 200 lits, faire pendant dix ans, une moyenne de dix ou douze opérations par semaine et présenter à leurs collègues la statistique suivante : 850 interventions sur les voies biliaires, 480 sur l'estomac, 75 sur le duodénum, et 40 sur le pancréas. C'est grâce à l'émulation que produisent ces assemblées annuelles que les jeunes chirurgiens de province ont pu donner la mesure de leur talent.

M. Pozzi termine en insistant sur la nécessité pour le chirurgien d'avoir des notions de médecine complètes et solides, car le chirurgien ne doit jamais être seulement un opérateur. Son prestige ne se maintiendra élevé qu'autant que sa science sera complète et que sa conscience sera sa seule règle de conduite. Le chirurgien, qu'il s'agisse d'une intervention à imposer ou à refuser, ne doit jamais penser à lui, mais toujours au malade.

PREMIÈRE QUESTION

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie

M. Monprofit (Angers), *rapporteur*.

La question qui fait l'objet de ce très intéressant rapport était plutôt mal posée. Fallait-il, sous le titre « cirrhose du foie », étudier toutes les cirrhoses ou, seulement, la plus simple, la plus fréquente, par conséquent, la plus importante, à savoir la *cirrhose vasculaire*? C'est à ce dernier parti que s'est sagement arrêté M. Monprofit. Comme on le verra par l'analyse de son rapport, il a très heureusement comblé cette grosse lacune de nos traités classiques de pathologie chirurgicale, non seulement en utilisant les thèses qui ont été subies ces années dernières en France, mais surtout en s'inspirant des faits qui ont été publiés à l'étranger et, en particulier en Hollande, dans l'entourage même de Talma, près duquel il se rendit. On sait que ce *médecin* a donné son nom à l' « omentopexie », l'opération dont il s'agit essentiellement dans ce rapport

Les principaux modes d'intervention préconisés contre les cirrhoses vasculaires sont les suivants :

1° La *paracentèse*, destinée à évacuer le liquide de l'ascite symptomatique;

2° La *laparotomie abdominale*, ayant le même but;

3° La *laparotomie vaginale*, essayée dernièrement (Villar) ;

4° L'*omentopexie* ou *opération de Talma*, opération typique à l'heure présente, et parfaitement réglée;

5° L'*anastomose porto-cave* ou *opération de la fistule d'Eck*, transportée tout récemment du domaine de la physiologie dans celui de la clinique.

I. Paracentèse. — En réalité, la *paracentèse*, plus connue sous le nom de *ponction de l'ascite*, est plutôt, à l'heure présente, un mode de traitement médical de l'*ascite* qu'une intervention chirurgicale proprement dite, dirigée contre la cirrhose vasculaire. Aussi ne nous y arrêterons-nous pas longtemps.

Il importe, néanmoins, de remarquer qu'il s'agit ici, non pas d'une ponction unique, ou même de ponctions multiples, mais de *ponctions très répétées*. On n'a guère obtenu de résultats appréciables, en effet, au point de vue *curatif*, pour la *cirrhose* du moins, qu'après un grand nombre de ponctions (on a été jusqu'à en faire plus de 110 (cas de Quincke)). Il faut donc d'abord, pour appliquer cette méthode, avoir affaire à des *malades très résistants*, et surtout ne pas avoir d'accidents d'infection au cours des interventions successives. Or, dans la plupart des circonstances, on se trouve précisément placé dans des conditions tout opposées, ce qui nous dispense d'insister et doit nous engager à chercher la solution du problème posé au clinicien dans une tout autre voie : celle des interventions à ciel ouvert, et où l'on s'attaque directement à la cause de la maladie elle-même.

II. Laparotomie simple. — La laparotomie simple pour cirrhose vasculaire n'a, jusqu'à présent, que quelques faits à peu près discutables à son actif. Il est, d'ailleurs, très facile de s'expliquer pourquoi une telle laparotomie, simplement exploratrice, et bien faite, n'a pas beaucoup de chances d'amener la guérison d'une ascite et, par suite, la guérison de la cirrhose d'origine vasculaire. En effet, une intervention absolument aseptique ne provoque pas d'ordinaire la production d'adhérences post-opératoires entre la paroi du ventre et l'épiploon, au niveau de l'incision. Or, on sait que la production de ces adhérences est le mécanisme ordinaire de la guérison, quand il arrive qu'elle se fasse.

III. Laparotomie suivie de drainage. — C'est une opération de grande exception, presque de fortune, qui n'a, d'ailleurs, été exécutée de parti pris que fort rarement. En Allemagne, d'après Mongour, cette opération n'aurait donné que des résultats désastreux (eschares très fréquentes par écoulement de liquide ascitique).

IV. Laparotomie vaginale. — On a préconisé récemment (Villar, de Bordeaux), contre l'ascite et, partant, contre la cirrhose atrophique, l'incision du cul-de-sac vaginal. Cette nouvelle voie n'en est qu'à ses débuts, et on ne peut apprécier encore les services qu'elle peut rendre.

V. Omentopexie ou opération de Talma. C'est cette opération qui fera presque tout l'objet de ce rapport.

Définition et historique. — On donne le nom d'omentopexie à l'opération qui consiste à fixer l'épiploon (*omentum*, épiploon) à la paroi de l'abdomen, et qui a pour but de créer des anastomoses entre les veines de cet organe (dépendance du système porte), et celles de la paroi (dépendance du système cave). C'est l'une des plus curieuses inventions de la chirurgie aseptique moderne.

On lui a, au début, donné le nom d'*opération de Talma*, parce que c'est le prof. Talma (d'Utrecht) qui en a eu le premier l'idée, et qui l'a défendue avec conviction et énergie. C'est un synonyme d'ordre historique, qui peut être conservé, quoique Talma ne soit pas chirurgien et n'ait jamais exécuté lui-même l'opération qui porte son nom!

En réalité, c'est Kummel (de Hambourg) qui, en 1887, a fait la première opération d'omentopexie, il est vrai sans le savoir, et surtout sans le faire exprès. Il n'a, d'ailleurs, mentionné cette intervention — qui ne constitua dans son esprit, à cette époque, qu'une *laparotomie* ordinaire — qu'en 1902.

Il est difficile de savoir à quelle époque précise le prof. Talma a conçu l'intervention qui a rendu son nom célèbre dans les milieux chirurgicaux, car il ne l'a pas dit lui-même de façon formelle. Mais il est certain que son idée est notablement antérieure à la première opération qui ait jamais été faite de propos délibéré, en 1889, quoiqu'il n'ait pas insisté sur ce point délicat.

En effet, cette première intervention est d'origine hollandaise, et l'on sait que le prof. Talma est titulaire de la chaire de clinique médicale de l'Université d'Utrecht. Or, le premier chirurgien qui soit intervenu de la sorte, fin 1889 (d'après Leport), est Van der Meulen, qui opéra

sous l'inspiration de Talma. Chose curieuse, cette observation princeps n'a jamais été publiée *in extenso* par son auteur. On n'en trouve qu'une mention trois ans plus tard, et Talma ne l'a pas signalée lui-même dans son mémoire de 1898, où il cite pourtant la seconde. Il est très probable que c'est parce que l'opéré *mourut* quelques heures seulement après l'intervention.

La seconde opération est due à Schelkly, et remonte à 1891, mais l'opéré *mourut* encore, il est vrai cette fois quinze jours après l'intervention, d'infection péritonéale accidentelle. L'opération n'était donc pas fatalement mortelle.

Le premier succès opératoire est de Lens, 1891, un élève de Talma. Cet opéré vécut cinq mois et demi : ce qui démontra, pour la première fois, que l'opération donnait des résultats appréciables.

Le quatrième cas est le premier de la série de Morison et Drummond.

Autant que je puis croire, c'est notre collègue F. Vidal (de Périgueux) qui a exécuté pour la première fois, en France, cette opération, en 1898, avec succès.

J'ai opéré mon premier malade le 23 mai 1899, avec un insuccès complet. Nous trouvons ensuite l'intervention heureuse de Villar (de Bordeaux), le 25 septembre 1900, et ensuite celle de Mauclaire, datée du 10 octobre 1900, et suivie d'échec.

Manuel opératoire. — L'opération de l'omentopexie proprement dite se compose en réalité de deux temps très distincts :

a) La *laparotomie exploratrice*, indispensable à pratiquer d'abord, pour fixer le diagnostic pathologique de la manière la plus sûre et faire un examen aussi complet que possible du *foie*, de l'*épiploon* et du *péritoine*.

b) La *fixation de l'épiploon* à la paroi abdominale, ou *omentopexie* proprement dite.

1° *Laparotomie exploratrice*. — Il n'y a pas lieu d'insister sur ce premier temps, qui n'offre rien de spécial. Pour ce qui est de l'incision de l'abdomen, envisagée au point de vue de l'opération proprement dite, toutes les incisions peuvent être admises ; on peut choisir n'importe laquelle, suivant ses préférences personnelles. Toutefois, dans l'omentopexie classique avec manuel opératoire dit de Morison, c'est l'*incision oblique*, longeant le rebord costal, qui a fourni les meilleurs résultats à Rolleston et Turner et à la plupart des auteurs. Cette incision oblique leur a paru donner un meilleur accès sur la surface supérieure du foie, sur les deux côtés du ligament suspenseur, et elle permet de suturer l'épiploon sur cette surface entre lui et le diaphragme, mieux qu'en employant une incision semi-lunaire ou verticale.

2° *Omentopexie proprement dite*. — Les procédés de fixation de l'épiploon peuvent être ramenés aux deux suivants :

a) *Fixation à la face profonde du péritoine (fixation intra-péritonéale)*. — C'est le procédé classique, dit de Morison, pour lequel chaque opérateur a proposé des variantes.

b) *Fixation entre le péritoine et les muscles (ou fixation extra-péritonéale)*. — C'est le procédé de Schiassi, que nous appellerons *fixation inter-péritonéo-musculaire* (1).

Pour pouvoir choisir avec fruit entre ces deux procédés, il suffira de rechercher quel est celui qui est le plus aisé à exécuter et qui donne l'anastomose la plus parfaite entre les deux système veineux. Pour moi, jusqu'à nouvel ordre, je m'en tiens au procédé classique (quoique Schiassi et ses imitateurs aient obtenu de beaux résultats), parce que c'est la méthode la plus simple. Mais, si l'avenir montre qu'il vaut mieux recourir à la fixation *extra-péritonéale*, je me rallierai sans regret à cette technique, que la statistique ne justifie pas encore, à mon sens, d'une façon formelle.

II. Opérations complémentaires. — On a voulu perfectionner l'omentopexie vraie en lui adjoignant d'autres opérations complémentaires (drainage péritonéal, grattage du péritoine, hépatopexie, splénopexie, enfouissement intra-pariétal de la rate, cholécystopexie et cholécystostomie). Mais ces additions ne paraissent pas, jusqu'ici, avoir été heureuses et surtout utiles.

Suites. — Les suites opératoires de l'omentopexie sont celles de toute laparotomie. Il est inutile, d'autre part, de faire remarquer qu'il y a lieu de recourir ici à un pansement abdominal très compressif, en raison de la possibilité d'un rapide retour de l'ascite, et de laisser les malades au lit pendant une huitaine de jours, sauf quand il y a des troubles pulmonaires.

Les fils doivent être retirés le plus tard possible.

A) *Accidents*. — Si l'état général est grave, il ne faut pas hésiter à recourir aux injections de sérum artificiel.

L'ascite peut réapparaître très vite. Il ne faut pas hésiter alors à ponctionner l'abdomen, dès qu'elle se montre abondante, de façon à soulager le fonctionnement des petites voies anastomotiques créées et à éviter une distension de la paroi abdominale.

Très souvent la guérison complète n'est obtenue qu'après une série de paracentèses secondaires, permettant de vider totalement l'abdomen.

B) *Mort*. — Les causes de mort notées ne sont guère variables, mais le décès survient plus ou moins rapidement. Quand il est très rapide, c'est que l'intervention a été trop tardivement exécutée.

Les principales complications mortelles observées relevaient soit d'un état général très mauvais, soit d'une infection locale, soit enfin d'autres affections concomitantes (sclérose rénale, surtout des accidents cardiaques et pulmonaires).

Il est évident que la mort par *péritonite* est en général évitable, car elle est le plus souvent d'origine opératoire, et résulte d'une infection au cours de l'intervention, mais il est possible qu'elle ne constitue parfois qu'*une poussée aiguë*, survenant au cours d'une infection chronique, existant *avant la laparotomie*. Et comme il est très difficile de distinguer ces deux sortes de péritonite, on voit qu'il est impossible, en réalité, d'incriminer la plupart du temps l'opérateur.

Quant au mauvais état général, il ne dépend pas du chirurgien, et il ne doit, à moins qu'il ne soit par trop mauvais, pas arrêter le bistouri. Les autres affections ayant causé la mort ne peuvent pas, d'autre part, empêcher de pratiquer l'opération, car elles n'entraînent pas toujours une terminaison fatale, et sont souvent impossibles à diagnostiquer avant l'intervention.

La statistique d'Alexandre prouve que la *mortalité* varie avec la forme de cirrhose, c'est-à-dire, en réalité, avec la période de la maladie où l'on opère. Nous avions fait de notre côté cette remarque. Les opérations, dans les cas de cirrhose hypertrophique, ne donnent guère que 15 % de morts, tandis que dans la cirrhose atrophique on monte à 40 %, ce qui n'a rien que de très normal.

Complications. — Les complications de l'omentopexie, en dehors de celles qui entraînent la *mort immédiate* et que nous avons citées plus haut, peuvent être classées ainsi :

1° *Complications d'ordre pathologique*. — Elles siègent surtout dans la région thoracique et sont localisées d'ordinaire au cœur et aux poumons.

2° *Complications d'ordre physiologique*. — L'omentopexie est faite pour anastomoser les deux systèmes circulatoires veineux porte et cave, en dehors du foie. Or, les expériences physiologiques ayant montré qu'il peut y avoir certains inconvénients à exécuter ce mélange des deux sangs, d'une façon un peu trop rapide, et surtout avec une certaine alimentation, il ne faut pas s'étonner si parfois l'opération provoque quelques-uns des troubles notés chez les animaux par les expérimentateurs après la fistule d'Eck. Mais il est facile, étant donné ce que l'on sait de la fistule d'Eck, d'éviter ces accidents. Il suffit de surveiller avec grand soin l'alimentation des opérés, surtout au début. On évitera, par conséquent, toute alimentation azotée chez les malades susceptibles à ce point de vue, et on ne permettra que les hydrates de carbone.

3° *Complications d'ordre chirurgical*. — Ce sont les suivantes, sans parler de la péritonite, qui résulte presque toujours d'une faute de technique : *éventration*, *compression de l'intestin* par l'épiploon,

(1) Nous laissons systématiquement de côté dans ce résumé ce qui concerne le manuel opératoire des deux procédés. Les chirurgiens de métier trouveront tout cela dans le rapport *in extenso*.

N. D. L. R.

qu'il s'agisse du duodénum ou du colon transverse.

Elles ne sont pas spéciales à l'omentopexie, car on les retrouve, la première dans la laparotomie simple, la seconde dans la gastro-entérostomie. Au surplus, elles peuvent être assez facilement évitées et, par conséquent, elles deviendront de plus en plus rares dans l'avenir. Elles ne doivent donc arrêter en rien l'essor de l'omentopexie.

Impossibilité opératoire. — L'opération de l'omentopexie est parfois impossible à réaliser. Cela provient généralement d'un racornissement de l'épiploon, qui paraît assez fréquent.

Indications. — D'après Talma (1898), l'opération de l'omentopexie est indiquée toutes les fois qu'il y a « obstacle à l'évacuation du sang de la veine porte par le foie. » Faut-il dire pour cela que l'omentopexie est indiquée dès que le diagnostic de cirrhose vasculaire est possible à faire?

Nous ne le croyons pas. En dehors des difficultés de diagnostic du début, qui mèneraient souvent à faire l'omentopexie pour toute autre chose que la cirrhose du foie, nous ne devons pas perdre de vue que la cirrhose, au début, est, de l'avis de tous les médecins compétents, souvent curable par le régime et le traitement médical. Il n'est, d'ailleurs, pas prouvé qu'une omentopexie faite au début d'une cirrhose soit le moins du monde utile à la cure de cette maladie.

Fera-t-on une laparotomie exploratrice pour affirmer le diagnostic et le traitement de cirrhose hépatique? Je crois que, dans la plupart des cas, une telle manière de procéder ne serait pas défendable; j'ai, pour ma part, assez défendu la laparotomie et la laparotomie exploratrice, pour n'être pas suspect de timidité ni de tiédeur.

Il en est autrement si on se trouve en présence d'accidents graves, avec diagnostic incertain. Il peut être indiqué alors de recourir à une incision, pour éclairer le diagnostic et établir un traitement rationnel. Ne nous dissimulons pas, cependant, que, souvent, la situation sera effectivement éclairée par cette incision, mais non améliorée; la situation pourra même être liquidée du coup. Or, ce n'est pas là le but que nous nous proposons : affirmer un diagnostic est bien; guérir un malade est mieux!

Est-ce à dire que nous ne devrons opérer que des malades déjà condamnés? En d'autres termes, à quelle époque convient-il d'intervenir? C'est là, certainement, le point le plus important et le plus délicat à trancher.

Le début de la période ascitique marque-t-il vraiment la limite au delà de laquelle commence l'impuissance des moyens médicaux? Il n'y a sans doute là rien d'absolu; cependant, le plus souvent, lorsque l'ascite est constituée, dans la cirrhose *atrophique*, l'incurabilité paraît admise par beaucoup d'auteurs. Nous pourrions donc prendre ce point de repère : le *début de l'ascite*, pour proposer l'intervention chirurgicale à cette période. Il y aura moins de risques d'opérer pour une affection étrangère à la cirrhose hépatique, bien que le fait puisse encore se présenter, tant nous avons contre nous de causes d'erreurs; et, d'autre part, nous pourrions opérer ainsi des malades non encore ponctionnés, non infectés, et encore résistants.

Nous insistons sur ces remarques, car nous sommes persuadé que c'est de ce côté qu'est l'avenir de la chirurgie hépatique, biliaire ou autre, et qu'on n'obtiendra réellement de suites durables qu'en procédant ainsi, sans crainte d'intervenir trop tôt, puisque aujourd'hui le pronostic de la laparotomie, en tant que manœuvre opératoire chez un sujet à peine frappé, est des plus bénins.

Dans la cirrhose à forme *hypertrophique*, l'omentopexie donne de meilleurs résultats opératoires. Cela n'a, en somme, rien d'extraordinaire, puisque l'on intervient alors sur une maladie moins avancée et chez des malades plus résistants. Mais les chiffres donnés, d'ailleurs plus ou moins exacts en raison de la difficulté qu'il y a à établir de telles statistiques, prouvent une fois de plus (70 % de guérisons, au lieu de 45 % seulement) qu'il y a tout intérêt à intervenir d'aussi bonne heure qu'il est possible.

La cirrhose à forme *atrophique* étant la moins guérissable médicalement (Gilbert, Chauffard, etc.), on sera plus particulièrement autorisé à intervenir quand l'*atrophie cirrhotique* aura été constatée, bien que les résultats soient moins bons à cette période plus avancée.

Résultats. — La statistique que nous avons pu dresser personnellement, grâce aux très remarquables ressources de l'Institut de Bibliographie, à Paris, nous a fourni plus du double de cas qu'à Alexandre. C'est ainsi que nous sommes arrivé au chiffre très respectable de 224 interventions (au lieu de 100), et encore sommes-nous certain d'en avoir laissé de côté plusieurs, car quelques publications étrangères sont introuvables.

La *mortalité opératoire totale* a été de 42 pour 224; soit 20 % environ; mais il est évident qu'elle baissera de plus en plus, au fur et à mesure que l'on opérera de bonne heure, car les morts par shock et autres accidents diminueront quand l'état général des opérés sera presque normal.

La *mortalité post-opératoire* est aussi forte (20 %), ce qui montre bien que la mort est presque uniquement due aux lésions pathologiques antérieures, et non à l'intervention elle-même. En effet, que l'opération ait été bien faite ou non, quand elle a été pratiquée trop tard, elle ne peut à peu près rien donner.

Les *guérisons opératoires* notées montrent bien aussi que tout dépend de l'état antérieur du foie, en ce qui concerne la réapparition de l'ascite. On a, en effet, le même nombre d'améliorations et de récidives (25-26 pour 224), soit environ 12 %, tandis que *la guérison complète fournit à peu près 35 %* (70 sur 224).

Dans l'état actuel de la statistique, on guérit donc *complètement* (35 %) presque aussi souvent qu'on meurt (40 %), immédiatement (20 %) ou ultérieurement (20 %). Ce qui revient à dire qu'on a une chance sur deux, ou 50 % de chances, en se faisant opérer, car la cirrhose atrophique avancée, non traitée par le bistouri, est pour ainsi dire incurable.

Mais la proportion des guérisons devient en réalité bien plus considérable si l'on tient compte des améliorations. Ce qui est certain, c'est que le nombre des bons résultats augmentera encore, et très notablement, dès qu'on pourra opérer dans de meilleures conditions et avec un état général moins mauvais.

Pour conclure, on peut donc affirmer que la question : « nécessité de l'intervention chirurgicale » est résolue, et qu'il ne tient qu'aux médecins de faire profiter désormais de cette nouvelle conquête de notre art les cirrhoses vasculaires au début, qu'on observe encore souvent.

VI. Anastomose porto-cave. — Une autre opération, sortie toute faite des laboratoires de physiologie, a été récemment appliquée en clinique au traitement de la cirrhose vasculaire du foie. C'est l'*anastomose porto-cave*, anastomose absolument directe, tandis que l'opération de Talma n'est qu'un moyen détourné d'aboutir au même résultat.

On lui a donné aussi les noms de *fistule d'Eck* ou d'*exclusion vasculaire du foie*.

C'est Tansini qui, le premier, en 1902, a osé proposer de tenter, chez l'homme, cette opération grave, pensant qu'elle agirait mieux et plus vite que l'omentopexie. Après divers essais sur l'animal, il préconisa l'abouchement termino-latéral de la veine porte à la veine cave

Or, si la *Fistule d'Eck* paraît encore difficile à exécuter chez l'homme, l'opération de Tansini, qui a donné 9 succès dans 12 expériences, pourrait peut-être être tentée chez l'homme, à l'imitation de ce qu'a fait le premier notre jeune collègue M. Vidal (de Périgueux); j'ajoute, de suite, qu'il n'intervint de la sorte que parce que l'omentopexie fut reconnue impossible, et qu'il a obtenu, en l'espèce, un réel succès opératoire, sinon thérapeutique.

Certes, nous n'allons pas jusqu'à proposer l'opération de Tansini pour remplacer l'omentopexie; mais, dans des cas spéciaux, où il faudrait, par exception, aller vite en besogne et obtenir rapidement une anastomose large, peut-être serait-elle admissible?

Dans le cas de Vidal, les suites ont été simples; et, cependant, là était le danger, d'après les données physiologiques. On a simplement remarqué que toute absorption d'albuminoïdes provoquait une intoxication nette : ce qui était à prévoir.

L'opération ayant été faite fin juin 1903, Vidal a noté, en octobre, non pas un état stationnaire, mais une certaine ten-

dance à la reproduction de l'ascite. L'observation n'a pû, d'ailleurs, être poursuivie, puisque l'opéré est mort bientôt dans des conditions très spéciales, mais très impressionnantes : « Apparition soudaine de grands frissons, coma et délire, et mort en vingt-quatre heures. »

D'après Vidal, la mort est due à des accidents de pyohémie très nets.

Vidal a jugé, lui-même, son intervention en concluant : « Le fait clinique que je rapporte condamne du même coup ma tentative opératoire; et c'est à des opérations moins larges — comme l'omentopexie, qui filtre mieux le sang portal — qu'il faudra recourir désormais. »

A-t il eu raison d'être aussi catégorique et de se mettre ainsi en travers des idées de Tansini? Cela n'est pas absolument démontré, et il se pourrait très bien que la fistule d'Eck ou l'anastomose porto-cave, exécutée différemment et dans d'autres conditions, donne des résultats éloignés bien moins graves. Mais c'est à l'avenir de juger en dernier ressort. Aussi, en l'espèce, lui laisserai-je la tâche de révéler s'il faut, oui ou non, condamner sans remise de telles tentatives, qui n'en feront pas moins toujours honneur aux chirurgiens hardis qui les entreprendront.

L'expérience clinique seule doit dire : « Assez d'essais infructueux; tu n'iras pas plus loin. » Mais on avouera qu'un seul fait n'est pas encore suffisant pour arrêter les opérateurs dans une voie qui est certainement celle du progrès, surtout si on l'améliore dans la mesure du possible : ce qui n'est pas au-dessus des forces humaines.

DISCUSSION

M. Schwartz (de Paris). — Nous avons pratiqué cinq fois une intervention pour des cirrhoses du foie :

Trois fois pour des cirrhoses atrophiques typiques avec ascite, avec une amélioration très notable (malade revu quatorze mois après son opération), et deux morts, dont l'une due à l'opération même, l'autre, secondaire, par continuation des accidents;

Une fois pour une cirrhose avec ascite énorme et splénomégalie paludique. L'opéré a guéri de l'omentopexie qui ne l'a pas débarrassé de son ascite. L'ablation secondaire de la rate a été pratiquée, et il a succombé en quarante-huit heures;

Une fois pour une cirrhose hypertrophique biliaire, j'ai pratiqué le drainage de la vésicule par le procédé de Poppert.

Pour ce qui concerne l'opération de Talma dans le traitement des cirrhoses veineuses atrophiques du foie, je suis absolument de l'avis de notre savant rapporteur. J'insiste sur ce fait que l'opération, pour arriver à un résultat, doit se faire sur des sujets non encore cachectiques, chez qui le foie n'est pas encore en état d'insuffisance. C'était le cas de mon premier opéré, qui a parfaitement guéri de son opération et qui, de plus, en a obtenu un bon bénéfice puisqu'il nous a été possible de le retrouver en bon état. Il avait encore un peu d'épanchement, mais cela était peu de chose et sa santé était satisfaisante lors de notre dernière entrevue, près de quatorze mois après l'opération. J'ai appris tout récemment qu'il avait succombé dans son pays avec un dépérissement progressif.

Mes deux autres opérés étaient déjà cachectisés et dans un état avancé de lésion cirrhotique.

Ils présentaient, contrairement au premier dont le tablier épiploïque était pour ainsi dire intact, facile à étaler, une sorte d'épiploïte chronique avec induration, nodosités et rétraction en forme de corde telle qu'il était impossible d'adosser les surfaces. Je suis d'avis qu'en présence de lésions de cette sorte, il vaut mieux refermer le ventre et abandonner les choses à elles-mêmes, surtout quand on constate, comme dans la troisième observation, des adhérences à la paroi, véritable tentative faite par la nature pour amener les anastomoses porto-caves. L'opération de Talma me paraît devoir être réservée aux cas de cirrhoses atrophiques avec ascite non encore cachectisés, sans aucun signe d'insuffisance hépatique, lorsque les reins et le cœur sont intacts.

Le procédé opératoire qui me paraît le meilleur est celui de notre maître le professeur Terrier. C'est celui que j'ai pratiqué constamment avec l'aide de mon élève Alexandre, lors des deux premières interventions. Il est facile, simple, produit un traumatisme bien moins considérable que l'inclusion sous les muscles par le procédé de Schiassi, et il me paraît tout aussi efficace, lorsque l'adossement est largement fait.

Une complication assez sérieuse me paraît être la présence de vaisseaux veineux volumineux sous le péritoine et dans l'épiploon. Quoique cela soit plutôt favorable au point de vue de la vascularisation et de l'établissement d'anastomoses, au point de vue opératoire, la piqûre accidentelle, qu'on peut et doit éviter, donne lieu à des hémorragies et à des hématomes. Il faut veiller à une hémostase soigneuse et combattre le moindre suintement par un point de suture ou une ligature.

Mes résultats se chiffrent par une guérison thérapeutique, deux morts, dont l'une paraît attribuable à l'opération même (péritonite généralisée), l'autre, arrivée au bout de six jours, nous semble plutôt à mettre sur le compte de troubles du côté du cœur.

La deuxième catégorie ne comprend qu'une observation. Il s'agit d'un cas complexe. Ascite énorme avec cirrhose hépatique et grosse rate chez un paludique.

Il est certain que la guérison opératoire a été obtenue, mais l'omentopexie ne semble avoir donné aucun résultat thérapeutique, on s'est trouvé dans l'obligation de parfaire le second temps de l'intervention, l'ablation de la rate, à laquelle l'opéré a succombé.

La troisième catégorie ne comprend aussi qu'une seule observation, de drainage des voies biliaires par cholécystostomie, avec résultat opératoire excellent mais résultat thérapeutique discutable.

M. Jayle (Paris). — Je me range parmi les partisans de la théorie de la péritonite chronique : l'ascite reconnaît pour cause l'irritation du péritoine produite par le foie altéré.

Voici, en effet, ce que j'ai observé, en 1893, dans le service de mon maître, le Dr Letulle.

Il s'agissait d'un homme atteint de cirrhose alcoolique compliquée d'une ascite très abondante qui donna lieu à une série de ponctions. Finalement le malade succomba et, à l'autopsie, j'ai trouvé tout l'intestin grêle contenu dans une poche péritonéale formée par un diverticule d'origine congénitale; le gros intestin, l'estomac et le foie occupaient seuls la cavité abdominale proprement dite. Or, la poche renfermant l'intestin ne contenait pas une seule goutte de liquide, tandis que la cavité abdominale où était le foie en renfermait 15 litres. J'ajoute que le péritoine de la poche du diverticule congénital était normal, tandis que celui de la grande cavité présentait tous les signes de l'inflammation chronique.

L'ascite étant donc causée par une péritonite chronique, celle-ci devient justiciable des règles établies en pareil cas. Dans le cas particulier il ne peut s'agir de pratiquer l'exérèse du foie; mais il reste la possibilité de modifier l'état anatomique de l'organe par un traitement médical particulier.

Lorsque, par le traitement médical simple, l'ascite ne se résorbe pas, on est autorisé à pratiquer la ponction et, si celle-ci se montre d'elle-même inefficace, la laparotomie peut être recommandée. Il est difficile d'indiquer exactement quelles sont les manœuvres opératoires à exécuter.

Personnellement, j'ai eu quatre fois la possibilité d'intervenir dans des cas d'ascite cliniquement considérés comme dus à la cirrhose : deux fois il s'agissait de femmes. Bien pénétré de cette idée si souvent émise par M. Pozzi, qu'il faut pratiquer la laparotomie chez toute malade atteinte d'ascite, ne serait-ce que pour préciser le diagnostic, je fis une incision sous-ombilicale qui me permit d'évacuer une quantité considérable de liquide et d'extirper en même temps, dans les deux cas, une tumeur maligne de l'ovaire, cause de l'épanchement intra-abdominal. Je drainai et je guéris mes deux malades.

Les deux autres cas ont trait à deux hommes : chez le premier, que j'ai traité en 1896, il s'agissait de cirrhose alcoolique nette, compliquée d'ascite. J'hésitai à pratiquer la laparotomie, et finalement je m'en tins à une simple ponction. L'ascite disparut et ne revint jamais, bien que le malade ait vécu encore deux ans et ait finalement succombé à des accidents d'insuffisance hépatique. Si j'avais

pratiqué l'omentopexie, j'aurais eu **évidemment un beau succès.**

Dans le second cas, il s'agissait d'une **ascite assez considérable.** Je fis une **laparotomie avec drainage.** Le malade alla **bien pendant dix jours.** Puis il fut **emporté par une congestion** pulmonaire **suraiguë.**

En résumé, la laparotomie doit être **réservée aux cas qui** ne sont justiciables **ni du traitement médical** simple, ni de la **ponction; je lui** reconnais les mêmes **indications générales** qu'à l'arthrotomie **pour l'hydrarthrose** chronique du genou. **Chez la femme, il faudra** toujours **pratiquer la laparotomie** sous ombilicale qui **permettra, de temps** en temps, de **trouver du côté des annexes** la cause d'une **ascite que l'on aurait** pu croire **cliniquement symptomatique** d'une cirrhose du **foie.**

M. Willems (Gand) rapporte quatre **observations qui ne permettent** pas de **conclure favorablement.** Dans un cas, l'**ascite reparaît après l'intervention** qui n'a **donné qu'un très léger** bénéfice. Dans **deux autres cas, l'ascite** s'est reproduite **très abondante, et le** résultat **thérapeutique fut nul. Dans** le quatrième cas, **enfin, le malade mourut** peu après d'une **cachexie rapide.**

Les résultats thérapeutiques sont, **en réalité, très indécis,** et la statistique très **optimiste de M. Monprofit** ne concorde **pas avec une autre statistique** allemande **qui enregistre seulement** dix résultats **éloignés favorables sur** 250 cas. Au point **de vue pathogénique,** on a peut être **attaché trop d'importance** aux deux théories **classiques de l'ascite;** l'inflammation **péritonéale ou l'hypertension** portale. **Il existe une troisième** théorie très **intéressante d'après laquelle** l'ascite dépendrait **d'une toxicité particulière** du sang **dépendant de l'insuffisance** fonctionnelle **du foie, et l'omentopexie** n'aurait d'autre **rôle que de combattre** cette toxicité. **Cette théorie, qui explique** bien des **phénomènes pathologiques,** attire l'attention **sur le fonctionnement** de la cellule **hépatique. C'est lui, en effet,** qui doit régler **les interventions.**

Or, à la suite de recherches faites **sur les animaux, il semblerait** que la **cryoscopie et l'examen du** sérum sanguin **permettent de reconnaître** l'insuffisance **hépatique. De la sorte,** il serait possible **au chirurgien de n'opérer** ni trop tôt, ni **trop tard.**

L'auteur rapporte le cas intéressant **d'un enfant de cinq ans** présentant des **signes évidents d'insuffisance** hépatique, **chez lequel le résultat** de l'omentopexie, **contrôlé trois ans et** demi après **l'opération, fut excellent, et** un deuxième cas **concernant une femme** de quarante huit **ans, porteuse d'une** ascite avec tumeur **pelvienne végétante,** chez laquelle **l'omentopexie donna un résultat** favorable **pendant quelques mois** seulement. **On ne peut, d'ailleurs, tirer** de ces deux cas **aucune conclusion pratique.**

M. Tuffier (Paris) fait remarquer que, dans presque tous les cas rapportés, l'examen du liquide ascitique n'a pas été fait. Or, il y a des ascites d'origine très différente.

Il est lui-même intervenu chirurgicalement quatre fois pour ascite. Dans un cas l'omentopexie fut impossible. Dans deux cas, elle ne donna aucun succès. Dans le quatrième cas, elle fut suivie de guérison, mais, cinq mois après, la malade faisait une pleurésie de nature tuberculeuse, et il est très probable que son ascite était de même nature.

Or, il existe des cirrhoses dans lesquelles le foie présente des lésions qui rappellent de très près celles de l'alcoolisme et qui sont de nature tuberculeuse.

Il est donc nécessaire, pour affirmer le bienfait tiré d'une intervention chirurgicale, de connaître très exactement la nature du liquide ascitique, afin de ne pas donner à l'omentopexie un pouvoir thérapeutique qui pourrait être dû à une simple laparotomie exploratrice.

M. Lejars (de Paris). — J'ai fait quatre fois l'opération de Talma. Je ne parlerai pas de la plus récente de ces interventions, elle date de huit jours. Les trois autres ont eu un résultat mauvais; les malades étaient *in extremis* et l'opération a été suivie de mort au bout de huit jours pour l'un, de deux mois pour l'autre.

Le troisième cas est plus intéressant. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans, soigné pour des accidents hépato-spléniques curieux: le foie était énorme, la rate aussi: il y avait peu d'ascite, mais des troubles digestifs très accusés, avec un amaigrissement très notable. Des diagnostics très divers furent posés: cirrhose hypertrophique; syphilis hépatique, etc. Quoi qu'il en soit, le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, je me décidai à intervenir, il y a de cela deux ans et demi. Le malade fut très amélioré. Mais il ne se produisit pas sur l'abdomen le lacis veineux, révélateur d'une circulation collatérale. D'ailleurs, nous ne sommes pas fixés définitivement sur la manière dont l'opération de Talma obvie à l'obstruction de la circulation porte. Tout doit dépendre de l'état de la cellule hépatique. L'intervention ne peut procurer un bon résultat thérapeutique que si le fonctionnement du foie n'est pas totalement entravé.

Je rapporterai, en terminant, un cas de cirrhose hypertrophique biliaire, dans lequel la cholécystostomie a amené une amélioration notable persistant depuis un an et demi.

M. Delagenière (du Mans). — Au point de vue chirurgical toutes les cirrhoses ont une origine infectieuse, dont le point de départ est l'intestin. L'infection se propage au foie par voie directe ou ascendante, en suivant les conduits biliaires ou par voie indirecte, veineuse ou lymphatique. Pour être complet, le traitement chirurgical devra donc chercher à arrêter l'infection d'une part, et à s'opposer, d'autre part, aux accidents qui pourront être la conséquence de cette infection. On conçoit que les opérations tentées dans ces conditions puissent être variables. Nous en avons expérimenté trois: la cholécystostomie temporaire simple (six cas), l'omentopexie simple (un cas), la cholécystostomie temporaire associée à l'hépatopexie (deux cas), la cholécystostomie temporaire associée à l'hépatopexie et à l'omentopexie (un cas).

Ces 10 observations nous ont donné 9 guérisons opératoires et une mort, précisément le cas où nous n'avons fait qu'une simple opération de Talma. L'étude des neuf autres opérations nous permet de tirer les conclusions suivantes:

1° La cholécystostomie temporaire simple peut donner des résultats thérapeutiques excellents, surtout dans les cirrhoses hypertrophiques (un de nos opérés qui vit encore a déjà cinq ans de survie). Dans la cirrhose mixte ils paraissent être aussi satisfaisants. Enfin, dans la cirrhose atrophique, ils sont loin d'être négligeables, puisque nous avons obtenu plus de deux ans de survie chez la seule malade que nous avons traitée par ce moyen simple.

2° La cholécystostomie temporaire associée à l'hépatopexie nous a donné, dans deux cas de cirrhose mixte, une survie de huit ans et une survie de deux ans.

3° La cholécystostomie temporaire, associée à l'hépatopexie et à l'omentopexie, paraît être le moyen le plus efficace. Nous y avons eu recours dans un cas de cirrhose atrophique, il y a quatre ans, et notre opéré vit encore.

M. Villar (Bordeaux). — Je suis intervenu quatre fois dans des cas d'ascite cirrhotique: trois fois par la voie abdominale, une fois par la voie vaginale.

Ma première opération a été pratiquée par le procédé de Talma: guérison complète, maintenue depuis plus de trois ans; deuxième opération, procédé de Talma également: le malade a été perdu de vue; troisième opération, par le procédé de Schiassi: bon résultat immédiat, mort au bout de vingt jours.

L'intervention par voie vaginale n'a donné aucun résultat.

Je pense, comme d'autres chirurgiens, que les bons effets, obtenus dans quelques cas par l'omento-fixation, doivent être dus en partie à l'action de la laparotomie exploratrice.

M. Mauclaire (Paris). — Un nouveau cas, joint aux deux opérations d'omentopexie que j'ai pratiquées en 1900, l'une pour une cirrhose, l'autre pour une péritonite tuberculeuse, porte à trois le nombre de mes interventions et toutes se sont terminées par un résultat thérapeutique négatif.

M. Malherbe (Nantes) rapporte deux observations: la première a trait à un homme de cinquante quatre ans, porteur d'une cirrhose hypertrophique, opéré alors que l'urine de vingt-quatre heures contenait encore 24 gr. d'urée et dont la mort suivit de quatre mois l'opération

La deuxième concerne un homme qui avait une ascite considérable avec ictère et albumine. L'omentopexie donna une amélioration passagère très notable. Mais la récidive s'est produite et l'homme a succombé. On se demande s'il n'aurait pas mieux valu, dans ces deux cas, se contenter de la ponction.

L'auteur insiste sur le danger que présente le chloroforme chez les ascitiques. Dans un cas il a eu une syncope mortelle avant d'avoir commencé l'opération.

Les cas d'ascites cirrhotiques où j'ai pratiqué l'omentopexie, en y ajoutant ceux de mon éminent maître, le Dr Léonté, qui a aussi fait cette opération pour ascite d'origine cirrhotique, donnent un total de huit cas.

De ces huit cas, j'exclue les deux premiers parce que, les malades ayant succombé rapidement après l'opération, il n'a pas été possible d'apprécier les résultats de l'intervention. Dans les six autres cas, la guérison a été immédiate, et quant aux résultats éloignés j'ai eu des informations sur l'état de ces malades.

1 cas guéri 28 mois après, 1 cas guéri 23 mois après, 1 cas guéri 16 mois après, 1 cas guéri 15 mois après, 1 cas mort après 3 mois par anasarque, 1 cas avec résultat éloigné inconnu.

Ainsi, sur six cas il y a quatre guérisons avec de bons résultats éloignés.

Dans tous ces cas l'ascite datait de 5, 9, 10, 14, 17, 18 mois, et ces malades avaient subi déjà la paracentèse une, deux et même quatre fois. Chez un autre l'écoulement du liquide s'était produit par une rupture spontanée de la cicatrice ombilicale.

Malgré cela, après l'omentopexie, dans deux cas seulement la paracentèse a dû être répétée, à cause de la reformation trop abondante du liquide, et cela dans les premiers jours après l'opération, alors que la circulation collatérale n'avait pas eu le temps d'atteindre son complet développement. Dans plusieurs cas j'ai observé l'amélioration sensible qui se produit dans l'état général après l'opération, et la rate hypertrophiée se réduisant dans un temps relativement très court. Je dois ajouter que ces malades étaient des campagnards dans de mauvaises conditions hygiéniques et qui n'ont plus suivi aucun autre traitement diététique ou médical.

Je me demande si on peut considérer comme guéris ces cas d'ascite cirrhotique où celle-ci, sans intervention d'aucun autre traitement, ne s'est pas reproduite quinze à vingt-huit mois après l'opération.

La guérison définitive dépend, certainement, du degré d'altération du processus causal de l'ascite au moment de l'intervention, et, d'autre part, de la persistance des modifications produites par l'opération dans l'état pathologique de l'organe atteint, et dans le développement de la circulation collatérale.

Si les résultats de l'omentopexie n'ont pas toujours été satisfaisants, c'est qu'on n'a pas trop cherché les conditions du succès. Tout d'abord, il faut intervenir le plus vite possible dès le début de la maladie, alors que les cellules du foie ne sont pas arrivées au dernier degré d'altération, et que la circulation portale n'est pas complètement gênée; en un mot, intervenir avant que les malades et le traitement médical soient épuisés. S'il y a des cas de cirrhose hépatique curable par traitement médical, même dans la période ascitique, ces cas ne peuvent être déterminés dès le début, et dans cette incertitude je serais d'avis qu'il vaudrait mieux intervenir de suite que de prolonger un traitement qui n'est pas spécifique et qui pourrait ne pas avoir un bon résultat. L'intervention ne présente pas de gravité, et, en intervenant de bonne heure, même dans les cas curables par le traitement médical, on assurera mieux ses succès.

En ce qui concerne l'opération, on doit chercher à ce que les vaisseaux ne soient pas trop altérés par la sclérose, et choisir un procédé d'omentopexie qui pourrait assurer la formation de la circulation supplémentaire. Il faut donc préférer les ouvertures larges et un contact plus grand de l'épiploon avec la paroi abdominale, et surtout avec ses muscles, pour favoriser le développement d'une vascularisation riche et capable de bien fonctionner.

M. Brunswic (de Tunis) rapporte 6 cas d'omentopexie pratiquée chez des paludeens nullement tarés d'alcoolisme. Dans tous ces cas, le résultat opératoire fut heureux, mais le résultat thérapeutique fut nul On doit évidemment se demander si les guérisons rares que l'on cite ne sont pas dues à la simple laparotomie, comme le fait s'observe pour la péritonite tuberculeuse.

M. Vidal (de Périgueux). — Les hémorragies dans les cas de cirrhose, particulièrement les hématémèses parfois si abondantes, justifient largement l'omentopexie. Elles dénotent nettement une hypertension portale que l'opération de Talma diminue, et cliniquement les faits observés confirment ces vues théoriques.

M. Roux (Lausanne) rapporte cinq interventions pour cirrhose proprement dite. Les résultats sont mauvais à cause de l'état cachectique des malades ou à cause de leurs habitudes d'intempérance qu'ils reprennent aussitôt après l'opération. Le régime seul peut maintenir et augmenter le bénéfice que procure l'omentopexie.

M. Depage (de Bruxelles) rapporte deux cas dont l'un, banal, ne fut pas amélioré. Le deuxième concerne un cas d'ascite rebelle, qui nécessitait une ponction tous les cinq jours. Une première omentopexie ayant été faite sans résultat, M. Lepage fit une deuxième laparotomie quelque temps après, dont la cicatrisation cutanée ne se fit que par seconde intention. Une légère amélioration s'observa, mais elle dura peu et l'ascite se reproduisit ensuite, peut-être un peu plus lentement qu'avant cette deuxième opération.

M. Reynès (Marseille). — En mai 1903, j'ai pratiqué l'omentopexie sur un cirrhotique de cinquante-deux ans; soigné en médecine par mon collègue Boy-Teissier, ce malade avait subi, un an avant, la laparotomie exploratrice. Ascite énorme : en quelques ponctions, on retira 386 litres de liquide; la dernière, cinq jours avant l'opération, donna 80 litres. Je fis l'omentopexie suivant le procédé de Schiassi, fixant l'épiploon, d'ailleurs en partie rétracté, entre le tissu cellulaire sous péritonéal et les muscles. Succès opératoire. Résultat thérapeutique nul. Le malade vit toujours et doit, tous les neuf ou dix jours, subir les ponctions.

Le deuxième cas d'omentopexie a été pratiqué occasionnellement par M. le Dr Pluyette et moi, sur un malade fébrile présentant des symptômes typhiques et semblant avoir une lésion suppurée du foie; la laparotomie exploratrice démontra une cirrhose avec peut-être carcinome. Le malade, très cachectisé, succomba quelques jours après. Nous fîmes le procédé de Schiassi ; mais ce cas ne prouve rien pour ou contre l'opération de Talma.

M. Monprofit. — En somme, telle qu'elle est à l'heure actuelle, la question doit être envisagée au point de vue purement médical, car c'est la clinique médicale qui nous assurera des chances de succès. L'observation de M. Tuffier est très fondée. Il doit y avoir un grand nombre d'ascites soi-disant cirrhotiques, qui ne sont autre chose que des péritonites tuberculeuses qu'une simple incision exploratrice peut parfaitement guérir.

Résultats définitifs de l'excision de l'estomac

M. le prof. **Kocher** (de Berne). — Pour bon nombre de cancers, le chiffre des guérisons définitives va sans cesse en augmentant. Certains chirurgiens peuvent déjà donner un pourcentage de 40 % en ce qui concerne le cancer du sein. Ces résultats sont obtenus grâce à la précocité du diagnostic et à la perfection de la technique opératoire. Il en sera probablement de même pour les autres cancers avec les progrès incessants de la chirurgie.

Kocher a pratiqué 99 cas de résection partielle de l'estomac, dont 23 pendant ces dernières années. Sur les 45 cas qui représentent le chiffre des six dernières années, la mortalité opératoire n'est que de 5 %, dont une mort par perforation, une par gangrène du colon, les autres de complications pulmonaires existant avant l'opération.

De ces opérés, vingt malades sont encore vivants et jouissent d'une santé très bonne, ils digèrent bien, malgré l'absence de l'acide chlorhydrique libre et le fonctionnement de l'estomac est parfait.

Deux de ces cas remontent à quelques mois ; deux datent de deux ans, trois de

cinq ans et demi, un de six années, un de sept ans, un de seize ans. Il serait à désirer que les chirurgiens interviennent le plus tôt possible, dans tous les cas de cancer de l'estomac. Ce serait un moyen sûr d'obtenir d'excellents résultats opératoires.

Décapsulation et fixation des reins

M. le prof. Cecchereli (Parme). — La décapsulation du rein est une opération très bénigne. Aussi bien dans les cas qui font le sujet de ces observations que dans ceux où elle a été pratiquée comme temps préliminaire de la néphrorraphie, nous n'avons eu à déplorer aucun cas de mort.

Pendant les premiers jours qui suivent la décapsulation, les urines sont concentrées, elles contiennent beaucoup d'urée et de matières solides. Leur point cryoscopique est élevé. Les jours suivants, la diurèse va parfois jusqu'à dépasser la normale. Mais l'augmentation des matières solides ne se fait pas proportionnellement à la diurèse, car bien souvent elle n'atteint pas le taux vérifié immédiatement après l'opération.

Le rein étant composé de deux parties distinctes et de fonctions différentes, l'une glomérulaire, destinée surtout à la sécrétion de l'eau ; l'autre, l'ensemble de tubes pourvoyant à l'élimination des matières solides, il est logique de penser que la compression de la capsule fibreuse venant à cesser, il se fasse, dès les premiers jours, une dilatation vasculaire et un ralentissement de la circulation. De telle sorte que le sang, passant lentement à travers les reins et dans les vaisseaux péritubulaires, les urines deviennent plus concentrées. Cette hypothèse serait confirmée par Cordera et par d'autres qui, dans leurs expériences sur les animaux, ont trouvé que la décapsulation donnait, dans les premiers jours, une augmentation de volume et une congestion du rein.

J'estime que la décapsulation du rein pourra être conseillée lorsqu'on se trouvera en présence d'une insuffisance fonctionnelle aiguë de l'organe, le parenchyme restant sain, car on pourra compter, dans ce cas, sur une rapide dépuration du sang. C'est ce que pensait déjà Giordano, il y a quelques années. Je crois également que la décapsulation et le drainage pourront prendre la place de la néphrotomie dans les néphrites microbiennes hémorragiques où les lésions sont surtout corticales.

Mon expérience est encore insuffisante pour les néphrites chroniques. Le rein en état de ptose est un rein malade, par suite des conditions anormales de circulation dans lesquelles il se trouve ; si on abandonne ce rein à lui-même, les lésions vont en s'aggravant et une vraie néphrite chronique se trouve constituée. J'ai pu le vérifier au cours de plusieurs néphrorraphies.

C'est pourquoi j'ai adopté les idées de Tuffier qui, dès 1889, constatait que la décapsulation laisse après elle une fixation solide du rein aux tissus voisins. Depuis 1894, je pratique la décapsulation dans chaque néphrorraphie, passant mon fil à cheval sur les côtes, ainsi que je l'ai conseillé le premier en 1884.

A mon avis, le passage du fil à cheval sur la côte, la diminution de la capacité de la loge occupée par le rein grâce à l'excision d'une partie de la capsule adipeuse, enfin le passage des fils à travers le parenchyme, tout enfin tend à démontrer combien la décapsulation ajoute un élément de succès à la néphropexie. La clinique a prouvé combien cette manœuvre était inoffensive, et l'on sait, d'autre part, quelles adhérences solides elle crée entre le rein et les parties avoisinantes. Enfin, les modifications qui en résultent pour la circulation rénale sont des plus heureuses, car le fonctionnement physiologique de l'organe n'est modifié que dans le sens d'une plus grande activité, et tout ceci s'accorde parfaitement avec ce que nous connaissons du processus de guérison dans les néphrites chroniques.

(*A suivre.*) Dr G. Berruyer.

UNE VISITE EXPRESS AUX HOPITAUX DE LONDRES

I

Préambule

Note de M. le Dr Janicot.

Il me plaît de rappeler, parce que c'est justice, que le promoteur et l'organisateur principal, du côté français, de cette visite aux hôpitaux de Londres, fut notre très modeste et très obligeant confrère, le Dr Sillonville (d'Aix-les-Bains).

Il en eut l'idée, et la répandit, pour commencer, dans quelques salles de garde, bien longtemps avant « l'entente cordiale », en quoi, pourrait-on dire, il devança les diplomates ! Mais il était loin de se douter qu'elle prendrait de semblables proportions et atteindrait presque à la hauteur d'un petit événement international dont le *Times* et le *Temps* ont souligné, dans des articles de fond, les avantages réciproques probables.

Notre confrère, le Dr Sillonville, comptait, il y a quelques mois, tout juste sur une trentaine de jeunes médecins d'hôpitaux ou d'internes, qui, sans tambours ni trompettes, s'en iraient, tout simplement dans un but d'instruction, visiter quelques hôpitaux de Londres où, disait il, on avait beaucoup à apprendre et où on était sûr de trouver un excellent accueil.

Or, on est parti 130 ou 140, et si on eût pu prévoir de quelle façon on serait reçu, je crois bien qu'on se serait trouvé plus de 200.

Et il y avait là, à côté de simples praticiens, toute une élite d'internes, de médecins et de chirurgiens de nos hôpitaux ;

Et tout ce que le corps médical de Londres compte d'hommes éminents se trouva réuni — l'exemple est à retenir — pour nous recevoir à bras et à cœur ouverts, pour nous montrer tout ce que nous venions voir, nous enlever — c'est bien le mot propre — pour déjeuner et dîner à leurs tables de famille ;

Et les femmes de nos confrères anglais ne surent qu'imaginer pour occuper, de la façon la plus charmante, le temps du petit groupe de françaises qui avaient suivi leurs maris ;

Et le doyen, le professeur Butlin, et Madame Butlin — dont la bonne grâce est exquise — nous offrirent à tous, au Métropole Hôtel, un déjeuner comme on en voit peu et où l'on se trouve 200 à table ;

Et nous vîmes, dans la plupart des hôpitaux que le temps nous permit de visiter, des installations, un confortable, une organisation, qui contrastaient tristement avec nos malheureux hôpitaux parisiens ;

Et notre dernière soirée se termina par un banquet inoubliable offert aux Français à l'Hôtel Cecil, arrosé des meilleurs crûs de France, banquet que présida Sir William Broadbend, auquel assistaient *presque tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Londres*, et à la fin duquel, au moment des toasts, le président donna lecture d'une longue dépêche adressée par le roi aux hôtes passagers de son pays et rédigée dans les termes les plus flatteurs pour le nôtre.

Je me suis laissé dire que cette attention était très significative dans un pays comme l'Angleterre. Elle ne fit qu'augmenter la surprise et les regrets de tous de ne pas voir, à ce banquet, l'ambassadeur de France, empêché, paraît-il, et que remplaça le premier secrétaire, M. Daeschner.

Je ne m'attarderai pas à rappeler les toasts qui furent portés, tant au déjeuner du prof. Butlin qu'au banquet final. On sait avec quelle facilité et quelle humour, grâce à des habitudes d'éducation première, les Anglais se tirent de ce genre périlleux d'exercice. Même dans une langue qui n'est pas la leur, ils ne laissent pas que d'étonner. Le professeur Butlin, à l'Hôtel Métropole, nous en donna une idée (il est vrai que la France n'a rien d'inconnu pour lui), ainsi que le Dr Oglivie, un Ecossais très français, et Sir William Broadbend ne nous surprit pas moins au Cecil Hôtel. Mais je me reprocherais de ne pas ajouter bien vite que, de notre côté, on ne fit pas du tout mauvaise figure (il est vrai qu'on toasta surtout en français, ce qui change un peu la question).

Le doyen de nos chirurgiens présents, M. Lucas-Championnière, dit d'excellentes choses et rappela fort à propos tout ce qu'il avait appris jadis de Lister.

Le doyen de nos médecins d'hôpitaux, M. Huchard, ne pouvait manquer, dans une réunion où la cordialité était à l'état d' « hypertension » extrême, de glisser ce mot — qui me fit penser au bon père Potain — et l'hypertension lui suggéra

la trouvaille de boire à l'entente « cardiaque ».

Le président du Comité français, M. Triboulet, porta un toast au président du Comité anglais, et permit de constater, en intercalant plusieurs fois des phrases anglaises dans son français, qu'il était assez à l'aise dans la langue de Schakespeare.

M. Chauffard, avec la concision, la clarté et la justesse de vues qu'on lui connaît, trouva bien, je crois, le langage le plus propre à frapper un auditoire de médecins anglais; et ce fut, de sa part, une idée aussi heureuse qu'exacte de montrer, dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux que nous venions d'admirer, l'empreinte profonde, saisissante, des qualités maîtresses de l'anglais : l'amour de la liberté bien comprise, l'esprit d'initiative, le sens pratique des choses, et, aussi, cette recherche du confortable dans le « home » que les riches, dans ce pays, assurent sans compter aux malheureux dans les hôpitaux.

Des toasts répétés — on lui en demandait toujours — du professeur Poirier, je ne dirai rien. Il n'eut qu'à ouvrir les écluses de sa verve gauloise bien connue pour conquérir l'Angleterre, et, ce qu'il préférait peut-être, les suffrages des plus charmantes des Anglaises!

***

Ceci dit, je voudrais expliquer brièvement à nos lecteurs comment j'ai compris le compte-rendu à leur faire de cette visite, et, ensuite, comment, à mon sens, on devrait s'y prendre pour répondre à Paris (au printemps prochain, sans doute), à l'accueil de nos confrères anglais.

Il était bien évident qu'on ne pourrait, en trois jours, se former une opinion motivée de tous ou presque tous les hôpitaux anglais et tirer une moyenne exacte. Au surplus, décrire des hôpitaux les uns derrière les autres, c'eût été fatalement se condamner à des redites, et risquer de tomber dans le pire des genres: le genre ennuyeux.

Il me sembla donc qu'il était beaucoup plus rationnel et qu'il serait beaucoup plus intéressant et profitable de confier à quelques-uns de nos collaborateurs — habituels ou occasionnels, mais tous amis de notre maison — la tâche d'examiner, chacun à son point de vue, c'est-à-dire au point de vue de sa spécialisation, les hôpitaux de Londres. Tous ceux auxquels nous nous adressâmes répondirent à notre appel avec un empressement dont je les remercie bien cordialement. MM. Renon et Soupault ont bien voulu nous donner leurs *impressions* — je souligne à dessein ce mot — sur les hôpitaux envisagés à un point de vue général, et plus particulièrement au point de vue médical. M. Mauclaire en a fait autant pour la chirurgie, M. Apert pour la pédiatrie, M. Gastou pour les maladies cutanées et syphilitiques, M. Malherbe pour les affections rhino-laryngologiques, M. Vaudremer pour la tuberculose, M. Carra pour les yeux, M. Lequeux, interne à l'hôpital Saint-Antoine, pour les accouchements (1). Enfin, notre ami, le Dr Louis Martin, médecin-directeur de l'hôpital Pasteur, a rassemblé tous les éléments d'une étude de fond sur la manière dont les maladies contagieuses sont hospitalisées à Londres. Je crois même qu'il n'a pas encore quitté cette ville, et qu'il y poursuit une enquête qui ne saurait manquer d'intéresser vivement nos lecteurs.

Ces derniers m'approuveront, je l'espère, d'avoir envisagé ainsi la question. Je n'ai pas besoin de leur dire que nos collaborateurs exprimeront très franchement toutes leurs impressions, car si nous avons vu des choses tout à fait dignes d'admiration et d'envie — c'est la majorité — il en est d'autres qui le sont un peu moins et que nos voisins pourraient peut-être nous envier à leur tour, nos Maternités par exemple, les richesses cliniques incomparables concentrées à Saint-Louis, etc., etc.

Il doit être bien entendu qu'il ne s'agit, dans les notes que nous publions, que d'*impressions*, et d'impressions rapides, ne comportant pas, conséquemment, d'appréciations fermes. Il est non moins sous-entendu que la pratique anglaise et les résultats qu'elle peut donner ne sont pas en cause et ne pouvaient l'être, le temps manquant absolument pour en juger.

Malgré ces réserves nécessaires, nos lecteurs se rendront facilement compte de tout ce que nous aurions à emprunter aux hôpitaux de Londres. Hélas! l'imitation ne nous est guère facile. Le nerf de la guerre manque! La centralisation de tous les services d'assistance entre les mains d'une seule administration, sur laquelle planent les pouvoirs publics et les suggestions variables de la politique; l'absence de toute vie individuelle pour nos hôpitaux ; le manque d'émulation et de concurrence entre eux, tout cela n'est pas fait pour encourager ces libéralités particulières magnifiques, infatigables, qu'on retrouve à chaque pas dans les hôpitaux anglais, qui les ont fondés, qui les soutiennent, qui leur permettent un luxe de confortable et de soins dont nous n'avons aucune idée en France.

***

Maintenant — et c'est par là que je terminerai ce préambule d'ensemble — nous devons nous organiser pour recevoir à notre tour, l'an prochain, ceux qui nous ont si bien reçus.

Leur accueil fut non seulement si franc, si cordial, mais si somptueux, que chaque jour, marchant de surprise en surprise, nous nous demandions comment nous pourrions y répondre à Paris. Certes, le cœur y sera, et c'est, dit-on, le principal. Mais le reste? car il y a forcément un reste.

Dans son toast au « Cecil Hotel » le prof. Poirier se fit l'écho de cette préoccupation à peu près générale en disant: « Nous ne pourrons vous offrir une réceptions semblable à Paris, mais nous vous inviterons, comme le mendiant espagnol, à partager notre moitié d'orange et notre soleil. »

A la réflexion — et je ruminai ces choses, *Neptuno juvante*, sur le pont du bateau, en revenant à dessein par Dieppe — je me suis dit que la poésie avait peut-être entraîné un peu trop loin M. Poirier. Nous pouvons, je crois, faire à nos confrères anglais une belle réception, mais à une condition, c'est que s'ils doivent être invités pour le printemps prochain — le beau moment pour notre beau Paris — on se mettra *immédiatement* à la besogne. Ce n'est pas en février ou mars qu'il faut s'organiser, ce n'est même pas en janvier, c'est tout de suite. Nous sommes payés pour savoir, par diverses expériences que je ne veux pas rappeler, ce qu'il en coûte d'attendre toujours le dernier moment, d'avoir des comités d'organisation qui se réunissent au petit bonheur, tardivement et très rarement, dans lesquels la besogne à accomplir n'est pas ou est insuffisamment spécialisée, qui sont généralement fort bien composés au point de vue scientifique, honorifique et décoratif, mais qui manquent à peu près toujours de quelques hommes débrouillards, actifs, plutôt jeunes, ayant des loisirs, l'esprit d'organisation, le sentiment du détail et un grand amour-propre pour bien faire. Si on profite des leçons du passé, et si on s'occupe sans retard de la constitution d'un comité bien compris, eh bien, nous nous en tirerons à notre honneur, et pour tout. Nous continuerons ainsi, j'en ai la conviction, la bonne œuvre inaugurée ces jours derniers à Londres par des médecins, celle qui consiste à chercher, entre voisins, tous les terrains d'entente et d'union, à oublier réciproquement les luttes passées, à dissiper les malentendus, à travailler à la paix, en un mot. Les « boucheries » présentes ont beau jeter une triste ironie sur ce mot, ce n'est pas une raison suffisante pour décourager les hommes de bonne volonté et d'esprit large.

Au contraire. J. Jamicot.

II

Les hôpitaux de Londres à un point de vue général

Note de M. le Dr Rénon

Prof. agrégé, médecin de la Pitié.

Bien entendu, il ne peut s'agir, dans cette courte note, que d'impressions très superficielles, car je n'ai pas la prétention d'avoir en trois jours — dont un de migraine — pu me rendre compte des résultats médicaux des choses admirables qu'on nous a montrées.

(1) Notre collaborateur et ami M. Brindeau, accoucheur des hôpitaux, s'était chargé de cette partie. Empêché au dernier moment, il a confié à son interne, M. Lequeux, le soin de le remplacer. J. J.

Quatre points, à mon avis, méritent d'être relevés dans l'organisation hospitalière anglaise : l'autonomie hospitalière, les efforts de l'initiative privée, l'abondance du personnel auxiliaire et la gaieté des salles.

L'autonomie hospitalière — chaque hôpital étant doublé d'une école de médecine — a eu les résultats les plus féconds par la concurrence incessante des divers établissements. Cette concurrence est parvenue à moderniser des hôpitaux anciens, au point d'y créer des installations modèles, comme cette merveilleuse consultation externe de Saint-Thomas.

L'initiative privée assure aux hôpitaux londonniens leur existence matérielle. Les fondations succèdent aux fondations. Les grands hommes d'affaires de la cité prélèvent chaque année sur leur budget une somme importante pour l'hôpital auquel ils s'intéressent, et, après leur mort, il est de tradition de trouver dans leur testament la continuation de l'œuvre commencée pendant la vie. Même dans les classes très moyennes cette coutume existe, et l'on ne compte plus les dotations de 50, 100 et même 200 livres pour tel ou tel hôpital. De pareilles mœurs n'auront de chance sérieuse de s'acclimater chez nous, que le jour où les bienfaiteurs ne redouteront plus de confier leurs libéralités à une administration centralisée à l'excès, mais que les efforts du directeur actuel tendent cependant à modifier un peu, dans le sens d'une certaine autonomie hospitalière.

L'abondance du personnel auxiliaire est une des choses qui nous ont frappés le plus. Dans chaque service, en comptant les *nurses* (garde malades) et les femmes chargées du nettoyage des salles — fonctions tout à fait distinctes — on compte *un auxiliaire pour trois malades*, et même parfois pour *deux malades et demi!* Quelle différence avec l'insuffisance numérique notoire de notre personnel hospitalier! Quant à l'éducation des nurses, des sisters (assistantes), elle est admirable. Chez nous, les efforts tentés depuis quelques années ont amené des progrès très sensibles dans l'éducation et l'instruction de nos infirmiers et infirmières; mais nous avons encore beaucoup à faire pour égaler l'organisation anglaise. D'ailleurs, à Londres, on tient en grande estime le personnel auxiliaire; on lui donne la situation morale à laquelle il a droit en raison des énormes services rendus à la collectivité. Les chambres des nurses sont gaies, claires, hygiéniques. Quant au salon de la sister en chef — notre surveillante — je n'en parle pas; nombre de médecins, en France, envieraient chez eux une telle installation!

Tout ce confort se retrouve dans les salles de malades où il semble qu'on ait tout fait pour lutter contre le climat. On est agréablement surpris de ces lits se déplaçant facilement, toujours très espacés les uns des autres, avec leurs couvertures larges, agrémentées d'ornements variés. L'œil est attiré par les tons clairs des murs, égayés parfois de tableaux, par les tables de style coquet sur lesquelles les fleurs sont répandues à profusion, dans des vases de couleur claire, alternant avec des potiches chinoises ou japonaises. Tout cela est propre, tout cela est gai, et, comme le disait si bien M. Chauffard au banquet du Cecil Hotel, il semble que l'on ait voulu faire revivre les douceurs du *home* aux malheureux hospitalisés. Aussi a-t-on le cœur serré en pensant aux salles de nos hôpitaux parisiens, avec leurs brancards hideux, cause de surpeuplement et de saleté, obstacle invincible à toute hygiène hospitalière sérieuse.

Que dirai-je encore? J'ai noté, dans un hôpital neuf, construit avec les libéralités d'un grand fabricant de meubles et de tentures, une disposition en croix des bâtiments assurant aux salles le maximum d'air et de lumière. J'ai été frappé de l'installation remarquable offerte aux internes par les administrations hospitalières; j'ai constaté l'existence de chambres réfrigérantes pour conserver les cadavres en attendant leur autopsie ou leur inhumation. J'ai remarqué dans chaque hôpital des services complets de laryngologie, d'ophtalmologie, de radiothérapie.

En un mot, j'ai l'impression que l'organisation hospitalière de Londres est bien supérieure à celle de Paris.

Mon ami, M. Louis Martin, qui dirige l'hôpital Pasteur, avait amené avec lui la supérieure des sœurs de son hôpital pour lui montrer tout le rouage du fonctionnement hospitalier londonnien et pour lui faire appliquer, à son retour, les perfectionnements remarqués. Tous les membres du corps médical des hôpitaux de Paris, présents à Londres, ont regretté que l'administration de l'Assistance publique n'ait pas fait de même. Au moment où 45 millions vont être dépensés pour rebâtir nos hôpitaux parisiens, nous avons tous déploré que M. Mesureur n'ait pas pu nous accompagner, pour se rendre compte, par lui-même, des progrès à accomplir.

III

Les hôpitaux de Londres et l'obstétrique

Note de M. Lequeux

Interne à la Maternité de Saint-Antoine

L'accoucheur qui se joignait le 9 octobre à la caravane des médecins français se rendant à Londres pour y visiter les hôpitaux d'outre-Manche et enregistrer les bénéfices du système anglais, devait être un peu déçu en arrivant au terme de son voyage. Ce n'est qu'avec peine qu'il pouvait dénicher, dans un coin écarté, une maternité minuscule, faite tout au plus pour une ville de second ordre, mais l'accueil chaleureux qu'il y a trouvé, il s'est empressé de le dire, a considérablement atténué cette impression dernière.

« Queen Charlot's lying-in hospital, General lying-in hospital, Britisch lying-in hospital » sont les seules maternités qu'on découvre difficilement. Les hôpitaux centraux tels que Saint-Thomas's hospital, Guy's hospital, Saint-Georges's hospital ou autres ne comportent, en effet, pas de service d'accouchement. Les maternités sont donc indépendantes, autonomes, au même titre que l'hôpital des cancéreux ou celui des fistuleux. Quel grand bénéfice, disons le en passant, on peut tirer de cette simplification de l'administration.

Le plus important de ces centres obstétricaux est le « Queen's Charlot's hospital » situé dans le Nord-Ouest. C'est un vieil établissement datant de 1752, mais que les progrès de l'obstétrique moderne ont considérablement modifié et adapté à ses nouvelles fonctions en 1856. Il ne contient en réalité qu'une quarantaine de lits, et reçoit en moyenne de 1000 à 1200 femmes par an.

Il se compose d'un service de stérilisation pour la literie et le linge hospitalier, les effets, linges ou vêtements de la parturiente, étant, aussitôt son arrivée, renvoyés à son domicile par les soins de l'administration. Ce service, placé dans les sous-sols, ne présente rien de particulier. Au rez de-chaussée et au premier sont aménagés, en outre, des appartements pour le médecin de garde et la matrone ou directrice de l'établissement, une salle d'examen, ou mieux d'attente, comportant trois ou quatre lits dans lesquels sont couchées les femmes depuis le début du travail jusqu'à la période de dilatation presque complète. Lorsque la parturiente est sur le point d'accoucher, même normalement, on la transporte dans une salle voisine qui ne possède qu'un lit; c'est là qu'on procède à l'accouchement. Après l'opération, on place la femme dans une petite salle de quatre à cinq lits, où elle reste pendant une douzaine de jours.

Nous retrouvons au premier étage la reproduction exacte de l'aménagement du rez-de-chaussée, et, de temps à autre, à époques variables, suivant qu'il y a ou non encombrement, tout un service est désinfecté, pendant que celui de l'autre étage est en activité; et ainsi de suite alternativement. Il en est de même pour les chambres des parturientes qui, d'abord remplies jusqu'à ce que tous les lits soient occupés, sont ensuite soumises à la même désinfection lorsque les femmes sont parties les unes après les autres. Il n'existe pas de dortoirs pour les femmes enceintes : celles-ci ne sont, en général, pas hospitalisées avant le début du travail, et si, pour une raison quelconque, on juge bon de les recevoir, elles sont couchées soit dans la salle d'attente, soit dans une des salles d'accouchées.

Il n'y a pas davantage de division en service septique et service aseptique; en cas d'infection la femme est isolée dans une petite chambre, mais la salle de travail est la même pour toutes.

Tout dans cet établissement est aménagé avec luxe et confort, mais on regrette un peu que la profusion des tentures, rideaux de berceaux, vases de fleurs, meubles coquets, en bois et en fer, s'y étalent pour le régal des yeux au détriment des mesures d'hygiène les plus élémentaires; et on se demande jusqu'à quel point la désinfection dont nos confrères anglais usent largement peut être efficace.

Le personnel médical se compose d'un médecin chef et d'un certain nombre de médecins assistants qui sont de garde pendant quarante-huit heures et dont le grade est à peu près équivalent à celui des internes chez nous. Viennent ensuite des sages femmes titulaires, des sages-femmes élèves et des gardes-malades spéciales. L'instruction obstétricale est peu développée chez le peuple anglais; les meilleures des sages-femmes ont fait au moins cinq mois de stage; quelques-unes, hybrides, tenant de la sage-femme et de la neurs, n'y sont astreintes que pendant trois mois et peuvent ensuite, moyennant diplôme, exercer librement leur art. Mais si l'instruction est courte, elle n'est pas pour cela gratuite; la sage-femme paie, pour ses cinq mois d'instruction, la jolie somme de 1000 francs. Il est vrai que pour ce prix elle est, en outre, logée et nourrie. Pour les médecins-élèves, le stage varie de un à plusieurs mois, mais est facultatif et proportionnellement aussi onéreux.

Les logements des uns et des autres sont situés en dehors de la Maternité, dans des maisons, propriétés de l'établissement central auquel elles sont reliées par téléphone. Lorsqu'un accouchement se présente, on avertit la sage femme d'une part, les médecins-élèves de l'autre et tout ce monde arrive pour assister à l'opération. Les sages-femmes ont seules, avec le médecin, le droit de toucher la parturiente; les garde-malades accoucheuses n'ont droit qu'au régal des yeux.

Mais, il faut le reconnaître, les accouchements dans la maternité sont relativement rares, et si on cherche la raison de cet état de choses, on la trouve dans ce fait que nos voisins considérent l'accouchement comme un acte physiologique. Chaque femme a le droit de venir consulter pendant sa grossesse et elle est examinée par le médecin de service; elle est ensuite renvoyée à son domicile, le plus souvent, et c'est chez elle que se rendra la sage-femme ou l'élève-médecin qui l'assistera dans ses douleurs, et que la parturiente doit faire chercher. Celle-ci est tenue de donner des honoraires à la sage femme, et le nombre des femmes considérées comme incapables de subvenir aux frais de l'accouchement est réduit au strict minimum.

Le chiffre que la sage-femme perçoit pour son assistance est en moyenne de 10 schelings. Cette habitude des accouchements à domicile nous explique pourquoi il n'existe pas à Londres de service d'ambulance pour les parturientes.

Les femmes admises à la maternité sont, d'une part, celles qui nécessitent une intervention obstétricale quelconque, d'autre part, les miséreuses sans domicile. Ces dernières sont toujours reçues si elles sont mariées; il n'en est plus de même si elles sont filles-mères; on les reçoit une première fois parce que la morale anglaise excuse à la rigueur une première faute, mais elles sont impitoyablement mises à la porte en cas de récidive, car cette même morale ne pardonne pas la persévérance dans l'erreur.

L'accouchement est pratiqué sur le côté, bien entendu; heureux encore que les préjugés exagérés d'une fausse pudeur aient autorisé la suppression des draps couvre-respect, sous lesquels on devait autrefois effectuer l'accouchement. Empressons-nous de dire que les médecins anglais font depuis longtemps tous leurs efforts pour faire atténuer cet état de choses, sans d'ailleurs y parvenir.

Le forceps qu'ils emploient en cas de dystocie est un forceps Simpson, auquel on a adapté des tiges de traction. Il ne nous a malheureusement pas été donné d'assister à une opération quelconque, et d'ailleurs notre désir ici n'est pas d'entamer le chapitre de l'obstétrique anglaise, mais bien d'envisager le mode d'hospitalisation.

Après son accouchement, la femme est gardée encore douze jours, pendant lesquels on s'abstient de toute thérapeutique, sauf les lavages vulvaires; mais, par contre, on prend chaque jour la température et le pouls de l'accouchée, on pèse ses urines, on examine ses lochies, on mesure son utérus; et chacun de ces éléments fait l'objet d'un graphique transcrit sur un papier de couleur différente suivant qu'il s'agit de femmes mariées ou de filles-mères.

Si maintenant nous envisageons l'enfant, nous sommes quelque peu surpris de voir combien peu la question de l'allaitement intéresse le médecin anglais; il nous regarde même avec étonnement quand nous entamons ce chapitre. Lait maternel, lait stérilisé, pasteurisé, et même vaguement bouilli et additionné de quelque bouillon de riz, tout est bon pour le nouveau-né. Ne faut-il pas voir dans cette alimentation un peu désordonnée, la cause de la très grande fréquence de la maladie de Barlow, dont nous avons pu admirer de si belles préparations au musée de Hunter et à l'hôpital Saint-Georges. Mais cet allaitement mal compris, n'est-il pas encore la conséquence de cette fausse pudeur qui interdit à la « mam » de donner à son baby le sein en dehors de chez elle?

Le nouveau-né est vêtu largement, non emmaillotté, pour lui permettre les mouvements des jambes; ses vêtements sont cousus sur lui, l'emploi des épingles dites anglaises étant exceptionnel chez le baby anglais.

S'il est porteur d'une difformité quelconque, on ne craint pas de l'opérer dès le premier jour de son existence. L'Anglais n'aime pas les monstruosités et préfère la mort d'un enfant à la persistance d'une infirmité ou d'une difformité. C'est ainsi que nous avons eu le plaisir d'assister à une résection de la voûte du palais et de la lèvre chez un enfant prématuré nouveau-né, de six jours, porteur d'un bec-de-lièvre.

Après avoir critiqué en toute franchise le mode d'hospitalisation obstétricale anglaise, après avoir dénoncé l'intransigeante morale, cause de quelques erreurs, il nous faut cependant faire la balance des avantages. Ainsi, c'est avec envie que nous avons constaté la rareté des naissances illégitimes d'une part et la rareté plus grande encore des avortements provoqués, la femme étant en Angleterre entourée du respect des hommes et protégée par la loi. La crainte d'une paternité trop lourde ou d'une amende trop considérable arrête l'homme au bord du précipice; d'où rareté des naissances illégitimes. Mais si d'aventure la tentation l'emporte et qu'il succombe, il ne tarde pas à le regretter, car il sera infailliblement recherché et condamné à subvenir aux frais de l'éducation de son enfant, d'où, comme comme conséquence pour la mère qui se sait protégée, la rareté des avortements criminels.

En résumé, à côté de quelques erreurs et oublis, que de belles et bonnes choses nous avons vues à Londres! Et puis, nous emportons la meilleure impression de ce voyage où le médecin français a été accueilli avec une si parfaite bonhomie, une si gracieuse courtoisie, que le désir de chacun est de revenir pour compléter ses recherches et s'instruire davantage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre

Rhumatisme tuberculeux ankylosant

MM. A. Poncet et R. Leriche (Lyon) font, sous ce titre, une communication dont voici les conclusions :

Le rhumatisme tuberculeux peut se présenter sous la forme d'arthrites sèches, plastiques, conduisant à peu près fatalement à l'ankylose osseuse des articulations malades.

Cette tendance, invincible la plupart du temps, des jointures atteintes à la soudure osseuse, tendance qui se rencontre dans tous les rhumatismes infectieux, en particulier dans le rhumatisme blennorragique, lui vaut le nom de : *rhumatisme tuberculeux ankylosant.*

Il frappe, suivant les cas, une, plusieurs, parfois toutes les articulations (rhumatisme mono, oligo-articulaire, ge-

néralisé. La spondylose rhizomélique (type Strumpell-Marie) lui appartient le plus souvent, ainsi que d'autres variétés (type Bechterew), de manifestations articulaires ankylosantes.

Il se sépare nettement par ses lésions exclusivement inflammatoires, par l'absence précisément de granulations, de fongosités, d'infiltration caséeuse, etc., des tumeurs blanches, des ostéo-arthrites tuberculeuses et aussi du rhumatisme tuberculeux, chronique, déformant.

Il est très vraisemblablement le résultat d'une toxi-infection d'origine bacillaire (1), soit que le poison tuberculeux provienne, cas le plus fréquent, de foyers tuberculeux virulents éloignés, larvés ou apparents, soit qu'il soit parfois élaboré dans le torrent circulatoire. Cette bacillémie expliquerait le *rhumatisme tuberculeux ankylosant primitif*, c'est-à-dire celui qui, volontiers, sous la forme de rhumatisme articulaire aigu (type Bouillaud), est la première manifestation d'une bacillose, qu'aucun signe ne permettait de soupçonner.

Maladie toujours grave au point de vue fonctionnel, et relativement bénigne dans sa forme mono et oligo-articulaire, le rhumatisme tuberculeux ankylosant constitue une horrible infirmité dans sa forme généralisée, où le squelette n'est plus qu'un bloc osseux, qu'une barre rigide.

Dans tous les cas, il est l'indice d'une infection qui peut, suivant certaines circonstances, changer d'allure, devenir plus virulente et plus grave en frappant tel ou tel viscère.

En face d'arthrites, de poly-arthrites plastiques, ankylosantes, on songera à la tuberculose comme cause pathogène.

On y pensera d'autant plus que le sujet sera vierge de toute autre infection et que la bacillose est des plus communes.

M. Cornil. — Les précédentes communications de M. Poncet sur le rhumatisme tuberculeux avaient jusqu'à ce jour laissé un doute dans mon esprit sur la nature de ces faits. Le travail que nous venons d'entendre m'enlève ces doutes, et je rapprocherai les lésions signalées par M. Poncet de celles que la toxine tuberculeuse détermine dans d'autres organes: sclérose du pancréas, lésions des reins, etc., etc.

Du rôle des helminthes dans la production de la fièvre typhoïde

M. Guiart, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a adressé à l'Académie un rapport sur le rôle des helminthes intestinaux dans le développement de la fièvre typhoïde chez l'homme.

M. Blanchard a lu un rapport sur ce travail, et voici les fragments de ce rapport qui sont parvenus jusqu'à nous.

(1) A. Poncet et M. Mailland. — Rhumatismes tuberculeux (collection Critzman, Paris, 1903.)

M. Guiart, convaincu que le trychocéphale jouait dans la fièvre typhoïde le rôle d'une lancette à vaccination inoculant le bacille d'Eberth, a recherché si les selles des typhoïdiques soignés à l'hôpital de la marine à Brest, contenaient des parasites. Sur 20 malades, il a trouvé chez 18 des œufs de trichocéphale en très grande abondance, ce qui indiquait la présence dans l'intestin de trychocéphales adultes en quantité notable.

Chez quatre malades non typhoïdiques, M. Guiart n'a trouvé des œufs de trychocéphale que chez un de ces malades, et encore en petite quantité.

M. Guiart en conclut que c'est le parasite qui inocule le bacille d'Eberth, et que les individus dont l'intestin n'est pas habité peuvent boire impunément des eaux souillées. Du reste, sans cette lésion préalable de l'intestin, comment le bacille d'Eberth pourrait il traverser la barrière épithéliale.

Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre chez une femme

M. Villar (Bordeaux). — Il s'agit d'une femme qui se plaignait depuis longtemps de troubles de la miction et de douleurs dans la région rénale droite. Un beau jour, au cours d'un voyage, elle fut prise d'une rétention d'urine qui dura deux jours et demi. Quelques temps après, elle sentit que quelque chose sortait par son urètre. L'examen local permit, en effet, de constater l'existence d'une petite tumeur rouge, dépressible, dont la surface rappelait l'aspect de la muqueuse vésicale. Le diagnostic fut posé aussitôt.

Le Dr F. Villar extirpa la languette vésicale par la taille sus-pubienne et l'opération fut suivie de guérison.

Ce cas est intéressant par sa grande rareté.

M. Chauffard a présenté à l'Académie une encyclopédie *française* d'ophtalmologie en 8 volumes, rédigée par des collaborateurs de *race latine*, sous la direction de MM. Lagrange et Valude. M. Chauffard fait remarquer que cette publication est destinée à remplacer pour les pays de langue française le traité allemand de pareille étendue, classique jusqu'à ce jour.

GRANJUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi, 26 octobre à 1 heure. — *M. Mollet*: Rabelais clinicien. — *M. Sébilleau*: De la cyanose congénitale paroxystique. — *M. Duchesne*: De l'emploi du penghawas djambi comme hémostatique en rhinologie. — *M. Reboul*: Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants (étude clinique).

Jeudi, 27 octobre, à 1 heure — *M. Dalimier*: Modes d'action du chloroforme sur le rein. — *M. Lafarge*: Une consultation à Bicêtre, service des enfants anormaux (16 juin 1904). — *M. Gaultry*: Des modifications subies par le pouls sous l'influence de la toux à l'état normal et à l'état pathologique. — *M. Nel*: De l'ectopie testiculaire par ascension de la glande. — *M. Bizant*: L'hystérie en chirurgie. — *M. Regnat*: Contribution à l'étude de la transplantation de l'anus au périnée dans certains cas de malformations anales. — *M. Sauson*: De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes (kystes de l'ovaire, — hydro-salpinx). — *M. Caridi Missirlioglou*: Le veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie. — *M. Verdier*: De l'opportunité et du choix d'une intervention dans l'avortement incomplet. — *M. Verde-Delisle*: Indications des quantités de lait à donner dans l'allaitement artificiel des nourrissons âgés de cinq mois à deux ans. — *M. Pouliot*: Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

M. le prof. Gaucher commencera ce cours le dimanche 6 novembre 1904, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure.

Dimanche. — Leçon didactique: Dermatoses vasculaires; dermatoses pigmentaires; dermatoses hypertrophiques.

Mercredi. — Leçon clinique.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Hôtel-Dieu)

M. le prof. F. De Lapersonne commencera ce cours le jeudi 3 novembre 1904.

Ordre du service :

Lundi, à 9 heures 1/2 : Policlinique (salle de consultation).

Mardi, jeudi, à 9 heures 1/2 : Opérations.

Mercredi, à 10 heures : Exercices ophtalmoscopiques.

Vendredi, à 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre Dupuytren.

Tous les matins, à 9 heures : Consultation externe.

La première leçon à l'Amphithéâtre Dupuytren aura lieu le vendredi 18 novembre, à 10 heures du matin.

CONFÉRENCES DE CHIMIE BIOLOGIQUE

M. L. Maillard, agrégé, commencera ces conférences le samedi 5 novembre 1904, à 5 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet de la conférence :

Les principes constitutifs de l'organisme.

INSCRIPTION DES ÉLÈVES NOUVEAUX

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à 3 heures, au secrétariat de la Faculté, du 1er octobre au 15 novembre.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes :

1° Acte de naissance (sur timbre);

2° Consentement du père ou du tuteur (sur timbre). (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur; la signature

doit être légalisée. La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou de son tuteur);

3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie);

4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

REVACCINATION

Les aspirants au grade de docteur en médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Les Facultés détermineront les conditions de ce contrôle.

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé que la revaccination aura lieu :

1° A l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte;

2° A l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu.

Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours de midi à 3 heures.

AVIS RELATIF AUX CHANGEMENTS DE RÉSIDENCE

L'article 12 du décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités, est ainsi conçu :

« En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, ainsi que celle de ses parents ou tuteur.

« Il est également tenu de déclarer tout changement de l'une ou de l'autre de ces résidences. »

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Un concours s'ouvrira le 20 avril 1905, devant l'École de médecine de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Un concours s'ouvrira le 20 avril 1905, devant la Faculté de médecine de l'université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Dijon.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Le jury pour l'anatomie est composé de MM. Gasne, Bernard, Lenormand et Herbet; et celui pour la pathologie de MM. Roubinovitch, Papillon, Gosset et Rudaux.

Les séances d'anatomie auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2; celles de pathologie les lundi, mercredi, vendredi, à la même heure.

Ordre de passage :

Candidats militaires.

Anatomie. — 1re série, de M. Artault à M. Gatineau; 2e série, de M. Gillard à M. Weber.

Pathologie. — 2e série, de M. Gillard à M. Weber; 1re série, de M. Artault à M. Gatineau.

Candidats non militaires.

Anatomie. — 1re moitié de la liste : 1re série, de M. Abbas à M. Delon; 2e série, de M. Delsouiller à M. Laforet.

2e moitié de la liste : 2e série, de M. Prud'homme à M. Zwirn; 1re série, de M. Lambron à M. Prieur.

Pathologie. — 2e moitié de la liste : 2e série de M. Prud'homme à M. Zwirn; 1re série, de M. Lambron à M. Prieur.

1re moitié de la liste : 1re série, de M. Abbas à M. Delon; 2e série, de M. Delsouiller à M. Laforet.

Séance du 17 octobre

Pathologie

Question : « Symptômes des épanchements liquides de la plèvre. »

17 1/2 Laporte — 17 G. Richard — 16 1/2 J. Petit, Tison — 15 Lecat, Saint-Girons — 14 Guéniot, Laisney — 13 Strauss — 12 Rabourdin, Mutel — 9 Guitton, Tissier, Gillard, Nouhaut — 8 Hebert — 5 Hadengue, R. Loiseau — 4 Prel — 3 Monfleur.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 19 octobre, à 4 h. 1/2 pour la fin des candidats militaires de la 2e série et les candidats de la 1re série.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (7e Session)

Paris, 24-27 octobre 1904.

Programme

Lundi, 24, 10 h. du matin. Séance solennelle. Ouverture du Congrès au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Après-midi, 2-5 heures. Exposition et discussion des rapports sur l'Hypertension artérielle dans les maladies.

5 heures. Réception des Congressistes à l'Hôtel de Ville.

Mardi 25, 9 heures du matin. Continuation de la discussion sur l'hypertension.

Communications diverses.

Après-midi, 2 heures. Exposition et discussion des rapports sur les injections mercurielles.

A la fin de la séance, aura lieu la désignation du siège et du bureau du prochain Congrès.

Mardi soir, 9 heures. Réception des Congressistes par M. le prof. Cornil, président du Congrès, 44, rue de Rennes.

Mercredi 26, 9 heures du matin. Continuation de la discussion de la veille. Communications diverses.

Après-midi, 2 heures. Exposition et discussion des rapports sur l'obésité.

Mercredi soir. Banquet par souscription.

Jeudi 27. Continuation de la discussion de la veille. Communications diverses.

Pour terminer le Congrès, si le temps le permet, on organisera une excursion au Sanatorium de Bligny.

N.-B. — Les rapports et les cartes des Congressistes seront à leur disposition dès le samedi 22 octobre, de 2 heures à 5 heures de l'après-midi, à l'École pratique de médecine, laboratoire de pathologie interne.

Prière instante de s'inscrire au plus tôt, soit pour le Banquet de mercredi soir, soit pour l'excursion projetée à Bligny.

Vient de paraître :

Influence des parfums et des odeurs sur les névropathes et les hystériques, par M. le Dr Antoine Combe. 1 fascicule in-8 de 61 pages (A. Michalon, éditeur, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris).

Catalogues et tables des thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris, du 1er septembre 1903 au 1er septembre 1904, classées 1° par ordre systématique et alphabétique des sujets traités; 2° par noms d'auteurs 1 brochure de 16 pages : 1 fr.25. (A. Michalon, éditeur, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris).

Les produits biologiques médicinaux (albuminoïdes, enzymes, organothérapie, formulaire pratique), par M. Pierre Byla. 1 vol. in-18 jésus, cartonné, 284 pages : 3 fr.50. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince).

Traité de diagnostic médical, par le Dr Herman Eichhorst, de Zurich. 3e édition française annotée sur la 4e édition allemande, par MM. Marfan et Léon Bernard. 1 vol. in-8 de 878 pages avec 288 figures en noir et en couleurs et 4 planches en couleur : 20 fr. (G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne).

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CONGRÈS FRANÇAIS
DE CHIRURGIE
17e SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

(Suite.)

DEUXIÈME QUESTION

Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie

M. Th. Tuffier (Paris), *rapporteur*

L'*hémodiagnostic*, c'est-à-dire la recherche dans le sang de l'existence, de la nature et de l'évolution d'un processus morbide, date, en France, des travaux de Hayem et de Malassez. Dès 1875, ces auteurs ont signalé les modifications que présentent les globules sanguins au cours des maladies aiguës ou chroniques. Les travaux allemands, la théorie de la phagocytose de Metchnikoff donnent une impulsion nouvelle à l'étude commencée. La technique se simplifie. On n'envisage plus seulement les caractères extérieurs des leucocytes, on observe les réactions chimiques de leur protoplasma, les variations qualitatives aussi bien que les variations quantitatives. Enfin l'hématologie atteint un degré plus avancé de perfection avec la connaissance de la formule leucocytaire de chaque maladie, de la coagulation, de la concentration moléculaire du sérum, des ferments sanguins.

En chirurgie, l'examen du sang devient une méthode clinique couramment employée. Sans vouloir trop lui demander, on peut affirmer que ce procédé est d'une importance considérable au point de vue du diagnostic, du pronostic, et, dans certains cas, du traitement de certaines affections chirurgicales.

Dans une première partie, l'auteur passe en revue les caractères physiques et chimiques du « sang total », et leur valeur séméiologique. Il est, en effet, très important de savoir si la variation des caractères physiques ou chimiques du sang permet de tirer des conclusions utilisables pour le diagnostic ou le pronostic d'une affection chirurgicale ou d'une opération.

Les variations de coagulabilité du sang, par exemple, doivent être connues du chirurgien, puisque le retard de la coagulabilité indique ou un état d'hémophilie ou une affection hépatique.

« L'étude de la coagulabilité du sang devrait toujours être notée sur les fiches d'examen de sang remises au chirurgien, dans ces cas de chirurgie hépatique, ou chez ces malades dont les antécédents font craindre un défaut de coagulabilité sanguine. Cette précaution permettrait d'éviter certains désastres, rares il est vrai, mais indiscutables, dus soit à des hémorragies en nappe au moment de l'opération, soit à des hémorragies secondaires, chez certains hémophiles. »

Quant à l'alcalinité du sang, si elle semble être en rapport avec la résistance organique, on ne peut, à l'heure actuelle, en tirer aucune conclusion pratique pour le diagnostic ou le pronostic des maladies.

L'étude de la concentration moléculaire, à l'aide de la cryoscopie appliquée par les chirurgiens au diagnostic des affections du rein et à la recherche des indications opératoires, a donné de bons résultats.

L'examen du sérum peut donner des indications précieuses. Ainsi l'existence d'une cholémie, c'est-à-dire la présence de pigments biliaires dans le sérum sanguin, dans des cas où le diagnostic hésite entre la lithiase biliaire et certaines affections de l'estomac ou du rein, peut aider à reconnaître la lithiase biliaire. C'est un signe qui acquiert une valeur considérable lorsque le chirurgien hésite entre un cancer de l'estomac et la lithiase vésiculaire.

L'étude des éléments figurés du sang : hématies, leucocytes, hématoblastes, fournira des indications précieuses.

Normalement, il existe par millimètre cube 5 000 000 de globules rouges chez l'homme, et 4 500 000 chez la femme. L'hyperglobulie est fréquente dans la sténose pylorique, à la suite de diarrhées abondantes, au début des infections ou des suppurations aiguës. Au contraire, l'hypoglobulie est presque constante à la période d'état des maladies infectieuses et des suppurations aiguës ou chroniques, au cours des hémorragies.

L'abaissement important du taux de l'hémoglobine, sans être, comme l'on dit certains auteurs, une contre-indication à l'anesthésie générale et même à une opération, doit néanmoins influencer le chirurgien dans le choix d'un procédé opératoire rapide.

« Nous retiendrons simplement cette règle, dit M. Tuffier, que lorsque, chez un malade, la *quantité de l'hémoglobine est très diminuée*, il faut se méfier de l'anesthésie générale et, s'il est possible, remonter avant l'opération, par un traitement médical, le taux de l'hémoglobine, et, en tout cas, si l'opération est urgente et grave, bien savoir que ce pronostic opératoire en lui-même est particulièrement grave. »

Enfin, l'étude des globules blancs est une des plus importantes de l'hématologie clinique. C'est elle qui fournit le plus de renseignements.

Normalement, le millimètre cube de sang renferme environ 6000 leucocytes. Un taux supérieur à 10 000 constitue l'hyperleucocytose. Au-dessous de 4000, on dit qu'il y a hypoleucocytose ou leucopénie.

Chez l'adulte, les polynucléaires atteignent le chiffre moyen de 64 à 65 %; il existe d'autre part 30 ou 35 éléments à un seul noyau dont 30 lymphocytes ou formes intermédiaires et 4 ou 5 grands mononucléés. Les éosinophiles ne dépassent jamais le chiffre de 1 à 3. On dit qu'il y a polynucléose lorsqu'il y a plus de 70 % de polynucléaires neutrophiles dans le sang de l'adulte, mononucléose quand il y a plus de 35 % d'éléments à un seul noyau, et enfin éosinophilie, lorsque le nombre des éosinophiles dépasse 3 %.

Toutes les variations, soit quantitatives, soit qualitatives des globules blancs ne doivent pas être considérées comme pathologiques. L'époque de la journée à laquelle est faite la prise de sang, l'état de sommeil ou de veille, de digestion ou de jeûne, de repos ou de fatigue, peuvent faire varier l'équilibre leucocytaire. L'âge, le froid, la fatigue, la menstruation, la digestion, la grossesse, font varier le nombre de globules blancs dans le sang. Aussi il faut poser comme règle absolue que l'on ne doit jamais se baser sur un seul examen de sang, mais en pratiquer plusieurs à intervalles assez rapprochés, en se plaçant dans les mêmes conditions.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Tuffier étudie la formule hématologique dans les affections chirurgicales et passe successivement en revue cette formule :

1° Au cours de l'acte opératoire lui-même ;

2° Dans les infections et les suppurations ;

3° La chirurgie intestinale (contusion, perforation, étranglement) ;

4° Les tumeurs malignes ;

5° Les kystes hydatiques ;

6° Les adénites chroniques, les affections de la rate, du foie et des reins ;

7° Les affections gynécologiques.

I. *L'acte opératoire.* — Le traitement pré-opératoire modifie la formule sanguine. Le régime lacté absolu produit une leucocytose constante et une polynucléose marquée. Il en est de même des purgatifs qui, en outre, à cause de la déperdition aqueuse qu'ils entraînent, augmentent la concentration sanguine, et dans des proportions quelquefois considérables le nombre des globules rouges. L'émotion peut agir de façon très différente suivant qu'elle se traduit par des phénomènes de vaso-constriction ou de vaso-dilatation, de ralentissement ou d'accélération du courant circulatoire.

L'action des anesthésiques est difficile à apprécier. L'administration de l'éther serait suivie d'une leucocytose fugace légère.

La narcose chloroformique produit une hyperleucocytose. Il en est de même d'une simple opération aseptique. Enfin, la formule sanguine post-opératoire varie suivant l'abondance de l'hémorragie.

II. *Infections et suppurations.* — Au début d'une infection ou d'une suppuration aiguë on constate une hyperleucocytose qui peut aller jusqu'à 20 ou 25 000 globules blancs. L'augmentation porte surtout sur le polynucléaire neutrophile, dont la proportion atteint et dépasse 80 %, quelquefois même 90 % dans les infections intenses. Cette polynucléose apparaît chez l'homme dès le début de l'infection. En même temps que les polynucléai-

res augmentent, les éléments à un seul noyau diminuent, et les éosinophiles, qui semblent être, dans une certaine mesure, les témoins de l'état de santé, disparaissent ou du moins ne sont plus représentés que dans des proportions infimes.

La convalescence d'une infection, l'évacuation d'un abcès sont, au contraire, caractérisées au point de vue hématologique par le retour des leucocytes à la normale, quantitativement et qualitativement. L'ouverture d'un foyer purulent s'accompagne d'une chute brusque de la polynucléose. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, la défervescence doit être tenue pour suspecte, il existe une infection générale, ou au moins un foyer caché qui n'a pas été ouvert ou qui est insuffisamment drainé.

Les suppurations siégeant au voisinage immédiat du péritoine s'accompagnent d'une leucocytose beaucoup plus accentuée que celles qui siègent à distance de cette séreuse.

M. Tuffier envisage les variations de la formule hémoleucocytaire suivant le siège et l'évolution de l'infection.

1° *Les septicémies*, dans la forme légère, sont caractérisées par une leucocytose de 15000 avec 85 % de polynucléaires et la disparition passagère des éosinophiles; dans la forme moyenne, par une leucocytose de 20 à 30000 avec 90 % de polynucléaires, la disparition, pendant plusieurs jours, des éosinophiles et l'augmentation du nombre; dans la forme grave, par la diminution rapide des globules rouges, une leucocytose pouvant atteindre 53000 et la disparition persistante des éosinophiles.

2° *Les suppurations*. Les suppurations externes, même très circonscrites, donnent la formule caractéristique des suppurations en général : hyperglobulie au début, diminution de la valeur globulaire, polynucléose. C'est surtout dans les cas de suppurations profondes que l'examen du sang est utile.

L'hyperleucocytose permet de différencier l'abcès du foie où elle existe, du cancer ou d'une hépatite non suppurée où elle manque, la méningite suppurée, de la méningite tuberculeuse. Les suppurations profondes sans localisations nettes, s'accompagnant d'un état typhique seront, grâce à la formule hématologique spéciale de la dothiénentérie, facilement distinguées de cette dernière.

Enfin, l'hyperleucocytose constante et intense dans les suppurations des séreuses permet de différencier la pleurésie purulente de la pleurésie séreuse, l'arthrite suppurée de l'hydarthrose. Mais c'est principalement dans les suppurations du péritoine que l'examen du sang prend une grande importance.

Les constatations hématologiques ont dans l'appendicite fait l'objet d'un grand nombre de travaux. On peut en tirer quelques conclusions importantes, tant au point de vue du diagnostic positif ou différentiel que du pronostic ou de l'évolution de la maladie.

« Toute crise d'appendicite légère ou grave s'accompagne d'une augmentation du nombre des leucocytes, et cette augmentation, qui peut être très marquée, atteignant à peine 10000 et portant surtout sur les lymphocytes, peut aussi être très considérable et atteindre 25000 et plus, même lorsque la crise va tourner court. Aussi est-il nécessaire, en particulier dans l'appendicite, de ne pas se contenter de quelques examens; il faut étudier le sang tous les jours, et suivre à la fois la courbe de la leucocytose totale et la courbe des différents globules blancs. Si la crise doit se terminer par résolution, l'augmentation du début sera passagère. Dès le lendemain ou le surlendemain, le nombre des leucocytes tombe de 25000 à 15000, et même atteint parfois la normale. Au contraire, si l'augmentation se maintient, surtout si elle s'élève, si en même temps le nombre de polynucléaires est de 80 à 90 %, c'est qu'il se forme un abcès. Dans tous les cas où, plusieurs jours après le début de la crise, la leucocytose est restée au-dessus de 25000, on peut être à peu près sûr de l'existence de pus, de gangrène de l'appendice ou de péritonite généralisée, sans qu'il soit possible, quand on se trouve en présence d'une leucocytose élevée, de savoir si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces modalités cliniques. Lorsque, au cours de la crise aiguë, le nombre des leucocytes, après avoir diminué, augmente graduellement ou brusquement, on doit penser qu'il se forme un abcès, ou qu'un abcès localisé est ouvert dans la cavité péritonéale, même si le pouls, la température ou les signes physiques sont en désaccord. Il y a de nombreux cas où la leucocytose était le seul signe indiquant la présence de pus, contrôlé d'ailleurs par l'opération. Dans le cas de discordance entre la température et la leucocytose, je crois que c'est de cette dernière dont il faudra tenir compte en vue de l'intervention chirurgicale. »

L'absence d'une leucocytose élevée peut cependant être notée, alors qu'une suppuration existe. Il en est ainsi dans deux conditions différentes :

1° Dans certains cas de septicémies ou de péritonite diffuse, lorsque les moyens de défense de l'organisme sont annihilés. On peut voir alors le nombre des leucocytoses tomber au-dessous de la normale, et ces faits, lorsqu'ils coexistent avec des phénomènes cliniques alarmants, sont du plus mauvais pronostic. Une forte leucocytose dans une péritonite généralisée est plutôt, au contraire, un signe favorable.

2° Dans certains cas d'abcès enkystés anciens, limités par une coque fibreuse épaisse qui ne permet pas la résorption des toxines élaborées dans la cavité purulente.

Pour les chirurgiens qui, systématiquement, préfèrent n'opérer l'appendicite que lorsque les phénomènes inflammatoires sont éteints, il y a grand intérêt à savoir quand l'appendicite est refroidie. Il semble qu'on peut prévoir ce refroidissement quand le chiffre des leucocytes est au-dessous de 10000, quand l'équilibre leucocytaire est revenu à la normale que les éosinophiles ont reparu ou qu'il se fait une véritable crise éosinophilique, et enfin quand l'anémie de la période aiguë est en voie de réparation. Mais cette constatation n'implique nullement que la région iléo-cæcale est en état favorable pour une intervention.

L'examen hématologique ne permet pas seulement dans l'appendicite d'essayer de préciser les lésions, mais encore de faire le diagnostic différentiel avec certaines maladies capables cliniquement de la simuler. Il en est ainsi de la colique saturnine qui, non seulement présente une leucocytose généralement moindre, mais s'accompagne souvent de la présence dans le sang des malades qui en sont atteints, de globules rouges à granulations basophiles. Il en est de même de la fièvre typhoïde qui, dès le début, se distingue par la constatation d'une leucopénie précoce. L'entérite muco-membraneuse, l'appendicite hystérique pourront de même être écartées. Enfin, la courbe leucocytaire permettra encore de différencier l'appendicite d'une tumeur non inflammatoire de la région cæcale.

Il ne faudrait cependant pas croire, comme l'ont écrit certains auteurs, que la gravité est en raison directe du nombre des globules blancs, et que de deux malades, celui qui a 18000 leucocytes est moins gravement atteint que celui qui en a 25000 par millimètre cube. Ici comme dans toute autre suppuration, il faut tenir compte des réactions de l'organisme.

Enfin, l'examen du sang est capable, après l'opération, de fournir des renseignements importants. Dans une appendicite non suppurée la courbe leucocytaire, après une courte élévation post-opératoire, retombe à la normale. Dans une appendicite suppurée, après l'évacuation du pus, le nombre des leucocytes diminue progressivement pour atteindre le taux normal. S'il ne diminue pas ou s'il s'élève après une courte rémission, on peut conclure avec certitude soit à un drainage insuffisant, soit à l'existence d'une collection proche ou éloignée que n'a pas rencontrée l'incision, soit à des complications d'autre nature comme la pneumonie, l'érysipèle, la phlébite, l'endocardite, capables de provoquer elles-mêmes la leucocytose.

En somme, malgré les restrictions que nous avons signalées, l'examen méthodique du sang dans l'appendicite donne des renseignements de premier ordre dont il faut tenir compe. Mais là encore il ne faut pas exagérer son importance et vouloir faire reposer, sur ce seul examen, tout le diagnostic et le traitement.

III. — *Chirurgie intestinale*. — Dans certains cas de contusion de l'abdomen, c'est l'hyperleucocytose seule qui peut préciser l'indication opératoire.

Il existe une variété de perforations qui tire des caractères hématologiques

spéciaux de la maladie dans laquelle elles se présentent, une importance diagnostique particulière. Ce sont les perforations typhiques. On sait, en effet, que la fièvre typhoïde s'accompagne d'hypoleucocytose, le nombre des globules blancs pouvant être inférieur à 3000, quelquefois même à 2000 (Cabot), et même tomber à 1000.

Dès la deuxième semaine, il y a, en général, hypoleucocytose due surtout à la diminution des polynucléaires; dans les troisième et quatrième semaines, le nombre des leucocytes continue à diminuer et cet état persiste même quelquefois longtemps pendant la convalescence. Cette seule constatation d'hypoleucocytose dûment observée suffit à faire faire le diagnostic différentiel avec l'appendicite, qui s'accompagne toujours d'hyperleucocytose. La constatation à plusieurs reprises, par des examens pratiqués à une heure d'intervalle, du maintien de l'hypoleucocytose ou du moins de l'absence de leucocytose, devrait faire rejeter également le diagnostic de perforation intestinale.

L'examen du sang n'a de valeur que si l'on s'est assuré, au préalable, par l'examen clinique, que le malade ne présente aucune autre complication capable de déterminer l'hyperleucocytose, et, à cet égard, la leucopémie est d'une constatation plus importante, pour le diagnostic négatif, que celle de la leucocytose pour le diagnostic positif de la perforation.

Il ne faut demander à l'hématologie qu'un appui à la clinique, mais il n'en est pas moins vrai que la question, au point de vue pratique, est des plus intéressantes.

L'examen du sang dans l'occlusion intestinale a surtout une valeur pronostique. Si, durant les vingt-quatre premières heures, on trouve un chiffre de 25 à 30000, il y a probabilité de gangrène ou de péritonite.

IV. *Tumeurs malignes.* — La diminution des globules rouges est précoce dans le cancer, toujours progressive, et peut atteindre un degré considérable; la valeur globulaire reste normale ou peu diminuée. Au contraire, les globules blancs augmentent en nombre; les leucocytes éosinophiles persistent. La formule hématologique du cancer peut, dans certains cas difficiles, se préciser entre une suppuration ou un cancer, ou bien entre un cancer de l'estomac ou un ulcère, ou enfin entre un cancer ou une anémie pernicieuse progressive.

V. *Kystes hydatiques.* — Les kystes hydatiques se manifestent généralement par l'augmentation des éosinophiles. Toutefois, cette éosinophilie, parfois considérable, n'existe pas toujours; elle ne peut être considérée que comme un élément de présomption, mais non de certitude.

VI. *Adénites chroniques. Affections de la rate, du foie et des reins.* — L'examen du sang est précieux encore pour dépister l'hypertrophie ganglionnaire d'origine leucémique. En dehors de ce fait, l'hématoscopie dans les adénopathies semble n'avoir qu'une valeur restreinte au point de vue séméiologique.

La leucémie myélogène, qui s'accompagne de splénomégalie, commande l'abstention chirurgicale; aussi l'examen du sang est-il de nécessité absolue dans tous les cas de splénomégalie où une indication opératoire semble se poser. Quant aux affections du foie et des reins, leur siège ne donne à la formule sanguine aucun caractère particulier.

VII. *Affections gynécologiques.* — Les affections gynécologiques ont largement bénéficié des ressources de l'hématologie, non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi des indications opératoires et de la voie à suivre pour une intervention. Et lorsqu'en présence d'une masse douloureuse constatée dans le Douglas, ou dans un des ligaments larges, on hésite entre une hématocèle non infectée ou suppurée, un pyosalpinx, une grossesse extra-utérine, ou un kyste de l'ovaire suppuré, l'examen du sang peut, dans certains cas, limiter la question et permettre de faire le diagnostic positif de suppuration ou d'hématocèle non infectée.

L'hématocèle s'accompagne d'une leucocytose légère, de la diminution des globules rouges et surtout d'un abaissement quelquefois très notable de la valeur globulaire.

La grossesse extra-utérine non rompue apporte peu de modifications sanguines.

Quant aux *kystes de l'ovaire*, si dans certains cas l'examen du sang permet de préjuger de leur nature bénigne ou maligne, si dans beaucoup d'autres il permet d'affirmer la suppuration du kyste, question très importante à connaître pour le chirurgien, ici, comme dans le cancer en général, il est nécessaire de compter avec de nombreuses exceptions.

Rien à dire des *fibromes*. Quant au *cancer* de l'utérus, il ne présente aucun caractère hématologique qui le distingue du cancer en général.

En résumé, l'hématologie mise à la disposition de la chirurgie peut lui rendre de précieux services. Sans avoir la prétention de supplanter les renseignements de la clinique, elle doit faire partie actuellement des notions que nous sommes obligés d'acquérir et que nous n'avons pas le droit de méconnaître quand nous avons à nous prononcer sur la nature, la cause, le pronostic et le traitement des maladies.

DISCUSSION

M. **Sonnenburg** est d'accord avec les conclusions de M. Tuffier. Depuis trois ans, il pratique l'examen du sang chez tous les malades atteints d'affection chirurgicale, et particulièrement dans les appendicites aiguës. C'est ainsi qu'il a pu étudier 500 cas d'appendicite. Ses conclusions sont les suivantes :

La leucocytose étant la réaction de l'organisme contre l'infection, plus il est vigoureux, plus le nombre de leucocytes augmente; le nombre des globules blancs est également proportionné à la virulence de l'infection. Il a fait des courbes et des graphiques représentant l'augmentation des globules en même temps que les variations de la température et du pouls. L'inflammation du péritoine, au début, s'accompagne d'une augmentation considérable de globules blancs (jusqu'à 20000 et plus). Si donc, l'augmentation est moindre, c'est que l'organisme succombe à l'infection. Si l'augmentation diminue en même temps que la température baisse, le pronostic est bon. Si, après avoir diminué, cette hyperleucocytose s'accentue de nouveau, il faut craindre une rechute. Si, enfin, elle tombe brusquement, c'est d'un fâcheux augure.

Une hyperleucocytose marquée, jointe à des symptômes graves, constitue l'indication d'une intervention hâtive, car il y a un commencement de péritonite généralisée. Une leucocytose moyenne avec des symptômes graves forcera le chirurgien à intervenir.

En résumé, l'examen du sang est devenu indispensable pour le chirurgien, car en bien des cas il lui permet de savoir s'il doit intervenir ou temporiser.

M. Reynier (Paris). — Assurément, l'examen du sang peut rendre de grands services en chirurgie, mais les exemples sont nombreux où ce procédé d'investigation se trouve en défaut, et force nous est de nous en remettre toujours aux symptômes cliniques. Les trois observations suivantes sont utiles à connaître.

1° Un enfant fait une appendicite avec phénomènes péritonéaux très graves. La température est élevée. Le nombre des globules blancs est de 11000. L'opération a prouvé qu'il n'y avait jamais eu de pus dans le ventre.

2° Un malade fait, au contraire, une appendicite d'allure bénigne : la température vespérale ne dépasse pas 38°6, et le matin tombe à peu près régulièrement d'un degré. Cliniquement, il y a manifestement un abcès dans la fosse iliaque. Le nombre des globules blancs n'est pourtant que de 12000. On retire un litre de pus.

3° Une malade faisait évidemment un abcès du petit bassin, puisqu'on a pu l'évacuer par le rectum, et pourtant la leucocytose n'a pas dépassé 12, 14 et 13000.

Il y a donc des cas dans lesquels la présence du pus ne s'accompagne pas d'augmentation considérable des globules blancs.

M. Silbol (Marseille) expose le résultat de ses recherches sur le sang et montre que l'hématologie est un guide auquel on peut se fier dans les appendicites, sauf quelques rares exceptions.

M. Sébileau (Paris). — Le diagnostic différentiel des complications suppuratives des otites moyennes est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, puis-

que dans bien des cas on ne se résout à intervenir sur le cerveau que dans une seconde ou troisième intervention, la première ayant été incomplète.

La ponction lombaire est de quelque secours pour ce diagnostic, mais elle ne donne que des résultats partiels. Si le liquide céphalo-rachidien est louche avec des globules blancs, le diagnostic de méningite suppurée s'impose; de même si la tension de ce liquide est manifeste, on peut conclure à une méningite séreuse, mais il ne faut pas demander davantage à la ponction. Avec MM. Pautrier et Wicart, M. Sébileau a étudié 45 malades au point de vue du nombre des globules blancs, et cet examen ayant porté sur des cas assez variés, lui a permis, non pas de tirer des conclusions précises, mais d'obtenir des indications fort utiles. Les malades présentaient une augmentation du nombre des leucocytes variable suivant leurs complications.

Dans l'otite moyenne aiguë simple 9000; dans la mastoïdite simple, 12000; dans l'abcès sous-dural, 13000; dans la thrombo-phlébite du sinus latéral, 25000; dans l'abcès du cerveau, 9 à 15000.

M. Tuffier. — En somme, les conclusions de mon rapport concordent parfaitement avec les résultats signalés par les orateurs précédents. J'insiste sur ce fait que l'hématologie ne doit entrer en ligne de compte que lorsque la clinique a épuisé tous ses moyens d'investigation, et je tiens à redire que les résultats qu'elle donne sont surtout des signes de présomption.

COMMUNICATIONS DIVERSES

De l'origine porte de certains accidents graves consécutifs aux opérations sur le hile du foie

M. Villard (Lyon). — Un certain nombre d'accidents graves, qu'il est possible d'observer à la suite d'interventions sur la région du hile du foie et sur le cholédoque en particulier, me paraissent devoir être attribués, non pas à des actions réflexes nerveuses, mais à la compression accidentelle du tronc de la veine porte. Les rapports anatomiques de ce vaisseau avec le cholédoque et la colonne vertébrale permettent de comprendre qu'à la suite d'un drainage ou d'un tamponnement à la gaze consécutifs à une cholédocotomie par exemple, la veine puisse être comprimée, aplatie ou coudée, réalisant ainsi un arrêt total ou partiel de la circulation porte.

En réalité, l'oblitération totale de la veine doit être exceptionnelle, mais le calibre du vaisseau peut être suffisamment réduit pour amener des troubles de la plus haute gravité et même mortels, reproduisant cliniquement les phénomènes observés en physiologie par Oré, Cl. Bernard, Moos, etc., suivant qu'il s'agit de ligatures brusques totales ou de ligatures partielles ou temporaires.

J'ai observé, dans trois cas, des troubles relevant de cette pathogénie. Dans le premier, à la suite d'une exploration difficile du cholédoque, en présence d'un suintement sanguin abondant, un tamponnement à la gaze trop énergique est laissé en place: trois heures plus tard apparaissent des symptômes graves simulant une hémorragie interne : pâleur extrême, petitesse du pouls, syncopes. La mort survient au bout de cinq heures. A l'autopsie, faite partiellement pour des raisons extra-médicales, on constatait l'absence absolue d'hémorragie interne et une congestion violacée des anses intestinales rappelant celle des altérations de la veine porte.

Dans un deuxième cas, après une cholédocotomie laborieuse, tamponnement hémostatique à la gaze, quatre heures plus tard pâleur extrême du malade, faiblesse du pouls, sueurs profuses; je retire partiellement les mèches pour diminuer la compression; à partir de ce moment, l'état général se relève et le malade guérit sans autre incident.

Dans un troisième cas, au cours de l'extirpation d'un kyste du pancréas, phénomènes graves de syncope; je constate alors que les manœuvres opératoires de relèvement de l'estomac produisent une compression du tronc de la veine porte et une dilatation considérable de la splénique, et des mésentériques. Le retour à une position normale fait disparaître les accidents. Ceux-ci se montrent de nouveau une seconde fois, la même position vicieuse ayant été accidentellement reproduite.

Ces trois faits m'ont paru réaliser cliniquement les phénomènes physiologiques des compressions partielles ou temporaires de la veine porte et, en attendant de nouvelles confirmations, je crois qu'il faut formuler les conclusions suivantes :

1° Il est possible de comprimer accidentellement la veine porte par un tamponnement à la gaze placé dans la région sous-hépatique.

2° Cette compression peut donner naissance à des accidents redoutables et même rapidement mortels, simulant l'hémorragie interne.

3° En pratique on devra éviter de placer, dans la région sous-hépatique, des drainages à la gaze trop serrés ou trop compressifs et, en présence d'accidents menaçants, diminuer les causes de compression s'il ne s'agit d'hémorragie réelle.

Cholécystentérostomie en Y

M. Monprofit (Angers) communique une modification de la cholécystentérostomie classique. Il pratique l'anastomose en Y comme dans la gastro-entérostomie par le procédé de Roux. M. Monprofit a pratiqué une fois cette intervention avec un bon résultat fonctionnel.

Cholécystentérostomie pour les fistules biliaires persistantes

M. Fournier (Amiens) cite deux cas dans lesquels il n'a pas pensé devoir faire la cholécystectomie pour s'opposer à l'écoulement de la bile, dans la crainte qu'après l'ablation de la vésicule la bile ne continuât à s'écouler. D'ailleurs, il s'agissait de malades chez lesquels il n'y avait pas de calcul dans le cholédoque, mais une ptose pouvant expliquer les changements de rapports des viscères et des canaux biliaires et peut-être leur obstruction. L'abouchement de la vésicule au duodénum permit, en conséquence, l'écoulement de la bile dans l'intestin et le fonctionnement normal.

Deux observations de tumeurs hépatiques guéries par simple laparotomie exploratrice

M. H. Barnsby (Tours) rapporte deux observations d'affections hépatiques guéries par simple laparotomie exploratrice.

Dans le premier cas, on crut avoir affaire à un néoplasme du foie et de la vésicule avec ascite.

Dans le second, on pensa se trouver en présence d'une cirrhose hépatique avec gros foie, lequel fut ponctionné à deux reprises et négativement.

Chez ces deux malades, on se contenta d'évacuer complètement le liquide ascitique par une large incision et de refermer sans drainer.

Or, dans les deux cas, non seulement les accidents immédiats disparurent, non seulement l'état général s'améliora progressivement et très nettement, mais aussi le liquide ascitique ne se reproduisit à aucun moment.

Ces deux sujets ont été suivis pendant quatre ans et sont toujours dans un état très satisfaisant. Cette longue période d'observation permet d'affirmer, sinon la guérison, au moins l'amélioration incontestable et durable. C'est là ce qui fait l'intérêt de ces résultats surprenants, quoique encore inexplicables.

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général de longue durée

M. Malherbe (Paris). — Des faits encore tout récents ont attiré à nouveau l'attention sur l'anesthésie générale.

Notre expérience du chlorure d'éthyle, expérience déjà longue puisque nous avons pratiqué environ 3000 anesthésies à l'aide de ce produit, sans aucune espèce d'accidents, nous engage à le présenter comme un anesthésique pouvant rendre les plus grands services. Donné à doses répétées, il est susceptible de remplacer le chloroforme et l'éther dans les opérations chirurgicales de longue durée, et l'on aurait tort, selon nous, de négliger un aussi précieux agent.

L'anesthésique se rapprochant le plus de la perfection doit répondre aux desiderata suivants : pureté stable du produit, facilité et simplicité d'administration, innocuité absolue pour l'économie.

Le chlorure d'éthyle nous paraît remplir ces conditions dans la plus large mesure.

Après l'avoir utilisé, surtout dans les opérations de courte durée, nous l'avons, dans 120 anesthésies, tant chez l'enfant

que chez l'adulte, employé pour des interventions de longue durée, suivant le procédé des doses répétées dont nous allons parler plus loin.

Les résultats que nous avons obtenus sont de nature, croyons-nous, à encourager l'essai de ce mode de narcose qui nous paraît appelé à rendre les plus grands services aux chirurgiens.

Nous n'ignorons pas que, dès 1899, M. Wiessner, médecin-major de l'armée autrichienne, a employé le procédé des doses répétées, et que depuis quelques chirurgiens l'ont utilisé. Mais presque toujours on semble avoir redouté de prolonger l'anesthésie au delà d'une vingtaine de minutes. Nous ne pensons pas que ces craintes soient fondées.

Bien administré, le chlorure d'éthyle peut être donné pendant 30, 40, 60 minutes et même au delà sans aucun inconvénient.

Nos expériences, faites sur les animaux ainsi que nos essais sur l'homme, que nous avons d'ailleurs publiés en collaboration avec notre élève et ami le Dr Laval, nous ont permis, non seulement de connaître l'action du chlorure d'éthyle sur les divers systèmes de l'économie, mais encore nous ont démontré que cet anesthésique ne paraît pas avoir de propriétés toxiques sur ces divers systèmes. D'autres auteurs, qui ont entrepris des expériences analogues sur l'animal, sont arrivés aux mêmes conclusions. Le chlorure d'éthyle est donc un anesthésique qui n'est pas toxique.

Nous ne prétendons pas assurer par là qu'il ne pourra jamais produire d'accidents. Une telle affirmation ne peut avoir de sens quand il s'agit d'anesthésie générale, c'est-à-dire d'une sorte d'empoisonnement momentanée des centres nerveux.

Nous venons simplement dire aujourd'hui : le chlorure d'éthyle peut remplacer le chloroforme et l'éther parce qu'il présente sur ces agents, entre autres avantages, celui d'être infiniment moins dangereux.

Une autre supériorité de ce produit, est la possibilité de l'avoir pur et de le conserver pur. Contenu dans des tubes bien fermés, il se garde presque indéfiniment, et nous nous sommes servis, sans aucun inconvénient, de tubes ayant quatre années d'existence.

Contrairement au chloroforme, il ne se décompose pas au contact des sécrétions muqueuses.

Enfin, sa grande facilité d'administration le rend également précieux : avec lui, pas besoin de masque plus ou moins compliqué et partant plus ou moins propre, pas besoin de ces appareils prétentieux et encombrants qui vous donnent une fausse sécurité.

Une compresse et un tube de narcotique, voilà le simple bagage que tout chirurgien peut facilement avoir.

Nous ne reviendrons pas sur le procédé de la compresse que nous avons décrit ici même; nous rappellerons seulement qu'une fois l'anesthésie obtenue par la première dose de chlorure d'éthyle, il suffit, pour maintenir cette anesthésie aussi longtemps qu'on le désire, de verser sur la compresse et sans attendre le réveil, de nouvelles doses que, suivant les cas et les sujets, on renouvellera toutes les minutes environ.

Il est ainsi facile de surveiller le malade qui dort d'un sommeil ininterrompu. Il ne suffit pas, cependant, de laisser tomber seulement quelques gouttes de liquide sur la compresse comme pour la narcose chloroformique; le chlorure d'éthyle étant extrêmement volatil, il ne faut pas craindre de verser chaque fois 3 à 4 cc de liquide et d'appliquer hermétiquement la compresse sur le nez et la bouche du patient.

Les malades ainsi endormis ont un sommeil tranquille que l'on peut prolonger, comme nous l'avons dit précédemment, pendant trente, quarante et soixante minutes. Le réveil se produit très rapidement dès qu'on interrompt l'application de la compresse. Ce réveil est des plus caractéristiques : les malades semblent alors sortir d'un rêve profond et cherchent à se rendre compte de l'endroit où ils se trouvent, puis, ils se mettent à parler et peuvent s'asseoir, se lever et marcher sans vertiges.

Il y a peu ou pas de céphalalgie, généralement pas de troubles gastriques (à peine quelques nausées) et, peu de temps après, les malades demandent à manger, ce qu'on peut leur permettre sans inconvénient.

Il n'y a pas de ces vomissements parfois incoercibles qu'on rencontre après le chloroforme; nous dirons même qu'il nous est arrivé d'endormir des malades ayant mangé sans provoquer de vomissements. Nous ne pensons pas, cependant, que cela soit recommandable et croyons préférable d'endormir les malades à jeun ou n'ayant pris qu'un peu de liquide.

Nous n'avons pas noté d'albuminurie ou d'ictère comme cela arrive assez fréquemment après l'anesthésie au chloroforme ; pas d'expectoration d'écume blanche comme celle qui se produit après l'éthérisation. Enfin, les malades ne sont pas sujets aux syncopes et leur état n'exige aucunement qu'ils restent couchés pendant quarante-huit heures.

L'emploi du chlorure d'éthyle à doses répétées nous paraît donc indiqué chez tous les malades en général et, en particulier, chez ceux pour lesquels le chloroforme et l'éther peuvent être dangereux.

C'est grâce au mode d'administration que nous venons préconiser ici que le chlorure d'éthyle pourra être employé avantageusement dans la grande chirurgie.

A la campagne, on en tirera le plus grand profit en raison de la facilité de son emploi, de la rapidité de son action et de son innocuité.

Sa généralisation rendra également les plus grands services à la chirurgie journalière. Dans les hôpitaux, dans les cliniques, les malades pourront subir des opérations et rentrer ensuite chez eux sans avoir besoin d'être hospitalisés.

Il en résultera une économie importante, d'une part, et, de l'autre, la possibilité d'opérer un plus grand nombre de malades.

Il n'est pas jusqu'en obstétrique où la généralisation de cette méthode ne soit à même de rendre de grands services.

Le chlorure d'éthyle, déjà employé par les Drs Lepage et Lelaurier comme anesthésique de courte durée, pourra, grâce aux doses répétées, remplacer le chloroforme et l'éther pour les opérations obstétricales plus longues.

La chirurgie militaire, qui se rapproche par certains côtés de la chirurgie de campagne, doit aussi, selon nous, bénéficier de ce genre d'anesthésie; il rendra les plus grands services dans les pansements et les opérations pratiqués sur place. En effet, tandis qu'il faut au moins dix minutes pour obtenir la narcose chloroformique, et qu'on ne peut songer à commencer l'opération qu'après ce laps de temps — ce qui constitue la perte d'instants précieux — l'anesthésie au chlorure d'éthyle se fait en moins d'une minute, et, grâce à la répétition des doses, permet aussitôt de pratiquer l'intervention.

Nous ajouterons que l'anesthésie au chloroforme est détestable chez les sujets affaiblis par une grande perte de sang et déprimés par les fatigues d'une campagne. Il en résulte un nouveau shok s'ajoutant au shok de la blessure. Enfin, comme l'a très bien fait observer M. Wiessner, les blessés opérés sous la narcose chloroformique sont, pendant un certain nombre d'heures, intransportables et doivent rester longtemps au repos sous la surveillance d'un médecin.

Jamais, au cours de nos anesthésies, nous n'avons eu de complications inquiétantes.

Dans deux cas seulement nous avons noté une agitation assez forte au début de la narcose, et la résolution a été plus longue à se produire, puis ensuite tout s'est passé normalement.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des observations que nous a suggérées l'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général de longue durée. Cette note a seulement pour but de traduire l'impression résultant de l'expérience que nous avons acquise, sur ce sujet, au cours des chlorethylisations à doses répétées que nous avons pratiquées.

Les nouveaux traitements du cancer

M. Doyen (Paris) déclare qu'il n'a pas trouvé le traitement spécifique du cancer, pas plus qu'il n'a décrit le microbe du cancer. Il a découvert, dans les tissus néoplasiques, un micro-organisme qu'il a nommé micrococcus néoformans, dont les cultures atténuées par certains procédés

et additionnées de quinine ou d'arsenic, forment la base de son sérum anti-cancéreux.

Il rappelle les détails techniques de la fabrication de ses liquides antinesplasiques et insiste sur ce fait que la production des toxines obtenues par les cultures du micrococcus neoformans est délicate, très lente, et exige deux ou trois ans avant de pouvoir être utilisée dans un but thérapeutique.

M. Doyen apporte une statistique de 212 cas de cancers de toute espèce qu'il a traités par sa méthode. Ses résultats sont les suivants : 42 guérisons certaines, dont quelques-unes datent de quatre ans ; 128 fois le traitement n'a donné aucun résultat, parce qu'il a été commence trop tard ou interrompu trop tôt. Six malades sont morts accidentellement, guéris de leur cancer, et 20 malades n'ont pu être suivis.

Les indications du traitement par le sérum peuvent être ainsi formulées :

1° Toutes les tumeurs malignes confirmées, qui sont vouées à une récidive post-opératoire fatale.

2° Tous les cancers confirmés dans lesquels l'ablation totale ne peut être pratiquée.

3° Toutes les tumeurs inopérables du fait de leur étendue, sans toutefois que des organes vitaux comme le foie, le rein, soient attaqués.

En terminant, M. Doyen envisage la possibilité d'une vaccination anticancéreuse, immunisant pour un temps très long des personnes susceptibles de devenir cancéreuses du fait de leur hérédité, ou de l'apparition de certaines altérations prémonitoires du cancer.

M. Reynès (Marseille). — La théorie du micrococcus neoformans produisant, suivant les tissus dans lesquels il se développe, un lipome, un chondrome, un épithéliome, renverse les théories actuellement admises sur les cancers. Je ne sache pas que les expériences faites sur les animaux, à ce point de vue, aient été probantes.

M. Poirier (Paris) déclare que la communication de M. Doyen appelle quelques réserves. Dans la première partie, l'auteur a rappelé des faits anatomo-pathologiques connus : le polymorphisme des tumeurs, la coïncidence de l'inflammation et de la dégénérescence, l'hypertrophie ganglionnaire précédant la dégénérescence du ganglion, etc. La seconde partie de la communication a trait au micrococcus neoformans. M. Poirier déclare douter de son existence, que les travaux de bactériologistes très compétents n'ont pas démontrée. « C'est un lieu commun, dans un certain monde, dit-il, de répéter que les Académies, les Sociétés savantes, les Instituts se refusent à admettre les vérités qui n'ont point germé dans le cerveau d'un de leurs membres. Des gens intéressés le répètent, et les imbéciles le croient. » L'existence du micrococcus neoformans est un fait matériel que tous les savants admettront quand ils l'auront vu. Il déclare qu'un sérum anti-cancéreux guérisseur est encore à trouver.

Jusqu'à présent, le seul traitement du cancer est l'ablation large, méthodiquement et logiquement poursuivie sur les voies d'expansion du cancer. Il serait regrettable de temporiser, mus par une confiance aveugle, en un traitement qui n'a pas fait ses preuves.

M. Doyen. — Ma réponse à M. Reynès sera la suivante : j'ai publié que mes inoculations aux animaux avaient déterminé des tumeurs variant de nature avec le siège du développement du micrococcus néoformans. A M. Poirier je répondrai ce que je ne cesse de dire depuis le début de mon traitement : « Venez dans mon laboratoire, vous y verrez mes méthodes d'isolement et de culture, le mode de préparation des toxines, et venez à ma clinique, vous y constaterez les résultats que j'obtiens. »

M. Poirier. — Je n'ai pas la compétence suffisante pour contrôler les travaux de bactériologie que fait M. Doyen. D'autres que moi peuvent le faire, et lorsque des savants comme Roux et Metchnikoff, viendront proclamer l'existence et la spécificité du micrococcus neoformans, je croirai. Je voudrais que M. Doyen nous montrât des malades avant, pendant et après le traitement.

M. Folet (Lille) propose la formation d'une commission composée de gens compétents qui serait chargée d'étudier, auprès de M. Doyen, pendant la durée d'une année par exemple, son procédé et ses résultats. Cette commission pourrait faire, au prochain Congrès, un rapport dont l'exactitude ne saurait être mise en doute.

M. Thiéry (Paris) déclare qu'il enverra des malades à M. Doyen, afin qu'il les soumette à son traitement.

M. Mencière (Reims) estime que la proposition de M. Folet doit être acceptée. M. Doyen choisira un nombre de malades parmi ceux qui lui seront proposés et la commission se rendra compte de la technique du traitement et de ses résultats.

M. Doyen accepte la proposition qui lui est faite puisqu'il ne cesse de demander qu'on vienne chez lui voir ses malades en traitement.

M. Pozzi pense que la commission pourra être nommée par l'Assemblée extaordinaire de jeudi prochain (1).

(*A suivre.*) Dr G. BERRUYER.

(1) Ce jour-là, en comité secret, le Congrès a voté la résolution suivante :

« Le Congrès, étant une réunion temporaire et n'ayant pas autorité pour nommer une commission permanente, propose que la commission du Congrès intervienne auprès de l'Institut Pasteur, d'une part, et de la Société de chirurgie, de l'autre.

« Ces deux instituts, d'accord avec M. Doyen, décideront le meilleur moyen pour conduire à bonne fin l'étude de ce sérum, tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue clinique.

UNE VISITE EXPRESS AUX HOPITAUX DE LONDRES

IV

Les hôpitaux de Londres et la chirurgie (1)

Note de M. le Dr MAUCLAIRE

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Il est bien certain que huit jours (2) ne suffisent pas pour visiter les chirurgiens et les hôpitaux de Londres, mais une organisation préliminaire parfaite et une complaisance très grande de la part des confrères anglais ont beaucoup remédié à l'insuffisance du temps et, pour ceux qui ne connaissent pas les hôpitaux de Londres, je vais résumer « ce que j'ai vu, ce qui m'a été dit », et cela d'une manière très concise, à la manière anglaise d'ailleurs. Je terminerai par quelques conclusions générales.

Saint-Thomas's Hospital. — Cet hôpital, très central, date d'une quarantaine d'années. Il se compose de huit très grands pavillons placés le long de la Tamise ; six sont réservés pour les salles de malades, un pour l'Ecole de médecine, un pour le Nurses'Home.

Il y a eu tout 600 lits, dont 210 pour la médecine, 270 pour la chirurgie, 30 pour la gynécologie, 25 pour l'ophtalmologie, 30 pour la pédiatrie. Une salle de 50 lits est réservée à des malades payant environ 15 francs par jour. Tous ces pavillons débouchent sur un long corridor de 400 mètres de long.

A l'entrée de l'hôpital, quand un chef arrive, il y a « un tableau de présence » pendant son séjour dans son service, et son nom est à découvert. Quand le chef quitte l'hôpital, sa fiche de présence est retournée.

Nous avons été guidés dans cet hôpital par le très aimable et très fin professeur Makins, qui nous a montré tout d'abord les salles d'opérations principales.

Celles-ci sont au dernier étage et au nombre de deux, très grandes. Elles communiquent l'une avec l'autre au niveau des stalles réservées aux spectateurs. Cela permet d'aller de l'une à l'autre et de voir, par exemple, une opération dans l'une pendant que l'on fait le pansement dans l'autre. Les chirurgiens opèrent à la même heure, c'est-à-dire de deux à quatre. Le visiteur et l'étudiant ne perdent donc pas de temps; il en sera ainsi pour toute l'organisation dans les hôpitaux de Londres.

Les stalles réservées aux spectateurs

(1) Voir notre précédent numéro.

(2) M. Mauclaire a bien voulu, pour nous donner une note plus documentée, rester huit jours à Londres au lieu des trois jours fixés par le programme. Nous l'en remercions vivement. J. J.

sont en marbre. Tout l'amphithéâtre est recouvert de faïences sur les côtés et l'hémicycle opératoire de mosaïque. L'air qui arrive dans l'amphithéâtre est filtré. La stérilisation des vêtements opératoires, des compresses, des instruments, se fait à l'autoclave. C'est un des rares services, parmi ceux que nous avons visités, dans lesquels la méthode aseptique est employée.

L'opérateur et ses aides sont recouverts de blouses stérilisées; calottes stérilisées, pas de masque, mais il est à noter que tous sont complètement rasés. L'opérateur parle aussi peu que possible. Les aides paraissent muets, et c'est par un geste qu'ils demandent aux nurses ce qu'ils désirent.

L'anesthésie est faite par un « *anesthésiste des hôpitaux* », avec un appareil spécial, de Vernon Harcourt, qui permet de donner des doses très faibles et minima de chloroforme. Nous en reparlerons. La table d'opération est chauffée en trois minutes par des ampoules électriques.

Le professeur Makins fait tout d'abord une gastro-entérostomie pour néoplasme du pylore. Incision latérale et petite dans le grand droit antérieur gauche. Exploration de la tumeur pylorique. La gastro-entérostomie antérieure est décidée. L'estomac et le jéjunum sont attirés au dehors, bien isolés par des compresses. Suture séro-séreuse postérieure à la soie, en surjet et en un seul plan. Suture muco-muqueuse. Suture antérieure séro-séreuse en deux plans. L'opération est faite avec soin, rapidement, et en lavant la région opératoire à l'eau stérilisée. Les instruments sont souvent relavés dans l'eau stérilisée, qu'une nurse change toutes les quatre à cinq minutes.

La deuxième opération est une cure radicale de hernie inguinale bilatérale par résection sacculaire sans incision de l'oblique externe, et avec une incision cutanée, un peu concave en bas et en dehors.

La troisième opération est une résection orthopédique du genou pour une ankylose en flexion. Résection cunéiforme, suture au fil d'argent dans le sens transversal.

Nous visitons ensuite les salles de malades. Elles sont grandes, spacieuses, très propres. Il y a une fenêtre entre chaque lit de malade. Terrasse pour les malades qui ne peuvent descendre au jardin. Grande salle de bains dans chaque salle. L'office-cuisine est très grand, très aéré, très propre; salles d'isolement pour les malades. Des paravents permettent d'isoler certains malades pendant les pansements.

Les salles de malades ne sont pas divisées en aseptiques et septiques, mais les grands septiques sont isolés et il y a, pour les opérer, une salle spéciale.

Dans la salle d'enfants chaque chef a plusieurs lits. Cette salle est très gaie. Il y a des peintures sur les murs. Chaque enfant a, dans une armoire, sa case particulière qui contient ses ustensiles de toilette et de repas.

L'hôpital Saint-Thomas a une belle installation de rayons Rœntgen et de lampes de Finsen.

Citons simplement ici l'École de médecine que nous n'avons pu visiter, à notre grand regret; mais c'était un samedi, et le samedi après-midi c'est fête en Angleterre

La salle d'attente pour la consultation est très remarquable par son étendue, sa propreté et sa commodité. A gauche, se trouvent une série de petites salles; dans la première il y a une petite salle d'opération. Nous y voyons faire des opérations d'urgence de petite chirurgie. Les grandes opérations d'urgence se font dans les salles où le malade est transporté par des ascenseurs extra rapides — et non sur des brancards portés par des infirmiers somnolents!

Saint-Bartholomew's. College hospital. — Dans cet hôpital ont pratiqué Harvey, Percival Pott et John Hunter. Les bâtiments sont anciens et ils vont être reconstruits; il y a 750 lits, dont 231 pour la médecine, 355 pour la chirurgie, 32 pour la gynécologie et d'autres pour des spécialités.

Nous visitons le service du professeur Darcy Power pendant la visite, à deux heures de l'après-midi; les élèves lisent et complètent les observations sous la direction du professeur. Nous voyons panser plusieurs malades pour taille périnéale, néphrotomie, épithélioma pénien, etc., etc.

Le service de chirurgie comprend cinq chirurgiens consultants — dont le prof. Butlin, actuellement doyen de la Faculté de médecine — cinq chirurgiens titulaires, cinq assistants, cinq démonstrateurs, un assistant chargé du registre des observations, le Dr G.-E. Gask, et des docteurs pour les principales spécialités.

Le Dr Gask nous fait visiter les salles de chirurgie, qui sont assez petites. Dans une des deux salles d'opération nous voyons terminer une résection intestinale pour néoplasme. Il y a un isolement et une salle d'opération pour les grands septiques. La même salle sert à plusieurs chirurgiens, à des heures différentes.

La pharmacie est curieuse à visiter, parce qu'on y prépare presque tous les médicaments utilisés dans l'hôpital. Grand pavillon pour les nurses et les docteurs internes chirurgiens, au nombre de douze pour un an seulement.

L'École est très intéressante à parcourir. Elle est fréquentée par 600 étudiants pendant cinq ans. Le musée d'anatomie pathologique est très remarquable; il contient près de 4000 pièces. J'ai vu une pièce de mal de Pott préparée par Pott lui-même. Il y a aussi de remarquables pièces d'anatomie descriptives. Les salles de cours sont très grandes, de même que les laboratoires, les salles de dissection, la bibliothèque et une salle de fêtes, très luxueuse et très artistique. A signaler encore une association des anciens élèves de l'École ou College. Tous les renseignements utiles sur le College sont résumés dans une brochure de 80 pages qui montre bien l'organisation de l'enseignement *qui vise plus le côté clinique pratique que le côté scientifique.*

University College. College et hospital. — L'école-collège est ancienne, mais, par contre, l'hôpital est tout neuf et fut reconstruit grâce à des millions donnés par un commerçant voisin.

La salle d'opération est très haute. Les spectateurs sont disposés en U autour de l'hémicycle opératoire. L'éclairage de la salle est obtenu par des lampes électriques multiples.

Le prof. Barker pratique plusieurs opérations. Laparotomie exploratrice pour un néoplasme rectal, puis une ablation de la langue pour un néoplasme étendu, en suivant la voie sus-hyoïdienne de Kocher. Pas de recherche des ganglions sous-maxillaires du côté opposé, ni des ganglions carotidiens. Anesthésie parfaite avec l'appareil de Vernon-Harcourt.

Le prof. H.-R. Spencer fait une hystérectomie vaginale avec le galvano-cautère. Il nous montre des malades opérées depuis longtemps par ce procédé et pour cancer du col. Ces malades sont examinées au spéculum dans le décubitus latéral.

Les salles de malades sont petites, très propres, et tout à fait modernes.

Guy's hospital. — L'hôpital contient 600 lits. L'installation du service de consultation et du service des premiers secours chirurgicaux d'urgence est très bien comprise. Les salles opératoires sont petites. Les salles de malades assez grandes. Tout un grand pavillon avec bibliothèque, salles d'escrime, réfectoires, etc., est réservé aux docteurs internes. Un autre pavillon, dans une direction opposée, est réservé aux nurses.

Les étudiants séjournent toute la journée à l'hôpital, passant de l'école à l'hôpital (1). Un grand nombre attendent dans des salles d'attente très convenables les cas d'opération d'urgence pour y assister. Pendant notre visite, vers cinq heures, arrive un blessé; aussitôt on voit courir les étudiants vers les salles d'opération. Moins de dix minutes après son arrivée, nous constatons que l'opération était déjà commencée

Les musées d'anotomie pathologique et celui d'anatomie descriptive sont très remarquables.

Charing Cross. College Hospital. — L'École est ancienne, l'hôpital en reconstruction. Il occupe une superficie peu étendue, mais il a six étages, et les ascenseurs montent avec une très grande rapidité au dernier étage, où se trouve la nouvelle salle d'opération en marbre.

(1) C'est dire qu'il y a un restaurant à leur usage. D'après ce que j'ai vu à « Saint-Thomas Hospital », les prix des nombreux plats portés sur la carte du jour sont très modérés, et on m'a affirmé que les consommations étaient de très bonne qualité; je le crois sans peine.

J. J.

Celle-ci est petite, avec galerie circulaire pour les spectateurs. Nouvelles salles de malades très modernes. Salle de consultation très propre, salles d'attentes multiples. Appareils de radiographie, de radiothérapie, de Finsen. Ecole de nurses.

Saint-George's College Hospital. — C'est un collège très ancien illustré par J. Hunter, Baillie, Benjamin Brodie et E. Jenner.

Les salles d'opération sont remarquables et récemment appropriées. Ici, comme partout ailleurs, une salle d'anesthésie bien isolée. Les salles de malades sont très grandes, très aérées. Les chirurgiens sont nombreux : chirurgiens consultants, chirurgiens titulaires — dont le professeur Dent — et chirurgiens assistants. Les spécialistes sont des ophthalmologistes, orthopédistes, auristes, laryngologistes, dentistes, anesthésistes, etc.

L'Ecole est remarquablement bien installée. Le musée anatomique contient près de 3000 pièces pathologiques. On y voit la peau de la première vache inoculée par Jenner.

Appareil réfrigérant pour les salles d'autopsie.

King's College Hospital. — C'est ici que Lord Lister fut chirurgien pendant longtemps. Les bâtiments sont anciens, la salle d'opération petite, avec stalles en bois. Salles de malades très propres. Salles d'offices très grandes, très aérées.

Nous voyons que les étudiants arrivent dès 11 heures pour examiner les malades, soit deux heures avant le chef de service. Les chirurgiens sont les professeurs Watson-Cheyne et Barrow.

The London Hospital. — C'est un nouvel hôpital, un véritable hôpital modèle que nous avons pu visiter complètement grâce à l'obligeance du Dr Barnard.

A droite, salle de consultation très vaste, trois fois grande comme celle de notre hôpital Boucicaut. Nombreuses chambres d'isolement pour examens particuliers.

A gauche, des cabinets d'attente pour les chefs de service les élèves et les visiteurs.

A l'entrée, on voit un tableau de présence des chefs de service, des affiches de cours et, au milieu d'eux, les coupes des prix de football.

Les quatre salles d'opérations sont au dernier étage et, comme dans les autres hôpitaux, des ascenseurs extra-rapides nous y conduisent. Ces salles sont très modernes, avec un éclairage électrique distribuant la lumière à profusion. Il y a une estrade mobile pour ceux qui assistent aux opérations.

Le Dr Barnard fait devant nous, avec beaucoup de soin, une exclusion de l'intestin pour une maladie d'Hirsprung, c'est-à-dire une dilatation aiguë de l'S iliaque et du colon chez un jeune enfant. Les sutures sont faites avec l'aiguille de couturière sans dé à coudre. Lavage de la région opératoire avec de l'eau légèrement bi-iodurée.

Le Dr Barnard fait ensuite une laparotomie exploratrice pour adhérences intestinales post-opératoires après une intervention pour appendicite. L'éclairage des parties profondes par un miroir frontal électrique rend l'opération plus facile.

Nous visitons ensuite les salles de stérilisation des instruments, des fils à suture, l'atelier des réparations des instruments.

Les salles de malades sont très petites; elles ne sont pas divisées en septiques et aseptiques; les salles d'opérations non plus.

Les chirurgiens titulaires ont chacun une quarantaine de lits et les chirurgiens assistants une vingtaine seulement.

Nous visitons les salles d'autopsie; il y a des collections de pièces intéressantes pour l'instruction des élèves : pancréatites graisseuses, pancréatites traumatiques, etc.; il y a un réfrigérateur pour les corps; les autopsies sont, comme en France, assez souvent refusées par la famille.

The Middlesex College hospital. — Cet hôpital et son collège sont en plein centre de Londres. L'hôpital occupe une petite surface. Il y a 350 lits. Nous le visitons à 9 heures du matin, en assistant aux lavages et lessivages multiples des corridors. Les salles d'opération, petites, sont au dernier étage. La cuisine est faite au gaz et à la vapeur; elle est aussi au dernier étage pour éviter la mauvaise odeur.

Une section intéressante est celle des cancéreux, fondée en 1792, et qui a 40 lits. Les malades se résignent à entrer dans cette section malgré sa dénomination. Les salles sont propres, agrémentées de fleurs; c'est une maigre consolation. Cette œuvre utile est entretenue et dirigée par la bienfaisance privée.

Petite Ecole de médecine dont un des professeurs est le Dr Pasteur, parent éloigné du grand savant. Pavillon pour les nurses, etc.

The Royal Free hospital. — A cet hôpital est attachée une Ecole pour les étudiantes en médecine seulement; 150 environ. C'est l'assistante en médecine qui nous fait visiter l'hôpital. La salle d'opération est assez grande; les gradins sont en bois. Un des chirurgiens est le Dr Berry. Le chef de laboratoire est une femme-médecin. Il y a de nombreuses pièces anatomo-pathologiques dans le musée. Les salles sont très proprement entretenues

Westminster College hospital. — Hôpital central assez petit. Salle d'opération très propre; galerie circulaire pour les spectateurs; salle d'anesthésie isolée, avec tous les appareils nécessaires pour endormir les malades. Le prof. H. Spencer fait une gastro-entérostomie antérieure. Suture en surjet avec point d'arrêt; lavages de la région opérée à l'eau bouillie; une éponge en couronne isole la région. Nous voyons ensuite faire une résection du coude pour tuberculose avec une incision en U, puis une trépanation du sinus maxillaire supérieur pour sinusite.

West London hospital and Postgraduate College. — Hôpital moderne contenant 160 lits. Nous assistons à une gastro-entérostomie antérieure pratiquée par le Dr Bidwell; les sutures en surjet sont faites avec l'aiguille de couturière. Lavages multiples de la région opératoire.

L'éclairage électrique de la salle est parfait. Comme il s'agit d'un hôpital d'enseignement perfectionné, les spectateurs sont tout contre les opérateurs. La salle d'opération communique téléphoniquement avec les salles de malades.

Dans la même salle d'opération opèrent plusieurs chirurgiens différents et dans la même salle de malades, il y a un côté pour chaque chirurgien. Dans les salles de femmes il y a aussi des enfants.

On fait, dans cet hôpital, de nombreux cours de perfectionnement pour toutes les branches de la médecine et de la chirurgie. Les médecins de la marine doivent assister à ces cours pendant leur séjour en Angleterre.

HOPITAUX SPÉCIAUX

National hospital for the paralysed and epileptic. — C'est dans cet hôpital de 200 lits que vient opérer le célèbre professeur Horsley. La salle d'opération est petite; éclairage électrique à profusion, ce qui permet d'y voir très clair. Le professeur Horsley fait tout d'abord une résection du ganglion de Gasser par le procédé de Krause. Il est botté, masqué et ganté. L'opération est conduite avec sang-froid et une méthode extraordinaire que justifient, d'ailleurs, 101 opérations semblables déjà faites, avec une mortalité de 4 %. La région opératoire est souvent lavée à l'eau très chaude, pour éviter le refroidissement et le desséchement des tissus.

Un trépan à la main fait une première ouverture au crâne, puis, avec la scie à main et la cisaille, un large volet ostéoplastique est détaché. Un écarteur malléable soulève le cerveau; un miroir frontal électrique permet de voir dans la profondeur. Après l'ablation du ganglion, le lambeau ostéoplastique est réappliqué. Par l'ouverture du trépan, la région est drainée avec une gaze entourée d'un protective pour être retirée facilement.

Le professeur est très satisfait des résultats thérapeutiques de cette résection; les récidives sont rares.

Nous assistons ensuite à une résection cranienne préliminaire d'une extirpation d'une tumeur encéphalique. Le crâne est ouvert et réséqué très largement après trépanation et section à la scie à main. Les larges résections rendent inutiles, maintenant, les procédés de mensuration de la topographie cranio-cérébrale. Après cette résection, on voit bomber la dure-mère; à la palpation, on sent la tumeur qui siège dans la zone pariétale et ne doit être enlevée que six jours après.

dans le 2e temps opératoire. Cette méthode en deux temps évite le choc cérébral opératoire.

Dans le laboratoire du professeur Horsley, nous admirons une remarquable collection de tumeurs médullaires et cérébrales enlevées opératoirement. Nous voyons ensuite une malade opérée de tumeur médullaire et dont la paraplégie est disparue depuis l'opération.

L'après midi, à l'hôpital de «l'University College», nous voyons le même opérateur faire ce deuxième temps de l'opération de l'ablation d'une tumeur cérébrale. Celle-ci est grosse comme une pomme d'apis. Elle est enlevée toujours très méthodiquement, sans hémorragie.

Puis une laminectomie exploratrice est pratiquée pour une tumeur probable de la moelle. Il s'agissait, en réalité, d'un mal de Pott à évolution spéciale, sans gibbosité.

New hospital of Women. — Cet hôpital a été fondé par Mrs Garrett Suders. La section de chirurgie est dirigée par Mrs. Boyd et Miss Aldrich Blake, chirurgiennes titulaires, et Miss Ivens, chirurgienne assistante.

Dans une salle d'opération moderne, nous assistons à une salpingectomie pratiquée par Miss Aldrich Blake. L'opération est faite avec beaucoup de sang froid et de méthode.

Mrs Boyd et Miss Hamilton nous font ensuite visiter les salles de malades.

Le musée anatomo-pathologique contient de nombreuses pièces de myomectomies, d'hystérectomies, épithéliomas, des kystes ovariens, etc...

Nous voyons un épithélioma rectal enlevé avec succès par la voie abdomino-périnéale. Dans le compte-rendu administratif de l'année 1903, on trouve signalées de nombreuses et importantes opérations chirurgicales : gastro-entérostomies, pylorectomies, néphrectomies, etc...

Citons encore le *The Samaritan free hospital for Women and children* ou opéra Spencer Wells auquel succéda le Dr Doran. Les salles de malades et les salles d'opérations sont petites.

Il en est de même au *Chelsea hospital for Women.*

Hospital for Sick children. — Cet hôpital contient 200 lits. Les services de chirurgie sont faits par Lane, Balance et Kellock. Les salles d'opérations et les salles de malades sont très modernes.

Nous voyons des malades opérés la veille : palatoplastie chez un enfant de six jours, genu valgum traité par l'ostéotomie oblique sus-condylienne, hydrocéphale traité par le drainage ventriculo-sous-dure-mérien, luxation congénitale traitée par la réduction non sanglante, pieds bots traités par le massage. Nous visitons les salles de consultations, l'atelier de réparation des instruments, la salle de stérilisation du lait. Beaucoup d'enfants sont maintenus sur de grandes terrasses à ciel libre pendant toute la journée et parfois même la nuit.

Victoria hospital for Sick children. — Cet hôpital est en voie de reconstruction; les salles de consultations sont très grandes, avec isolement; les salles d'opérations très propres. Il y a un service de consultation orthopédique et électrique. On voit de grandes galeries pour mettre les enfants au grand air quand on ne peut les faire descendre au jardin. Cet hôpital, une fois fini, ressemblera beaucoup à notre hôpital Bretonneau.

Alexandra hospital for children with disease. — C'est un hôpital de 65 lits réservés aux coxalgiques, traités tous par l'extension continue. Il y a peu d'appareils plâtrés et pas de salle d'opération. L'hôpital a une maison de convalescence à la campagne et non à la mer.

Saint-Peters hospital for stone and genito-urinary diseases. — Dans la salle d'opération elle-même on voit une remarquable collection de calculs. Après une lithotritie rapide du Dr Harrisson, le Dr Freyer fait devant nous une prostatectomie par la voie trans-vésicale. C'est une énucléation de la prostate par l'index de la main gauche, pendant que l'index de la main droite, mis dans le rectum, repousse la prostate en haut. L'opération ne dure que quatre à cinq minutes. Le Dr Frayer a déjà fait 105 interventions semblables avec une mortalité de 10 %. Des prostates presque aussi grosses que le poing ont été ainsi enlevées. Beaucoup des opérés ont soixante-dix ans; l'un d'eux a quatre-vingt-quatre ans et a guéri.

Plusieurs examens cystoscopiques ont lieu sous le chloroforme.

Le Dr Swinford Edwards fait une taille sus-pubienne pour calculs vésicaux, après cystoscopie.

Cancerous hospital. — Hôpital très grand, très propre. Il s'y fait par an 500 opérations, mais la moitié seulement pour des affections cancéreuses, ce qui doit rassurer les malades que le titre de l'hôpital pourrait effrayer. La salle d'opération est très moderne. Remarquable collection de pièces anatomiques.

The Royal College of Surgeons of England. — C'est le musée de Hunter. La section d'anatomie normale et celle d'anatomie pathologique sont merveilleuses. Ce musée rappelle, comme nombre de pièces et comme soins d'entretien, ceux que nous avons vus à Vienne et à Berlin. Il est environ dix fois grand comme le musée Dupuytren. Les pièces sont très bien conservées dans l'alcool. D'après ce qui nous a été dit, l'alcool employé est dispensé de tous droits ou impôts.

Citons encore l'*hôpital français*, dirigé depuis plus de vingt-cinq ans par le docteur Vintras (1), et le *King Edouard's hospital for Sick and Wounded officers*, fondé par Miss Keyser (sister Agnes), qui y a consacré une grande partie de sa fortune, et y prodigue son dévouement. Le chirurgien est le prof. Makins.

Enfin, il existe à Londres un hôpital spécial pour les maladies de l'anus et du rectum.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il nous a été facile de constater que les chirurgiens londoniens étaient adroits, rapides, opérant avec un très grand sang-froid. Quelques-uns font de la chirurgie aseptique ; la plupart font de la chirurgie antiseptique, à la Lister. Il n'y a rien de particulier à signaler pour l'instrumentation chirurgicale.

Les assistants, assez nombreux, sont aussi très bien éduqués, très habiles, très prévenants, sachant tous d'avance ce qu'ils ont à faire. Souvent, l'un d'eux écrit les détails de l'opération sans que le chef ait besoin de les dicter. Les opérations sont affichées d'avance. Les docteurs internes sont aussi très zélés très attentifs à l'opération, malgré leur flegme apparent.

Un point tout spécial à mettre en relief pour nous, c'est la question des *anesthésistes des hôpitaux*. Ceux-ci forment un corps spécial ; il y a des professeurs de cours et une Société d'anesthésie.

Les anesthésistes des hôpitaux sont nommés pour une vingtaine d'années. Il y a deux ou trois titulaires et des assistants anesthésistes dans chaque grand hôpital. Rappelons que c'est James Simpson, d'Edimbourg, qui, en 1847, préconisa l'anesthésie avec le chloroforme; il est enterré à l'abbaye de Westminster.

Nous avons vu employer, suivant les cas, soit le chloroforme, soit l'éther, soit le protoxyde d'azote pour le début de l'anesthésie. Comme appareils, tantôt c'est le masque à éther ou le petit masque à chloroforme, jamais une simple compresse comme en France.

Nous avons vu utiliser l'appareil de Vernon-Harcourt, qui permet de donner des doses très minimes de chloroforme. Souvent c'est un mélange de chloroforme et d'éther qui est employé.

A côté du chloroformisateur se trouve une table sur laquelle est placée une grande quantité de solution de caféine, d'éther, etc.

A Paris, la question de la chloroformisation a été plusieurs fois agitée à la Société des chirurgiens des hôpitaux. Quelques-uns proposaient la création de chloroformistes spéciaux. La proposition n'a pas eu de succès pour des raisons multiples. Il est certain que nos externes, surmenés par leurs pansements, ou bien peu habitués à la chirurgie et n'ayant souvent pas encore passé leur examen de physiologie, ne se doutent pas de la gravité d'une chloroformisation. Je crois qu'il serait préférable de prendre, dans le groupe des internes provisoires, des élèves qui, d'un bout de l'année à l'autre, ne feraient que les anesthésies du service, et cela seulement pour les chefs qui le désireraient.

(1) Une quête improvisée parmi nous au moment même où nous visitions cet hôpital, qui nous était particulièrement cher, produisit, si je ne me trompe, la somme de 700 fr. Ce fut notre carte de visite. J. J.

L'éclairage électrique existe partout à profusion : à la tête du lit des malades, dans les salles d'opération, lampes à la main, miroirs électriques frontaux, etc.

Les salles d'opération sont, en général, très bien installées du moins dans les hôpitaux riches. Quelques-unes sont très luxueuses. Il n'y a pas de distinction entre les salles d'opérations aseptiques et les salles septiques, mais les grands septiques sont opérés et couchés à part. Il en est de même des salles de malades qui, en général, sont moins grandes que les nôtres, beaucoup plus propres, plus aérées, *sans brancards*, mais avec un peu trop de meubles et tentures. Il est vrai que le nombre très grand des nurses permet un entretien plus facile de ces salles, où le malade conserve plus facilement la confiance, l'espérance, et se croit encore chez lui.

Chaque chef de service a la moitié moins de malades à soigner que chez nous. Les chirurgiens titulaires ont une quarantaine de lits, et les assistants une vingtaine seulement. En général, les titulaires se retirent entre soixante-deux et soixante-cinq ans. Tous les chirurgiens sont nommés au choix, et ils ont un service d'assistant vers l'âge de trente à trente-cinq ans en moyenne.

Dans les services de chirurgie il y a peu d'infirmiers; ce sont les nurses qui les remplacent. Nos collègues Apert et L. Martin, dans leurs notes particulières, décriront leur organisation, déjà exposée, dans leurs thèses, par Miss Hamilton (Montpellier, 1902) et A. Blatin (Paris, 1901).

Les salles de stérilisation, de véritables usines, sont entretenues par des employés très au courant et ne demandant qu'à se perfectionner. A signaler encore les salles de réparations des instruments. Les infirmiers ont une tenue très propre, nullement débraillée.

Les salles de consultations, si fréquentées, sont remarquables par leur étendue, leurs petites salles d'isolement, leur propreté: le parquet est en faïence ou en mosaïque afin d'être facilement désinfecté. La salle de consultations de l'hôpital Boucicaut représente une petite salle de consultations d'un des grands hôpitaux de Londres. Dans toutes les salles de consultations il est indiqué qu'elles sont réservées aux pauvres. Dans beaucoup on donne aussi les médicaments.

Le service des petites opérations d'urgence est très bien installé. On sait combien ce service de consultations est insuffisamment organisé dans nos hôpitaux *où l'on prend volontiers pour du luxe ce qui n'est que de la propreté.*

Le service de chirurgie de garde d'urgence est aussi très bien compris. Il est très rapide; le malade est opéré quelques instants après son arrivée à la salle de consultations, sans pénétrer à l'intérieur de l'hôpital si l'opération est simple. Les docteurs internes en chirurgie font le service de garde pour les cas peu compliqués. Les assistants de chirurgie, appelés par téléphone, font les opérations d'urgence compliquées dans les grandes salles d'opération. Or, on sait que, chez nous, tout le monde demande encore des internes en chirurgie de garde chaque jour, avec un externe de garde pour l'anesthésie et une automobile pour activer l'arrivée du chirurgien de garde!

La vie de l'étudiant anglais peut se passer complètement à l'hôpital, puisque douze de ces hôpitaux sont contigus à l'École ou au College correspondants(1). L'étudiant, ainsi attaché à son hôpital, assiste aux cours théoriques, aux cours cliniques sans perdre de temps, *toutes les spécialités existant dans chaque grand hôpital* : *gynécologie, ophtalmologie, rhinologie, laryngologie, orthopédie, dentisterie*, etc. Le programme des cours montre que *les élèves font plus de pratique que de science à proprement parler.* Leurs livres d'études sont surtout des manuels visant essentiellement à la pratique. C'est là une caractéristique frappante. *Tout l'enseignement se fait donc à l'hôpital.*

Ce qui est à remarquer encore, c'est l'organisation générale de l'hôpital. En France, on lit sur la porte d'entrée : « Liberté, égalité, fraternité ». En Angleterre, on lit, en très grosses lettres, visibles de très loin : « Hôpital entretenu par des contributions volontaires ». On pourrait ajouter comme sous titre: « propreté, commodité, rapidité. »

Les hôpitaux anglais sont installés en hauteur plutôt qu'en surface, comme les hôpitaux allemands ou comme Boucicaut. Des ascenseurs-rapides, et non des ascenseurs-tortues, montent très vite à tous les étages, et partout on ne voit que des infirmiers, des nurses ou des étudiants circulant vivement.

Des communications téléphoniques mettent en rapport les salles d'opération, les salles de malades, les salles d'administration, etc. Partout on voit des inscriptions sur les portes, sur les murs, indiquant la direction à suivre pour aller dans telle salle; on voit facilement où il faut passer, et on n'a pas à perdre de temps pour le demander.

Certes, il y a à Londres des ressources hospitalières énormes et offertes par toutes les classes de la société; c'est la bienfaisance qui paraît suffire, sans avoir recours à la solidarité.

L'autonomie de chaque hôpital rend l'administration plus facile, plus contrôlable et crée, entre les divers hôpitaux, une émulation des plus utiles. Elle donne aux administrateurs et aux chefs de service une plus grande initiative. Inutile de dire que les circonscriptions hospitalières n'existent pas à Londres.

En somme, l'installation et l'organisation des hôpitaux sont bien en rapport avec l'esprit pratique de la race anglaise. Aussi il serait à souhaiter que le Directeur de l'Assistance publique et tout son état-major, c'est-à-dire les architectes, les inspecteurs et les directeurs des hôpitaux, puissent, de temps à autre, visiter les hôpitaux nouveaux de Londres. Ils y puiseraient d'utiles indications pratiques sans que le budget hospitalier parisien en soit augmenté.

En somme, les douze chirurgiens des hôpitaux de Paris qui sont allés à Londres y ont vu des choses très intéressantes. Mais si les chirurgiens londonniens venaient à Paris visiter les hôpitaux, sur l'invitation de la Société des chirurgiens des hôpitaux de l'Assistance publique, ils y verraient aussi des choses qui les intéresseraient beaucoup.

Voilà une conclusion finale qu'il était facile de prévoir.

(1) Ces douze écoles vont être fusionnées en une seule.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 octobre

Chlorose-tuberculose

MM. M. Labbé et L. Bernard. — Tous les auteurs admettent un rapport entre la chlorose et la tuberculose, mais, en général, ils considèrent la chlorose comme une entité morbide, pour la détermination de laquelle la tuberculose n'intervient qu'à titre de cause prédisposante.

La conception exprimée par MM. Labbé et Bernard, conforme à l'enseignement de M. Landouzy, est toute différente : la chlorose leur apparaît comme un syndrome hématoclinique, une anémie généralement bénigne et réparable, provoquée par des causes diverses, parmi lesquelles la tuberculose est la plus fréquente et la plus importante.

L'observation suivante, dans laquelle l'affection a revêtu le type clinique et hématologique classique de la chlorose et où les relations de cause à effet avec la tuberculose sont évidentes, est un bon exemple à citer en faveur de cette opinion.

Une jeune fille de vingt-sept ans entre à l'hôpital pour des phénomènes d'anémie : facies pâle et légèrement bouffi, palpitations, essoufflement, souffles cardiaques et vasculaires, troubles menstruels, dyspepsie; le sang présente une hyperglobulie légère, une forte diminution de l'hémoglobine, une valeur globulaire très basse, des déformations des globules rouges et une augmentation du nombre des hématoblastes. Son type clinique et son type hématologique en font donc une chlorotique suivant les données classiques.

En outre, cette malade se plaint de tousser; elle a des signes de tuberculose pulmonaire légers, mais indubitables : submatité, respiration faible et raide, bruits secs au sommet droit. Déjà, trois ans avant, elle a subi une poussée de tuberculose.

Les phénomènes de tuberculose et d'anémie se sont développés simultanément.

A l'hôpital, la tuberculose s'améliore rapidement, l'anémie se répare ensuite d'une façon complète sous l'influence du traitement ferrugineux et la jeune fille sort guérie au bout de deux mois et demi.

Voilà donc un type parfait de chlorotique qui est en même temps une tuberculeuse; cependant il n'y a pas simple coïncidence, mais il y a dépendance directe de la chlorose et de la tuberculose; c'est une anémie légère, curable, symptomatique de tuberculose pulmonaire.

Ce qui le prouve, c'est que l'anémie s'est développée secondairement à la tuberculose pulmonaire et qu'elle a guéri après elle. Il y a de nombreux cas analogues, où malgré l'aspect purement chlorotique on découvre des signes de tuberculose; ces signes sont souvent très légers et pour les mettre en valeur il faut une auscultation affinée et l'emploi des procédés modernes de diagnostic de la tuberculose.

L'étude des antécédents morbides des malades apporte d'autres preuves : la tuberculose est extrêmement fréquente, non seulement dans les antécédents héréditaires, mais aussi dans les antécédents personnels des chlorotiques; la chlorose est, d'autre part, si fréquente dans les antécédents des femmes tuberculeuses, qu'elle en acquiert une valeur diagnostique comparable à celle de la pleurésie séro-fibrineuse et qu'elle peut être considérée comme une forme larvée de tuberculose.

D'ailleurs, la tuberculose n'est pas l'unique cause du syndrome chlorotique: la syphilis, le saturnisme, l'ulcère de l'estomac, etc., ont une valeur comparable.

De ces considérations il résulte que la chlorose n'est pas une entité morbide, mais un syndrome anémique d'un type particulier, léger, réparable, lié à une cause morbide, connue ou inconnue, et si fréquemment à la tuberculose que la constatation de la chlorose peut mettre sur la trace de cette infection.

M. Comby ne conteste pas qu'il y ait des chloroses tuberculeuses, mais ne croit pas que la chlorose soit en quelque sorte fonction de la tuberculose. On doit donc lui conserver son autonomie.

M. Faisans se rapproche beaucoup de l'opinion de M. Labbé. Quand on ne trouve pas de tuberculose dans la chlorose, il faut chercher s'il n'y aurait pas quelque autre affection causale (maladies infectieuses, etc.). Il ajoute que le traitement qui lui a donné les meilleurs et parfois les plus extraordinaires résultats dans la chlorose, c'est précisément celui qui réussit le mieux dans la tuberculose, à savoir le repos horizontal très prolongé, l'aération continue et l'alimentation carnée, quand celle ci peut être bien tolérée, ce qui est fréquent.

Néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, il faut garder une place à part pour un petit nombre de chloroses qui ne seraient pas secondaires. Ce serait la chlorose maladie de jeunes filles et de puberté.

M. Edg. Hirtz, à l'appui de la thèse de M. Marcel Labbé, rappelle qu'il a insisté en 1895 sur la nature fréquemment bacillaire des soi-disant phlébites chlorotiques et rapporté un certain nombre d'observations à l'appui de cette opinion. Il s'agissait de jeunes filles qui avaient été traitées longtemps comme chlorotiques et chez qui une phlébite intercurrente fut considérée comme de nature chlorotique. Or, toutes moururent tuberculeuses et quelques-unes succombèrent à la tuberculose aiguë.

Un cas de tabes juvénile

MM. **Edgar Hirtz** et **H. Lemaire.** — Il s'agit d'un malade déjà présenté à la Société en mai 1901. Ce sujet, âgé de vingt-deux ans, était atteint de crises gastriques depuis l'âge de six ans, crises qui avaient tous les caractères de crises tabétiques. L'existence de l'Argyll-Robertson, d'une inégalité des pupilles, de leur déformation, d'une diminution de l'acuité visuelle avait déjà fait songer à un tabes chez notre sujet. Survint alors une fracture spontanée et non douloureuse du calcanéum gauche.

Malgré la persistance du réflexe patellaire, très diminué, il est vrai, d'un côté, M. Hirtz a affirmé le tabes. Depuis il a été permis de constater l'existence d'anesthésie testiculaire, l'abolition du réflexe achilléen et une lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien. En présence de ces symptômes, et bien que le phénomène de Westphall ne soit pas net, MM. Hirtz et Lemaire affirment le diagnostic de tabes, éliminent les diagnostics de vomissements essentiels de Leyden, ou d'hystérie. Le sujet a présenté des accidents, très probablement syphilitiques, dans son enfance.

J. J.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Les candidats Mossé et Augé, classés respectivement 61e et 62e sur la liste dressée par le jury du concours d'admission à l'école du service de santé militaire, ont été nommés élèves à ladite école en rempl. de MM. Heymann et Cristol, démiss.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Ont été nommés élèves du service de santé de la marine, savoir :

MM. Le Cousse (59e) et Richard (60e), en rempl. de MM. Curet et Traband, démiss.

MUTATIONS

M. le méd. de 2e cl. Lassignardie est dés. pour remplir les fonctions d'officier surveillant à l'école princ. du service de santé de la marine à Bordeaux, en rempl. de M. Mielvaque.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE MÉDECINE LÉGALE

M. le prof. Brouardel commencera ce cours le lundi 7 novembre 1904, à 4 h. de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Fondation de la Ville de Paris.)

M. le prof. Kirmisson commencera son cours le mardi 8 novembre 1904, à 10 h., à l'hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Mardi et samedi, à 10 heures, leçons du professeur.

Le jeudi, de 10 heures à midi, consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

COURS D'HISTOLOGIE

Professeur : M. Mathias-Duval.

M. Branca, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le mardi 8 novembre 1904, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

La cellule; les épithéliums; les produits sexuels et la fécondation.

COURS D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

M. le prof. Blanchard commencera ce cours le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Programme du cours :

Du parasitisme et de son importance en pathologie. Etude spéciale des protozoaires pathogènes.

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. le prof. Cornil commencera ce cours le lundi 7 novembre 1904, à 5 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Objet du cours :

Anatomie pathologique du système génito-urinaire de l'homme et de la femme. Tumeurs du sein.

COURS DE CLINIQUE MÉDICALE

M. le prof. G. Hayem commencera ce cours le samedi 12 novembre 1904, à 10 heures, au pavillon Moïana (hôpital Saint-Antoine), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire

Technique clinique, par M. Ghika, chef de clinique.

Anatomie pathologique et bactériologie, par M. Rosenthal.

Conférences pratiques d'ophtalmologie, par M. Terrien.

Les élèves qui désirent suivre ces cours devront se faire inscrire par M. Rosenthal, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

(Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas.)

M. le prof. Budin reprendra ce cours le mardi 15 novembre 1904, à 9 h. du matin (Clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Mardi et samedi. — Leçons à l'Amphithéâtre.

Leçons au lit des malades tous les matins, à 9 heures.

Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Jeannin, chef de clinique; M. le Dr Guéniot, chef de clinique adjoint; MM. les Drs Dubrisay, Chavane, Schwaab, Macé, Perret, Chéron et Bouchacourt, anciens chefs de clinique; MM. Nicloux et Condor, attachés aux laboratoires; MM. les Drs Planchon, Valency, Barlerin, Douzeau, Quillier, Pierra, et Buron, moniteurs.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE

Professeur : M. Cornil.

M. Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, fera du jeudi 3 au jeudi 24 novembre 1904, un cours sur le bacille de Koch et le diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire.

Le cours aura lieu tous les mardis, jeudis et samedis, à 2 h. 1/2, et sera suivi d'exercices pratiques.

Le droit à verser est de 60 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE

M. Macaigne, agrégé, commencera ses conférences le mercredi 9 novembre 1904, à 3 h. (Grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

ANATOMIE

(Cours du chef des travaux.)

M. Rieffel, agr., chef des trav. anatomiques, commencera son cours le mardi 15 novembre 1904, à 4 heures (Grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

Anatomie descriptive et topographique des membres.

EXERCICES PRATIQUES DE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

(Laboratoire de bactériologie. — Professeur : M. Cornil.)

Sous la direction de M. F. Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. Griffon, préparateur.

Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le samedi 26 novembre 1904.

Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à 2 heures 1/2, les mardis, jeudis et samedis.

Le programme du cours comprend 13 leçons.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 18 octobre

Anatomie

Question : « Artère humérale et ses branches. »

18 Mlle Ferry, Dufour — 17 Baumgarten, Chauvet — 15 Artault, Duroeux, Crespin — 14 1/2 Desbouis — 14 Brodin, G. Besnard — 13 1/2 Carrié — 13 Coustère — 12 Bruneau, Derouet, Faure-Beaulieu, Crozet — 11 Fronty — 9 Colombe — 7 Facque — 3 Chastel.

Séance du 19

Pathologie

Question : « Rétrécissement de l'urètre chez l'homme. »

18 Latil — 17 Reluet — 16 Lebucher, Weber, Brodin — 15 Rousselot — 12 Faure-Beaulieu, Poirot-Delpech — 10 P. Petit — 7 Facque — 6 Chabert, Guignard — 5 Malepato, Chatelain — 4 Rousset.

Séance du 20

Anatomie

Question : « Articulation du coude. »

16 Strauss, Tison, R. Loiseau, Richard — 15 1/2 Chevallier, Saint-Girons — 15 Delivet — 14 Guéniot, Leveuf, Rabourdin — 13 François, Locat — 12 Tissier — 11 Clermont, Chatelain, Gillard — 10 de Cumont — 9 Rousselot — 6 Nouhaud — 4 J. Chabert.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 22 octobre, à 4 h. 3/4, rue des Saint-Pères. Les candidats non militaires de la 1re série de la 1re moitié de la liste devront assister à cette séance.

M. Monprofit, professeur de clinique chirurgicale à l'école préparatoire de médecine d'Angers, a été élu, à une très forte majorité, vice président du prochain Congrès de chirurgie (1905). C'est la première fois que cet honneur va à un professeur d'école préparatoire, et peut-être aussi à un homme aussi jeune. Mais il est largement justifié par le nombre et la haute valeur des travaux de M. Monprofit. Tous ceux qui, le connaissant, ont la plus grande estime pour son caractère, se réjouiront plus particulièrement, comme nous le faisons nous-mêmes, de la haute distinction qui est venue le trouver.

J. J.

NÉCROLOGIE

M. le professeur Tillaux, président de l'Académie de médecine.

Vient de paraître

Précis des accidents du travail, médecine légale, jurisprudence, par MM. G. Ollive, professeur à l'École de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux, membre correspondant de la Société de médecine légale de France, et H. Le Meignen, médecin suppléant des hôpitaux, chef des travaux physiologiques à l'École de médecine de Nantes, avec la collaboration (pour la partie ophtalmologique) du Dr E. Aubineau, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Brest. Préface de MM. Brouardel, Benoit et Constant. 1 vol. in-18 de VIII-612 pages, cartonné, 8 francs. (F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois. Paris.)

Les neurasthénies, par M. A. Godlewski, membre de la Société de médecine de Paris. Préface de M. H. Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. 1 volume in-18 de 311 pages. 4 francs. (Maloine, édit.).

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CONGRÈS FRANÇAIS
DE CHIRURGIE

17e SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

(Suite.)

TROISIÈME QUESTION

Sur le décollement traumatique des épiphyses

M. E. Kirmisson (Paris), *rapporteur.*

La découverte de Rœntgen devait avoir nécessairement pour conséquence un progrès énorme dans l'étude des maladies de l'appareil locomoteur, et, en particulier, des affections traumatiques, telles que les fractures et les luxations. Il était naturel que la question des décollements épiphysaires bénéficiât largement de la nouvelle méthode.

On sait que, signalés depuis fort longtemps, les décollements traumatiques des épiphyses en étaient arrivés à être niés d'une façon presque absolue, cela surtout grâce à Malgaigne qui faisait observer que leurs symptômes, leur marche et leur pronostic se confondaient presque complètement avec ceux des fractures juxta-articulaires. Il y a, certes, dans cette assertion, une très grande part de vérité; aussi, avant la découverte de Rœntgen, n'était-il pas facile de préciser si l'on avait affaire à une fracture voisine de l'articulation ou à un décollement de l'épiphyse. Aujourd'hui, grâce à la radiographie, nous pouvons toujours arriver à établir, d'une manière exacte, le siège anatomique de la lésion. C'est ce qui nous a permis de reconnaître que les décollements épiphysaires, loin d'être rares, constituent, au contraire, un traumatisme assez fréquent. Il n'en est pas moins vrai que, même chez les enfants, la fracture reste l'accident de beaucoup le plus commun; le décollement épiphysaire ne constitue que la très rare exception.

Ce qui donne à cette variété de traumatismes un intérêt tout particulier, c'est que, contrairement à l'opinion de Malgaigne, ils présentent, en clinique, une physionomie spéciale. Les progrès de la chirurgie moderne nous ont appris également qu'ils possèdent une marche et un pronostic tout à fait particuliers, de sorte que leur étude a pour le chirurgien un très réel intérêt.

Bon nombre de données fausses ont contribué à retarder, jusqu'à ces dernières années, l'étude du décollement traumatique des épiphyses. On partait de cette opinion inexacte que c'est surtout chez les très jeunes enfants, quand l'épiphyse est encore tout entière cartilagineuse, que le décollement doit être observé, et l'on s'efforçait, par des tractions sur les membres dont on mesurait la valeur à l'aide de poids, d'amener chez des fœtus ou chez des enfants nouveau-nés, le décollement traumatique des épiphyses. Sans doute, on a pu ainsi produire quelques décollements, mais cela surtout chez des fœtus dont la solidité d'adhérence des cartilages épiphysaires était compromise par la macération, ou par un commencement de putréfaction. Ce n'est pas dans de pareilles circonstances que les décollements épiphysaires se montrent habituellement en clinique. Ce n'est pas chez le nouveau-né, ce n'est pas non plus dans la première enfance qu'il faut s'attendre à rencontrer le décollement traumatique des épiphyses. Il appartient surtout à la seconde enfance et à l'adolescence, vers l'âge de douze ou quinze ans par exemple, pour devenir plus rare à partir de cette époque, jusqu'à la soudure complète des épiphyses, c'est-à-dire jusqu'à la vingt-cinquième année.

Il est facile de donner la raison de cette prédilection marquée du décollement épiphysaire pour la seconde enfance et pour l'adolescence. Il est vrai, en effet, que, chez le fœtus et pendant la première enfance, les ligaments et les muscles n'offrent qu'une résistance peu considérable; d'autre part, à cette période de la vie, les épiphyses, entièrement ou presque entièrement cartilagineuses, présentent une souplesse et une élasticité très grande qui leur permet de fuir devant la cause traumatisante. Plus tard, au contraire, les épiphyses sont représentées par une masse osseuse plus ou moins considérable, séparée de la diaphyse par une couche cartilagineuse assez mince, qui permet à ces deux portions d'un même os de glisser l'une sur l'autre lorsque la force qui entre en jeu est suffisante.

Une autre raison, qui rend compte de la fréquence beaucoup plus grande des décollements épiphysaires durant la seconde enfance et dans l'adolescence, c'est que les petits enfants ne se livrent pas à des efforts assez grands, ne font pas des mouvements assez violents pour produire le décollement. Dans la seconde enfance et dans l'adolescence, au contraire, les sujets, soit dans leurs jeux, soit dans leurs travaux professionnels, exercent souvent des efforts assez violents pour donner lieu au décollement. Cela est vrai, surtout des garçons; et cette circonstance nous rend compte de la fréquence beaucoup plus grande, unanimement constatée par tous les auteurs, des décollements épiphysaires dans le sexe masculin.

Une autre raison qui a contribué, disons-nous, à retarder l'étude des décollements épiphysaires, c'est la mauvaise méthode employée pour arriver à les reproduire expérimentalement. On avait recours, pour cela, aux tractions directes; or, le périoste, très épais, à cette époque de la vie, constitue un manchon partout continu qui relie intimement l'épiphyse à la diaphyse; il faudrait une force énorme pour en triompher. Aussi, n'est-ce pas par ce mécanisme que se produisent habituellement les décollements traumatiques des épiphyses, mais bien par la torsion. Une étiologie classique, banale même, quand il s'agit du décollement de l'extrémité inférieure du fémur, c'est la suivante: un enfant est monté derrière une voiture; sa jambe s'embarrasse entre les rayons d'une des roues; la contracture musculaire, la tension des ligaments convertissent le membre en un levier rigide, auquel la roue, continuant son mouvement, imprime une tension suffisante pour produire un décollement. C'est là un mécanisme qu'on retrouve à chaque pas dans l'étude du décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

Au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, le décollement est produit le plus souvent par cause directe, dans une chute sur le moignon de l'épaule, par exemple. Par la traction seule, on ne réussit pas à produire le décollement de cette épiphyse; Salmon n'a pu y réussir dans ses expériences, non plus que MM. Cornil et Coudray, dans les nouvelles recherches auxquelles ils viennent de se livrer.

Au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus, les chocs directs peuvent aussi intervenir. Une des meilleures manières de produire le décollement épiphysaire, comme l'a montré Farabeuf, c'est d'imprimer un violent choc sur la face postérieure de l'humérus, l'avant-bras étant dans la demi flexion; l'extrémité supérieure du radius vient alors appuyer d'avant en arrière contre l'épiphyse inférieure de l'humérus dans les chutes sur le poignet. On a pu réussir aussi expérimentalement, en imprimant à l'avant-bras un mouvement forcé d'hyperextension. Il faut, dans bon nombre de cas, faire intervenir l'arrachement ligamenteux. Ceci est de toute évidence, lorsqu'il s'agit du décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius ou de l'extrémité inférieure du tibia. Enfin, il y a aussi une part importante à faire dans l'étiologie à la contraction musculaire. On a vu celle-ci suffire à produire le décollement épiphysaire de l'épitrochlée. De même, en imprimant à la hanche un brusque mouvement de torsion, elle peut produire le décollement de la tête fémorale.

En résumé, de cette étude sur l'étiologie, nous pouvons conclure que, dans l'immense majorité des cas, les décollements épiphysaires se produisent par causes indirectes.

Anatomie pathologique. — A côté de faits dans lesquels la ligne de disjonction suit exactement la direction du cartilage épiphysaire, il en est beaucoup d'autres où le traumatisme, en même temps qu'il a réalisé la disjonction de la diaphyse et de l'épiphyse, a détaché des fragments osseux plus ou moins nombreux, plus ou moins importants. C'est cette circonstance que l'on a invoquée à tort pour nier l'existence indépendante des décollements épiphysaires.

Un point qui mérite d'être tout particulièrement étudié, c'est celui des lésions périostiques. Telle est l'adhérence intime

du périoste avec le cartilage épiphysaire qu'il est bien rare de voir le manchon périostique demeurer intact, en cas de décollement de l'épiphyse. Cela n'arrive guère que dans les décollements incomplets, dans ces lésions auxquelles M. Ollier a donné le nom d'entorses épiphysaires. Mais pour peu que le décollement soit complet, on voit se produire un décollement périostique souvent fort étendu, et qui se fait du côté de la diaphyse, le lambeau décollé demeurant en continuité avec l'épiphyse. Ce large décollement du périoste a une grande importance; il donne au foyer traumatique une étendue considérable; il favorise la production des déplacements; enfin, dans certains cas, la bandelette périostique rétractée, qui réunit les deux fragments osseux, peut constituer un obstacle à la réduction.

Fréquence du décollement sur les diverses épiphyses. — Il n'est pas une seule épiphyse qui ne puisse être soumise au décollement, mais, dans la plupart des cas, ce sont les grandes articulations des membres qui en sont le siège (épiphyse inférieure du fémur, épiphyse inférieure du radius, épiphyse supérieure de l'humérus).

Etude clinique. — C'est surtout l'âge des malades et le siège de la lésion au voisinage intime d'une articulation qui feront penser à la possibilité d'un décollement épiphysaire. Il y a, en général, une mobilité anormale extrêmement prononcée, et, en étudiant attentivement le point qui est le centre de ces mouvements, on arrive à se convaincre qu'il ne correspond pas exactement à l'interligne articulaire, mais immédiatement au-dessus ou au-dessous, ce qui permet de faire le diagnostic avec une luxation. D'autre part, lorsqu'on peut mettre les fragments en contact et les faire frotter l'un sur l'autre, on obtient une crépitation fine, égale, qui se rapproche beaucoup plus du frottement articulaire que de la crépitation rude, inégale et grossière des fractures.

L'articulation voisine participe souvent aux lésions. Elle peut être le siège d'un épanchement sanguin, qui donne naissance à du gonflement immédiat, et, plus tard, à de la raideur articulaire. Enfin, et surtout, ce qui importe le plus en clinique, c'est que certains décollements existent sans déplacement, tandis que d'autres s'accompagnent de déplacements plus ou moins considérables, qui peuvent opposer des difficultés plus ou moins grandes à la réduction, ou même, demeurant tout à fait irréductibles, nécessiter des opérations sanglantes.

Au déplacement peuvent se joindre les complications les plus graves. Ainsi, il peut y avoir de larges déchirures de la peau, mettant le foyer traumatique en communication avec l'air extérieur. Les vaisseaux et nerfs principaux du membre peuvent être intéressés, au point d'occasionner le sphacèle du membre et de rendre nécessaire l'amputation. Ces altérations vasculaires et nerveuses se produisent par deux mécanismes : ou bien les vaisseaux et les nerfs ont été rompus au moment même de l'accident, auquel cas il se produit une hémorragie redoutable; ou bien, le déplacement épiphysaire n'étant pas réduit, les vaisseaux sont comprimés d'une façon permanente, leur calibre est effacé, des coagulations se forment dans leur intérieur et il en résulte un sphacèle ultérieur du membre.

Ces diverses complications se montrent avec une fréquence variable au niveau des différentes épiphyses. Aussi chaque variété de décollement a-t-elle pour ainsi dire une physionomie propre, et l'on ne saurait avoir une bonne idée de l'ensemble de la question, si l'on n'examinait les caractères spéciaux que présente chacun des décollements épiphysaires en particulier.

ETUDE DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE DÉCOLLEMENTS ÉPIPHYSAIRES EN PARTICULIER

1° *Extrémité inférieure du fémur.* — Tant par sa fréquence que par la gravité des accidents auxquels il peut donner lieu, le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur est un de ceux qui méritent le plus d'attirer l'attention des chirurgiens. Il se produit le plus souvent par cause indirecte, et comme, très souvent, l'accident est dû à la mise en jeu de fibres très puissantes, il en résulte des déplacements souvent considérables. Mais, suivant le mécanisme par lequel se sera produit le décollement, le sens du déplacement sera différent.

Outre cette tendance au déplacement, le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur peut encore être accompagné des complications très graves dont nous avons parlé un peu plus haut.

Le chevauchement des fragments avec rotation de l'épiphyse sur l'extrémité diaphysaire, la boutonnière formée par les parties molles rétractées, la manchette périostique venant s'interposer entre les extrémités osseuses, sont autant de circonstances qui peuvent rendre très difficile la réduction. Pour y réussir, Mayo Robson a conseillé d'avoir recours à la flexion du genou.

Dans les cas où les manœuvres de réduction par la flexion avec impulsion des fragments ont échoué, on peut tenter le débridement de la boutonnière formée par les parties molles. Enfin, si ce moyen ne conduit pas au résultat voulu, on a comme dernière ressource la résection du fragment diaphysaire; mais si la consolidation s'est faite sans qu'on ait obtenu la réduction, il en résulte nécessairement une difformité plus ou moins considérable.

2° *Extrémité supérieure de l'humérus.* — Le décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus a ceci de commun avec celui de l'extrémité inférieure du fémur, que souvent il donne naissance à des déplacements considérables et dont la réduction présente les plus grandes difficultés. Ce déplacement se fait presque toujours dans le même sens, c'est-à-dire que l'extrémité supérieure de la diaphyse se porte en haut, en avant et en dedans, venant faire au-dessous de l'apophyse coracoïde une saillie quelquefois appréciable à la vue au-dessous des téguments. On comprend qu'une semblable saillie, vu sa forme élargie, soit souvent prise pour la tête humérale luxée. Il se passe ici ce que nous voyons si souvent au niveau du coude où les décollements épiphysaires et les fractures sus-condyliennes en imposent pour des luxations du coude en arrière. L'erreur en elle-même n'aurait que peu d'importance si elle n'entraînait malheureusement une conclusion fausse au point de vue du traitement. Dans un cas comme dans l'autre, le médecin, croyant avoir affaire à une luxation, se contente d'exercer des tractions; puis, pensant avoir réduit, il place le membre dans une écharpe; et quand, au bout de quelques semaines, le bandage est enlevé, on est tout surpris de constater une difformité qui, le plus souvent, ne cédera qu'à une intervention sanglante. Toutefois, un examen attentif du malade permettra de différencier la luxation du décollement épiphysaire. Dans la luxation, en effet, la saillie anormale répondant à la tête humérale déplacée est beaucoup plus volumineuse, beaucoup plus régulièrement arrondie que celle constituée par l'extrémité diaphysaire dans le décollement. En outre, il existe au-dessous de l'acromion un vide répondant à la cavité glénoïde déshabitée, tandis que, dans le décollement épiphysaire, la calotte sphérique, représentée par la tête restant en contact avec la cavité glénoïde, il n'existe pas, au côté externe du membre, une dépression aussi marquée. On peut ajouter que, dans le décollement, la mobilité que possède l'extrémité diaphysaire est tout à fait exagérée, tandis que, dans la luxation, la tête est puissamment fixée dans sa position anormale par la contracture musculaire. Ajoutons, enfin, que les luxations traumatiques de l'épaule n'existent pas dans l'enfance; pour ma part, je n'en ai jamais rencontré. Elles sont remplacées à cet âge par les décollements épiphysaires ou les fractures de l'extrémité supérieure de la diaphyse.

Ce qui, nous l'avons déjà dit, donne à l'étude des décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus un grand intérêt, c'est la difficulté que présente souvent en pareil cas la réduction. Les éléments qui entrent en ligne de compte dans cette difficulté de la réduction sont nombreux et d'ordres divers. Tout d'abord il faut faire intervenir l'intensité même du déplacement et la difficulté que l'on a pour agir sur la calotte sphérique représentée par la tête, profondément cachée dans la cavité glénoïde, et fuyant sous le doigt. Un autre obstacle est représenté par la boutonnière musculaire et aponévrotique qu'a

franchie l'extrémité diaphysaire de l'humérus pour devenir sous-cutanée; cette boutonnière étrangle le corps de l'os au-dessous de sa partie élargie, et ne lui permet plus de franchir les parties molles pour se remettre en contact avec l'épiphyse. Enfin, la bandelette périostique interposée entre les fragments représente encore un obstacle à la réduction.

Le meilleur procédé de réduction me paraît être celui qui consiste à porter le membre dans l'élévation combinée à l'abduction, en même temps qu'un aide exerce des tractions progressives sur le bras. Par ce procédé on arrive à abaisser suffisamment l'extrémité supérieure de la diaphyse pour la mettre en contact avec la surface épiphysaire. Si, malgré des tentatives bien dirigées et suffisamment prolongées, on ne réussit pas à réduire, le mieux est de pratiquer, à la partie supérieure et interne du membre, une incision qui permette de débrider la boutonnière formée par les parties molles, s'opposant au passage en retour de l'extrémité diaphysaire. Cette même résection de l'extrémité diaphysaire peut devenir nécessaire en présence d'une consolidation vicieuse. Nous avons donc, en somme, une série de moyens, depuis le simple débridement de la boutonnière formée par les parties molles, jusqu'à la résection exubérante du cal, et la résection transversale de la diaphyse, nous permettent, suivant les indications particulières de chacun des cas, d'obtenir des résultats avantageux.

3° *Extrémité inférieure du radius.*— Les décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure du radius constituent l'une des variétés les plus fréquentes de ce genre de traumatisme. Le décollement se produit le plus souvent par un mouvement de flexion ou d'extension forcée (associé parfois à un mouvement de torsion), ou bien il s'accompagne d'un déplacement très considérable, auquel cas il peut y avoir même issue de l'extrémité diaphysaire à travers la peau; ou bien il existe en l'absence de tout déplacement. Dans le premier cas, le diagnostic ne saurait présenter de difficultés sérieuses; le déplacement se fait dans le même sens que dans les fractures classiques de l'extrémité inférieure du radius, c'est-à-dire que l'extrémité libre du fragment diaphysaire fait saillie en avant, tandis que la surface articulaire de l'épiphyse et le carpe sont portés en arrière. Au contraire, dans les cas où le décollement existe en l'absence de tout déplacement, le diagnostic présente une difficulté réelle. La douleur très voisine de l'interligne articulaire, le gonflement dans le même point, l'absence de mobilité anormale et de crépitation, peuvent faire croire à une simple entorse. On comprend qu'il soit nécessaire d'avoir recours à la radiographie pour trancher la question. Encore est-il utile de faire deux radiographies, l'une dans le plan antéro-postérieur, l'autre perpendiculaire à la première, pour mettre en évidence un léger glissement de l'épiphyse. Aussi peut-on prévoir que, plus l'usage de la radiographie deviendra général, plus on reconnaîtra la fréquence des décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure du radius. En rapport avec cette fréquence, il est nécessaire de signaler la rareté très grande des fractures de l'extrémité inférieure du radius chez les enfants. Ce qu'on observe le plus souvent chez eux, c'est la fracture des deux os de l'avant-bras à quelque distance au-dessus de l'articulation; ou bien alors, il se produit un décollement.

Mais, dans ce dernier cas, la solution de continuité siège beaucoup plus près de l'interligne articulaire; en outre, il n'y a pas de pénétration des fragments; pas d'ascension de l'apophyse styloïde radiale; les deux apophyses du radius et du cubitus conservent leurs rapports normaux. La radiographie montre qu'il est fréquent de rencontrer, en même temps qu'une disjonction épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius, une fracture du cubitus, portant, soit sur la diaphyse elle-même, soit seulement sur l'apophyse styloïde. Il est beaucoup plus exceptionnel de voir (cas d'Ozenne) un arrachement simultané des deux épiphyses, radiale et cubitale.

4° *Extrémité inférieure de l'humérus.* — Les décollements vrais de l'extrémité inférieure de l'humérus doivent être considérés comme tout à faits exceptionnels. En revanche, il est une variété particulière de décollements qui, au niveau du coude, méritent une mention spéciale; je veux parler des décollements épiphysaires de l'épitrochlée. Tandis que, d'assez bonne heure, le point épicondylien se soude au condyle et à la trochlée pour constituer l'épiphyse inférieure de l'humérus, l'épitroclée reste, au contraire, isolée jusqu'à l'âge de dix-sept ou dix-huit ans. De là, la possibilité de ses décollements. Ce point a été très bien étudié, dans son excellente thèse, par M. Mouchet, qui en a rapporté 22 observations, et a pu reproduire expérimentalement la lésion, en imprimant à l'avant-bras, fixé dans l'extension, un brusque mouvement d'abduction. Ce qui donne un intérêt spécial à cette variété particulière de décollement, c'est la possibilité d'une lésion du nerf cubital.

5° *Extrémité supérieure du fémur.* — C'est un des points les plus intéressants de l'histoire des décollements épiphysaires. Jusqu'à l'intervention de la radiographie, on vivait sur cette donnée, admise et formulée par tous les auteurs classiques, que les traumatismes de l'extrémité supérieure du fémur sont d'une rareté extrême chez les enfants. Aujourd'hui nous savons que ces traumatismes sont en réalité beaucoup moins exceptionnels.

Qu'il y ait eu chute, ou simple contraction musculaire dans un mouvement de torsion de la hanche, le malade éprouve une vive douleur; puis, au bout de quelque temps, les souffrances se calment, la marche redevient possible; et c'est peu à peu, à la longue, qu'on voit se montrer l'attitude vicieuse du membre et le raccourcissement. Cette attitude est absolument celle qu'on rencontre dans la coxa vara, c'est-à-dire l'adduction associée à la rotation en dehors. Qu'on ait l'occasion d'observer le malade quelques années seulement après le traumatisme, on comprend qu'un accident, en apparence si léger qu'il n'a pas interrompu la marche, soit complètement passé sous silence, et qu'on prenne pour une coxa vara spontanée une déformation qui n'est, en somme, que la conséquence d'un traumatisme ancien. A cet égard, la radiographie venant nous démontrer la nature exacte de la lésion, a une grande importance.

A un autre point de vue encore, la radiographie ne doit pas être négligée. C'est quand il s'agit de différencier les décollements épiphysaires et les fractures du col du fémur. Ces dernières, nous l'avons déjà dit, sont loin d'être exceptionnelles chez les enfants. Sans doute, dans les fractures du col, les lésions siègent plus en dehors de l'articulation, tandis que le décollement épiphysaire répond mieux au type des fractures dites intra-capsulaires, mais les deux lésions sont assez voisines pour que la confusion n'ait pas toujours été évitée. Ainsi, dans un récent mémoire sur les fractures du col et du fémur chez les enfants, Hoffa englobe à la fois les fractures et les décollements épiphysaires. La radiographie seule permettra d'éviter une semblable confusion.

Pour ce qui est du traitement, il est bien évident qu'en présence d'un décollement récent de l'extrémité supérieure du fémur, le meilleur moyen à employer, c'est l'extension continue. Pratiquée dans la demi-flexion, suivant le procédé d'Hennequin, l'extension continue permet à la fois de corriger le raccourcissement et de lutter contre l'adduction.

Dans les cas où l'affection n'a pas été d'emblée soumise à un traitement convenable, et où il reste une difformité gênante, l'intervention chirurgicale peut être indiquée.

6° *Extrémité inférieure du tibia et du péroné.* — Les décollements sont loin d'être fréquents. Le déplacement se fait, soit dans le sens transversal, soit dans le sens antéro-postérieur, soit même dans le sens latéral, comme j'ai pu en observer un exemple très net chez un petit malade de l'hôpital Trousseau.

Mais, quel que soit l'intérêt qui s'attache à ces différents côtés de la question, il est bien évident que là n'est pas l'essentiel. Avant tout, il convient de se demander quelles seront pour le malade, dans l'avenir, les conséquences du traumatisme. Étant donné que le cartilage épiphysaire préside à l'accroissement de l'os en longueur, il est à prévoir que, sous l'influence des lésions traumatiques de ce cartilage, on pourra observer ultérieurement des arrêts d'accroissement du membre. La clinique confirme cette prévision, basée sur des notions de la physiologie. Toutefois, les observations d'ar-

rêts d'accroissement d'un membre en longueur sont beaucoup moins nombreuses qu'on ne pourrait le supposer *a priori*. Un grand nombre de circonstances peuvent influencer les résultats observés à cet égard. Tout d'abord, il faut invoquer le siège anatomique de la lésion. On sait que toutes les épiphyses sont loin d'avoir la même importance au point de vue du développement. On distingue à cet égard les épiphyses fertiles : ce sont, au membre supérieur, l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; au membre inférieur, l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure des os de la jambe. C'est là une notion fondamentale qui domine toute l'histoire de la pathologie osseuse pendant l'enfance et l'adolescence.

C'est donc au niveau des épiphyses fertiles qu'il faut s'attendre à rencontrer les arrêts de développement en longueur les plus prononcés. On les a signalés assez fréquemment au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Une autre circonstance doit être prise en considération : c'est l'âge auquel est survenu le traumatisme. Il est bien évident que si le décollement épiphysaire s'est produit sur un jeune homme dont le décollement osseux est presque complet, il n'aura pas grand retentissement sur l'accroissement en longueur. Dans les circonstances inverses, s'il s'agit d'un tout jeune enfant, on pourra, au contraire, observer par la suite un raccourcissement considérable. Enfin, la nature même et la gravité du traumatisme, l'intensité des phénomènes inflammatoires qui l'ont suivi, doivent être mis en très sérieuse considération. S'il y a eu plaie, suppuration consécutive, si le décollement s'est accompagné de fractures multiples du côté de la diaphyse et de l'épiphyse elle-même, si surtout on a été obligé, pour réduire, de pratiquer une résection plus ou moins étendue de la diaphyse, il faut s'attendre à voir survenir un raccourcissement marqué. Une circonstance à laquelle on a fait jouer un très grand rôle, c'est l'existence ou l'absence d'une bonne réduction. Sans doute, le fait en lui-même présente un très grand intérêt ; mais, en l'absence d'une consolidation vicieuse, on peut voir survenir le raccourcissement.

Si nous nous reportons au très intéressant travail que viennent de publier MM. Cornil et Coudray sur les lésions traumatiques des épiphyses, nous y voyons que les auteurs considèrent comme nécessaire le raccourcissement consécutif. Ils ont produit des décollements simples et complexes, des fractures du cartilage épiphysaire lui-même, et des fractures juxta-épiphysaires. Ils ont vu la réparation se faire par de l'os nouveau venant de la moelle osseuse et du périoste irrités, os nouveau dont les travées sont transversales, au lieu d'être longitudinales, comme celles de l'os en voie de développement normal. Cet os nouveau, d'origine médullaire et périostique, constitue une barrière infranchissable aux boyaux de rivulation émanés du cartilage épiphysaire, et, par suite, s'oppose à l'accroissement de l'os en longueur.

Et cependant, contradictoirement aux recherches expérimentales que je viens de mentionner, la clinique nous apprend que les raccourcissements consécutifs aux lésions traumatiques des épiphyses n'ont été que rarement signalés. Peut-être cela tient-il à ce que, dans nombre de cas, ces raccourcissements n'ont été que très peu marqués ; peut-être aussi à ce que, portant sur le membre supérieur, ils ne déterminent aucune gène appréciable. Il faut également tenir compte de l'allongement compensateur des épiphyses voisines. Ainsi, dans le cas de raccourcissement de l'humérus, que j'ai précédemment mentionné, il y avait un allongement d'un centimètre portant sur les os de l'avant-bras.

En résumé, on voit combien cette question du décollement traumatique des épiphyses, aujourd'hui renouvelée par la radiographie, renferme encore d'inconnues. Il est nécessaire que, s'appuyant désormais sur des documents d'une précision rigoureuse, les chirurgiens prennent soigneusement les observations, et surtout s'attachent à suivre leurs malades, pour préciser ce qui a trait au pronostic de cette affection.

DISCUSSION

M. Frœlich (de Nancy) insiste sur les complications nerveuses des décollements épiphysaires et rapporte, à ce sujet, trois observations. La première concerne un jeune enfant chez lequel un décollement de la tête du radius entraîna une lésion du nerf radial avec paralysie presque complète. La seconde a trait à un décollement épiphysaire dans lequel la diaphyse, ayant pris la position habituelle, vers le creux de l'aisselle, il en était résulté une atrophie de tous les muscles péri-articulaires et un raccourcissement très notable de l'humérus. Enfin, la troisième observation est celle d'une fillette de neuf ans atteinte soi-disant d'une luxation de l'épaule et chez laquelle était survenue, quatre semaines après l'accident, une parésie du nerf cubital. Il s'agissait, en réalité, d'un décollement de la tête humérale. La résection, pratiquée par l'auteur, amena la guérison.

M. Maunoury (Chartres) relate l'histoire d'un enfant de dix ans atteint d'un décollement traumatique de l'épiphyse supérieure de l'humérus, qui a présenté tous les caractères d'une luxation de l'épaule. La réduction s'est faite très aisément en donnant lieu à la secousse brusque et au bruit sec caractéristique de la réduction des luxations. Heureusement la radiographie prise après l'accident et après la réduction a montré, de la manière la plus nette, qu'il s'agissait d'un décollement épiphysaire et non d'une luxation. Ainsi se trouve, une fois de plus, vérifié ce que vient de dire tout à l'heure M. Kirmisson sur l'excessive rareté des luxations chez les enfants.

M. Willems (de Gand). — Il est probable que le décollement épiphysaire vrai de l'extrémité inférieure de l'humérus est moins rare qu'on ne le suppose. La prétendue rareté de cet accident est due à ce fait que, au-dessous de cinq ans, la radiographie, dans ce genre d'accidents, ne nous donne que très peu de renseignements, car la partie inférieure de la diaphyse humérale est encore cartilagineuse. La radiographie est, au contraire, d'un grand secours pour les décollements de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

M. Willems présente l'observation et la radiographie d'un décollement de la cupule radiale, observé chez un enfant de cinq ans. Le déplacement s'était fait en avant et en dehors.

M. Bardesco (Bucarest) communique deux cas de décollements épiphysaires montrant bien qu'ils constituent des entités spéciales tout à fait différentes des fractures par leurs caractères et leur marche.

M. Coudray (de Paris), après avoir rappelé les conclusions de son travail en collaboration avec M. le prof. Cornil, sur les lésions du cartilage de conjugaison et fractures du tissu spongieux diaphysaire, ajoute qu'il a vu souvent des fractures longitudinales du cartilage se réparant par un cal osseux.

La réparation des fractures diaphysaires *juxta-conjugales*, qui siègent à 2 ou 3 millimètres du bord du cartilage, ne donne pas lieu à des troubles profonds de la circulation. On trouve le bord du cartilage envahi de place en place par des bourgeons médullaires qui ne s'ossifient pas. On comprend qu'il n'y ait pas de raccourcissements à la suite de ces traumatismes. Malheureusement, en clinique il est impossible, en tout cas très difficile, de faire le diagnostic différentiel de ces deux ordres de lésions. Toutefois, la radiographie y aidera en montrant dans le décollement vrai — qui existe même histologiquement quoi qu'on en ait dit — des *surfaces* extrêmement lisses et régulières.

M. Reboul (de Nîmes) apporte deux faits qui prouvent que dans les décollements épiphysaires, en particulier de l'extrémité inférieure du fémur, on peut, par une intervention opératoire, obtenir la réduction parfaite du décollement et restituer au malade les fonctions de son membre. Même quand les lésions sont très graves et très étendues, on obtient un bon résultat, quand les tissus contus ne se sphacèlent pas et que l'on a affaire à un malade sans tare importante.

Dans tous les cas, la radiographie rend de grands services pour diriger l'acte opératoire.

M. Broca (de Paris). — Il existe deux variétés de décollements épiphysaires. Les uns ont pour cause un traumatisme direct ; les autres un traumatisme indirect. Ce dernier est le mécanisme le plus fréquent. Il y a des jointures où le décollement par cause directe est le seul possible, et d'autres où la cause indirecte peut être seule invoquée. Ces considérations reposent sur des données anatomiques. Celles-ci prouvent que les cartilages de conjugaison sont les uns à l'intérieur de l'articulation, par exemple, à l'extrémité supérieure du fémur et à l'extrémité inférieure de l'humérus, et, par conséquent, les ligaments ne s'insèrent pas à leur niveau, mais bien sur la diaphyse ; les autres en dehors de l'articulation, c'est ce qui existe à l'extrémité inférieure du fémur, du radius et là les ligaments s'insèrent sur les épiphyses. Dans la première variété, un arrachement ligamenteux n'est pas possible ; il est, au contraire, possible dans la seconde et s'accompagne d'un décollement épiphysaire.

Le décollement périostique du côté opposé à celui où se fait l'arrachement est la conséquence et non la cause du déplacement.

M. Broca expose le mécanisme du décollement épiphysaire, particulièrement à l'humérus et au fémur.

M. Monprofit (Angers) rapporte deux faits de décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus, dans lesquels il a dû cinq ou six semaines après l'accident, faire une résection partielle de l'extrémité supérieure de la diaphyse qui gênait les mouvements et menaçait de perforer la peau. Il y avait eu erreur de diagnostic. Au moment de l'accident l'un des cas au moins avait été pris pour une luxation de l'épaule.

M. Walther. — Dans les décollements épiphysaires anciens de l'extrémité supérieure de l'humérus, il faut se contenter d'abattre la portion osseuse qui gêne les mouvements, et ne rien faire de plus, puisque, le plus souvent, la consolidation est parfaite, grâce à l'ossification de la bande périostique décollée au moment de l'accident. Quand le traumatisme est récent, il faut d'abord essayer la résection. Si celle-ci est impossible, il faut intervenir chirurgicalement. La résection d'un fragment de l'os est parfois nécessaire.

M. Roux (de Lausanne). — Dans le décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus, le déplacement n'est généralement pas considérable. A la résection je préfère le massage et la gymnastique, qui m'ont toujours donné d'excellents résultats fonctionnels.

M. Poncet (Lyon) déclare qu'il a presque toujours été contraint d'enlever à la gouge et au maillet l'éperon osseux, qui empêche la réduction. Mais il fait une résection très restreinte. Les malades qu'il a opérés ont eu, généralement, un raccourcissement insignifiant, puisqu'ils ont pu faire leur service militaire. Pour l'extrémité inférieure du radius, le raccourcissement est parfois considérable, surtout quand la lésion se produit pendant la première enfance.

M. Coudray (Paris) a observé récemment deux cas de décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacement. A son avis, le déplacement est souvent peu considérable. Grâce à la réduction, au massage, la fonction redevient normale, et il n'est pas nécessaire d'intervenir chirurgicalement. Les grands déplacements ne sont pas des décollements simples; il y a, le plus souvent, en même temps, fracture.

M. Kocher (Berne) dit qu'il faut se méfier de la réduction, même bien faite. Il rapporte un cas de décollement de l'extrémité inférieure du fémur avec déplacement du fragment en arrière. La réduction s'était accompagnée du bruit caractéristique, et un plâtre très soigné avait été appliqué. A la sortie du plâtre, on constata que le déplacement s'était reproduit. Le résultat fonctionnel était bon et le malade refusa l'opération. M. Kocher estime qu'il aurait mieux valu la pratiquer le premier jour.

M. Kirmisson. — En somme, je ne relève pas, parmi les idées exprimées, des contradictions avec les miennes. Il n'y a, entre les différents orateurs et moi, que quelques divergences, notamment M. Broca. J'estime, en effet, que le mécanisme des décollements qu'il expose est un peu théorique.

(*A suivre.*) Dr G. Berruyer.

CONGRÈS FRANÇAIS
DE MÉDECINE

(VIIe session)

Tenu à Paris du 24 au 28 octobre 1904

Présidence de M. Cornil

Première question

La tension artérielle dans les maladies

MM. Bosc et Vedel (de Montpellier), *rapporteurs*, commencent par exposer quelques *considérations physiologiques* : la pression artérielle exprime l'effort développé par le cœur pour vaincre la résistance périphérique de façon à permettre, par les capillaires, le passage d'une quantité de sang égale à celle qui est envoyée à chaque systole. On voit donc que la pression sanguine générale est le résultat de l'action de trois facteurs : le *sang*, la *force d'impulsion cardiaque* et la *résistance périphérique*, chacune d'elles pouvant présenter des modifications susceptibles de retentir sur les deux autres. La valeur de la pression deviendra plus forte si le cœur augmente son énergie, ou si les petits vaisseaux se contractent, ou si la masse du sang devient plus considérable; elle deviendra plus faible si la force du cœur diminue, si les capillaires se dilatent ou si le volume du sang diminue. Mais il ne s'agit pas là de pure hydraulique, et seule l'intervention du système nerveux sur le cœur et les vaisseaux périphériques permet de comprendre les actions régulatrices qui se produisent.

Les variations de la *masse du sang* n'interviennent pas pour produire des troubles sensibles de la pression générale à raison du phénomène de l'adaptation vasculaire, et l'on sait qu'une saignée de 300 gr. ne modifie pas la pression.

La *force d'impulsion du cœur* joue un rôle essentiel; mais le cœur est bien plus producteur de force que régulateur de la pression qu'il détermine. La relation entre la pression artérielle et la fréquence des battements cardiaques, établie par la loi de Marey (la fréquence du pouls serait en raison inverse de la tension artérielle), n'est pas sans souffrir des exceptions.

Mais, à l'état normal, comme à l'état pathologique, le rôle essentiel dans le mécanisme de la régulation des actes vasculaires et cardio-vasculaires est rempli par les *vaisseaux périphériques et les variations de résistance* qui s'y produisent par l'intermédiaire des nerfs et des centres vaso-moteurs.

A l'état pathologique, il est encore plus difficile d'établir le mécanisme des variations de la tension artérielle. Il a fallu inventer des appareils qui mesurent la tension à travers les tissus, et contrôler ceux-ci en soumettant à un examen clinique attentif les organes producteurs ou régulateurs de cette tension, en particulier le cœur. La mensuration de la pression à la radiale indique, par le chiffre qu'elle donne, qu'il y a hypo ou hypertension; mais, en définitive, c'est l'examen clinique qui jugera de la valeur du signe et prononcera en dernier ressort, pour ce qui regarde le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique.

Les seuls sphygmomanomètres susceptibles de recevoir une application clinique sont fondés sur ce principe : il est possible de mesurer la tension d'une artère par l'effort qu'il faut développer pour arrêter les pulsations de cette artère. Les appareils à poids ou à ressort (*sphygmomètre de Bloch modifié par Verdin*) ne peuvent fournir des indications de quelque rigueur. Le sphygmomanomètre couramment employé est celui de *V. Basch*, de Vienne, modifié et rendu plus maniable par Potain ; l'instrument de *Potain* est simple et pratique, avec une erreur d'environ 5 millimètres pour la paroi artérielle et les tissus, et de 1 centimètre pour le manomètre ; mais il faut encore s'efforcer de réduire au minimum la part d'erreur qui revient au coefficient personnel de l'observateur. L'appareil de *Riva-Rocci* écrase de lui-même l'artère humérale, tandis que le doigt de l'observateur n'intervient que pour constater la disparition du pouls à la radiale; excellent pour les observations isolées, il n'est plus pratique si l'on veut prendre des pressions chez de nombreux malades et quotidiennement. Le *tonomètre de Gaertner* détermine la pression nécessaire et suffisante pour faire reparaître la circulation dans une région du corps préalablement anémiée ; il permet de mesurer la tension artério-capillaire chez des pneumoniques, des tuberculeux, des hémiplégiques, des typhoïsants, etc.; la comparaison entre l'état du cœur, exprimé par le Potain, et l'état des vaisseaux périphériques, indiqué par le Gaertner, a fourni des résultats intéressants. Mais les recherches sur la signification de la tension mesurée au Gaertner, et la valeur de son rapport avec la pression radiale, ne sont pas encore suffisamment précisées pour suppléer à l'examen clinique attentif du fonctionnement du cœur et des organes.

L'hypo et l'hypertension ne constituent pas par elles-mêmes des maladies; elles constituent des symptômes qui font partie de tout un groupe d'autres symptômes gouvernés par une même cause. Toutefois, comme la tension artérielle est facilement constatable au doigt et par les appareils, elle pourra mettre sur la voie pour la recherche de la cause et du syndrome qu'elle accompagne.

I. Syndrome avec hypertension. — A quel chiffre du manomètre commence l'hypertension ? A l'état normal, la moyenne est, pour l'adulte, de 15 centim. à la radiale et 9 au Gærtner; pour le vieillard, 19 à la radiale et 11 au Gærtner. Il y aura donc hypertension réelle toutes les fois que le sphygmomanomètre marquera, chez l'adulte, à la radiale, un chiffre supérieur à 18 centim. de Hg et, chez le vieillard, un chiffre supérieur à 20 ou 21 centimètres.

Pathogénie. — Dans la production de l'hypertension ce sont les modifications de la résistance périphérique qui jouent le rôle essentiel, que la cause agisse directement sur les vaisseaux ou par l'intermédiaire du système nerveux.

On peut distinguer :

1° *Des causes mécaniques* : si les vaisseaux reçoivent une plus grande quantité de sang qu'ils n'en renferment d'ordinaire, la tension devient nécessairement plus élevée (*pléthore*).

2° *Des causes réflexes* : émotions, préoccupations, travail cérébral exagéré, paroxysmes douloureux, etc...

3° *Des causes toxiques* : ce sont les plus nombreuses; elles comprennent d'abord les *poisons endogènes* : hérédité d'hypertension (Broadbent), diathèse bradytrophique. Les poisons qui déterminent cette « artério-sclérose pathogénique » (Huchard) sont les agents qui résultent du métabolisme cellulaire troublé) les toxines métaboliques) et qui agissent sur l'appareil circulatoire pour produire de l'hypertension : urée, acide urique, urobiline, sels ammoniacaux, acide lactique, neurine, ptomaïnes, etc... Les types les plus communs des syndromes hypertenseurs qu'ils déterminent sont : la *goutte* (le terme « pouls goutteux » désigne un pouls fort soutenu et difficilement compressible) ; le *diabète gras* (l'hypotension des dernières périodes du diabète dépend d'une faiblesse du cœur et entraîne un pronostic très grave); l'*emphysème pulmonaire*, la *constipation*, la *dyspepsie avec hypertension* (sans aucune trace de néphrite), etc.

A côté de la diathèse bradytrophique, il y a toute une autre série de syndromes avec hypertension réalisés par des auto-intoxications avec participation des glandes vasculaires sanguines : *urémie*, *éclampsie*, période préparatoire de la *menstruation*, *ménopause*, *puberté*, *chlorose* (la présence d'une hypotension doit toujours faire penser à une pseudo-chlorose et, en particulier, à la tuberculose), *goître exophtalmique*.

En ce qui concerne les *poisons exogènes*, l'intoxication *saturnine* est le type des intoxications avec hypertension. Le *tabac*, l'*alcool* ont une action identique. Les poisons d'origine microbienne déterminent surtout des états infectieux avec hypotension; mais l'hypertension est fréquente dans la *scarlatine* (menace de convulsion urémique) et dans la *syphilis constitutionnelle*. La *tuberculose pulmonaire* rentre dans les syndromes avec hypertension permanente oscillant entre 12 et 14 ; toutefois, il peut y avoir une tension normale et, parfois même, une hypertension chez certains phtisiques scléreux ou emphysémateux. Dans une tuberculose cavitaire à marche assez rapide survenue chez un gros goutteux, avec petit rein contracté, l'hypertension très forte joua certainement un rôle important dans l'hémorragie pulmonaire brutale qui entraina la mort.

En résumé, les syndromes avec hypertension sont rarement sous la dépendance de causes mécaniques ou réflexes; ils sont déterminés le plus souvent par des auto-intoxications (substances métaboliques) ou par des intoxications exogènes; souvent, d'ailleurs, les causes sont multiples: par exemple, chez un hypertendu par saturnisme (action du plomb et métabolisme troublé), l'hypertension s'accroîtra du fait d'une néphrite atrophique et de causes secondaires comme la constipation, des imprudences alimentaires, du surmenage, des émotions.

En se basant sur l'action très énergique de l'extrait surrénal sur la tension et sur la fréquence des lésions des capsules surrénales dans les infections et les intoxications, Vaquez est amené à penser qu'il peut y avoir, dans les syndromes avec hypertension, et en particulier dans les néphrites atrophiques, un *hyperfonctionnement des glandes surrénales* au même titre que dans cet état décrit par Sergent et Bernard sous le nom de *hyperépinéphrie*; c'est ainsi que Aubertin et Ambard ont trouvé des lésions adénomateuses des surrénales dans de nombreux cas de néphrite avec hypertension.

Les rapporteurs, contrairement à Vaquez, envisagent ces lésions non comme une cause directe d'hypertension, mais plutôt comme une réaction de défense contre les poisons hypertenseurs.

L'évolution des lésions dans les syndromes avec hypertension permanente se fait suivant trois phases :

1° Une phase de *spasme* ou *fonctionnelle*, d'hypertension *transitoire*, qui peut être de longue durée, mais dans laquelle se marque déjà un processus inflammatoire périvasculaire, purement histologique, très discret. Cette néoformation conjonctive jeune, plus développée et plus précoce dans certaines maladies comme la scarlatine, la syphilis, est encore guérissable.

Cette phase, qui constitue en somme deux stades, l'un de spasme pur et l'autre de néoformation conjonctive jeune, ou de *sclérose jeune*, constitue ce que Huchard a désigné très heureusement sous le nom de *présclérose*, et qui mériterait mieux le nom de *préfibrose*.

2° Une deuxième phase, en rapport avec une sclérose adulte ou *fibrose généralisée*, portant sur les petits vaisseaux et produisant une méiopragie progressive des organes. C'est la phase de *fibro-capillarite* (artério-sclérose des petits vaisseaux), décelable à l'autopsie et à l'examen clinique attentif. C'est la phase d'hypertension *permanente* qui devient une cause aggravante de sclérose pour les gros vaisseaux.

3° La dernière phase, très apparente, phase d'*artério-sclérose généralisée* aux gros vaisseaux, avec développement précoce ou tardif de l'*athérome*, se traduit par de l'hypertension maxima susceptible d'aboutir à une hypotension terminale.

Symptomatologie. — Une étude symptomatique suivant ces trois grandes périodes de spasme, de fibro-capillarite et d'artério-sclérose, n'a pas encore été faite. Les rapporteurs ont cru intéressant de la tenter.

A. — A la *phase spasmodique*, le syndrome avec hypertension se traduit par les symptômes de la présclérose de Huchard. Du côté du *cœur*, éréthisme avec angoisse précordiale, impulsion cardiaque énergique et brusque, simple accentuation du deuxième bruit au foyer aortique (cœur forcé ou irritable, tel qu'il se rencontre après un sport excessif ou chez certains adolescents, chlorotiques, basedowiens); du côté des *artères*, la pression à la radiale peut aller de 18 à 25 et au delà; du côté des *petits vaisseaux*, signes analogues à ceux du petit brightisme ; sur les artérioles cérébrales, le spasme peut déterminer une aphasie transitoire. Le spasme des petits vaisseaux a été encore décelé par l'examen de l'artère rétinienne à l'ophtalmoscope et il est rendu encore apparent par la réduction du volume de certains organes gorgés, suivie de retour à la normale; telle la rate au cours des coliques de plomb (Potain).

B. — La *phase de fibro-capillarite généralisée* se marque par les signes de début de l'artério-sclérose. Le trouble n'est plus fonctionnel et il s'est produit une lésion fibreuse péri-vasculaire avec rétrécissement des petits vaisseaux et hypertrophie de leurs couches musculaires. Le caractère essentiel de cette phase, c'est l'augmentation et surtout la permanence de l'hypertension; les organes comme le cœur peuvent présenter pendant longtemps un état d'hyperfonctionnement, mais il est possible de dépister des signes précoces de méiopragie dus à la progression de la transformation fibreuse. Cette période, dite de compensation pour le cœur, sera d'autant plus longue que l'hypertension aura des organes plus résistants et moins profondément touchés. Les signes propres à cette période sont : du côté du *cœur*, myocardite scléreuse hypertrophique, dite compensatrice ou providentielle, mais dont les progrès se traduisent par la tachycardie d'effort, palpitations nocturnes, battements irréguliers avec angoisse précordiale au moment du coucher (quand le sujet passe de la station debout à la position allongée, il se produit une augmentation de pression, indiquant la fatigue du myocarde, par sclérose, alors même que les radiales sont souples et normales au doigt). C'est là l'effort hésitant et douloureux du cœur, qui a peut-être encore plus de valeur pronostique que le véritable bruit de galop; du côté des *artères*, pouls serré, dur et tendu, pouls stable de Huchard (la différence entre le nombre de pulsations à l'état debout et allongé tend à diminuer); du côté des *petits vaisseaux*, les lésions de sclérose périvasculaire envahissante entraînent la diminution fonctionnelle, non seulement du cœur, mais de tous les organes : doigt mort, fourmillements, crampes dans les

mollets, vertiges des artério-scléreux (Grasset), céphalée, hémoptysies, dyspnée d'effort, etc.

C. — A la *phase d'artério-sclérose généralisée, avec ou sans athérome*, la sclérose devient apparente à l'œil et au doigt au niveau des artères superficielles, radiales et temporales, et à l'auscultation, au niveau de l'aorte. Du côté du *cœur*, la myocardite scléreuse hypertrophique est en pleine évolution : dédoublement du premier bruit, deuxième bruit en coup de marteau, avec tonalité musicale qui indique la sclérose régulière de l'aorte avec légère dilatation, arythmie, embryocardie, enfin tachycardie avec hypotension, dont la signification est de la plus haute gravité : l'aortique s'est mitralisé (Huchard) et l'asystolie survient alors avec sa symptomatologie ordinaire. Du côté des *artères*, les secousses rythmiques de la tête (signe de Musset), bruit clangoreux de l'aorte, élévation de l'aorte en arrière de la fourchette sternale, radiale en tuyau de pipe, pouls sénile, petit, résistant, parfois avec détente brusque, mais qui devient bientôt bref et dépressible, indiquant la faiblesse du myocarde et l'hypotension. Du côté des *petits vaisseaux*, la sclérose finit par entraîner une véritable cachexie : myocardite scléreuse, néphrite scléreuse atrophique, méiopragie très apparente du cerveau, rate et foie ratatinés et sclérosés, etc.

Toutes les causes toxiques ont une action généralisée à toutes les parties du système circulatoire, mais leur action peut être plus active sur certains organes ou certaines parties des vaisseaux : le rein, en raison de son rôle éliminateur, le cœur, à cause de son rôle actif, le cerveau, par suite d'une prédisposition cérébrale organique ou parce que la cause virulente a une action élective pour le système nerveux (syphilis). Il en résulte des *syndromes avec hypertension localisés* :

1° *Localisation rénale.* — L'hypertension est tellement intense dans le mal de Bright, que c'est surtout dans cette maladie qu'on l'avait d'abord signalée; le petit rein contracté constitue le type des syndromes localisés, avec hypertension s'élevant à 25, 30, 32, avec cœur rénal et bruit de galop, pouls rénal à détente brusque, etc. D'après Broadbent, toutes les maladies rénales s'accompagnent d'hypertension, sauf la pyélite aiguë suppurée, la tuberculose et la dégénérescence amyloïde.

2° *Localisation cérébrale.* — Au cours d'un processus scléreux généralisé, encore modéré, les artères cérébrales peuvent présenter des lésions bien plus intenses et même un athérome avancé. L'hérédité cérébrale dégénérative explique ces faits: une attaque, produite chez le grand père à soixante-dix ans, pourra se produire à soixante-cinq ans chez le père, et à cinquante chez le petit fils; souvent la pression est alors plus élevée dans la temporale que dans la radiale.

3° *Angine de poitrine.*

4° *Maladie de Reynaud.*

On a rapporté directement à l'hypertension certains symptômes, tels : l'amaurose, l'hémianopsie homonyme, l'aphasie transitoire, la céphalée, le glaucome, les crises convulsives de l'urémie et de l'éclampsie. Mais peut-être faut-il penser que le spasme vasculaire dépendant de la cause toxique gouverne à la fois et le symptôme observé et l'hypertension : l'amaurose, par exemple, peut se rencontrer au cours d'une maladie avec hypotension; et, si la théorie purement mécanique des convulsions urémiques ou éclamptiques était vraie, on ne saurait s'expliquer l'action rapide de la saignée sur les convulsions. La tension artérielle n'est pas modifiée par une saignée de 400 grammes, tandis qu'il s'élimine avec le sang une quantité assez grande de poison pour calmer tout au moins l'excitabilité corticale.

Dans le cas de sclérose généralisée avec lésion rénale, on peut se demander si les crises d'hypertension ne peuvent pas être déterminées ppr la rétention d'une substance non toxique par elle-même, mais hypertensive. Ambard et Beaujard ont voulu démontrer que la rétention du chlorure de sodium dans l'organisme serait capable de produire cet effet. Mais il faut, sans doute, compter avec les substances qui suivent les mêmes lois de rétention ou d'élimination que le NaCl.

Supprimer la cause de l'hypertension ne suffit pas, le plus souvent, à faire disparaître cette dernière, car des lésions de sclérose jeune ou adulte ont pu se développer ou progresser, alors même que la cause primitive a disparu.

Dans la phase de sclérose jeune guérissable, le médecin aura à remplir les indications suivantes :

1° Ecarter toutes les causes hypertensives : le *régime alimentaire* devra proscrire l'usage immodéré de l'alimentation carnée et des excitants (viandes faisandées, gibier, charcuterie, condiments, fromages fermentés), tous les aliments à résidus trop abondants ou riches en ptomaïnes, les alcools, etc. *L'hygiène générale* sera non moins indispensable en combattant la sédentarité, le surmenage, etc.

2° Exciter la nutrition générale pour favoriser les oxydations, brûler les déchets et diminuer la toxicité et l'action sclérogène des produits métaboliques; on y parviendra au moyen des frictions au gant de crin, des lotions rapides à l'eau froide, tiède ou chaude, massage prudent, de la saignée blanche à l'aide des purgatifs, ou même de la saignée générale, dont les indications sont à la vérité des plus restreintes, si l'on ne veut envisager que son action sur la tension.

3° Abaisser la tension directement lorsqu'elle est trop élevée, de façon à réduire l'action sclérogène de l'hypertension permanente; les agents hypotenseurs sont, ou physiques (massage, balnéothérapie chaude plutôt que froide, bains carbogazeux), ou médicamenteux (inhalations de nitrite d'amyle, injections hypodermiques de trinitrine, tetranitrate d'érythrol, nitrite de soude).

4° Surveiller les organes et combattre les premiers signes de méiopragie, surtout lorsqu'il s'agit de localisations *rénales* (régimes lacté exclusif, lacto-végétarien, carné achloruré, théobromine, etc.), *cérébrales* (traitement anti-syphilitique, iodure), ou *cardiaques* (iodure, abstention de la digitale qui ne doit pas être administrée tant qu'il y a hypersystolie, spartéine, véritable médicament du myocarde affaibli).

5° Quand la sclérose est tout à fait confirmée, faire intervenir la médication *résolutive*, qui est presque entièrement comprise dans l'emploi des iodures.

II. Syndrome avec hypotension. — A partir de 12 et au-dessous commence l'hypotension pathologique. Celle-ci peut dépendre de causes mécaniques et toxi-infectieuses.

1° *Causes mécaniques.* On peut soustraire 200 à 300 gr. de sang veineux à un sujet dont la tension est normale sans voir la tension abaissée d'une façon appréciable. Toutefois, les hémorragies abondantes et répétées, chirurgicales, obstétricales ou médicales (hématémèse), s'accompagnent d'une hypotension très grave, réparable seulement par les injections salées.

2° *Causes nerveuses.* L'hypotension s'observe dans les états de shock physique ou moral, dans tous les états de prostration, chez la plupart des neurasthéniques (de Fleury), du côté paralysé dans les vieilles hémiplégies.

3° *Causes toxiques.* Nous avons vu que certains agents médicamenteux (nitrite d'amyle, trinitrine, etc.) ont des propriétés hypotensives incontestables. Les premières bouffées de chloroforme agiraient de même. Dans la maladie d'Addison et dans tous les cas d'insuffisance surrénale l'hypotension est de règle.

4° *Causes infectieuses.* Si quelques rares poisons microbiens sont susceptibles, à un moment donné, d'élever la tension artérielle (toxine pyocyanique, pneumobacilline, malléine), la plupart abaissent la tension artérielle en agissant ordinairement à la fois, mais avec une élection plus ou moins marquée, sur la fibre cardiaque, sur les petits vaisseaux et sur le système nerveux. Dans la *fièvre typhoïde*, l'hypotension s'observe à la fin du premier septenaire, sans qu'il soit possible de lui accorder une valeur pronostique absolue, en dehors des autres indications cliniques tirées de l'examen du cœur et du pouls. Lorsque, au cours de la maladie, la tension, plus ou moins abaissée, s'élève subitement à 16, 17, 18, cette élévation inattendue doit faire craindre une hémorragie intestinale. L'absence de symptômes réactionnels et de relèvement de la tension, à la suite des injections salées, aggrave le pronostic. La variole, la grippe, l'érysipèle, la pneumonie sont également des maladies plus ou moins hypotensives.

Dans la pleurésie, la persistance

de l'hypotension après thoracentèse doit faire craindre la reproduction du liquide ; à 18 ou 20 le brightisme est à redouter, de 14 à 11 c'est habituellement la tuberculose qui est en cause. La précocité de l'hypotension dans la phtisie pulmonaire en fait un signe d'une grande valeur diagnostique, en particulier pour le diagnostic différentiel entre la chlorose vraie, l'hypertension et les états chlorotiques symptomatiques de tuberculose.

L'hypotension ne constitue pas une manifestation isolée; elle fait partie de syndromes, c'est-à-dire d'effets variés, dépendant eux-mêmes de causes multiples. Du côté du *cœur*, on observe la tachycardie, l'arythmie, l'embryocardie, l'atténuation plus ou moins marquée du deuxième bruit au foyer aortique. Le *pouls* est rapide, instable, irrégulier, inégal, dépressible, exagérément dicrote. La cyanose, les œdèmes, l'oligurie, etc., traduisent les troubles de la *circulation périphérique*.

Mais il faudra toujours recourir au sphygmomanomètre pour pouvoir affirmer l'hypotension, que l'appréciation isolée du caractère du pouls ne peut suffire à faire connaître ; le pouls de certains hypertendus est souvent très petit et même à peine perceptible; d'autre part, un pouls large n'est pas nécessairement un pouls fort. C'est des renseignements combinés, obtenus par l'examen clinique du cœur et la sphygmomanométrie, que découlent le pronostic et la thérapeutique.

La constatation de l'hypotension est susceptible d'indications cliniques précieuses. Il est des cas où l'emploi des médicaments toni-cardiaques s'impose : digitale, spartéine, strophantus, etc. Les médicaments toni-vasculaires (strychnine, camphre, caféine, huile camphrée) rendent également des services. Les bains froids, progressivement refroidis et même chauds, apparaissent comme des agents très actifs pour relever la pression sanguine au cours des maladies infectieuses. Mais le moyen le plus efficace dont nous disposons, pour relever la pression sanguine, consiste dans l'emploi des grandes injections salines sous-cutanées ou intra-veineuses. L'emploi thérapeutique de l'adrélanine ne saurait être recommandé.

Hypertension

M. Vaquez (de Paris), *rapporteur*, s'est borné à étudier le diagnostic, la signification clinique, la pathogénie et le traitement de l'hypertension artérielle.

I. Diagnostic — Lorsque l'on palpe l'artère radiale d'un sujet atteint de mal de Bright ou d'une femme en état de crise éclamptique, on est frappé de la sensation toute spéciale de tension du sang et de résistance de l'artère à l'écrasement. Mais la mesure de la pression au simple palper donne lieu à de grossières erreurs : les plus habituelles consistent à la juger plus basse qu'elle n'est, en réalité, dans les artères petites, plus haute dans les artères distendues, dont les parois résistent mal à une vive impulsion de la colonne sanguine. On peut encore affirmer la réalité de l'hypertension lorsque l'accentuation du deuxième bruit aortique s'accompagne d'hypertrophie du ventricule gauche, avec ou sans bruit de galop. Le redoublement du premier bruit du cœur doit encore prendre place parmi les phénomènes liés à l'hypertension. Les modifications accidentelles ou provoquées du rythme cardiaque, invoquées par Huchard, en particulier celles qui seraient en rapport avec les changements de position, sont inconstantes et contradictoires.

Le principe du sphygmomanomètre, posé dès 1880 par le prof. Basch, a reçu sa réalisation pratique par Potain, dont l'appareil est actuellement d'un emploi courant. L'appareil de Riva-Rocci peut être un appareil d'étude, mais non de maniement aisé et courant. L'appareil de Gærtner, également fort usité à l'étranger, notamment par le prof. Pal, nous permet de connaître non plus la tension artérielle, mais la tension artério-capillaire; aussi la pression est-elle toujours plus faible que celle mesurée par le Potain — de 6 à 10 cm environ. Dans la pratique courante, avec le Potain, il faut retenir comme chiffre valable, non pas le chiffre moyen, mais le chiffre le plus bas qui ait été obtenu. Au-dessus de 16, les pressions peuvent être considérées comme anormales. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est, non pas l'écart plus ou moins grand du chiffre obtenu avec celui considéré comme normal, avec celui obtenu, mais bien ses variations relatives chez un même sujet.

II. Signification clinique. — L'hypertension physiologique (efforts, digestions, émotions, accouchement) a, comme caractère essentiel, d'être transitoire et de peu de durée ; toute hypertension durable est pathologique.

La signification clinique de l'hypertension a une grande importance, à cause de sa valeur diagnostique, relativement à l'affection que ce symptôme accompagne d'ordinaire, qu'elle précède peut-être, le mal de Bright, à cause aussi du pronostic immédiat ou lointain qui y est attaché. L'hypertension, condition pathogène de maladies déterminées, est, en effet, souvent, au cours de ces maladies ou avant même qu'elles se soient développées, la cause immédiate d'accidents multiples et même de la mort.

L'hypertension peut être surtout étudiée au cours d'une maladie de l'homme quasi expérimentale, l'*intoxication saturnine*. L'hypertension se révèle dès la première colique de plomb, chez un sujet nouvellement intoxiqué et chez lequel aucune lésion organique rénale ne peut être encore en cause. L'amaurose, isolée ou précédant les accidents plus graves : aphasie transitoire, bourdonnements d'oreille, manie aiguë, qui conduisent au syndrome de l'encéphalopathie saturnine, est l'expression clinique la plus élevée de l'hypertension. Menetrier a observé un homme de vingt et un ans, polisseur d'étain depuis cinq ans, qui mourut en quelques jours à la suite de crises convulsives répétées, quinze jours après sa troisième colique de plomb ; de 26 la pression artérielle était montée à 30 avant l'attaque convulsive. L'autopsie montra un rein congestionné sans néphrite, et une simple distension cérébrale avec tension exagérée du liquide céphalo-rachidien. L'hypertension serait donc, dans le saturnisme, antérieure à la néphrite et non causée par elle.

De même les relations des accès éclamptiques avec l'hypertension artérielle sont très frappantes (Vaquez et Nobécourt).

Enfin, dans la néphrite goutteuse, on note la même succession d'accidents d'ordre mécanique en rapport avec ce symptôme essentiel.

On peut distinguer trois types cliniques :

1° L'hypertension *transitoire* (type colique de plomb, éclampsie, accès d'angine de poitrine ou d'œdème pulmonaire).

2° L'hypertension *oscillante* ou *instable;* très fréquemment, et peut-être même toujours dans ses stades de début, l'hypertension procède par accès, par bouffées, lesquels présagent ou accompagnent les accidents cérébraux ou thoraciques.

3° L'hypertension *permanente;* elle peut s'établir plus ou moins tardivement à la suite des stades précédents. Elle peut rester fort longtemps méconnue, ou ne se révéler que par des symptômes accessoires : bourdonnements d'oreille, troubles auculaires, glaucome, par exemple, et, si on ne se rend pas un compte exact de tout les phénomènes morbides présentés par le malade, on risque de considérer comme un simple accident local ce qui n'est qu'une manifestation isolée d'un trouble plus général de l'organisme. Si l'examen d'urine, que l'on fait d'ordinaire pratiquer comme une simple formalité, ne révèle pas la présence d'un peu d'albumine, on reste dans l'ignorance de la nature véritable des accidents.

Mais cette hypertension, même modérée, peut aussi s'accompagner de phénomènes plus tangibles, si la lésion rénale plus avancée donne déjà des signes apparents, ou s'il y a, du côté de l'appareil vasculaire (angine de poitrine) ou pulmonaire (dyspnée paroxystique, œdème, etc., etc.), des complications dont on est alors porté à chercher la cause.

Mais lorsque l'hypertension permanente atteint les chiffres élevés de 26, 28, 30, elle ne reste pas longtemps silencieuse : la soudaineté d'accidents graves, la mort subite, la marquent seules parfois à l'examen. Son intérêt se révèle plus encore dans le pronostic que dans le diagnostic qui s'affirme, en dehors de ces ictus subits, par toute une série d'accidents cérébraux.

Un certain nombre de symptômes sont liés directement à l'hypertension : la *céphalée*; les *troubles auriculaires* (bourdonnements d'oreilles, vertiges par aug-

mentation de la pression intra-labyrinthique); les *troubles oculaires*, spasmodiques et transitoires (amblyopie, amaurose, hémianopsie) ou dus à une hypertension durable avec tension excessive du liquide céphalo-rachidien (glaucome); l'*aphasie transitoire*; l'*encéphalopathie convulsive* (chez les sujets hypertendus, le syndrome est identique, qu'ils soient saturnins, éclamptiques, brightiques); l'*hémiplégie transitoire* (au cours de l'urémie, comme l'aphasie de même cause, variable et mobile comme elle, elle pourrait s'expliquer par l'apoplexie séreuse étant donnés le résultat souvent negatif des examens anatomiques et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien); la *mort subite* (tout malade dont la pression artérielle dépasse 25 à 26 est exposé à mourir subitement, soit du fait d'une hémorragie cérébrale, soit dans une crise d'angor). Ce ne sont pas tant ces gens à face rouge, dite apoplectique, qui paient le plus lourd tribut à l'ictus cérébral, mais bien ceux dont les téguments exsangues, la face un peu pâle et blafarde, témoignent de la persistance et de l'intensité de la vaso-constriction périphérique et de l'hypertension vasculaire).

Tous ces accidents, parfois bénins, le plus souvent fort graves, doivent être distraits de l'albuminurie, de la néphrite, de l'intoxication urémique, éclamptique ou saturnine auxquels on avait jusqu'ici coutume de les rapporter. Ces accidents sont fonction, non de la maladie causale souvent invoquée à tort, la néphrite, par exemple, mais d'un symptôme commun aux trois entités morbides entre lesquelles ils forment comme un lien nécessaire, et ce symptôme, c'est l'hypertension. L'étude des complications, qui se présente ainsi avec des caractères identiques et une évolution également semblable, au cours de ces affections, ne pourra être désormais poursuivie que le sphygmomanomètre à la main.

En outre, sont également en rapports assez étroits avec l'hypertension, l'*angine de poitrine* (sans sténose coronarienne) et l'*œdème aigu du poumon*. Autrefois on attribuait toujours le rôle primordial aux altérations rénales; mais la néphrite saturnine est, pour Menetrier, une néphrite par hypertension vasculaire, et non une néphrite d'excrétion. Par conséquent, les modifications des urines (albuminurie) ont beaucoup moins d'importance que la constatation de l'hypertension, par exemple, dans la prévision des attaques éclamptiques.

L'hypertension notée chez des diabétiques pourrait bien n'être qu'une crise intermittente de glycosurie chez des malades atteints primitivement d'hypertension.

III. Pathogénie. — Pour déterminer l'hypertension, la maladie doit réaliser une de ces trois conditions : le rétrécissement du système vasculaire artériel, la diminution de l'élasticité artérielle, la vaso-constriction périphérique générale ou très étendue.

Que l'hypertension précède la lésion anatomique, il n'y a pas à en douter lorsque l'on considère ce qui se passe dans la colique de plomb, l'encéphalopathie saturnine, l'éclampsie, où dans nombre de cas, vérifiés de toutes façons, elle s'est montrée indépendante de toute lésion artérielle ou rénale; lorsque l'on considère aussi qu'elle est le symptôme initial et révélateur des néphrites chroniques, alors que rien ne permet encore de déceler l'existence d'une lésion rénale; qu'elle se manifeste, enfin, chez des sujets jeunes encore, de trente-cinq à cinquante ans, dans ses types les plus accusés, alors que l'athérome artériel n'est pas encore constatable et qu'il s'accuse, au contraire, toujours plus accentué, à mesure que l'hypertension elle-même s'exagère.

Les causes provocatrices de l'hypertension doivent être recherchées dans les poisons exogènes : tabac, plomb, alcool, bien plutôt que dans les produits nocifs accumulés dans l'organisme. L'hypothèse d'une substance hypertensive circulant dans le sang et provoquant, soit par sa surproduction, soit par son absence d'élimination, l'hypertension habituelle ou paroxystique, se trouve confirmée par les recherches récentes. Au cours des affections dans lesquelles l'hypertension est le symptôme initial ou prédominant, on a noté presque toujours des altérations des *capsules surrénales* (Vaquez, Aubertin et Ambard). Ces altérations relèvent d'un type morphologique spécial, traduisant la suractivité fonctionnelle de l'organe : l'hyperépinéphrie déterminée par Bernard et Bigart dans l'intoxication saturnine expérimentale est analogue à celle constatée par Aubertin et Ambard à l'autopsie de brightiques hypertendus. L'hyperépinéphrie apparaît donc comme un facteur étiologique très important de l'hypertension.

L'hypertension serait également une des causes provocatrices de l'athérome, par l'intermédiaire de l'adrénaline.

IV. Traitement. — Le repos, le séjour au lit et une alimentation appropriée sont, d'ordinaire, les moyens toujours nécessaires, et parfois suffisants, qui favorisent l'abaissement de la tension artérielle. Lorsque ces moyens demeurent inefficaces, le sujet est gravement menacé.

L'action hypotensive des *iodures* n'a pas été, jusqu'ici, péremptoirement démontrée. En revanche, les *nitrites*, en particulier les nitrites d'amyle, véritable médicament d'urgence, ont une action hypotensive spéciale qui intéresse à la fois le physiologiste et le médecin. Dans certains cas où l'hypertension devient menaçante par son élévation même, et où l'on redoute l'apparition des accidents cérébraux, on a proposé de recourir à la *ponction lombaire*. Enfin, il est une médication, redoutée à tort des médecins, héroïque en tout cas : c'est l'*injection d'un centigramme de morphine*. A coup sûr, l'injection ainsi pratiquée peut ne pas empêcher la mort, mais il n'est pas vrai qu'elle la provoque et il est certain qu'elle peut l'empêcher.

DISCUSSION

M. Mendelssohn a remarqué que MM. Bosc et Vedel reconnaissaient l'absence, ou tout au moins le petit nombre de documents sur l'hypertension partielle. Il apporte le résultat de ses observations sur l'hypertension localisée aux membres inférieurs, qu'on observe chez des tabétiques qui ne sont pas artérioscléreux et ne présentent aucun trouble cardiaque. L'hypertension s'observe seulement au niveau de la crurale, non à la radiale. Il s'agit là, sans doute, d'un réflexe vaso-constricteur dont le point de départ se trouverait dans les lésions des racines postérieures.

Expérimentalement, M. Mendelssohn a observé que l'irritation des racines postérieures lombaires augmente la tension vasculaire dans les membres inférieurs, tandis que leur section se montre hypotensive.

Or, il en serait de même chez les tabétiques, où la période névralgique ou préataxique se traduirait par l'hypertension localisée aux membres inférieurs, signalée plus haut, tandis qu'à la période terminale, paralytique ou des troubles trophiques, on noterait de l'hypotension.

M. Teissier (de Lyon) commence par rendre hommage à la mémoire de Potain, dont le nom domine toute cette discussion, aussi bien pour l'instrumentation que pour les applications cliniques de la sphygmomanométrie.

Deux points des rapports paraissent surtout discutables :

1° La distinction entre les variations physiologiques et pathologiques de l'hypertension n'a pas été établie avec suffisamment de netteté ; le chiffre où commence l'hypertension pathologique varie avec les auteurs ; certains auteurs cotent plus haut que d'autres. En clinique, les chiffres de 18 et de 12 semblent marquer les limites de la tension normale. Mais la tension ne doit pas être envisagée comme une notion absolue ; elle est toute relative, et non seulement pour telle ou telle maladie, mais chez tel ou tel malade. Ce qui est l'hypotension dans une maladie, peut être jugé comme de l'hypertension dans une autre. Ainsi, dans le diabète — qui, malgré l'avis de Vaquez, reste, suivant le mot de Potain, l'une des trois grandes maladies hypertensives, avec l'insuffisance aortique et la néphrite interstitielle — les variations de la pression artérielle ont une grande valeur diagnostique : l'abaissement doit faire craindre l'apparition de la tuberculose pulmonaire, et l'élévation le développement d'une néphrite interstitielle. D'autre part, dans l'appréciation du chiffre de tension, il faudrait compter avec les conditions climatériques. Enfin, chez un même individu, il peut y avoir une tension instable, sans rapport avec un pouls instable.

2° Il serait très important de savoir si, comme le veulent les rapporteurs, l'hypertension *primitive* doit être tenue pour la cause d'une foule d'accidents secondaires, au lieu d'être considérée, ainsi qu'on le faisait jusqu'ici, pour la conséquence des intoxications. Il est bien entendu que toute hypertension n'est pas nécessairement dyscrasique ou toxique ; il est bien entendu que toute hypertension n'est pas d'origine rénale. Ainsi peut-on observer des hypertensions réflexes, localisées ou partielles. Mais l'hyperten-

sion vague, héréditaire, de certains jeunes sujets, nous apparaît comme une entité clinique bien incertaine. Chez quinze ou seize de ces jeunes sujets, pâles, hypertendus à 22 ou 23, qui, peut-être, avaient eu la scarlatine, mais qui, à coup sûr, n'avaient pas d'albuminurie, M. Teissier a noté que le père ou la mère avaient succombé au mal de Bright. Ne pourrait-on pas supposer, dans des cas semblables, une sorte d'insuffisance héréditaire du rein, plutôt que cette vague hypertension primitive?

On affirme que l'hypertension peut faire de la sclérose. Mais alors, comment ces jeunes gens, qui font, vers seize ans, une insuffisance aortique rhumatismale, pourraient-ils vivre encore vingt-cinq ou trente ans sans faire d'artério-sclérose, ce qui est d'observation courante?

L'hypertension pourrait encore réaliser l'insuffisance aortique. Sans doute, il y a des insuffisances aortiques fonctionnelles; mais il y a toujours, alors, des lésions scléreuses de l'aorte.

En résumé, on peut justement rapporter à l'action directe de l'hypertension, certains symptômes de la néphrite interstitielle, tels les vertiges, la céphalée, etc. On peut encore soutenir, à bon droit, que l'hypertension est en rapport avec l'élimination des chlorures et porter, par exemple, un pronostic grave chez un hypertendu qui a, en même temps que de la polyurie, une hypochlorurie. Mais il ne faut pas chercher à exagérer l'importance des variations de la tension qui, par ailleurs, prennent une telle valeur diagnostique et pronostique, comme dans la tuberculose.

M. Bard (Genève) constate qu'on ne mesure avec le Potain que la tension maxima. Or, la tension artérielle varie dans tout le cours de la révolution cardiaque, et nous ne retenons qu'un seul des éléments de cette variation. Ainsi, la tension maxima peut être la même dans l'insuffisance aortique et dans la néphrite interstitielle; mais, dans le premier cas, une chute brusque succède à ce maximum. Il est donc très important de prendre la tension moyenne ou modérée. On y arrive, d'une façon détournée, en combinant l'emploi du sphygmomanomètre de Potain et du tonomètre de Gaertner. On peut ainsi relever des discordances, très fécondes dans leurs applications cliniques, entre la tension radiale et la tension artério-capillaire. Avec son élève Rillet, M. Bard a fait de la sorte un grand nombre d'observations au cours de maladies très diverses. Il cite l'observation d'un malade, atteint de néphrite chronique avec albuminurie, qui succomba rapidement à une péricardite, et chez lequel la discordance entre le chiffre normal, de 16 au Potain, et le chiffre, énorme, de 17 au Gaertner, aurait pu faire prévoir le rétrécissement aortique très serré que révéla l'autopsie et que les frottements péricardiques avaient marqué pendant la vie.

M. Mossé (Toulouse) fait des réserves sur l'hypertension admise classiquement chez les diabétiques et sur la valeur diagnostique des variations de la tension artérielle au cours du diabète. Il a été très frappé des deux cas rapportés par Vaquez, où la glycosurie évoluait parallèlement à la courbe de l'albumine et à celle de l'hypertension.

M. Bosc, rapporteur, répond à quelques-unes des critiques qui ont été adressées au rapport qu'il a présenté avec M. Vedel. Au sujet des hypertensions diathésiques, critiquées par M. Teissier, on peut estimer que les jeunes hypertendus peuvent avoir une sclérose, difficilement constatable, des petits vaisseaux aussi bien que la lésion rénale *ab ovo*, invoquée par M. Teissier. Les rapporteurs n'ont admise l'hypertension comme cause de sclérose que dans des cas assez rares; et ils ont présenté eux-mêmes les défauts de cette théorie. Quant aux bons effets de l'emploi combiné du Gærtner et du Potain, les rapporteurs regrettent de n'avoir pas eu connaissance des travaux de MM. Bard et Rilliet; car cette méthode ne leur a fourni à eux-mêmes que des résultats assez imprécis.

M. Cornil, sans vouloir prétendre à résumer la discussion, observe simplement qu'en ce qui concerne l'hérédité d'hypertension, on conçoit beaucoup mieux l'hérédité par les vaisseaux que par les humeurs, car l'hérédité vasculaire nous est bien connue.

(*A suivre.*) Pierre Roy.

UNE VISITE EXPRESS AUX HOPITAUX DE LONDRES

V

Les hôpitaux anglais au point de vue médical

Note de M. SOUPAULT

Médecin des hôpitaux.

Grâce à l'amabilité des médecins des hôpitaux anglais qui ont mis tant de complaisance et, je crois, un brin de coquetterie à nous montrer l'organisation de leurs services de clinique et de leurs services accessoires dont ils ont lieu d'être fiers, nous avons appris beaucoup. Nul doute que nous ne retenions aussi beaucoup, car nous avons été vivement frappés de l'administration générale des hôpitaux, de la propreté et du confortable exquis des services, de leur richesse en laboratoires et en appareils de toutes sortes, enfin et surtout de la perfection dans l'organisation du service du personnel subalterne représenté par des nurses instruites avec tant de soin, si propres et si coquettes, si dévouées aussi aux malades auprès desquels elles s'efforcent de remplacer la famille absente et de donner l'illusion d'un *home* confortable.

Il eut été égoïste et inopportun, à notre sens, de garder pour nous ces souvenirs utiles et agréables. En ce moment surtout, où le Conseil municipal de Paris a voté d'importants crédits pour la construction de nouveaux hôpitaux, nous croyons intéressant de communiquer nos impressions qui, jointes à celles de beaucoup d'autres confrères, pourraient inspirer, à notre administration de l'Assistance publique, l'idée de réformes pratiques. L'adoption de bien des méthodes en usage à Londres faciliterait la tâche des médecins de Paris dont la bonne volonté est actuellement trop souvent paralysée dans nos tristes hôpitaux. Elle assurerait certainement l'amélioration du sort des malades, en apportant à la fois un soulagement à leurs douleurs physiques, une atténuation à leurs souffrances morales.

I

Les hôpitaux de Londres ont leur autonomie; ils sont complètement indépendants les uns des autres sans être reliés entre eux par aucune chaîne administrative. Ils sont gérés chacun par un conseil d'administration comprenant le directeur, les médecins et chirurgiens de l'hôpital, un certain nombre d'autres personnalités souvent prises parmi les bienfaiteurs et appartenant à toutes les professions, avocats, industriels, commerçants capables de fournir un avis compétent sur toutes les questions morales ou matérielles qui peuvent intéresser l'établissement. Des réunions hebdomadaires ont lieu régulièrement. Le conseil tranche sans appel et sans que ni l'Etat, ni le Conseil de la Cité aient à intervenir dans les comptes ou dans les décisions. Le contrôle de l'administration est réduit à son minimum.

Les hôpitaux ont été fondés et sont entretenus par des dons privés. Ils ne reçoivent aucune subvention gouvernementale. Les dons faits par le Roi ou les personnages officiels le sont à titre particulier. Presque tous les gens aisés de Londres tiennent à honneur de donner des sommes importantes aux hôpitaux. Ces souscriptions sont parfois considérables. L'établissement le plus récemment construit, University College Hospital, est dû à la libéralité d'un fabricant de meubles, bien connu même en France, Maple, qui a fourni pour sa construction une somme de 500 000 L. st., c'est-à-dire 12 500 000 francs.

Chaque hôpital a des rentes et des revenus affectés à son entretien, mais ceux-ci, tous insuffisants, sont fort heureusement complétés par des dons volontaires. Ces dons sont faits spécialement à l'hôpital même et leur but est souvent précisé par le donateur. Assez fréquemment les sommes versées sont affectées à l'entretien d'un lit. Il faut alors fournir une somme de mille guinées (26000 fr. environ) et, en plus, assurer le revenu d'une rente de 3000 francs. Les souscriptions peuvent avoir, pour but spécial, de doter les laboratoires, d'acheter des appareils, etc., etc... Quoi qu'il en soit, les sommes abandonnées par les donateurs sont strictement employées selon leur volonté. C'est là, à notre avis, la cause principale du nombre et l'importance des souscriptions. Malgré le nombre des donations les hôpitaux sont souvent en déficit en raison des dépenses très élevées auxquelles ils doivent faire face. Les administrateurs ont alors recours aux quêtes faites dans les églises placées dans le voisinage de l'hôpital. Ils ne craignent pas non plus de faire appel à la charité dans les journaux politiques et de signaler leurs besoins par des articles-réclame. Ils s'appliquent à y faire connaître leur situation gênée, leurs dettes, leurs pro-

jets qu'ils ne peuvent réaliser si l'on ne vient à leur secours, leurs craintes d'être obligés de fermer certaines salles faute des fonds nécessaires. Enfin, il ne faut pas oublier qu'à la plupart des hôpitaux sont annexées des écoles de médecine et que les étudiants payent pour leurs études et l'obtention de leurs diplômes des droits assez élevés qui font partie du budget des recettes de l'hôpital.

II

Les hôpitaux de Londres se divisent en deux catégories : les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux. Les premiers seuls nous occuperont, car dans un si court espace de temps ce sont les seuls que nous ayons pu étudier avec quelque détail.

Les hôpitaux généraux sont au nombre de douze. Ce sont en même temps des écoles médicales dans lesquelles un étudiant peut recevoir une instruction complète sur tous sujets. C'est dire qu'ils sont pourvus de tous les accessoires utiles à l'étude diagnostique et au traitement des malades.

L'avantage de ces hôpitaux généraux, qu'on se place au point de vue scientifique ou au point de vue pratique, c'est qu'ils réunissent dans un même établissement les services concernant toutes les branches, toutes les spécialités de la médecine et de la chirurgie. Combien de fois dans nos hôpitaux parisiens n'avons-nous pas été embarrassés,au grand détriment des malades, du manque de services accessoires (laryngologie, ophtalmologie, dermatologie, electrothérapie) qui demandent une technique particulière. Dans beaucoup de nos hôpitaux des spécialistes indispensables, tels que les dentistes, viennent une fois par semaine, et les pauvres malades atteints de rage de dents sont obligés de souffrir et de se lamenter une semaine entière avant d'être soulagés. Nous ne parlerons que pour mémoire de la pénurie des services électrothérapiques et particulièrement de l'absence des installations radioscopiques et radiothérapiques si utiles au diagnostic et au traitement des malades et que l'administration, par une coupable négligence, s'obstine à refuser, depuis plus de deux ans, à nos hôpitaux, malgré les réclamations pressantes et réitérées des médecins.

Quels que soient les spécialistes auxquels il nous faille avoir recours, nous sommes actuellement obligés, dans un grand nombre d'hôpitaux, d'envoyer nos malades dans des établissements plus ou moins éloignés ou d'avoir recours à l'obligeance de confrères ayant des cliniques particulières pour diagnostiquer ou traiter des cas souvent urgents. C'est là un des vices de notre organisation auquel il importe de porter remède dans l'avenir.

Ces inconvénients n'existent pas à Londres où chaque hôpital général est pourvu des médecins spécialistes et des appareils utiles pour toutes les variétés de la pratique médicale.

Nous étudierons successivement l'organisation des consultations externes et l'organisation des services internes.

I. — Les consultations externes sont très remarquablement organisées. Leur fonctionnement est à peu près le même dans tous les hôpitaux à quelques détails près.

Le nombre des malades traités annuellement est considérable. A l'hôpital Saint-Thomas 9265 blessés et 21372 individus atteints d'affections internes ont été ainsi traités.

Les malades venant du dehors sont introduits dans un hall remarquablement vaste, souvent disposé en forme de rotonde et meublé de larges bancs. Les malades y sont confortablement installés en attendant leur tour. La salle est bien chauffée. Les visiteurs ont à leur disposition des journaux et des revues. Dans quelques hôpitaux il existe un buffet où l'on trouve à des prix minimes des boissons hygiéniques, thé ou café chaud, sirop, du pain, du beurre, etc., etc. Naturellement, toute boisson alcoolique est bannie de ces buffets hospitaliers.

Les malades qui viennent consulter de l'extérieur sont triés par un employé qui les répartit dans les différents services. Ceux-ci sont situés tout autour du hall central dans des locaux qui y ont directement accès. Tous les services spéciaux, aménagés avec le plus grand soin, pourvus de tous les appareils nécessaires,sont dirigés par un médecin chef qu'assistent plusieurs élèves. Il y a dans chaque local une salle centrale pour le médecin et deux ou trois chambres avec lit où les malades sont examinés isolément par les élèves avant d'être présentés au chef. Un *lavatory* et un laboratoire permettant les investigations cliniques sont annexés à chaque petit local.

Lorsque les malades ont été examinés et pourvus de leur ordonnance, ils passent,en évitant de retourner dans la salle d'attente,dans les chambres affectées, soit à la physicothérapie, soit à la pharmacie où l'on distribue *gratuitement* à tous les malades les médicaments prescrits.

Telle est, rapidement exposée, l'organisation de la consultation externe. Mentionnons spécialement le service de la chirurgie d'urgence. Les blessés y sont examinés, pansés, opérés; il y a une chambre spéciale affectée aux pansements, et une autre salle où l'on pratique les opérations de petite chirurgie sans que les malades aient besoin d'entrer à l'hôpital et dans les salles intérieures.

Nous le répétons, ces services de consultation externe nous ont paru très remarquablement organisés et pratiques à tous les points de vue. A notre avis, nous aurions le plus grand avantage à imiter dans nos hôpitaux futurs cette organisation.

II. — *Services internes.* — Les salles intérieures (désignées sous le nom de *Wards*, présentent toutes un aspect agréable, donnant l'impression du bien-être et du confortable. Les salles hautes et spacieuses, même dans les plus vieux hôpitaux, sont extrêmement propres. Les parquets reluisent comme dans l'appartement le mieux entretenu. Les murs sont peints de couleurs claires et garnis de gravures noires ou coloriées dans des cadres coquets. Celles-ci sont décrochées et époussetées deux fois par semaine, de sorte qu'on ne peut guère leur reprocher d'être des nids à microbes et à poussière. Dans certains hôpitaux, particulièrement dans les salles d'enfants, on voit, peints sur les murs ou sur les portes, des scènes souvent très amusantes. A Saint-Thomas, hôpital récemment restauré, ces peintures murales sont faites de carreaux de porcelaine juxtaposés, très faciles à laver et à nettoyer. Dans toutes les salles on voit des fleurs sur les tables, et des plantes vertes sur les appuis des fenêtres. Tout cela donne une impression de gaieté réconfortante. Dans beaucoup de salles on voit même des pianos où les nurses ou des jeunes filles du monde viennent souvent jouer et chanter.

Les lits sont espacés de 2 mètres les uns des autres, et toujours situés latéralement le long des murs. Nulle part on ne voit les hideux brancards qui encombrent nos salles. Pour chaque malade il y a environ 40 à 50 mètres cubes d'air. A Saint-Thomas, on calcule pour chaque lit 75 mètres cubes. Des ventilateurs existent, d'ailleurs, à toutes les fenêtres. Les lits, larges de 1 mètre 50, sont posés sur des roulettes qui permettent de les déplacer facilement. Ils sont très légers, et les ferrures sont réduites à leur minimum. Il n'y a de montants ni au pied, ni à la tête, ni sur les côtés latéraux du lit. Les tables de nuit sont très bien aménagées, elles servent à la fois de chaises et d'armoires. A la partie inférieure, une large place pour le vase. A la partie supérieure, un compartiment à deux planchettes formant armoire et fermé par des grillages métalliques à jour, faciles à inspecter et bien préférables à nos tables de nuit, réservoirs malpropres où il est facile aux malades de dissimuler des aliments et des médicaments défendus.

Au milieu de chaque salle existent plusieurs lavabos en porcelaine où on se lave avec eau chaude et eau froide.

Nous avons remarqué aussi, dans toutes les salles, des vitrines contenant les réactifs et les instruments usités couramment en clinique. Ces instruments sont confiés aux soins de la surveillante qui en est responsable. Il serait utile, chez nous, d'adopter cette pratique, qui permettrait aux chefs de service d'avoir à leur disposition des instruments propres et toujours prêts à fonctionner, alors que, dans la plupart des services, beaucoup d'appareils et d'instruments sont souvent si mal entretenus qu'ils sont inutilisables.

A chaque *ward* est annexé un office et une salle de bains.

III. — *Services accessoires.* — Les hôpi-

taux généraux de Londres sont très riches en laboratoires et en agents physiques. Il existe, dans chaque établissement, un laboratoire central où chaque médecin, chaque étudiant, peut venir travailler et faire les examens cliniques. Ce laboratoire est richement doté et fourni en abondance de tous les accessoires utiles.

A côté des laboratoires on peut voir qu'une large place est réservée à tout ce qui concerne la physicothérapie. Plusieurs appareils de Röntgen et de Finsen sont installés dans chaque hôpital, pourvu aussi en abondance d'appareils pour l'électrothérapie, les bains de lumière etc., etc.

Notons, en terminant, qu'aux salles d'autopsie sont annexés des appareils frigorifiques permettant de maintenir les corps plusieurs jours dans un bon état de conservation.

Enfin, dans chaque établissement se trouve un musée pathologique fort bien entretenu.

IV. — Nous terminerons ce rapide aperçu sur l'organisation des hôpitaux de Londres, par quelques mots sur le personnel des surveillantes et des infirmières.

Les renseignements qui vont suivre nous ont été obligeamment fournis par la directrice de l'Institut d'infirmières du Middlesex hospital.

Le personnel subalterne est divisé en deux catégories : les nurses, chargées uniquement de s'occuper des malades, et les filles de service, préposées à l'entretien des salles et qui jamais ne s'occupent des malades.

Ce personnel est très nombreux. Outre la surveillante, la *sister* en chef, il y a environ une nurse pour quatre à cinq malades. Comme celles-ci ne sont jamais occupées à de gros ouvrages, on voit tout le temps et tout le soin qu'elles peuvent accorder soit aux pansements, soit aux divers traitements médicaux.

Ces nurses forment un corps d'élite. Chacune d'elle n'est admise qu'après une enquête très soigneuse, permettant d'établir sa moralité. Après avoir été agréée elle reçoit, avant d'être admise auprès des malades, une instruction professionnelle solide. Toute nurse, avant d'être placée dans les salles, doit faire au moins un an d'études et passer un examen à la suite duquel il lui est délivré, s'il y a lieu, un certificat. Dans chaque salle il y a une surveillante (dite sister), absolument maîtresse dans son service, ou elle peut faire usage d'une large initiative. Ses pouvoirs sont très étendus; non seulement elle commande aux autres nurses, mais est chargée de la bonne tenue, de l'administration et des comptes du service. C'est à son heureuse influence qu'est due cette gaieté et ce confortable qui sont vraiment la caractéristique des « *wards* » des hôpitaux anglais.

Il va de soi que, pour s'assurer des services aussi éminents et aussi intelligents, il est nécessaire que les administrations hospitalières fournissent à ces infirmières dévouées des avantages marqués. Pourtant nous avons appris, à notre grand étonnement, que les appointements n'avaient rien d'exagéré. Une nurse diplômée reçoit pour la première année 12 l. st., c'est-à-dire 300 francs ; la deuxième année 15 l. st. et la troisième année 18 l. st., c'est-à-dire respectivement 360 francs et 450 francs. Les sisters, dont les fonctions répondent assez bien à celles de nos surveillantes, reçoivent 40 l. st. ou 1000 fr.

Mais si les appointements en argent sont relativement modestes, le bien être et le confortable qu'on accorde à l'infirmière sont, par contre, fort appréciables. Chaque nurse a sa chambre à part, spacieuse, aérée, bien éclairée, bien chauffée, coquettement meublée. Les réfectoires sont d'une propreté délicieuse ; la nourriture est des plus soignées et très abondante ; bien des petits commerçants de la ville ont certainement une cuisine moins délicate. Enfin, dans chaque hôpital, il y a une salle de réunion, très bien meublée de fauteuils capitonnés et de rocking-chair. C'est un véritable cercle, avec des journaux, une bibliothèque bien garnie, où, une ou deux fois le jour, les nurses viennent se reposer et prendre la tasse de thé traditionnelle, dont les anglaises de tous rangs et de toute classe ne sauraient se priver.

Après cette description il serait cruel de rappeler comment se fait le recrutement de notre personnel d'infirmières et quelle situation matérielle leur est assurée. Il semble, qu'une des conditions essentielles pour obtenir d'elles les mêmes services que des *nurses* serait d'améliorer leur sort. Nous croyons que le recrutement de nos surveillantes, souvent si intelligentes et toujours si dévouées, est grandement facilité par le bien-être dont elles jouissent et qui contraste si étrangement avec le dénuement des infirmières placées sous leurs ordres.

L'aperçu que nous venons de donner sur le fonctionnement des hôpitaux généraux de Londres est forcément incomplet. Nous n'avons pu, en si peu de temps, voir et nous informer suffisamment. Nous avons pensé, néanmoins, que, tels quels, ces quelques souvenirs pourraient présenter un certain intérêt pour les médecins français qui n'ont pas pris part à notre voyage en Angleterre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre

M. le Président, après avoir donné lecture du discours qu'il a prononcé aux funérailles du regretté professeur Tillaux, président de l'Académie, lève la séance en signe de deuil.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Moulin, au 128e d'inf.
M. Ballon, au 82e d'inf.
M. Ecochard, au 4e d'inf.
M. Lévy, au 89e d'inf.
M. Guérin, au 36e d'art.
M. Lantieri, au 1er génie.
M. Rigourd, à l'hôp. mil. de Saint-Martin, Paris.
M. Ebstein, au 31e d'inf.

Les méd. aides maj. de 2e cl. :

M. Périé, au 108e d'inf.
M. Beyne, au 8e cuirassiers.
M. Bergé, aux hôp. mil. de la div. d'Alger.
M. Ragot, au 23e d'inf.
M. Jouffreau, au 160e d'inf.

CONCOURS POUR UN EMPLOI DE RÉPÉTITEUR A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1905 à l'école d'application du service de santé militaire pour l'emploi de répétiteur de médecine et d'accouchements à l'école du service de santé militaire.

En exécution de l'article 32 du décret du 25 décembre 1888, les médecins-majors de 2e classe sont seuls admis à prendre part auxdits concours.

Les médecins-majors qui désireront prendre part à ce concours adresseront au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau), avant le 1er décembre prochain (terme de rigueur), une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs divers chefs et transmise par la voie hiérarchique.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Sisco est dés. pour emb. sur la dét. mobile de Rochefort, en rempl. de M. Duguet.

M. le méd. de 2e cl. Regnault est dés. pour emb. immédiatement sur le *Brennus* (esc. de rés.), en rempl. de M. Chauvin.

M. le méd. de 1re Duguet a été nommé, pour cinq ans, à l'emploi de prof. d'histologie et de physiologie à l'école de médecine navale de Rochefort.

Paris.— Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Fête de la Toussaint

A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 octobre seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VII[e] SESSION)

Tenu à Paris du 24 au 28 octobre 1904

Présidence de M. CORNIL.

DEUXIÈME QUESTION

Les injections mercurielles

M. Lannois (de Lyon), *rapporteur*.

Séduisante *à priori* par la logique et la correction de son procédé, la méthode des injections mercurielles était bien faite pour tenter les cliniciens; pourtant, elle se heurta de prime abord à des difficultés pratiques qui entravèrent longtemps son extension et sa généralisation.

Introduites depuis près d'un demi-siècle dans la thérapeutique, les injections mercurielles ne se sont vraiment imposées que depuis moins de dix ans. Toutes les modifications qui marquent les vingt premières années de son histoire restent impuissantes à civiliser suffisamment l'injection, et le grand public médical ne se familiarise pas avec elle. Dans une seconde période, l'effort fait pour imposer la méthode est considérable : formules et sels se multiplient, la technique se perfectionne et le mouvement commence à se dessiner en sa faveur. Pourtant elle reste encore pour beaucoup une « méthode d'exception ». Depuis quelques années nous assistons à ce que l'on pourrait appeler le triomphe de la méthode. A l'indifférence de la première période, à la sage réserve de la seconde a fini par succéder, de la part des praticiens, une sorte d'enthousiasme et d'engoûment qui caractérise vraiment cette troisième période de son histoire, la période actuelle.

Ce grand courant, renforcé peut-être d'un peu de crédulité médicale en matière de thérapeutique, a pourtant sa source naturelle dans deux raisons très légitimes : d'une part, les remarquables perfectionnements qui ont fait d'un procédé jadis brutal et presque barbare une méthode souple et presque inoffensive; d'autre part, l'extension considérable des indications du traitement mercuriel dans le domaine de la médecine générale ou des spécialités.

Depuis deux ans, la critique est sortie de sa réserve et a formulé quelques protestations, non pas contre la méthode elle-même et ses applications, mais contre les exagérations évidentes dans lesquelles sont tombés quelques enthousiastes. Le moment est venu de mesurer et de juger les prétentions de la nouvelle méthode, d'établir, les faits en mains, les limites auxquelles elle doit s'arrêter, et cela : *a*) par un examen attentif de ses formules et de ses procédés; *b*) par une étude comparative de ses avantages et de ses inconvénients par rapport aux méthodes similaires; *c*) par l'interprétation exacte des résultats cliniques.

A. — ÉTAT ACTUEL DE LA MÉTHODE. — I. Dans quelques cas on cherche à utiliser l'action purement locale du composé mercuriel, en le portant directement vers le point malade; c'est la *méthode des injections locales à doses minimes* du prof. Bouchard, dont la plus belle application est réalisée par l'*injection sous-conjonctivale* des oculistes et dont un essai rationnel est fait en neuropathologie sous forme d'*injection sous-arachnoïdienne*.

Mais c'est surtout comme *traitement général* qu'on les emploie; elles permettent l'introduction directe, dans les tissus et dans la circulation, de notables quantités de mercure à l'état métallique ou à l'état de sel.

a) Par la *méthode des injections quotidiennes* (*solubles*), on introduit chaque jour une quantité égale ou progressivement croissante de mercure destinée à assurer les besoins quotidiens de l'organisme syphilitique.

b) Par la *méthode des injections rares* (*insolubles* ordinairement), on dépose par intervalles espacés une provision de mercure qu'on laisse à l'organisme le soin d'utiliser.

Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients, chacune a ses indications propres. Elles ne sauraient s'opposer : elles se complètent.

Des différents modes d'emploi préconisés, c'est l'*injection intra-musculaire* qui est le plus à recommander pour quelque préparation que ce soit. Elle se fera toujours avec une asepsie soigneuse, très profondément, dans une zone très charnue, la fesse, surtout dans sa région supéro externe.

L'*injection sous cutanée* expose à plus d'accidents locaux et douloureux, et l'*injection intra-veineuse* plus délicate n'a pas encore donné de résultats supérieurs.

II. Une préparation mercurielle étant déposée dans les tissus ou le sang, il serait intéressant de connaître, dans tous ses détails, la série des processus chimiques et biologiques, locaux ou généraux, qui se produisent, données indispensables pour l'appréciation et la comparaison des préparations entre elles ou par rapport aux autres méthodes. Malheureusement, nous ignorons encore beaucoup de ses actions intimes. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans toute injection mercurielle, il faut considérer comme effets produits :

1° Une *action locale* produite par l'action irritative propre que possède toute préparation mercurielle à l'égard des tissus, se traduisant par des phénomènes douloureux et inflammatoires, de durée et de gravité très variables, suivant les préparations. Cette action locale intervient dans l'absorption et peut être la transformation chimique du sel avant son versement dans la circulation générale.

2° Une *action générale spécifique*, précisément recherchée contre la syphilis. C'est bien au mercure qu'est due cette action, et il est bien évident que l'action spécifique d'un sel dépendra surtout de sa teneur en mercure. Mais la valeur d'un sel ne saurait dépendre de ce seul facteur, car l'action spécifique semble bien due, en dernière analyse (Merget, Pouchet), à l'action du mercure circulant dans le sang sous la forme métallique. Il faudra donc aussi tenir compte de l'état de combinaison du mercure, de la facilité avec laquelle il est mis en liberté, circule et est retenu dans le sang.

3° Une *action toxique*, rarement due aux effets du mercure métal (accidents nerveux), due le plus souvent à la formation en excès de chlorure mercurique (accidents gastro intestinaux, stomatite), à laquelle s'ajoute souvent l'influence d'un radical nocif entrant dans la composition de la molécule mercurielle injectée (cyanure), et quelquefois l'influence d'un anesthésique local (cocaïne).

La meilleure injection sera donc celle qui fournira :

Une action spécifique maxima;

Une action locale minima;

Une action toxique minima.

En pratique, une préparation mercurielle, destinée à l'injection intra-musculaire, devra remplir les desiderata suivants :

a) Avoir le minimum d'action irritative sur les tissus; n'être pas ou n'être que peu douloureuse; ne pas donner de noyaux inflammatoires.

b) Etre riche en mercure.

c) Etre facilement décomposable ou absorbable.

d) N'être pas toxique.

e) Ne pas avoir un radical toxique.

f) Etre dépouillée de toute adjonction d'anesthésique et d'une formule aussi simple que possible.

On est mal documenté encore sur l'absorption et l'élimination des préparations mercurielles injectées.

L'absorption locale est souvent très rapide et a pu être suivie par l'examen des urines et récemment par la radioscopie (pour les injections insolubles).

La rapidité d'apparition dans les urines et la durée de l'élimination semblent mal connues.

Les leucocytes jouent un grand rôle dans l'absorption locale du mercure (Collet).

L'iodure, les sulfures favorisent l'élimination du mercure.

III. Parmi les préparations solubles, c'est au biiodure en solution aqueuse et au benzoate que vont nos préférences.

Le *biiodure en solution aqueuse* employé en solution isotonique (Lafay) est très bien supporté et donne rarement des accidents; il se prête bien aux fortes doses.

Le *biiodure huileux* est plus délicat comme emploi et plus douloureux.

Le *benzoate de mercure* nous a toujours donné de bons résultats et ne nous a pas paru plus douloureux que le biiodure aqueux.

L'*hermophényl*, le *lactate*, le *salicylate neutre de mercure* peuvent aussi être employés. Le *cyanure* et l'*oxycyanure* sont dangereux.

Le *salicylarsinate* est un nouveau venu qui mérite d'être expérimenté.

Pour les préparations insolubles, c'est au *calomel* et à l'*huile grise* qu'il faut avoir recours, avec toutes les précautions que comporte l'emploi de ces composés.

B. — Valeur de la méthode. — 1. Les injections constituent une méthode de mercurialisation douée de certains *avantages*. Un seul est bien établi avec les corollaires qu'il comporte : c'est un procédé de mercurialisation très puissant, d'un emploi assez souple et assez facile à régler. Les injections doivent à cette puissance d'action de s'être montrées, dans certains cas, seules efficaces ; mais, dans bien des cas, par contre, cette puissance d'action est superflue.

Les autres avantages dont on s'est plu à parer la nouvelle méthode ne nous semblent pas suffisamment prouvés, ou bien sont compensés par des inconvénients pires, parfois, que le mal à éviter.

Du reste, cette méthode présente, à l'heure actuelle, un certain nombre d'*inconvénients* avec lesquels on est obligé de compter dans la pratique courante : méthode parfois douloureuse, exigeant une parfaite sûreté technique et chimique de la part du médecin, comportant pour les malades des inconvénients sociaux, négligeables peut être à l'hôpital ou dans une certaine clientèle, mais d'importance capitale pour beaucoup d'entre eux. Les injections insolubles exposent particulièrement à ces inconvénients.

De ce fait, l'emploi des injections mercurielles ne saurait être systématique et remplacer toujours les frictions et la méthode par ingestion.

II. — Les *indications générales des injections mercurielles* reposent toutes sur cette considération que l'injection permet de porter l'action thérapeutique spécifique plus loin, plus profondément et plus sûrement que les autres méthodes.

Tous les cas qui dépassent le cercle d'action des pilules et des frictions lui seront donc *obligotoirement* soumis. Ceux qui restent dans les limites d'action du mercure, sous quelque forme qu'il soit administré, lui seront soumis *de préférence* lorsqu'une indication particulière se posera.

Indications de nécessité. — 1° Chaque fois qu'un accident grave nécessite le « traitement d'assaut » de Charcot, qu'il s'agisse d'un accident nerveux mettant les jours du malade en danger (coma, ictus), d'une lésion menaçant une fonction ou un organe important (larynx, œil, oreille) ou se présentant avec un phagédénisme grave; 2° contre des accidents ayant résisté à tous les autres modes de traitement; 3° dans certains cas où l'on a besoin d'un diagnostic rapide, en vue d'une intervention, par exemple.

Indications de préférence. — *a*) Si la nécessité s'impose d'un *traitement mercuriel intensif* (en dehors des cas d'extrême urgence), le traitement par les injections est parfaitement indiqué et préférable, à moins d'impossibilité absolue, aux frictions.

b) Dans d'autres cas, et ce sont les plus nombreux, au cours de la syphilis, on n'a besoin que d'un *traitement mercuriel ordinaire*, non intensif. Il nous semble alors que la balance devrait plutôt pencher en sens contraire des injections et que ces dernières ne devraient être employées que sur des indications bien spéciales : l'impossibilité absolue de pratiquer un autre mode de traitement; l'intolérance manifeste du tube digestif pour les pilules ou de la peau pour les frictions; la nécessité de réserver l'estomac pour une médication auxiliaire; certaines convenances sociales du malade; la nécessité de se mettre à l'abri de la supercherie dans la clientèle spéciale hospitalière; l'interruption ou le renforcement momentané des autres méthodes

Dans le choix d'un sel, d'une formule, il faudra, comme dans le choix d'une méthode, se montrer opportuniste et clinicien, c'est-à-dire s'inspirer des circonstances et ne pas aborder la pratique avec des formules et des dogmes intransigeants.

C. — La méthode des injections mercurielles et la clinique. — Nous laissons à notre co rapporteur le soin de juger la méthode dans le traitement de la syphilis proprement dite, considérée comme maladie spéciale, à ses diverses périodes.

Les *manifestations médicales* proprement dites de la vérole sont nombreuses, les unes précoces, les autres tardives et lointaines, classées sous le nom d'affections parasyphilitiques, appellation utile à garder comme étiquette clinique, car elle permet de séparer deux groupes de faits bien différents dans leurs caractères évolutifs et se comportent de façon très différente devant le traitement spécifique.

Les injections mercurielles constituent la méthode de choix dans le traitement des manifestations médicales de la syphilis et elles ont à leur actif de beaux résultats. Mais il faut bien savoir qu'elles ne guérissent que les lésions histologiquement modifiables et accessibles au mercure. Or, plus l'inflammation syphilitique est ancienne, plus elle est d'*emblée scléreuse*. Du reste, même dans les lésions dites tertiaires et gommeuses, il faut bien savoir, comme l'a montré R. Tr per pour les gommes du foie, que l'aspect gommeux n'est pas dû seulement aux néoproductions embryonnaires, mais aussi à la nécrose très précoce des éléments propres du parenchyme envahi et que la guérison ne se fait que par substitution au tissu propre d'une sclérose. Donc, atteinte et perte très précoce de l'élément propre du tissu touché d'une part, guérison par substitution d'une cicatrice d'autre part, dominent la guérison de la syphilis médicale. S'il s'agit d'un organe comme le foie, la perte de quelques lobules hépatiques ne se fait pas sentir sur la fonction générale de l'organe, à moins qu'elle ne soit par trop multipliée.

Mais on conçoit aisément qu'en un centre nerveux où tout est admirablement divisé pour la systématisation, l'atteinte de la syphilis se traduise par la perte irrémédiable d'une fonction, malgré l'arrêt cicatriciel du processus.

C'est pourquoi, dans des accidents de syphilis nerveuse précoce, dans des cas de méningite basilaire syphilitique, on voit parfaitement rétrocéder des symptômes diffus de coma, de céphalée, d'asthénie, mais persister une séquelle paralytique du côté du nerf cranien, par exemple.

Les destructions et les dégénérescences initiales ou très précoces, les lésions scléreuses consécutives que l'on observe dans le tabes et la paralysie générale échapperont toujours au traitement mercuriel, même intensif. Il n'est pas suffisant de dire, avec Leredde, que le tabes et la paralysie générale doivent guérir parce qu'ils sont syphilitiques; il faut savoir qu'il y a des manifestations syphilitiques qui, de par leur nature histologique, sont inaccessibles au traitement.

Néanmoins, le traitement par injections doit être pratiqué de temps en temps au cours d'un tabes ou d'une paralysie générale, pour parer aux poussées inflammatoires qui, souvent, traversent leur évolution.

En dehors de la syphilis nerveuse, les injections mercurielles trouvent leur indication dans beaucoup de cas de la pratique courante: en chirurgie, où elles tranchent souvent un diagnostic de tumeur ; — chez les femmes enceintes, qui ont besoin de ménager leur tube digestif ; — dans la syphilis infantile où, pourtant, les frictions ont une valeur égale et ont souvent moins d'inconvénients; — en pathologie interne, dans certaines manifestations aortiques ou angineuses, dans certaines ascites avec foie bosselé, contre certains ictères ou certaines albuminuries, etc. ; — dans les spécialités (syphilis oculaire, nasale, laryngée, auriculaire).

Les injections ont alors l'avantage de constituer un traitement énergique, rapide, souvent efficace, parfois inutile, mais laissant alors au médecin la satisfaction d'avoir été jusqu'aux extrêmes limites de ce que peut atteindre la thérapeutique.

Toutefois, il faut se méfier des abus, surtout en neuropathologie, le mercure pouvant avoir des effets nocifs sur le système nerveux.

En résumé, l'on peut donc dire des injections mercurielles qu'*elles ont reculé les limites de l'action spécifique du mercure sur la syphilis*, mais qu'il y a une barrière au delà de laquelle elles ne peuvent aller, de même qu'il y a une zone en deçà de laquelle elles sont souvent inutiles.

comme puissance, et restent inférieures, comme emploi pratique, aux autres méthodes.

M. Balzer (Paris), *co-rapporteur.*

Les injections mercurielles ont eu raison des défiances qui ont retardé leur triomphe ; il n'y a plus de contradictions sur le principe de cette méthode, reconnue supérieure par le plus grand nombre et comme utile pour tous. La méthode a eu pour avantage de provoquer des recherches multipliées qui ont apporté de réels progrès dans la connaissance du mercure et de son action thérapeutique sur la syphilis.

Le traitement général de la syphilis par le mercure consiste à obtenir l'imprégnation de l'organisme par le métal (*mercurisation*) pendant un temps déterminé (*cures mercurielles*). Il a été admis souvent que le mercure agit directement sur l'agent pathogène de la syphilis, contre lequel il exercerait une action véritablement spécifique, en le détruisant ou en le mettant hors d'état de se développer. Toutefois, il serait possible que le mercure exerçât seulement une action spécifique indirecte, en provoquant la production plus ou moins grande d'alexines, c'est-à-dire de substances fournissant à l'organisme des moyens de défense grâce auxquels il pourra neutraliser l'agent pathogène, l'atténuer et même le détruire.

L'organisme joue certainement un rôle important dans la guérison et fournit peut-être une antitoxine spéciale. Cette action curatrice est démontrée par les syphilis abortives, par celles qui guérissent spontanément sans l'intervention des spécifiques. Mais, si important que soit le rôle de la *natura medicatrix*, il est probable que le mercure n'agit pas seulement sur l'organisme, car fréquemment ses effets sur la syphilis sont si évidents et si prompts qu'on ne peut s'empêcher de croire à une action spécifique directe.

De ces quelques lignes peuvent se déduire les doctrines principales qui ont régné sur la syphiligraphie, savoir : 1° l'*antimercurialisme* basé sur la croyance au rôle curateur de l'organisme et rejetant même le mercure comme nuisible; 2° le *mercurialisme opportuniste* dont les partisans ne veulent traiter la syphilis par le mercure qu'au moment de ses manifestations; 3° le *mercurialisme préventif* dont les partisans, plus convaincus de la spécificité du mercure, prescrivent le mercure, non seulement contre les processus syphilitiques, mais encore visent l'annihilation de l'agent pathogène au moyen de cures mercurielles poursuivies même pendant l'état latent de la maladie.

Il serait très important de bien connaître les diverses transformations que doit subir une préparation mercurielle pendant son passage dans l'organisme. En ce qui concerne l'*absorption* du mercure, les uns pensent qu'ils se forment toujours des sels solubles qui peuvent seuls être absorbés et circuler dans l'organisme (chloralbuminates ou oxychloralbuminates de mercure) ; pour les autres, le mercure existe dans le sang à l'état de nature, à l'état de mercure réduit, constitué par des particules extrêmement fines qui se volatilisent à la température relativement élevée du corps humain; de même le mercure n'existerait pas dans l'urine à l'état de dissolution, mais à l'état de nature.

En outre, les leucocytes ont, dans la syphilis, un rôle éminemment bienfaisant, non seulement parce qu'ils absorbent les microbes et les toxines, mais encore parce qu'ils portent le mercure et aussi l'iode vers les points malades. Il faut se garder de troubler leur fonctionnement par l'emploi de doses trop élevées de mercure; la diminution trop rapide des leucocytes au cours d'un traitement est un indice qu'il ne faut pas négliger.

Quoi qu'il en soit des différentes théories émises, le mercure agit, suivant toute vraisemblance, en imprégnant les éléments cellulaires. Toutefois, lorsque le mercure circule à l'état de solution, et surtout à l'état de solution telle qu'elle a été injectée dans les tissus, le mercure a moins d'action, parce qu'il tend à s'éliminer plus promptement. Son maximum d'action est, sans doute, obtenu sous la forme qu'il tend à constituer dans ses combinaisons avec les éléments figurés du sang et des tissus.

En conclusion des idées de Merget, aucune préparation injectable ne peut donc mieux convenir que le mercure lui-même: l'*huile grise* réalise jusqu'à présent la préparation qui se rapproche le plus de l'idéal et il est certain que de toutes les préparations injectées à doses massives, c'est elle qui est absorbée en causant les réactions les moins pénibles au malade.

L'action du mercure sur le sang se traduit par l'augmentation des hématies et de la quantité d'hémoglobine, abaissés par la syphilis ; les leucocytes diminuent, en particulier les lymphocytes, dont le nombre avait été augmenté par la syphilis. La limitation de l'utilisation du mercure par l'organisme est tracée par les capacités d'absorption et d'assimilation du mercure, qui appartiennent surtout aux éléments figurés du sang et des tissus.

Pour juger de l'action du mercure, il serait très utile de suivre son *élimination* par les diverses voies, et surtout par l'urine : avec les injections de calomel, le mercure apparaît dans l'urine au bout de quelques heures et atteint son maximum d'élimination du 3e au 5e jour. Avec les frictions et avec l'ingestion, l'apparition du mercure dans l'urine est plus tardive et l'élimination plus lente (maximum au 15e ou 25e jour). Au point de vue de la rapidité d'action, la supériorité des injections est donc indéniable, quelle que soit l'énergie avec laquelle soit conduite la médication, par les frictions ou par l'ingestion.

L'intégrité du fonctionnement des principaux viscères, du foie, et surtout des reins, est toujours une condition indispensable d'un traitement mercuriel énergique, en particulier chez les femmes enceintes, syphilitiques et albuminuriques.

En résumé, on peut donc retenir pour la pratique générale que : 1° l'absorption du mercure injecté est rapide, ainsi que le démontre sa prompte apparition dans l'urine; 2° l'élimination quotidienne est lente et limitée; 3° une partie du mercure absorbé s'accumule dans l'organisme qui, dans les conditions normales, peut en supporter une assez forte dose. Si de nouveaux apports de mercure dépassent trop cette tolérance, ou si, pour diverses raisons elle vient à être rompue, l'intoxication deviendra imminente, par suite de l'insuffisance des voies d'élimination.

Les injections des préparations mercurielles solubles peuvent se faire dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais le plus souvent on est obligé de les faire dans le muscle qui les supporte mieux. Elles se font à l'aide de préparations mercurielles dissoutes dans l'eau ou dans l'huile. Les injections de préparations mercurielles insolubles sont faites à l'aide de composés mercuriels incorporés dans divers liquides capables de les tenir en suspension.

La seringue de Lüer, entièrement en verre, armée d'une aiguille assez longue (4 à 5 centimètres en moyenne), est facile à aseptiser. Les solutions employées doivent être très exactement stérilisées et limpides. Les injections doivent être faites *dans le muscle*, soit au niveau des gouttières rachidiennes (Lang), soit à la région fessière, en évitant la zone dangereuse du sciatique. Il est prudent de faire coucher les malades. Après l'injection, il ne faut pas faire de massage de la région, mais appliquer simplement une rondelle d'emplâtre de Vigo sur le point piqué.

I. — Les préparations mercurielles *solubles* employées en injections sont très nombreuses. Chaque auteur préconise l'injection dont il a l'habitude de se servir. Il est donc seulement essentiel d'avoir des solutions bien faites, et de bien connaître la préparation que l'on choisit dans son maniement et son dosage. La solution idéale, qui est encore à trouver, devrait causer assez peu de douleur et assez peu de réaction inflammatoire pour pouvoir être remise entre les mains du malade qui ferait lui-même les injections *sous la peau*. Dans les conditions du traitement actuel, avec la nécessité de faire les injections *dans le muscle*, avec les variations dans le dosage, avec les précautions rigoureuses nécessaires, la pratique des injections reste forcément dans la main du médecin.

Le *sublimé*, le *formamide* Hg, le *succinimide* Hg, le *cyanure de mercure*, le *biiodure*, le *benzoate*, enfin l'*hermophényl* ont surtout donné de bons résultats et méritent d'être retenus. Ce qui est essentiel, c'est d'avoir l'habitude de manier la préparation que l'on a choisie de manière à ne pas craindre d'élever le dosage au

point voulu pour obtenir l'effet thérapeutique sans s'exposer trop aux effets locaux ou généraux d'intolérance.

Les inconvénients *locaux* des sels solubles sont les douleurs (que la répétition quotidienne des injections rend encore plus pénibles), les nodules inflammatoires (chaque fois que l'injection est faite toute ou en partie dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané), les abcès et même les gangrènes de la fesse.

Les inconvénients *généraux* peuvent se manifester soit par des accidents ayant leur localisation principale sur les organes d'élimination du mercure (gingivite, néphrite, érythrodermies, diarrhée), soit par des troubles de la nutrition générale (perte de poids, anémie, diminution de l'hémoglobine et des leucocytes, etc.).

Les avantages sont la précision du dosage, la rapidité et l'énergie de l'action thérapeutique, l'absence d'accidents toxiques graves, lorsqu'on s'en tient aux doses moyennes.

D'une manière générale, la *cure moyenne* peut être fixée environ à *un centigramme de mercure par jour pour l'adulte*, quel que soit le sel employé; avec les sels riches en mercure (*sublimé*, *cyanure*) on emploiera la dose de 1 centigr.; avec les sels faibles (*biiodure*, *benzoate*), il faut injecter 1 centigr. 1/2 ou 2 centigr.

La durée de la cure est de vingt à trente jours, suivant les cas.

Elle convient aux individus affectés de troubles de la digestion, soit gastriques, soit intestinaux, et dans les cas où le rein est altéré de diverses manières. Avec cette méthode la cure mercurielle se fait d'une manière modérée, qui convient à tous les cas de syphilis avec manifestations d'intensité ou de gravité moyennes.

Il est donc toujours bon de commencer un traitement par les doses moyennes : 1° parce que beaucoup de malades guérissent avec une très grande facilité, ainsi qu'en témoigne la longue pratique des premiers observateurs qui se sont toujours contentés de ces doses; 2° parce qu'il est prudent de les employer d'abord, lorsque la tolérance du malade pour le mercure n'est pas encore connue.

La *cure forte* comporte une injection quotidienne de 2 centigrammes de sublimé ou de cyanure, 3 et 4 centigrammes de biiodure ou de benzoate, pendant trois semaines : la dose de 2 centigr. de *mercure* injectée quotidiennement ne doit être que très rarement dépassée. On ne doit faire cette cure qu'avec les injections de sels solubles.

La *cure intensive*, exclusivement par les préparations solubles, a pour dosage maximum, 3 centigrammes de mercure par jour. Cette cure doit être réservée pour un emploi exceptionnel, dans les cas très graves, ou encore dans quelques cas rebelles, quand on sait être en présence d'un malade qui tolère bien le mercure, et quand on veut, avec son assentiment et celui de son entourage, faire un traitement d'assaut.

La *cure forte avec injections rares et massives*, suivant la méthode de Lukaziewicz ou de Chéron, comporte un dosage total de 30 à 40 centigrammes de mercure injectés à la dose moyenne de 5 centigrammes en quatre ou six semaines. Cette cure ne paraît pas dangereuse, mais la cure faite de la même manière avec les préparations insolubles lui est préférable.

Toute méthode intensive est basée sur ce principe que le mercure injecté à l'état soluble est assez rapidement mis en circulation et éliminé pour que l'action soit prompte et que l'intoxication ne soit pas à craindre. Or, l'injection d'une quantité forte ou faible d'une solution mercurielle se décompose de la manière suivante : 1° une dose de mercure est *absorbée d'emblée*, les transformations devant s'accomplir ultérieurement dans le sang ou dans les tissus; 2° une *dose résiduelle* reste dans le foyer, combinée avec le sérum sous forme d'albuminate, et ne sera absorbée que plus tard et progressivement; 3° une dose est *fixée dans l'organisme*, dans certains viscères, gros intestin, foie et reins, glandes, etc.; 4° une dose est *éliminée chaque jour* qui ne varie guère, dans les urines, quelle que soit la dose injectée dans les tissus ou même quel que soit le procédé de mercurisation employé.

L'accumulation du mercure fixé dans l'organisme doit donc augmenter graduellement, et cela proportionnellement aux doses injectées. Il serait donc logique de n'injecter quotidiennement qu'une quantité de mercure se rapprochant de celle dont le sang peut se charger et de celle dont l'élimination peut se faire dans les vingt-quatre heures; c'est ce qu'on pourrait appeler la *dose physiologique*. Mais, bien souvent, l'on est amené à dépasser cette dose, pour obtenir plus sûrement et plus rapidement des résultats thérapeutiques. Toutefois, il faut quelquefois savoir attendre et ne pas forcer un dosage que l'organisme ne saurait utiliser : certaines lésions, en effet, ne doivent céder qu'à la continuité du traitement, et le temps est un facteur important de leur guérison. Enfin, bien souvent on verra un traitement mercuriel réussir avec des doses moindres, si l'on prend la précaution de placer le malade dans de bonnes conditions hygiéniques, et si l'on associe au mercure une médication tonique, l'hydrothérapie, le séjour à la campagne ou dans une station thermale.

Les injections *intra-veineuses* de sublimé, de cyanure, de benzoate de mercure, d'hermophényl, sont parfois difficiles à pratiquer, lorsque la veine est trop petite ou cachée dans le tissu cellulo-adipeux; elles peuvent donner lieu à des accidents diarrhéiques ou dysentériformes.

Il est manifeste que cette méthode l'emporte sur les autres pour la rapidité d'action. Elle peut atteindre d'emblée le but que se propose toute médication mercurielle : faire arriver dans le sang directement la quantité de mercure qu'il peut tolérer chaque jour et qui est jugée suffisante pour combattre les manifestations de la syphilis. Cette quantité nous est montrée, pour beaucoup de sujets, comme inférieure à 1 centigr. de cyanure ou de sublimé, et susceptible de ne s'élever qu'avec difficulté à 1 centigr. 1/2 ou au plus à 2 centigr.. A 1 centigr. et quelquefois au-dessous de cette dose, l'intolérance peut se manifester promptement, cinq ou six heures après l'injection, par de la diarrhée, démontrant ainsi que le sel injecté ne fait que traverser le torrent circulatoire pendant un temps assez court pour aller se fixer dans divers organes.

La méthode des injections intra-veineuses, très perfectionnée aujourd'hui, peut être employée par le médecin soigneux et bien au courant de la technique.

Cette méthode peut rendre des services incontestables dans les syphilis infectieuses où il est indiqué d'agir directement sur le sang, dans la céphalée secondaire, dans la syphilis des vaisseaux, dans la syphilis cérébrale et oculaire. Elle peut même être employée contre tous les accidents localisés de la syphilis secondaire ou tertiaire, surtout quand les autres méthodes paraissent insuffisantes.

Pour le traitement général et pour celui de la plupart des manifestations de la syphilis, elle ne peut pas être substituée aux autres méthodes de traitement. Si elle l'emporte sur elles par la rapidité d'action, cette supériorité ne lui appartient que pour peu de temps. Elle procure une mercurisation rapide, mais qui ne peut atteindre ni l'intensité, ni la continuité qu'on peut obtenir avec les autres méthodes d'un emploi, d'ailleurs, plus pratique.

La mercurisation *localisée* a été pratiquée à l'aide des injections sous-conjonctivales (Abadie), intra-arachnoïdiennes (Sicard), intra-trachéales (P. Carnot).

II. — Comme préparations mercurielles *insolubles*, on emploie surtout le calomel et l'huile grise.

La cure moyenne est de 30 à 40 centigrammes de mercure, répartis en 4, 5 ou injections hebdomadaires de 7 centigr. Cette cure est suffisante largement dans le plus grand nombre des cas.

Les injections plus rares, non en série, peuvent servir utilement à renforcer un traitement fait par l'ingestion, ou bien peuvent être alternées avec elle.

Dans les cures fortes, on peut injecter 10 centigr. de calomel, d'oxyde jaune ou de mercure, par semaine, pendant deux ou trois semaines; à partir de ce moment, même dose par quinzaine. Dosage total : 50 à 60 centigr. de mercure.

Ces injections massives aux doses de 10 centigr. de mercure par semaine constituent un traitement intensif, et il ne faut pas élever cette dose. Si l'on veut augmenter l'activité de la cure, pour un traitement d'assaut, il vaut mieux recourir aux injections de préparations solubles.

Les injections de préparations insolu-

bles seront toujours intra-musculaires: la région de la fesse s'impose à peu près exclusivement.

La méthode repose sur le principe suivant : injection d'une quantité de mercure assez forte qui sera lentement transformée et absorbée, d'où une action à la fois énergique et prolongée, sans grand danger d'intoxication; de plus, nombre d'injections très restreint pour chaque cure.

Les inconvénients des injections massives de préparations insolubles sont d'abord des accidents locaux : douleurs, lésions des nerfs, abcès aseptiques et phlegmoneux, embolies pulmonaires. Les accidents généraux sont à peu près les mêmes qu'avec les sels solubles : fièvre, anémie, perte de poids, stomatites, diarrhée, etc. Les cas mortels qui ont été signalés s'expliquent, pour la plupart, soit par des dosages trop exagérés, soit par la débilité des sujets ou l'idiosyncrasie. Il est, en tout cas, prudent de n'employer que des dosages moyens, aussi bien pour les injections de sels solubles que pour les injections de préparations insolubles.

Une bonne précaution, pendant les cures fortes, consiste à peser le malade au début de la cure, et de temps en temps pendant la cure. Tant que le poids augmente ou reste stationnaire, on peut continuer le traitement; il faut le cesser ou au moins l'atténuer si le poids du malade diminue.

Les indications des cures intensives poussées jusqu'aux confins de l'intoxication ne se trouvent guère que dans la syphilis cérébrale récente, dans quelques cas de syphilis oculaire très grave et dans les accidents tertiaires qui menacent de destruction certains organes, par exemple, la syphilis tertiaire du nez, du palais, du pharynx, du larynx, cas dans lesquels il est nécessaire de frapper vite et fort. Et encore y aura-t-il presque toujours lieu de discuter comment doit être conduite la cure intensive, si la mercurisation doit être conduite exclusivement avec des injections, ou bien si l'on peut recourir au traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium.

Dans tous les cas où la vie n'est pas menacée, où des organes essentiels ne sont pas gravement compromis par l'invasion d'un processus syphilitique destructeur, il vaut mieux se contenter de doses fortes, énergiques, intensives, si l'on veut, mais que l'on ne juge pas capables de causer une intoxication trop dangereuse. La syphilis viscérale, d'une manière générale, syphilis linguale, syphilis testiculaire, les syphilides ulcéreuses de la peau, les syphilides rebelles (palmaire et plantaire), et même la syphilis du système nerveux, lorsqu'elle est déjà ancienne ou bien due à des processus de sclérose tels que celui du tabes ou de la paralysie générale, affections dans lesquelles il n'est pas nécessaire de rechercher la rapidité d'action, ne paraissent pas devoir nécessiter des dosages de mercure, que l'on peut qualifier au moins de *subtoxiques*.

Les injections peuvent être employées dans toutes les périodes de la syphilis, mais il faut reconnaître qu'elles ne sont pas toujours et constamment indispensables, et que les autres procédés de mercurisation peuvent bien souvent les suppléer.

On a essayé la méthode des injections comme traitement abortif de la syphilis dès le chancre diagnostiqué.

On peut réaliser tout le traitement de la syphilis, exclusivement à l'aide d'injections Mais, le plus souvent, cette méthode n'est vraiment indiquée que pour les premières périodes de la syphilis.

Je préfère, dans le traitement général de la syphilis, les préparations insolubles aux autres, surtout l'huile grise. Certaines cures peuvent être faites avec les préparations solubles, qui méritent d'être choisies pour certaines manifestations, par exemple, pour la syphilis oculaire. Elles conviennent aussi particulièrement dans les cas où l'on redoute les effets d'accumulation des injections massives, chez les sujets affaiblis, à mauvaise dentition, ayant les viscères malades, chez les artérioscléreux, etc...

Enfin, la méthode des injections trouve des indications spéciales dans la syphilis des femmes enceintes et dans la syphilis héréditaire précoce ou tardive.

La méthode des frictions est excellente, à la condition d'être employée avec des soins très minutieux, une énergie suffisante, et la recherche du mercure dans l'urine, mais en aucun cas elle ne peut garantir la même précision et la même certitude d'action que les injections.

Le traitement par ingestion s'associe très bien avec les injections employées à doses faibles ou modérées.

DISCUSSION

M. Jullien (Paris). — Les injections mercurielles tiennent une place toujours grandissante, parce qu'elles permettent une thérapeutique scientifique et précise de la syphilis, thérapeutique que l'on peut dire simpliste, car, négligeant tout autre facteur dans la composition des médicaments, nous ne nous attachons qu'à sa teneur en mercure. C'est par cette donnée exactement calculée que les différents sels sont comparables.

J'ai essayé différentes solutions avec la plus grande impartialité et me garderai d'indiquer aujourd'hui la meilleure, d'autant qu'ainsi dosées et réduites, si l'on me permet l'expression, au même dénominateur, on est étonné de les trouver relativement peu dissemblables. Mais à voir la facilité avec laquelle elles sont supportées à ces doses-là, j'ai acquis la conviction que ceux qui croient faire un traitement suffisant avec 1 centigramme du sel se font une étrange illusion. Parmi ces produits, je dois signaler l'*arsinargyre*, combinaison directe d'acide cacodylique et de sublimé dû aux recherches du prof. Berlioz.

Passant maintenant aux injections insolubles, je répéterai ce que je dis depuis vingt-cinq ans, que le *calomel* est une merveilleuse préparation qui convient particulièrement au traitement du chancre (ulcération), des lésions qui menacent des organes délicats, des parties nobles promptes à se désorganiser, et aussi de toute manifestation chronique et rebelle. Par ce moyen, j'ai eu le bonheur de guérir deux cas de névrite optique.

L'*huile grise*, moins héroïque, est le médicament des syphilis de moyenne intensité, c'est-à-dire du plus grand nombre des cas. Elle exige, néanmoins, une grande surveillance du côté des émonctoires, urines, salive (dentition) Ce moyen est à rejeter s'il y a de l'albuminurie, et je le tiens pour peu indiqué chez les grands nerveux (épilepsie, catalepsie).

M. Hallopeau pense que l'expression d'« engouement » convient mieux que celle de « triomphe » pour désigner la vogue des injections mercurielles. Cette méthode peut donner lieu à des douleurs intolérables, à des abcès aseptiques, à de la fièvre et à des embolies pulmonaires; plusieurs fois elle a entraîné la mort, alors même que les précautions les plus minutieuses avaient été prises. Ces accidents n'ont pas plus de gravité qu'un cas de mort par le chloroforme, lorsqu'ils se produisent dans un service hospitalier; mais il n'en serait pas de même s'ils se produisaient après une de ces opérations faites à huis clos, dans le cabinet d'un médecin. D'autre part, certains faits établissent que la supériorité d'action de cette médication n'est pas constante. A l'étranger, les frictions demeurent le traitement préféré. On ne doit recourir aux injections que dans les cas urgents et si les malades trouvent les frictions trop fastidieuses ou ne peuvent les pratiquer en raison de leur situation sociale. M. Hallopeau préfère les injections de sels solubles à l'huile grise, dont l'action est plus lente, par suite du travail que nécessite la résorption, par les lymphocytes des molécules de mercure introduites massivement dans les tissus.

M. Abadie (Paris) rappelle que, depuis fort longtemps, il emploie les injections mercurielles locales dans le traitement des affections oculaires. Tout d'abord, aucun accident sérieux n'est à redouter; sur le grand nombre des injections qu'a faites l'auteur, jamais il n'a eu de graves ennuis. D'autre part, il est nécessaire d'employer le mercure *régulièrement* et *à doses suffisantes* : quand un malade atteint de lésion oculaire syphilitique paraît résister au traitement mercuriel, cela tient bien souvent au fait que les doses employées sont insuffisantes.

Les injections mercurielles ne sont pas seulement utiles dans les multiples affections oculaires nettement syphilitiques; on doit aussi les employer dans la plupart des maladies dont l'agent pathogène n'est pas déterminé : ainsi, l'ophtalmie sympathique, la conjonctivite granuleuse, etc. Peut-être en serait-il de même

dans le traitement de certaines affections mal déterminées du système nerveux central.

M. Leredde. — M. Balzer a exposé de la manière la plus exacte, dans son rapport, mes idées sur la cure mercurielle intensive par injections solubles. Je suis heureux de voir qu'elles sont déjà largement admises et que, d'autre part, les frictions mercurielles sont de moins en moins employées.

M. Balzer déclare que le *traitement à hautes doses* de mercure peut être dangereux, mais il ne cite aucun fait à l'appui de ces prétendus dangers et rappelle, du reste, dans son rapport, que les auteurs qui ont employé de hautes doses de mercure n'ont pas éprouvé d'inconvénients sérieux.

En ce qui concerne la question de la curabilité des *affections autrefois dites para-syphilitiques*, soulevée par M. Lannois, je crois qu'il est nécessaire de continuer à classer les documents. La solution de la question pourrait être fournie.

a) Soit par la *méthode de comparaison*, en divisant vingt tabétiques ou vingt paralytiques généraux en deux séries, et en traitant une série par intensif (0,02 à 0,135 de Hg par jour).

b) Soit par l'emploi du traitement intensif chez des malades atteints d'*amblyopie tabétiforme* au début. S'il est démontré que les malades guérissent, il sera démontré qu'une manifestation essentiellement tabétique est curable, ce qui ne prouvera pas que toutes le sont.

c) Enfin, la solution avancerait de même s'il était démontré que la *lymphocytose céphalo-rachidienne* du début du tabes ou de la paralysie générale peut disparaître par le traitement intensif. C'est encore une expérience à faire.

M. le prof. **Fournier** reconnaît que la méthode des injections mercurielles a fait ses preuves; tout le monde, aujourd'hui, reconnaît son utilité et ses avantages; elle doit craindre, plutôt que ses ennemis, les amis capables de la compromettre en exagérant ses effets, en affirmant la guérison du tabes ou de la paralysie générale, et dont on n'a jamais apporté une preuve incontestable.

Nous sommes en présence de deux méthodes. Celle des injections de sels solubles (sublimé, biiodure, etc.) constitue un bon traitement énergique et dont l'action s'explique très facilement; mais le grand traitement par les injections de sels insolubles, d'huile grise ou de calomel est un traitement tout à fait extraordinaire, d'une efficacité qui, dans des cas bien précisés, tient du miracle. Les indications de ce grand traitement sont au nombre de six; dans toute sa pratique, M. Fournier n'a pu en trouver une septième. Ces six indications sont les suivantes :

1° Le *phagédénisme chancreux*, rare, mais terrible, en particulier quand il siège à la langue;

2° Le *phagédénisme tertiaire*, plus fréquent, mais tout aussi terrible, capable, en quelques jours, de détruire, par exemple, la totalité du nez;

3° La syphilis tuberculeuse sèche ou *syphilis tuberculo-crustacée;*

4° La *laryngite gommeuse*, dans laquelle le traitement par les injections d'huile grise ou de calomel a pu permettre, dans un cas, de renoncer à une trachéotomie qu'on avait jugée urgente;

5° Le *psoriasis palmaire ou plantaire*, qui fait habituellement le désespoir des malades et des médecins, tant il se montre rebelle à tout traitement, et qui guérira en trois semaines par les injections d'huile grise;

6° Toutes les *syphilis de la langue*, scléroses linguales, langues de carton, etc., qui souvent simulent le cancer et qui justifient l'aphorisme que *la langue est l'organe du calomel*.

Telles sont les six indications qui seules commandent l'emploi des injections d'huile grise ou de calomel, d'une efficacité remarquable dans tous ces cas.

En revanche, le calomel, si merveilleusement puissant, n'a qu'une action médiocre dans les ophtalmies, chez les hérédo-syphilitiques et dans les grandes affections du cerveau et de la moelle.

M. Henrijean (Liège) pense que la dose de mercure à employer doit être une résultante de l'absorption et de l'élimination : c'est au laboratoire, et non à la clinique, de déterminer la dose et la formule qui doivent être préférées.

M. Brissaud. — Quand M. Leredde vient protester contre la nocuité des doses massives de mercure injecté, je ne puis que l'approuver, et j'ai pu moi-même donner jusqu'à 13 centigrammes de benzoate de Hg, sans inconvénients graves. Je ne puis donc encourir le reproche d'avoir donné des doses insuffisantes à mes paralytiques généraux. Pour ce qui est d'un traitement trop tardif, je me contenterai de dire que je me suis astreint à l'établir chez tous les paralytiques généraux entrant dans une même maison de santé, et cela sans résultat. Pour affirmer la guérison par les injection mercurielles d'une paralysie générale au début, il faudrait avoir d'autres signes de certitude que ceux qui se montrent seulement à la période de la paralysie générale confirmée (inégalité pupillaire, embarras de la parole, etc.).

Il en est de même pour le tabes qui, pour une cause ou pour une autre, ne se présente plus avec la grande symptomatologie de Duchenne. Nous ne voyons guère aujourd'hui que des tabes incipiens, des tabes frustes, d'un diagnostic très difficile et susceptibles de rémissions, sur la cause desquelles il est très difficile de se prononcer. Aussi me garderai-je bien d'affirmer que la médication par le nitrate d'argent, suivant la méthode de Vulpian, donne de meilleurs résultats que le traitement hydrargyrique, ce que pourtant j'observe en ce moment.

Enfin, je tiens à déclarer que dans les formes graves de syphilis cérébro-spinale il y a très peu de cas où puisse agir le traitement mercuriel. Dans les paraplégies spasmodiques, type d'Erb, dont la nature syphilitique est le plus nettement reconnue, les injections mercurielles ne constituent nullement un traitement victorieux, et Pierre Marie a même, récemment, insisté sur les dangers d'un traitement intensif.

M. Sicard (de Paris), fait remarquer qu'un des desiderata formulés par M. Leredde est comblé : chez plusieurs malades tabétiques, la ponction lombaire, pratiquée avant et après le traitement intensif par les injections mercurielles, a montré la même lymphocytose méningée.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Brousse. — Sur les injections mercurielles pratiquées à la clinique dermato-syphiligraphique de l'Université de Montpellier.

M. Ermenge. — Des résultats thérapeutiques obtenus avec les injections intra-musculaires de bichlorure de Hg dilué dans du sérum artificiel phéniqué dans le traitement des divers accidents de la syphilis.

(*A suivre.*)

Pierre Roy.

Avant de se séparer, le 7° Congrès français de médecine a décidé de se réunir l'an prochain à Liège (Belgique), que le Dr Henrijean, en remerciant le Congrès, a déclaré être une ville véritablement française et qui saura le montrer par l'accueil qu'elle réserve aux Congressistes de 1905.

M. Lépine, de Lyon, a été nommé président du futur Congrès de Liège, avec MM. Masius et Francotte, comme vice présidents.

Les questions mises au rapport pour 1905 sont les suivantes :

1° Pour la pathologie générale : « Du rôle des sécrétions pancréatiques en pathologie.

2° Pour la pathologie spéciale : « Les formes cliniques du rhumatisme chronique. »

3° Pour la thérapeutique : « Du régime déchloruré. »

En raison du Congrès international de Lisbonne, il n'y aura pas de session du Congrès français de médecine en 1906. En 1907, le Congrès se réunira à Paris.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

17° SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

(*Suite.*)

Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie

M. Carin (Paris) — En ce qui concerne la recherche de la leucocytose dans l'appendicite, je ne puis que répéter ce que nous avons dit sur ce sujet, M. Gros et moi, en nous basant sur les faits constatés par nous au moyen de la courbe leu-

cocytaire que, depuis deux ans, nous établissons systématiquement, dans chaque cas d'appendicite. L'examen du sang fournit un élément capital, au point de vue du diagnostic des lésions et de l'indication opératoire, lorsqu'il donne un résultat *positif*, en indiquant l'existence d'une leucocytose élevée et *persistante*: il peut, en effet, suffire à montrer la nécessité d'une intervention immédiate, malgré tous les autres symptômes. Lorsque la recherche de la leucocytose donne un résultat *négatif*, on ne peut, au contraire, s'appuyer sur ce seul signe pour conclure d'une façon formelle à l'absence de suppuration, attendu qu'il est des cas dans lesquels le nombre des leucocytes reste peu élevé, malgré l'existence d'un abcès. L'hyperleucocytose ne doit, d'ailleurs, en aucune façon, être regardée comme un signe pathognomonique, et je ne crois pas qu'aucun de ceux qui la recherchent négligent pour cela les autres symptômes. Nous avons voulu simplement insister sur l'importance de la courbe leucocytaire, dont la valeur est supérieure à celle de la courbe thermique du pouls, et qu'il faut, tout au moins, considérer comme formant avec ceux ci un ensemble symptomatique dont aucun élément ne doit être négligé.

Pour les perforations traumatiques de l'intestin, j'ai eu l'occasion, l'année dernière, de vous rapporter les expériences que j'ai faites à ce propos et les conclusions qu'on pouvait en tirer.

La numeration des leucocytes n'a pas donné les résultats qu'on espérait pour le diagnostic des perforations typhoïdiques de l'intestin; la leucocytose, en effet, n'apparaît pas assez rapidement, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'attendre qu'on l'ait constatée, si l'on observe tous les signes d'une perforation. Comme l'intervention n'a guère de chance de sauver le malade que si elle est précoce, on ne doit pas la refuser, même si la leucocytose n'est pas très élevée.

Pour les affections gynécologiques, plus encore que pour l'appendicite, il n'y a lieu de tenir compte de la recherche de la leucocytose que si elle donne un résultat positif; lorsqu'il est négatif, on ne peut pas, en effet, nier l'existence d'une suppuration, car un pyosalpinx ancien, par exemple, peut parfaitement ne donner lieu à aucune augmentation importante de la quantité des globules blancs du sang.

Les accidents graves de la chloroformisation et les moyens d'y remédier

M. Thiéry (Paris). — Les accidents dus au chloroforme sont relativement fréquents, puisque M. Thiéry a pu en recueillir 15 cas en dix-huit ans. Dans bien des cas, c'est l'impéritie du chloroformisateur qu'il faut incriminer, et cela n'est pas étonnant, si l'on songe au nombre assez important d'élèves qui, dans les hôpitaux, n'ont jamais donné le chloroforme. Il y a là une lacune dans l'enseignement médical qu'il serait bon de combler. Pourquoi ne pas exiger que les candidats justifient, par un certificat, d'un certain nombre de chloroformisations, comme on le fait pour les accouchements.

Quant au traitement de ces accidents, lorsqu'il ne s'agit que de simples alertes, la position déclive et la flagellation de la face sont suffisants. Dans les cas graves, quelques chirurgiens ont essayé le massage du cœur, qui n'a jamais donné d'excellents résultats. Même expérimentalement, le massage du cœur n'a réussi que trois fois sur vingt-sept cas. Il n'en est pas de même de la trachéotomie suivie d'insufflation, puisque, sur vingt-trois cas, on note vingt succès. Peut-être même les insuccès sont-ils dus à un défaut de technique ou à une temporisation exagérée.

Sur la fixation des tendons dans le traitement des paralysies

M. Tilanus (d'Amsterdam). — Dans certains cas, l'auteur a obtenu de bons résultats en suturant une partie de tendon sectionné suivant sa longueur, non pas à un autre tendon, mais au périoste de l'astragale.

Traitement radiothérapique des cancers

M. Tuffier (Paris). — J'ai fait un certain nombre d'essais de radiothérapie sur les cancers. Les résultats très variables que j'ai obtenus prouvent que les cancers ne sont pas tous justiciables du traitement par les rayons X. Les cancers, en effet, diffèrent dans leur nature, dans leur marche, et sont susceptibles d'une thérapeutique différente, appropriée à chaque cas. Aussi une classification s'impose. Je me suis, en effet, attaqué aux cancers de la peau, aux cancers des muqueuses et aux cancers profonds, et les conclusions que mon expérience me permet de formuler sont les suivantes :

1° Tout ce qui est cancer profond, cancer viscéral, ne retire aucun bénéfice de la radiothérapie;

2° Dans les cancers superficiels facilement abordables, comme ceux de la langue, du plancher de la bouche et du larynx, les échecs sont constants;

3° Dans les cancers de la peau, au contraire, la radiothérapie a une action efficace, rapide et incontestable. L'amélioration se manifeste dès le huitième ou le quinzième jour, et la guérison est souvent complète en deux mois. Est-ce à dire qu'il faille traiter tous ces cancers par les rayons X? Non. Lorsque l'opération chirurgicale peut être faite prématurément et totalement, elle sera préférée dans bien des cas à la radiothérapie. Au contraire, s'il s'agit d'un cancer trop étendu, d'un malade trop âgé, c'est aux rayons Röntgen qu'il faut donner la préférence.

M. Czerny (Heidelberg). — M. Richard Werner a obtenu une décomposition de l'ovolécithine en l'exposant pendant deux ou trois jours à l'action de 10 milligr. de bromure de sodium. Une injection d'une solution de cette lécithine produit dans les tissus la même réaction que le radium lui-même. L'intensité de l'action dépend plus de la concentration et du degré de la décomposition que de la quantité de lécithine injectée. Quelques heures après l'injection de solutions concentrées, on constate la rougeur et le gonflement de la peau du lapin. Après trois ou quatre jours il se forme des bulles remplies de sérum, et plus tard une nécrose typique comme celle que produit l'action directe du sodium.

M. Reboul déclare qu'il n'a obtenu aucun bon résultat de la radiothérapie pour les cancers profonds, même pour ceux de la langue. Au contraire, il a pu enregistrer quatre beaux succès pour les épithéliomas cutanés.

La radiothérapie, dans le cancer récidivé du sein, lui a donné de bons résultats. Actuellement, plusieurs malades sont en traitement, mais il peut affirmer que les douleurs disparaissent, que l'infiltration et l'œdème diminuent d'une façon très appréciable.

Paraffinomes et paraffinage des cavités pathologiques

M. Delangre (de Tournai). — Après un rapide aperçu sur les résultats éloignés de la méthode, l'auteur s'attache à élucider la question du paraffinome qui complique si fâcheusement l'inclusion paraffinée dans un certain nombre de cas. Eu égard au mécanisme de production, on en distingue deux variétés :

1° Le paraffinome d'inclusion, dû à la paraffine injectée en excès, mal modelée ou fusée à distance par suite de la mise en œuvre d'une technique défectueuse, apparaît, sous la forme d'une petite tumeur, immédiatement après l'intervention;

2° Le paraffinome d'irritation, dû au travail de réaction organique, qui donne lieu à une formation hypertrophiante du tissu conjonctif, d'enkystement où dominent les cellules géantes à noyaux multiples; cette variété n'apparaît qu'au bout d'un certain laps de temps et avec le concours de certains facteurs.

Après avoir indiqué les conditions d'une « inclusion idéale », M. Delangre aborde ensuite le paraffinage des cavités pathologiques. Comme conséquence d'essais préalables sur le cobaye, il relate deux cas où les cavités osseuses, siégeant l'une à la face postérieure du cubitus, l'autre à la partie moyenne du tibia, purent être comblées par la paraffine iodoformée au 1/10 en une quinzaine de jours, laps de temps au bout duquel les patients reprirent leurs habitudes.

Plaie pénétrante du cerveau par instrument piquant. Dix crises d'épilepsie jacksonnienne. Hématome intra-cortical évacué par trépanation au neuvième jour. Guérison

M. André (de Péronne).— Cette observation est intéressante, puisque la guérison fut obtenue malgré le laps de temps écoulé entre le traumatisme et la trépanation.

Trépanation du labyrinthe pour corps étranger enclavé dans un canal semicirculaire. Guérison

M. Laurens (Paris). — Il peut sembler paradoxal de prétendre que le grand danger des corps étrangers de l'oreille réside dans les tentatives d'extraction. Le fait suivant, observé à la clinique de la Trinité, avec le Dr Cousteau, en est une démonstration.

Une malade vient consulter pour des vertiges, vomissements, céphalées, bourdonnements et surdité récente, consécutifs à des manœuvres endo et rétro-auriculaires. Elle raconte, en effet, qu'ayant un corps étranger datant de l'enfance, on a tenté de l'en débarrasser par des injections et à l'aide d'instruments; l'échec de ces explorations a conduit à un décollement chirurgical du pavillon, infructueux, lui aussi. Depuis, la malade a des vertiges et le syndrome labyrinthique au complet, qui lui ont fait cesser tout travail.

En présence de ces phénomènes et d'une mastoïdite concomitante, l'evidement pétro-mastoïdien est pratiqué. Au cours de l'opération le soi-disant corps étranger n'est pas rencontré, mais, sur la paroi interne de la caisse, au-dessus de l'aqueduc de Fallope, dans le canal semicirculaire horizontal, est incrusté un fragment d'acier, semblant appartenir à une curette et qui nécessite une trépanation labyrinthique pour être énucléé. A son réveil, la malade déclare qu'un instrument a été brisé dans son oreille au cours de la première intervention. Suites opératoires normales. Absence de paralysie faciale. Guérison des vertiges en quelques jours.

M. Laurens indique quelques points de technique de la trépanation du labyrinthe et insiste sur les avantages de l'adrénaline comme agent d'hémostase au cours de cette opération.

Cure radicale de la hernie crurale par le procédé du clou

M. Roux (Lausanne), sur 2500 cures radicales de hernies, ne compte que 10 % de hernies crurales. En revanche, dans les hernies étranglées, il compte 40 % de hernies crurales. Aussi croit-il à la nécessité de la cure radicale des hernies crurales et le plus tôt possible.

Comme mode opératoire il fixe, par un clou de tapissier, le ligament de Poupart à la crête pectinéale. Il faut faire entrer le clou à une certaine profondeur. Les difficultés sont nulles. Les précautions sont : voir la gaine des vaisseaux et l'écarter; prendre un clou plus long que le diamètre du collet de la hernie; ne pas marteler à fond le Poupart de crainte d'en couper les fibres; ne pas placer le clou parallèlement aux fibres.

Ce procédé ne demande que trois minutes pour son exécution. Il a été pratiqué plus de cent fois, par M. Roux, sans mortalité.

Il est insuffisant quand il y a relâchement *in toto* du Poupart; dans ce cas il faut combiner au clou les sutures. C'est une raison de plus d'opérer les hernies crurales le plus tôt possible, quand elles sont encore petites.

M. Lucas Championnière, en présence des résultats qu'il a obtenus dans la cure radicale de la hernie crurale, ne voit pas motif à abandonner sa technique pour un procédé plus compliqué et qui laisse un corps étranger.

Varices lymphatiques des bourses et du cordon prises pour des hernies inguinales

M. Lucas-Championnière. — A deux reprises j'ai eu l'occasion de voir des varices lymphatiques énormes développées dans la région du canal inguinal. Dans les deux cas, le diagnostic de hernie inguinale s'est imposé.

Dans le premier cas (1897, homme de 29 ans venant de la Havane), j'ai ouvert à droite et largement le canal inguinal très dilaté, et enlevé une grosse tumeur. A gauche, le réseau lymphatique était externe en quelque sorte et l'extirpation fut faite largement, sans ouverture du canal. La réparation fut facile et le sujet, revu au bout de trois mois, était dans les meilleures conditions, sans apparence de tumeur ni d'impulsion.

Le second malade, que j'ai opéré le 24 juin dernier (45 ans, mulâtre d'Haïti), présentait une énorme tumeur des bourses à droite, en partie réductible; il a porté un bandage régulièrement, comme le précédent malade du reste, mais ce bandage a toujours été d'une application pénible.

Lorsque la tumeur est en grande partie réduite dans la position couchée, il reste dans les bourses une masse pâteuse. Tout en admettant la hernie, j'émets l'idée qu'il peut y avoir une erreur de diagnostic et varices lymphatiques. Ouverture large du canal. Extirpation d'une énorme tumeur contenant des vaisseaux lymphatiques assez volumineux pour ressembler à l'intestin. Après l'extirpation très haut dans l'abdomen et la réparation de la paroi, grand drainage. Le seul incident a été l'effusion d'une quantité énorme de sérosité et l'œdème assez prolongé des bourses.

Revu après trois mois, le sujet était dans les meilleures conditions. Les testicules sont gros. Les deux sujets n'avaient jamais eu de douleur.

Sur les vomissements incoercibles dans la hernie épiploïque non étranglée irréductible

M. R. Gauthier (de Luxeuil). — Il est possible de voir survenir, au cours des hernies épiploïques adhérentes, des vomissements incoercibles qui se manifestent sans interruption pendant plusieurs mois, en dehors des crises de péritonite herniaire, alors que l'épiplocèle reste absolument molle et indolore.

Dans un cas de ce genre je fis la cure radicale de la hernie, après ligature au catgut et résection de l'épiploon adhérent. Les vomissements disparurent dès le surlendemain.

Phimosis et hernies chez l'enfant

M. Péraire s'étonne que personne, en France, n'ait attiré l'attention sur la coexistence fréquente des hernies chez les enfants atteints de phimosis. Depuis quinze ans qu'il a commencé ses recherches sur cette question, le nombre des cas qu'il a observés est tellement grand, qu'il ne craint pas d'affirmer que certaines hernies, considérées soi-disant comme congénitales, reconnaissent le plus souvent pour causes les vices de conformation préputiales. Ce qui le prouve, c'est que, chez beaucoup d'enfants atteints de phimosis, la circoncision ou le débridement dorsal du prépuce ont suffi pour amener la disparition de la hernie. Celle-ci disparaît d'autant plus vite que l'enfant est opéré plus tôt.

M. Péraire insiste sur la coexistence des hernies avec l'hypospadias, les atrésies du méat, les hydrocèles vaginales, les ectopies testiculaires.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale

M. L.-G. Richelot. — Que l'hystérectomie vaginale ait perdu de son ancienne faveur, c'est trop juste; mais il y a loin de cet aveu au mépris qu'on affecte pour elle quand on l'appelle une « opération de passage » (Jayle), ou quand on avance que s'occuper d'elle, c'est faire « de l'histoire ancienne » (Routier).

Les motifs de sa disgrâce actuelle sont, avant tout, les progrès incontestables et bienfaisants de la laparotomie. Ma pratique a évolué comme celle des autres, et j'ai profité, comme tous mes collègues, des perfectionnements apportés à la technique des opérations sus-pubiennes; mais j'ai gardé une place à l'hystérectomie vaginale, et j'estime qu'elle demeure, à l'occasion, une ressource des plus précieuses Je passerai en revue les fibromes, les cancers et les suppurations pelviennes.

Fibromes. — C'est ici qu'il est le plus raisonnable d'adopter régulièrement la voie haute. Les procédés actuels d'hystérectomie abdominale sont, il faut bien le dire, d'une sécurité que n'a jamais dépassée la méthode rivale. La laparotomie vaut autant pour les fibromes de moyen volume, elle vaut mieux pour les très grosses tumeurs.

Je ne veux pas dire qu'il faille abandonner l'hystérectomie vaginale. Quand l'utérus fibromateux est petit et mobile, quand il s'agit d'un de ces utérus scléreux, douloureux et saignants qui nous obligent quelquefois à une opération radicale, quand la paroi abdominale est épaisse et nous promet une manœuvre ardue au fond de la cavité pelvienne — les petits utérus sont alors plus difficiles à extraire que les gros — s'obstiner quand même à passer par l'hypogastre, c'est avouer qu'on s'est fait des habitudes plutôt qu'on ne s'est préparé à suivre des indications.

Cancers. — Autant, pour les fibromes, la méthode abdominale a réalisé d'espé-

rances, autant, pour les cancers, elle s'est fait d'illusions. Il faut reconnaître que « le salut est dans la précocité de l'intervention et non dans l'extension de l'acte opératoire », et revenir au principe qui doit nous guider dans le traitement du cancer utérin : devancer l'envahissement, non le poursuivre.

Et alors, j'insiste à nouveau sur la simplicité et la bénignité de l'hystérectomie vaginale dans tous les cas franchement opérables, avec utérus mobile, alors même que le cancer affleure les culs-de-sac. On ne peut nier les difficultés plus grandes et les écueils de l'opération abdominale, de la section vaginale au-dessous des culs-de-sac, au milieu des artérioles, près de la vessie et de l'uretère, les dangers d'infection par le col friable et sanieux, etc.

Suppurations pelviennes. — Les annexites suppurées ne donnent à la méthode abdominale ni autant de joie que les fibromes, ni autant de mécomptes que les cancers. Mais, dans le traitement des infections pelviennes, sa place au premier rang n'est plus discutable. Depuis quelques années, je fais moins souvent l'hystérectomie vaginale pour ce genre de lésions, et voici pourquoi. La grande sécurité que nous inspire la laparotomie nous permet de pousser plus loin la conservation, le désir de tout voir minutieusement et de n'enlever que le strict nécessaire. D'autre part, elle nous permet, dans les cas même où il faut tout enlever, de n'avoir plus de parti pris, d'obéir aux indications techniques, de choisir le mode d'intervention d'après la forme, l'étendue, la nature des lésions. C'est surtout le degré de virulence qui importe, et il vaut toujours mieux ne pas « faire sur des poches purulentes et septiques des manœuvres intra-abdominales », quand on peut s'en dispenser.

En résumé, j'opère maintenant, par la voie haute, presque tous les fibromes, la majorité des annexites et quelques rares cancers avec envahissement discret. Mais j'ai gardé l'hystérectomie vaginale comme méthode de choix dans le cancer utérin, et comme ressource précieuse dans un certain nombre d'annexites bilatérales. Je ne demande pas qu'on lui rende son ancienne prépondérance, mais j'estime qu'il est fâcheux, quand on ne sait pas ou quand on ne veut pas la faire, d'en parler mal et d'en dégoûter les autres.

M. J.-L. Faure (Paris). — Je suis de l'avis de M. Richelot : il ne faut pas enterrer l'hystérectomie vaginale. Je suis, du reste, d'accord avec M. Richelot sur les indications de cette opération dans les cas de fibrome et de suppurations pelviennes. J'en diffère un peu en ce qui concerne le cancer. L'abdominale est sensiblement plus grave que la vaginale, et cependant je préfère renoncer à celle-ci dans les cancers de moyenne gravité dès que le paramètre commence à être pris. C'est une illusion que prétendre cureter le bassin comme on le fait pour l'aisselle. Par voie vaginale il est impossible d'avoir vue sur les uretères. Aussi je n'emploie l'hystérectomie vaginale qu'autant que j'estime le paramètre non atteint.

M. Walther (Paris). — Pour les fibromes nous sommes, je crois, tous d'accord. Dans le cancer j'ai opéré par les deux voies, et si je n'ai eu aucune mort opératoire, j'ai toujours vu les récidives se produire. Aussi je ne sais pas si, contre cette affection, une méthode doit être préférée à l'autre.

Quant aux suppurations, j'estime avec Faure que dans l'infection puerpérale il ne faut pas recourir à la voie haute; mais c'est à elle que je m'adresse dans les salpingites suppurées. A partir de 1890, où j'ai remplacé M. Monod, j'ai, pendant cinq années, agi ainsi et n'ai perdu aucune opérée. Toute la question est dans la façon dont on fait le drainage pelvien. Pour ma part, je fais une sorte de Mickulicz sans tamponnement, avec deux ou trois drains au centre. On peut alors protéger les parois pelviennes.

M. Sorel (Dijon). — Ma pratique m'a démontré que la voie abdominale était désastreuse à l'égard des cancers. La vaginale donne plus de sécurité. Dans les suppurations, celle-ci doit être préférée quand il y a des raisons de croire que le feu couve.

M. Pozzi. — Dans la conduite à tenir à l'égard des fibromes, nous sommes tous d'accord. Pour ce qui est des cancers, je constate avec plaisir qu'on s'est rallié aux idées que j'ai défendues. En cas de suppuration j'ai abandonné la voie vaginale plus que les précédents orateurs. J'estime, en effet, qu'il faut laisser refroidir les lésions septiques pour les opérer plus tard en toute sécurité ; dans les cas graves, avec fièvre élevée et douleurs, la colpotomie calme cet orage aigu. Ultérieurement, on fait une opération complète à froid par l'abdomen.

(A suivre.) Dr G. Berruyer.

UNE VISITE EXPRESS AUX HOPITAUX DE LONDRES

VI

Les hôpitaux de Londres et la pédiatrie. L'École de nurses de l'hôpital des Enfants-Malades

Note de M. Apert

Médecin des hôpitaux.

D'une façon générale, il n'existe pas, à Londres, une séparation aussi formelle qu'à Paris entre les hôpitaux d'adultes et les hôpitaux d'enfants. Les hôpitaux d'adultes admettent également des enfants de tout âge; c'est une nécessité imposée par ce fait que les grands hôpitaux de Londres sont en même temps écoles de médecine autonomes, devant se suffire à elles-mêmes, et avoir toutes les ressources nécessaires pour l'enseignement de toutes les branches de l'art médical. Il est moins explicable que des salles spéciales n'aient pas été affectées aux enfants. Dans presque tous les grands hôpitaux de Londres, les enfants sont mêlés aux adultes dans les mêmes salles, soit que des berceaux ou de petits lits soient interposés aux lits d'adultes, soit même que de tout petits enfants soient couchés dans les grands lits qui, lorsqu'ils sortiront, pourront ensuite être attribués à des adultes. Cette organisation n'a sans doute pas les inconvénients qu'elle aurait dans nos hôpitaux parisiens, grâce à l'attentive surveillance d'un personnel infirmier abondant et choisi, sur le recrutement duquel je m'appesantirai dans ces quelques notes, car c'est, à mon avis, la principale supériorité des hôpitaux londonniens sur les nôtres.

Dans quelques grands hôpitaux londonniens, on commence, cependant, à créer des crèches réservées aux tout jeunes enfants. A l'hôpital Saint-Thomas, où tout un bâtiment vient d'être reconstruit avec un luxe inouï, une crèche d'une douzaine de lits existe dans ce bâtiment neuf, sur la façade du midi, avec un large balcon qui peut servir aux enfants de lieu de récréation. La décoration des murs de cette salle est à retenir, car elle répond à la fois à la nécessité de l'asepsie médicale dans un service d'enfants et aux préoccupations humanitaires de rendre aussi riant que possible le local où sont hospitalisés ces petits êtres : les murs sont formés d'un carrelage en couleur, comme ceux qui sont à la mode dans les tavernes des boulevards, mais représentant les histoires du Petit chaperon rouge, de Cendrillon, etc... Je rappelle, du reste, qu'une tentative du même genre a été faite chez nous, dans les vérandahs de l'hôpital Bretonneau, qui sont closes par des vitraux représentant des sujets tirés des fables de La Fontaine.

Il existe cependant, à Londres, des hôpitaux exclusivement réservés aux enfants. Trois ont été signalés aux visiteurs. L'hôpital des Enfants-Malades (Hospital for sick Children, Great Ormond Street), l'hôpital Victoria (Tite Street à Chelsea), et l'hôpital Alexandre (Quenn Square à Bloomsbury), ce dernier réservé aux coxalgiques. Je n'ai visité que les deux premiers.

L'hôpital Victoria est tout nouvellement construit; il contient 104 lits et reçoit les garçons jusqu'à dix ans, les filles jusqu'à quatorze ans. Les quatre salles de médecine sont vastes, bien aérées, et luxueusement aménagées

L'hôpital des Enfants-Malades contient 180 lits, et reçoit les enfants des deux sexes au-dessous de douze ans; quoique plus ancien que le précédent, il ne lui cède en rien, du moins pour les salles principales, par sa luxueuse installation. Là encore, c'est un carrelage émaillé qui forme la muraille; les lits sont en bois verni ou en cuivre doré; le mode d'ouverture des berceaux, à glissement de

haut en bas, est beaucoup plus pratique que notre système à renversement. Dans les deux hôpitaux fonctionne une consultation externe avec distribution de médicaments, comme cela a lieu dans nos hôpitaux parisiens d'enfants: il serait désirable que cette mesure soit généralisée à nos hôpitaux d'adultes, au lieu des allocations en argent qui y sont actuellement la règle.

La minutieuse propreté des hôpitaux anglais y rend peut-être l'asepsie médicale moins nécessaire que chez nous. Elle n'y est pas pratiquée; les soins minutieux que le prof. Grancher nous a appris à prendre pour éviter les cas intérieurs des maladies contagieuses infantiles paraissent inconnus à Londres, non seulement dans les hôpitaux d'enfants, qui ne reçoivent, du reste pas, les maladies contagieuses nées au dehors, mais même dans les hôpitaux d'isolement dépendant du *Metropolitain Asylum Board* (1), où sont expédiés d'office tous les contagieux adultes ou enfants. A l'hôpital des Enfants-Malades, il existe exceptionnellement un service de diphtérie et un service de coqueluche. A l'hôpital Victoria, il existe au dernier étage des chambres d'isolement pour les cas intérieurs; à chacune est annexée une chambre pour la nurse spécialement chargée du contagieux; cet étage ne communique avec l'étage inférieur que par un escalier en fer extérieur. Dans les hôpitaux d'isolement, situés à la périphérie de Londres et au nombre de 12, d'environ 500 lits, les pavillons destinés aux diverses affections sont séparés par de larges espaces. Les précautions contre la contagion paraissent se borner à cette distribution des lieux; l'usage des blouses et la désinfection des mains du personnel semble inconnu. Une autre particularité est que la rougeole n'est pas, en règle, hospitalisée. L'hôpital de contagieux que j'ai visité (hôpital de l'Ouest) ne reçoit que la diphtérie, la scarlatine, la variole et la fièvre typhoïde. J'ai vu également, cependant, des cas de fièvre typhoïde dans les salles communes de l'hôpital for sick Children. Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains n'est employé que tout à fait exceptionnellement.

Le point vraiment supérieur des hôpitaux anglais est l'institution des nurses. La plupart des grands hôpitaux sont en même temps écoles de nurses. Nous avons pu visiter en détail, à l'*Hospital for sick Children*, la *Nurses'House*, grâce à l'obligeance de la *matron* (supérieure). Elle parle admirablement français, et nous a donné des détails précieux sur le fonctionnement du service des nurses. Au moment où l'administration de l'Assistance publique commence à entrer résolument dans la voie de la distinction entre le personnel des domestiques et le personnel des infirmières, et cherche à améliorer la condition matérielle de ces dernières, je crois utile d'insister sur cette question.

Tout médecin français pénétrant dans les hôpitaux de Londres, ne peut qu'être immédiatement frappé par le nombre, l'activité, la propreté, et l'élégante simplicité des infirmières anglaises. Il est visible que leur recrutement se fait tout autrement qu'en France et que leur éducation et leur instruction premières sont très supérieures à celles de la majorité de nos infirmières. Comment arrive-t-on à Londres à ce résultat? La première impression est que les Anglais doivent dépenser des sommes énormes pour leur personnel infirmier, comme ils le font pour leurs bâtiments hospitaliers. Renseignements pris il n'en est rien. Le personnel infirmier, supérieur en quantité et en qualité, ne revient pas plus cher qu'à Paris.

Cependant, le personnel d'infirmières est très considérable. For sick Children hospital compte 90 *nurses* (infirmières) et *sisters* (surveillantes) pour 180 lits, soit 1 pour 2 malades! Dans les hôpitaux d'adultes la proportion est de 1 pour 3 ou 4 malades, sans compter les domestiques. En moyenne, une salle de 21 malades compte une *sister* (surveillante), une adjointe (suppléante) et 5 ou 6 *nurses* (infirmières), plus deux *ward-maids* (filles de salle) chargées des gros ouvrages. Deux nurses sont de garde de nuit; les nurses diplômées (*staffnurses*) ayant au moins trois ans de service sont seules chargées du service de nuit; ce poste de confiance n'est jamais donné à une débutante.

Un personnel aussi abondant coûterait très cher, si beaucoup de nurses ne voyaient dans l'hôpital une école où elles acquièrent les connaissances nécessaires pour gagner ensuite leur vie comme gardes-malades en villes: un certain nombre de jeunes filles fortunées font même leurs études de nurses, comme en France elles se font recevoir institutrices. Celles-là, non seulement ne sont pas payées, mais versent à la caisse de l'hôpital une pension qui peut aller jusqu'à 200 fr par an! Seules les élèves qui prennent l'engagement de demeurer à l'hôpital au moins deux ans une fois leurs études faites, sont payées dès la première année, encore ne touchent-elles que 200 à 300 fr. par an selon les hôpitaux. Pendant la seconde année, elles touchent 300 à 500 fr., pendant la troisième 400 à 700 fr. Après la troisième année, les études sont finies; l'élève, ou bien reste à l'hôpital comme staffnurse (infirmière diplômée), ou bien cherche des gardes à domicile (private-nurse). Beaucoup d'hôpitaux ont dans la *nurses'house* des chambres supplémentaires qui sont à la disposition des anciennes élèves. Elles prennent pension à l'hôpital pendant les intervalles de leurs gardes à domicile.

Chaque salle de malades a au moins deux *staffnurses*; les autres sont des élèves (*probation nurses*). Les staffnurses sont mieux payées, soit 600 à 800 fr par an, et elles peuvent ultérieurement devenir sisters et toucher de 800 à 1000 fr. par an. Ces prix, on le voit, ne diffèrent pas énormément de ceux payés dans les hôpitaux de Paris. C'est dans la façon dont le personnel infirmier est traité qu'il faut chercher l'explication de l'excellence de son recrutement en Angleterre.

Chaque infirmière, diplômée ou élève, a sa chambre; elle y est absolument chez elle; l'administration lui fournit le mobilier : lit, armoire à glace, commode-toilette en pitch-pin; elle orne ensuite sa chambre à sa fantaisie, généralement avec de nombreuses photographies, d'autrefois avec des gravures religieuses, ou avec des images de sport; elle y est chez elle. A *for sick Children*, le bâtiment des nurses est isolé; chaque étage contient six chambres et une salle de bains. Au rez-de-chaussée du bâtiment, une vaste pièce est meublée en salon, avec piano, journaux illustrés; une pièce voisine sert de chambre à écrire; un jardin est attenant; le tout est à la disposition exclusive des infirmières à leurs heures de repos. Il n'y a jamais plus de trois heures de service consécutif sans un intervalle de repos. Les réfectoires sont, comme tout le reste, d'une exquise propreté, et les infirmières y sont servies par des servantes. Le tout est sous la surveillance de la matrone, laquelle remplit ainsi une grande partie des fonctions attribuées au directeur dans nos hôpitaux de Paris.

J'ajoute que matrone, sisters et nurses doivent être célibataires; si elles se marient elles cessent de faire partie du personnel de l'hôpital. La même obligation est imposée au personnel administratif masculin, du reste très réduit, et au personnel médical résident. En aucun cas un ménage n'est logé à l'hôpital.

Après une visite aussi courte, je ne puis porter une appréciation sur la science médicale anglaise, que nous connaissons, du reste, par des travaux scientifiques remarquables et les grands hommes qu'elle a suscités. J'ai seulement remarqué l'extrême fréquence des affections articulaires de toute nature: rhumatisme, arthrites sèches, épanchements articulaires, goutte, nodules rhumatismaux périarticulaires exceptionnels chez nous. J'ai noté les doses énormes de salicylate de soude que les jeunes anglais rhumatisants ou choréiques, paraissent supporter à merveille (doses massives tous les 3 à 4 jours, allant jusqu'à 2 à 400 grains, 12

(1) Le *Metropolitain Asylum Board* est une administration officielle analogue à notre Assistance publique. Mais elle ne s'occupe que des malades qui peuvent être dangereux pour la société, c'est-à-dire les aliénés et les contagieux (non compris les tuberculeux). Tous les autres hôpitaux sont des fondations privées, administrées de même façon que notre Institut Pasteur. Les malades indigents que ces institutions privées ne peuvent ou ne veulent recevoir, sont à la charge des Paroisses et soignés par leurs soins, soit à domicile, soit dans des infirmeries de quartier (Poor Infirmarys), comprenant parfois jusqu'à 500 lits. Les chroniques et les vieillards sont recueillis dans ces infirmeries; aussi les hôpitaux peuvent-ils se limiter aux malades aigus; le fatal brancard est inconnu dans les hôpitaux anglais.

à 24 gr. dans les vingt-quatre heures).

Le traitement de la diphtérie et l'instrumentation pour la trachéotomie et le tubage sont tout à fait analogues aux nôtres, à part la substitution, à nos canules de trachéotomie métalliques, de canules demi-souples, en caoutchouc rouge ayant, du reste, la même forme.

La stérilisation du lait est faite sur un principe tout différent du nôtre; le lait est simplement pasteurisé, c'est-à-dire porté à 65° centigrades et brusquement refroidi. La stérilisation est ainsi incomplète, mais les ferments solubles du lait ne sont altérés qu'au minimum. C'est le principe qu'emploient, du reste, les marchands de lait parisiens pour permettre à leur lait de supporter le transport; le lait que nous stérilisons dans nos hôpitaux a pour ainsi dire toujours déjà subi une pasteurisation. L'exemple des hôpitaux londoniens semble prouver que la stérilisation complète n'est pas nécessaire, du moins pour le lait qui doit être promptement consommé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance et la lecture de la correspondance, M. le Président fait part du décès de M. Tillaux, ancien président de la Société, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre

Cirrhose hypertrophique de la rate sans cirrhose du foie

M. L. Galliard. — Une femme, âgée de soixante-sept ans, dont les antécédents n'offrent rien de caractéristique, est admise à Lariboisière pour des troubles digestifs et un état cachectique qui fait penser au cancer de l'estomac. Ce cancer paraît siéger dans la grosse tubérosité, car on constate une tumeur qui occupe une partie de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. La malade succombe au bout de quelques jours, après avoir eu d'abondantes hémorragies intestinales.

A l'autopsie, pas de cancer de l'estomac ni de l'intestin. On trouve la rate volumineuse, hypertrophiée, un peu déformée (pas de bord antérieur tranchant), très dure, lisse à la coupe, pesant 1200 gr. A l'examen histologique, cirrhose manifeste de l'organe. Pas de cirrhose du foie, pas de lésions des reins ni du cœur. Pas d'altération qui puisse faire admettre la leucémie. Pas de lésions tuberculeuses, ni dans la rate ni ailleurs.

La cause de la cirrhose reste inconnue dans ce cas.

A propos des indications de la trachéotomie dans le croup

M. H Barbier. — Dans certaines formes membraneuses de la diphtérie, la trachéotomie semble devoir rester une opération de choix. Témoin la pièce que je présente. Elle provient d'un enfant atteint de diphtérie membraneuse grave; on voit que le tube a refoulé dans la trachée une énorme fausse membrane trachéo-bronchique, qu'une trachéotomie aurait permis peut-être d'éliminer, soit spontanément, soit par des moyens artificiels.

Ver de Guinée

M. Antony (Val de Grâce) relate l'observation d'un malade qui a contracté le ver de Guinée et qui a été traité sans succès par les applications locales de chloroforme, suivant le procédé indiqué l'an dernier par M. Berière. Il ressort de l'histoire du malade que le développement du parasite a été la conséquence de l'absorption d'eau impure provenant des mares qu'on rencontre dans les environs du lac Tchad.

Chez le malade dont il est question, un phlegmon du pied s'étant produit à la suite d'une tentative d'extraction, des incisions multiples ont permis de constater que le ver atteint de 60 à 80 centim. de longueur, que loin de se pelotonner, dans le voisinage de l'orifice par lequel il fait issue, il s'étend en longueur dans le tissu cellulaire des membres.

Etude d'un cas de pustule maligne

MM. A. Chauffard et **L. Læderich** présentent l'histoire d'un cas de pustule maligne étudiée au point de vue de la clinique, de la bactériologie, de l'hématologie et de l'urologie.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, mégissier, qui entra le 4 mai 1901, à l'hôpital Cochin, porteur d'une pustule maligne tout à fait typique, siégeant sur le côté gauche de la nuque, et ayant débuté vingt-quatre heures auparavant. L'évolution de la période fébrile de la maladie a été très courte, de quatre jours seulement; mais l'élimination de l'eschare a demandé près d'un mois; elle a été retardée par la formation d'un abcès dû à des microbes d'infection secondaire.

Ce cas est surtout intéressant à comparer et à opposer à un cas d'œdème malin étudié l'année précédente par MM. Chauffard et Boidin (Soc. méd. des hôpitaux 17 juillet 1903).

Au point de vue clinique tout d'abord, tandis que dans le cas d'œdème malin les lésions charbonneuses locales avaient été minimes, et que l'état général avait été peu touché au début, mais qu'une septicémie toxique avait ensuite rapidement emporté le malade, dans ce cas de pustule, les lésions locales ont été bien plus importantes et les symptômes généraux, plus intenses au début, ont cédé en quelques jours.

Au point de vue bactériologique, tandis que, dans le cas d'œdème malin, il avait été facile de trouver la bactéridie charbonneuse dans la lésion locale et dans le sang, dans ce cas de pustule on n'a jamais pu déceler sa présence dans la sérosité des vésicules, ni par l'examen direct, ni par l'ensemencement, et l'ensemencement du sang est toujours resté stérile. Enfin l'inoculation de la sérosité au cobaye n'a produit qu'une phlyctène et une eschare d'aspect charbonneux au point d'inoculation, et n'a pas donné de septicémie. Ce résultat est très intéressant à noter, car les bactériologistes n'ont jamais pu produire cette eschare expérimentalement chez le cobaye, même en atténuant la virulence de la bactéridie charbonneuse.

La formule sanguine a été aussi beaucoup moins modifiée que dans le cas d'œdème malin; il n'y a pas eu de concentration du sang par l'œdème, et la leucocytose a été très modérée.

Enfin, les éliminations urinaires ont été plutôt exagérées, tandis qu'elles avaient été très diminuées dans le cas d'œdème malin.

En résumé, pustule maligne et œdème malin constituent deux types extrêmes de l'infection charbonneuse, complètement opposables par leur évolution clinique et par les réactions qu'ils déterminent.

Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France

M. Dopter (Val de Grâce). — Les cas jusqu'ici connus de dysenterie amibienne observés en France sont des cas d'importation, venus des colonies. Les foyers qui y sévissent (Toulon, Marseille, etc.) sont considérés comme stériles et n'ayant aucune propriété extensive.

Cette manière de voir est trop absolue, car M. Dopter a pu observer plusieurs cas de cette dysenterie, née en France par contagion, chez des soldats d'un régiment colonial de Paris, n'ayant jamais séjourné aux colonies, et qui ont contracté leur maladie au contact de dysentériques venant des pays chauds. Des faits que l'auteur présente, deux sont particulièrement nets et offrent toutes les garanties bactériologiques: présence d'amibes dans les selles, inoculation positive au chat, recherche du bacille négative et absence d'agglutination. Les mêmes constatations ont été faites sur les malades agents de la dissémination des amibes.

Ces faits, entourés de toutes les preuves étiologiques, sont à rapprocher d'une véritable épidémie de famille, provoquée par Jürgens sur des chats placés dans une même cage. Ils entraînent, par conséquent, la mise en vigueur des mêmes mesures prophylactiques que vis-à-vis de la dysenterie bacillaire, dont cependant le caractère est assurément plus marqué.

Pareilles constatations sont de nature à faire envisager le diagnostic étiologique de tout cas de dysenterie comme de la plus haute importance: le pronostic est diffé-

rent pour les deux formes de dysenterie; de plus, la dysenterie bacillaire seule est justiciable de la sérothérapie antidysentérique. Ce diagnostic s'établit par :

1° L'examen direct des selles fraîches (présence ou absence d'amibes).

2° L'isolement du bacille dysentérique.

3° L'agglutination (positive en cas de dysenterie bacillaire).

4° L'inoculation aux animaux.

Œdèmes aigus familiaux

MM. E. Apert et Delille. — On connaît, sous le nom de maladie de Quincke, ou œdème aigu circonscrit de la peau et des muqueuses, une curieuse affection caractérisée par l'apparition soudaine d'un œdème blanc et rénitent circonscrit, siégeant tantôt en un point du corps, tantôt en un autre, extrémités, membres, face ou tronc, tantôt même sur les muqueuses, lèvres, voile du palais, pharynx et larynx. La tuméfaction dure quelques heures, au plus quelques jours, puis disparaît jusqu'à la prochaine attaque qui peut revenir quelques semaines à quelques mois après.

Dans la plupart des cas, la cause de l'affection est inconnue. Mais il existe un certain nombre d'observations où le caractère familial de la maladie est incontestable. Dans la famille que nous avons observée, tous les mâles, au nombre de cinq, de deux générations successives, étaient atteintes, tandis que les six femmes ou filles de ces deux générations étaient indemnes; cette main-mise exclusive sur un sexe est, on le sait, fréquente, mais non constante, dans les affections familiales. Il existait, en outre, dans notre cas, une précession très nette d'une génération par rapport à la précédente ; dans celle-ci l'affection n'a jamais débuté qu'à l'âge adulte, tandis que dans la seconde génération, les sujets ont été atteints dès l'enfance. En outre, dans chaque génération, il y avait une precession du sujet puiné sur son frère aîné, de telle sorte que le frère, plus jeune de deux ans, par exemple, était atteint à vingt-huit ans, tandis que l'aîné l'était à trente, et ainsi pour tous les sujets ; la maladie a, par suite, éclaté en même temps chez tous les sujets d'une même génération.

La maladie variait un peu de forme selon les sujets; deux sujets, l'oncle et le neveux, avaient des crises terribles d'œdème de la glotte, si bien que l'un d'eux a été trachéotomisé à deux reprises, et ne peut plus se passer de la canule. Chez deux autres sujets, le père et le fils, la crise d'œdème s'accompagne presque constamment de courbatures, de malaise, de nausées allant jusqu'au vomissement. Dans l'intervalle des crises la santé est parfaite.

J. J.

Pour s'abonner au **BULLETIN MÉDICAL** *adresser un mandat-poste de 8 francs pour la France, et de 12 francs pour l'Étranger, à l'Administration du Journal*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. le prof. Reclus commencera ce cours le lundi 7 novembre 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

Chirurgie d'urgence et chirurgie journalière.

COURS DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE

M. le prof. G. Pouchet commencera ce cours le mardi 8 novembre 1904, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, la même heure.

Sujet du cours :

Etude des modificateurs de la nutrition.

Exercices pratiques de reconnaissance et de détermination des drogues simples et composées, étude de leurs propriétés toxiques et médicamenteuses, applications aux sciences médicales. Art de formuler.

Ordre du cours :

Mardi et samedi : Leçon théorique.

Jeudi : Conférences pratiques et interrogations.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

M. le prof. Gilbert commencera ce cours le jeudi 10 novembre 1904, à 5 heures (Petit amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Programme du cours :

L'art de formuler. Les médicaments d'origine végétale et animale.

Le cours de thérapeutique, commencé pendant le semestre d'hiver par le professeur, continué en été par l'agrégé, qui traitera des médicaments d'origine minérale, des eaux minérales et des régimes alimentaires, sera complet en huit mois.

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

M. le prof. Roger commencera son cours le mercredi 16 novembre 1904, à 5 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, la même heure.

Sujet du cours :

Les microbes pathogènes.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE

M. H. Morestin, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 3 novembre 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

Maladies chirurgicales de la tête et du cou

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE

M. le prof. Hutinel commencera ce cours le jeudi 10 novembre 1904, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies de l'appareil respiratoire.

COURS LIBRES

Autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1904-1905, par le Conseil de l'Université de Paris, le 25 juillet 1904.

Amphithéâtre Cruveilhier.

M. Lavaux. — Affections des voies urinaires. Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures (ouverture du cours : 3 décembre 1904).

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE

La médaille d'honneur des épidémies est décernée à la personne ci-après désignée:

Médaille de bronze

M. le Dr Robert, au Teil.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 25 octobre

Anatomie

Question : « Sacrum ».

17 Brocq — 16 Bouboure — 15 Mlle Bernchtein — 14 1/2 Baghdassariau — 14 Berthaud, Carnot, Beaussart, Béchade — 12 Baudry, Bompard — 11 Bourquelot — 10 Coucérès, Caubapé, Bedel — 9 Carrère — 8 Caillods — 6 Bellin du Coteau — 3 Azam, J. Chevalier.

Séance du 27

Anatomie

Question : « Le diaphragme, sans les rapports ».

17 Baisoin — 14 1/2 Boutin — 14 Chamard — 13 Bollach — 12 Bertier Fred. — 11 Bénard — 10 Bolot, Capot de Quinsac, Cœur — 9 Bobrie — 8 Bourgoin — 6 Cance, Bordeau de Fontenay.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 29 octobre, à 4 h. 3/4; suite des candidats de la 1re série de la 1re moitié de la liste.

CONFÉRENCES SUR LA RADIOTHÉRAPIE

Le Dr Leredde commencera le dimanche 30 octobre 1904, à 10 h. 1/2 du matin, dans le nouveau local de l'Etablissement dermatologique de Paris, 31, rue La Boëtie, une série de conférences sur les « applications de la radiothérapie » et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Dr Armand Fumouze (Paris).

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VIIe SESSION)

Tenu à Paris du 24 au 28 octobre 1904

Présidence de M. Cornil

TROISIÈME QUESTION

De l'obésité

M. Maurel (de Toulouse), *rapporteur*.

La question de l'obésité est aujourd'hui susceptible, non plus seulement d'une simple revue de travaux antérieurs, mais de conclusions suffisamment précises se dégageant de ces travaux Il ne sera question ici que de l'obésité qui relève de l'arthritisme, et nullement des diverses adiposités, localisées ou partielles.

On peut définir l'obésité *un des moyens employés par l'organisme pour éviter des inconvénients de la surnutrition*, et consistant en la mise en réserve, sous la formé du tissu adipeux réparti dans tout l'organisme, d'une quantité de corps gras dépassant sensiblement l'état normal.

A l'état normal, l'organisme contient environ 50 gr. de graisse par kilogr.; il faut donc, pour constituer l'obésité, que cette quantité soit sensiblement dépassée.

Il importe de distinguer la *suralimentation*, fonction de l'etat des organes digestifs, et la *surnutrition*, fonction des besoins de l'organisme.

La première reste limitée au sujet qui en est victime; la seconde se poursuit sur la descendance.

Le début de l'obésité peut être fixé à une *augmentation d'un dixième du poids normal*, celui-ci basé sur la taille, et quel que soit ce poids. Par exemple, l'homme de 1 m.60 a pour poids normal 60 kilogr.; s'il est arrivé à 66 kilogr., c'est qu'il a mis en réserve 6 kg. de corps gras qui, réunis aux 3 qu'il possédait déjà, font un total de 9 kilogr. Au delà de ce premier degré de l'obésité, on peut en admettre d'autres, marqués par des augmentations successives de 3, 5, 7, etc. dixièmes du poids normal. Les nombreux sujets qui entrent dans le premier degré de l'obésité réclament rarement nos soins; la gêne est plus grande dans le deuxième degré; le troisième degré, toujours pathologique, constitue souvent une infirmité; le quatrième degré, assez exceptionnel, peut, par l'altération de certains organes, mettre en danger la situation du malade.

L'obésité est une des manifestations des moins discutables de l'arthritisme. Mais l'arthritisme a une évolution régulière qui s'étend sur plusieurs générations; et c'est ainsi qu'on peut voir une famille robuste et sans tare au début, après avoir atteint tout son éclat avec la première et la deuxième génération, perdre peu à peu les qualités de ses ascendants et, après avoir payé un lourd tribut à la maladie pendant la troisième et la quatrième génération, s'éteindre avec la cinquième par l'infécondité, au milieu d'une déchéance organique, que désormais rien ne peut arrêter. Or, l'obésité peut apparaître dans plusieurs périodes de l'histoire de cette famille arthritique, avec l'âge mûr de la première génération, plus précocement et plus sûrement pendant les deux suivantes, parfois avec la quatrième, presque jamais dans la cinquième Suivant la période à laquelle elle appartient (constitution, résistance, déchéance), l'obésité revêt des formes variables. Mais il est important de savoir qu'elle appartient à l'ensemble des moyens qu'emploie l'organisme pour éviter ou retarder les inconvénients de la diathèse arthritique.

I. Pathogénie. — Dans tout organisme animal, à l'état d'équilibre, les excretas, pris dans leur ensemble ou isolément, sont égaux aux ingestas. Dans tout organisme dont le poids augmente, comme dans la croissance ou l'obésité, l'augmentation est toujours égale à l'excédent des ingestas sur les excretas.

Or, les corps gras contenus dans l'organisme, sous la forme de tissu adipeux, ne peuvent provenir que des substances organiques contenues dans les aliments. Mais ils peuvent provenir de chacune des trois catégories d'aliments, hydrate de carbone, corps gras et substances azotées. Cette transformation, démontrée par la large pratique de l'élevage et par l'expérimentation, peut encore être expliquée scientifiquement au point de vue clinique.

Les trois catégories d'aliments, malgré la diversité de leur composition chimique et de leur origine, ont, au point de vue de la calorification, une commune mesure, leur valeur en calories. *Un aliment vaut le nombre de calories qu'il donne*, c'est-à-dire, pour 1 gr. de ces aliments, à 5 calories pour les azotés, 9 calories pour les corps gras et à 4 calories pour les hydrates de carbone.

II. Etiologie. — Nos aliments servent à deux fins. Une partie, surtout les albuminoïdes, sert à réparer les substances constitutives usées; et une autre partie, surtout les ternaires, nous fournit le calorique. Un organisme ne pourra mettre en réserve une partie des substances organiques fournies par les aliments que si elles lui sont fournies en quantité supérieure à celle de ses besoins. *Il n'y a pas d'obésité sans surnutrition.*

On objectera qu'il y a des petits mangeurs qui sont obèses et que, au contraire, il y a des gros mangeurs qui restent maigres. Mais le prétendu petit mangeur peut très bien avoir une alimentation trop riche en calorique; et ce gros mangeur qui reste maigre va sans doute à la selle deux et trois fois par jour, n'ingérant pas ce qu'il ne digère pas : un nourrisson de Budin prenait beaucoup et maigrissait; on diminua la quantité de lait et le poids augmenta.

En réalité, tous les obèses, du moins au moment où ils ont commencé à le devenir, ont eu une alimentation qui dépassait la normale; et, d'ailleurs, tous les traitements de l'obésité qui ont donné de bons résultats conduisent tous à une alimentation insuffisante, rendant les dépenses supérieures aux recettes.

Pris dans de justes proportions, l'*alcool* est un aliment et sa valeur thermique, ajoutée à celle des autres aliments, peut favoriser l'obésité.

En revanche, la quantité d'*eau* ingérée n'a aucune influence sur l'engraissement des sujets (Debove et Flamant); elle n'augmente ni ne diminue le poids, parce que l'eau par elle-même n'a aucune valeur nutritive ou calorifique. Mais le régime sec fait diminuer le poids de l'obèse, soit en diminuant la quantité d'aliments ingérés, soit en gênant leur digestion, soit en rendant la nutrition moins active. Chez les cobayes, le régime sec a toujours fait diminuer le poids et d'une manière sensible; mais la perte de poids fut trop considérable pour être expliquée par la seule diminution, très réelle, des aliments ingérés, et il faut l'attribuer surtout à la perte des liquides, l'excrétion urinaire se maintenant, pendant les jours de régime sec, à un taux à peu près égal à celui des autres jours.

L'*hérédité* joue sûrement un rôle important dans la production de l'obésité, surtout si l'on considère comme de l'obésité ce que, d'une manière générale, on désigne sous le nom d'embonpoint, et qu'on regarde comme un signe d'une bonne santé.

L'obésité ne reconnaît pas une *influence ethnique* au sens propre du mot : il y a sûrement des nations (Chinois), des régions (Normands), qui comptent plus d'obèses que d'autres; mais cette plus grande fréquence dépend des conditions qui favorisent la surnutrition. Dans sa disposition géographique, comme dans le temps, l'obésité est liée à la surnutrition : elle naît, s'accroît, décroît, et disparaît avec elle.

Tardive chez le sujet exempt d'influence héréditaire, l'obésité se montre plus précoce dans les autres générations : il est rare qu'elle puisse apparaître chez l'enfant ou l'adolescent, sans qu'on l'ait constatée chez les ascendants.

La sédentarité et la surnutrition favorisée par la grossesse, le nourrissage et la ménopause, rendent l'obésité sensiblement plus fréquente chez la *femme* que chez l'homme.

L'influence des *professions* paraît se résumer, comme pour les autres causes de l'obésité, dans la comparaison des recettes et des dépenses. Elles n'interviennent dans la production de l'obésité qu'en augmentant les premières (boucher, charcutier, pâtissier) ou en diminuant les secondes (cordonnier, tailleur, comptable).

En passant dans un pays sensiblement plus chaud, l'homme qui ne diminue pas son alimentation est exposé à l'obésité; si celle-ci ne s'observe pas plus souvent dans ces conditions, c'est que la surali-

mentation entraîne des troubles digestifs et vient éviter la surnutrition.

La transformation des albuminoïdes et des glucoses en corps gras paraît être favorisée par une oxygénation insuffisante; tout porte à croire que cette transformation s'opère au sein du protoplasma de la cellule adipeuse.

III. Symptômes. — Au point de vue de l'expression symptomatique, il faut distinguer celle de l'*obèse* et celle de l'*obésité*. Parmi les symptômes présentés par l'obèse, beaucoup, en effet, ne dépendent pas de l'obésité, mais de la cause à laquelle l'obésité doit, au contraire, remédier. Par exemple, la gravelle, la goutte, l'artério sclérose et diverses scléroses viscérales s'observent fréquemment chez l'obèse. Mais on ne doit pas plus les considérer comme des conséquences de l'obésité, qu'on ne saurait considérer celle-ci comme une conséquence de ces affections.

En ne constituant la symptomatologie simplifiée de l'obésité qu'avec ce qui, vraiment, relève d'elle, on ne doit plus lui attribuer que les modifications suivantes :

1° La *gêne physique résultant de l'exagération du tissu adipeux* : gêne des déplacements, puis des mouvements eux-mêmes, notamment ceux des membres; obésité, infirmité.

2° La *diminution des dépenses de l'organisme* : les dépenses de l'obèse sont inférieures même à celles qui correspondent à son poids normal; cette diminution des dépenses tient à la diminution de la radiation cutanée due au tissu cellulo-adipeux sous-cutané, et aussi à la diminution des mouvements et des échanges nutritifs.

3° L'*adaptation de la section thoracique à la surface cutanée.* Chez l'obèse, la section thoracique suit la surface cutanée d'après cette loi, qu'il faut 4 centim. carrés de section thoracique pour 1 décim. carré de surface cutanée.

4° La *diminution de la quantité d'eau contenue dans l'organisme.* C'est là la modification la plus importante entraînée par l'obésité : *l'homme, comme l'animal, perd en eau ce qu'il gagne en corps gras.* Un homme de 60 kilogr., qui arriverait à 90 kgr., soit 33 kgr. de corps gras (36 %), n'aurait plus que 43 % d'eau, au lieu de 73 %. L'action des toxiques n'est pas en rapport avec la quantité contenue dans un organisme, mais avec le titre auquel le met la quantité d'eau que cet organisme contient.

IV. Diagnostic. — Les affections qui ont, avec l'obésité, le caractère commun de présenter une augmentation du tissu cellulaire sous-cutané sont, les unes *généralisées*, et les autres *localisées* ou *partielles*.

Parmi les premières, la *lipomatose*, le *myxœdème*, la *sclérodermie*, se distingueront facilement de l'obésité proprement dite.

Quant au adiposités localisées, elles ne peuvent être confondues avec l'obésité, puisqu'elles restent partielles. Telles sont les adiposités consécutives aux névralgies ou aux arthropathies, la maladie de Dercum, les pseudo-éléphantiasis névropathiques de Mathieu, les pseudo-lipomes diffus symétriques des membres inférieurs de Debove, l'adéno-lipomatose de Launois et Bensaude, l'adipose superficielle disséminée, etc.

Ce qui sépare très nettement ces formes d'adiposités localisées de l'obésité, c'est que dans celle-ci la cellule adipeuse reste dans son rôle physiologique, tandis que ses modifications dans les adiposités localisées sont toujours d'ordre pathologique. Dans l'obésité, la cellule adipeuse met le corps gras en réserve, mais elle le tient à la disposition de l'organisme ; elle reste ainsi dans son rôle d'organe régulateur. Dans les adiposités localisées, surtout les circonscrites, il en est tout autrement : la cellule adipeuse conservera ses corps gras, même si l'organisme en a besoin ; la cure d'amaigrissement est sans action sur elle.

V. Pronostic. — Là encore il faut distinguer, parmi les accidents signalés chez l'obèse, ceux qui doivent être attribués à l'obésité et ceux qui, au contraire, dépendent de la cause dont l'obésité n'est elle-même qu'une manifestation.

Les degrés avancés de l'obésité ou celle des dernières périodes de l'arthritisme abrègent l'existence; par la diminution des liquides de son organisme, l'obèse constitue un terrain de moindre résistance, plus sensible aux intoxications, auto-intoxications et infections.

C'est pourquoi Pauchet soumet à une cure d'amaigrissement préalable toute femme adipeuse qu'il doit opérer, la considérant comme un terrain chirurgical médiocrement favorable.

VI. Traitement. — Puisque l'obésité naît de la surnutrition, elle doit disparaître avec l'insuffisance de l'alimentation. Une fois constituée, quelle qu'en ait été la cause, elle ne peut disparaître que par cette dernière.

L'alimentation peut être rendue insuffisante par deux méthodes : en augmentant suffisamment les dépenses de l'organisme, l'alimentation restant la même; ou bien en faisant descendre l'alimentation elle-même au-dessous des dépenses.

A. — Pour *augmenter les dépenses* de l'organisme on peut:

1° *Augmenter le travail mécanique.* Mais les *exercices*, quels qu'ils soient, en n'envisageant que leur travail mécanique, et en admettant qu'ils soient répétés tous les jours et pendant un certain temps, ne peuvent guère procurer qu'un surcroît de dépenses de 25 calories.

2° *Augmenter les pertes en calories faites par la surface cutanée.* Déplacements par les exercices habituels ou à l'aide des nouveaux moyens de locomotion (bicyclette, automobile), ventilation, douches froides, bains froids avec ou sans déplacements, etc. Parmi tous ces moyens proposés, la *ventilation*, expérimentalement, sur des grenouilles, entraîne des surcroîts de dépenses considérables; pratiquement, il reste à savoir ce qu'elle produira si on l'emploie méthodiquement au moyen de la bicyclette ou de l'automobile, par exemple. D'autre part, les *bains froids*, avec déplacements, et dans les conditions où on les prend sur nos plages ou dans nos cours d'eau pendant nos étés, pourraient donner des résultats sérieux.

3° *Soustraire à l'organisme des substances organiques ingérées ou absorbées, avant leur complète utilisation.* Les *purgatifs*, même à dose laxative, ne sauraient constituer la base du traitement de l'obésité ; la *médication thyroïdienne* a une action incontestable, mais s'est montrée parfois très dangereuse; il y a lieu de la soumettre à nouveau à l'expérimentation sur des animaux préalablement rendus obèses ; les *eaux minérales*, purgatives et laxatives, sont, les premières, peu efficaces et, les secondes, à surveiller comme troublant les phénomènes de la digestion ; les alcalines peuvent rendre des services aux obèses pléthoriques et les chlorurées sodiques aux obèses lymphatiques ; mais les deux ne peuvent être considérées que comme des adjuvants, n'allant pas sans le dosage de l'alimentation; les *agents physiques* (massage, mécanothérapie, électricité) semblent rendre des services aux obèses, mais moins en diminuant leur tissu adipeux qu'en redonnant de la souplesse à leurs articulations et en activant leur circulation. L'*enlèvement chirurgical des corps gras* (seins, pannicule adipeux abdominal) restera toujours d'une application tout à fait exceptionnelle.

Quoique tous ces procédés destinés à augmenter les dépenses de l'organisme soient conseillés par tous ceux qui ont formulé un traitement ayant réussi contre l'obésité, tous, de propos délibéré ou à leur insu, en sont arrivés à l'insuffisance de l'alimentation.

B. — Pour *diminuer les recettes* de l'organisme, divers régimes ont été proposés qui, tous, sont insuffisants si l'on considère qu'une alimentation vaut le nombre de calories qu'elle donne et que, d'une manière moyenne et approximative, les besoins de l'organisme équivalent à 2500 calories.

Dancel institue le régime sec dans toute sa rigueur. Le régime Harvey-Banting augmente sensiblement les azotés, mais compense fortement cette augmentation en diminuant fortement les hydrates de carbone et les corps gras. Le régime d'Ebstein augmente les corps gras afin de tromper la faim et la soif de l'obèse et de pouvoir ainsi le conduire à supporter plus facilement la diminution de l'alimentation, seule véritable cause de l'amaigrissement. La cure de terrain d'Œrtel ne joue qu'un rôle secondaire, au point de vue de l'amaigrissement, par rapport à l'alimentation insuffisante. Bouchard donne 1250 gr. de lait et 5 œufs en 5 repas; toute autre boisson et tout autre aliment sont supprimés.

Dans tous ces régimes insuffisants, il convient de s'assurer qu'on fournit à l'organisme une quantité d'azotés suffisante pour remplacer ceux dépensés, c'est-à-dire environ 1 gr. 50 par kilogr., soit 100 gr. pour un homme de 65 kilogr. Ce n'est que lorsque les corps gras mis en réserve se rapprochent de leur épuisement, et surtout quand ils sont épuisés, que l'organisme demande à ses albuminoïdes les calories dont il a besoin. D'une manière très générale, on peut évaluer la quantité de corps gras soustraite à l'organisme par une alimentation insuffisante en calculant la différence entre la quantité totale de calories nécessaires à l'organisme et celle qui est fournie par les aliments.

Le massage et les bains agissent surtout par l'association avec une alimentation réduite.

Debove a remarqué que la réduction de l'alimentation est mieux supportée quand on s'adresse à ce qu'il appelle la matière vivante, soit les légumes *frais* et la viande *crue*.

Toutes les opinions sont donc unanimes sur le principe de l'alimentation insuffisante, à l'exception de Leven, qui pense que l'obèse doit maigrir en mangeant à sa faim, en buvant à sa soif, sans surmenage physique, et que, d'autre part, tout aliment peut provoquer l'obésité, lorsqu'il est indigeste, quelle que soit sa valeur calorifique ou sa formule chimique. Pour cet auteur, l'obésité dépend toujours de la dyspepsie; pour faire disparaître l'obésité, il suffit de guérir la dyspepsie. Mais M. Maurel fait observer que, malgré leurs troubles digestifs, fréquents, il est vrai, les dyspeptiques obèses ont toujours absorbé une quantité d'aliments, indigestes ou non, supérieure à leurs besoins. Manger à sa faim, c'est s'exposer presque sûrement à manger trop.

Ayant ainsi analysé les divers traitements proposés contre l'obésité, M. Maurel essaye de préciser les règles qui doivent présider à tout traitement rationnel.

1° Le régime de l'obèse doit être basé sur son *poids normal*, et cela quel que soit son poids réel.

2° Il faut tenir compte de la *température ambiante*, de l'*âge* (chez le nourrisson, les règles sont différentes de celles de l'adulte), du *sexe* (la stérilité de la femme peut disparaître avec le traitement de l'obésité; on peut traiter la femme enceinte, mais non la nourrice).

3° La réduction de l'alimentation doit être d'autant plus marquée que l'obésité est plus avancée, c'est-à-dire d'environ 1, 2, 3, 4 dixièmes suivant que l'obésité est au premier, deuxième, troisième ou quatrième degré.

4° Malgré ces réductions, les azotés doivent rester normaux.

5° La réduction doit porter exclusivement sur les ternaires, corps gras et hydrates de carbone à la fois.

6° Les urines de l'obèse ne doivent pas descendre au-dessous de 15 gr. par kilogr. de son poids normal. La notion de quantité et de densité des urines réglera la quantité des liquides ingérés en nature qui peut être autorisée, sans qu'il soit besoin de recourir au régime sec.

7° La durée du traitement ne doit pas être moindre de six mois : la perte de poids moyenne ne doit guère dépasser, au maximum, 125 gr. par jour. A cette condition, les organes de l'obèse, qui s'étaient adaptés à de nouveaux besoins et, parfois, avaient subi de véritables modifications matérielles, retourneront à un fonctionnement normal sans secousse, d'une manière graduelle et sûrement sans inconvénient.

8° La perte de poids est fixée par la différence entre le nombre de calories représentant la ration du poids normal de l'obèse et la valeur également en calories des aliments qu'il reçoit, cette différence étant elle-même évaluée en corps gras.

9° Des interruptions dans le cours du traitement pourront être prescrites, par exemple en raison de la flaccidité de la peau.

10° On ne doit pas toujours chercher à ramener un obèse à son poids normal : après quinze ou vingt ans d'obésité, on ne peut demander, à des organes dont la vitalité est sûrement diminuée, de redevenir jeunes en moins d'un an.

En pratique, M. Maurel donne la préférence au *régime lacté*, dont le dosage peut se faire très simplement : si l'on veut donner 1200, 1500, 1800 calories, il suffira de donner 1 lit. 200, 1 lit. 500, 1 lit. 800 de lait.

Pour connaître le nombre de calories qu'il convient de donner, il suffit de calculer la ration en calories correspondant au poids normal (pour 65 kilogr., 2180 calories), dont on soustrait le poids, transformé en calories, de la graisse qu'on veut faire chaque jour : pour obtenir une réduction quotidienne de 50 gr. de graisse, il faut soustraire $50 \times 9 = 450$, puisque chaque gramme de graisse donne 9 calories. Dans l'exemple envisagé, il faudra donc donner $2180 - 450 = 2030$ calories, soit 2 litres de lait, chaque litre sucré à 60 grammes.

En outre de la simplicité du calcul, le régime lacté présente, chez l'obèse, de nombreux avantages : facile à appliquer par le malade qui n'est pas astreint à peser tous ses aliments, il diminue l'infection intestinale, ménage les organes urinaires fatigués, allège le cœur par la diurèse qu'il produit, combat la dilatation de l'estomac et de l'intestin, etc...

On se trouvera bien parfois de ne prescrire que de courtes *périodes lactées*, de quatre à cinq jours, séparées par des périodes de régime ordinaire.

Avec le *régime ordinaire*, le dosage de l'alimentation est moins facile, d'abord pour le médecin, mais surtout pour le malade. Toutefois, on se souviendra que si l'on supprime certains éléments de la ration-type (2435 calories) d'un homme de 65 kilogr. pendant les saisons intermédiaires de nos climats, on obtient les réductions suivantes :

1° La suppression du vin enlève 280 calories ; celle des légumes aux deux repas 290 calories, soit un total de 570.

2° Le remplacement du premier déjeuner par un simple café noir, enlève 170 calories.

3° Enfin, en ramenant à 150 gr. de pain les deux repas à 100 gr., on obtient une nouvelle réduction de 240 calories.

De sorte que le régime suivant ne vaut que 1430 calories :

1er *déjeuner* : café noir, sucré à 10 gr.

2e *déjeuner* : 100 gr. de viande ou de poisson, ou 2 œufs, 30 gr. de fromage et 100 gr. de fruits frais.

Dîner : 100 gr. de pain, potage, 100 gr. de viande ou de poisson, 30 gr. de fromage et 100 gr. de fruits frais.

La suppression du fromage permettrait de conserver 50 gr. de légumes ; et la suppression du potage permettrait la conservation de 30 centilitres de vin.

Parmi les moyens propres à augmenter les dépenses qu'on peut adjoindre à l'alimentation insuffisante ainsi réglée, M. Maurel ne retient guère que la bicyclette, l'automobile (exercice, sudation, ventilation), et la natation sous forme de bains froids.

M. Le Noir (de Paris), *co-rapporteur.*

Pour définir l'obésité, il faudrait pouvoir distinguer l'embonpoint normal de l'hypertrophie pathologique du tissu cellulo-adipeux. On a proposé, à cet effet, de comparer le poids de l'individu observé au poids qu'il devrait avoir s'il était normal. Mais il n'existe pas de formule simple nous donnant le poids normal pour chaque taille ; et, d'ailleurs, le poids varie, non seulement avec le développement de la graisse, mais encore avec l'état du squelette et du tissu musculaire. Ce qu'il faut prendre comme unité, c'est, d'après Bouchard, le *kilogramme d'albumine fixe*, c'est-à-dre l'albumine des muscles et des organes, à l'exclusion des os, de la graisse, des aponévroses, à l'exclusion même de l'albumine circulante du sang ou de la lymphe. M. Bouchard compare l'homme à un cylindre ayant pour hauteur la taille de l'individu, pour volume le volume de l'individu, pour masse la masse de l'individu, son nombre de kilogrammes, et il considère ce cylindre comme constitué par la superposition d'un certain nombre de tranches de 1 décimètre de hauteur. Cette fraction de cylindre a pour formule P/H et constitue le « segment anthropométrique ». On peut, par une série de calculs, établir la composition de ce segment anthropométrique et en déduire les proportions d'eau, de matières minérales, de graisse, d'albumine fixe, dont il est formé et, par conséquent, connaître la composition du corps.

Ainsi pourra-t-on comparer un obèse à l'homme qu'il devrait être s'il était nor-

mal, et distinguer la corpulence de l'adiposité.

La *corpulence* est le rapport entre le poids du corps d'un sujet et le poids du corps d'un homme moyen de même taille.

L'*adiposité* est le rapport entre la quantité de graisse renfermée dans le corps d'un individu et la quantité que contiendrait le corps d'un sujet de même taille, supposé normal.

La corpulence et l'adiposité varient d'ordinaire dans le même sens, mais non pas d'une manière proportionnelle. A chaque taille correspond une adiposité normale, mais il ne nous est pas encore possible de dire à quel degré d'adiposité commence l'obésité.

Dans l'obésité, il se produit deux faits importants au point de vue de la régulation thermique, mais deux faits qui agissent en sens opposé. D'une part, la graisse, en se développant, augmente le poids du corps et, par suite, la surface corporelle, d'où une plus grande tendance de l'organisme à perdre du calorique et, par suite, à détruire de la matière. D'autre part, l'accumulation de la graisse, en restreignant les pertes de chaleur, produit un effet inverse et tend à diminuer l'excitation catalytique, augmentée par le développement de la surface corporelle. Dans quelle mesure ces deux effets se contrebalancent-ils? C'est ce qu'il est difficile d'apprécier.

Ce qui doit nous préoccuper surtout, c'est moins de compléter les notions de nosographie que d'acquérir des données positives sur la pathogénie de l'obésité, et de savoir de façon certaine pourquoi et comment l'on devient un obèse.

C'est une notion classique, depuis les travaux de Benecke et de Bouchard, de considérer l'obésité comme une maladie arthritique et de la faire entrer dans le cadre des maladies dues à un ralentissement de la nutrition.

L'étiologie nous apprend que tous les obèses ne sont pas des gros mangeurs. La qualité (abus des aliments gras), pas plus que la quantité excessive de la masse totale des aliments ingérés ne suffit à expliquer tous les cas où se développe l'obésité. Bien plus, l'embonpoint excessif se voit fréquemment chez des sujets qui présentent des troubles dyspeptiques (Leven), et qui, par suite, élaborent mal les aliments; on a pu extraire jusqu'à 100 et 110 gr. de graisse des matières fécales de certains obèses.

A côté de ce vice dans l'élaboration qui rend la graisse moins facilement utilisable, il existe d'autres circonstances où c'est l'organisme lui-même qui semble avoir perdu en partie le pouvoir d'utiliser les graisses : la sédentarité, le passage de la vie active à la vie oisive et au repos, l'alcoolisme, les anémies, la chlorose, la grossesse, l'allaitement, la ménopause, la convalescence des maladies aiguës sont des facteurs étiologiques fréquents de l'obésité qui modifient la nutrition en diminuant son activité.

La part qui revient au système nerveux dans la genèse de l'obésité est très évidente : adiposités localisées à la suite de névralgies prolongées et dans les régions paralysées, maladie de Dercum, etc., etc...

Entre la maladie de Dercum et certaines variétés d'obésité vulgaire, il n'existe peut-être pas de démarcation bien tranchée.

L'obésité est souvent héréditaire; mais on hérite surtout de l'aptitude aux maladies par ralentissement de la nutrition, en particulier au diabète.

La clinique et l'étiologie nous apprennent pourquoi on devient obèse, mais la physiologie et la chimie peuvent, seules, nous montrer comment on le devient. La graisse provient de l'alimentation; quelle que soit son origine, elle se dépose dans les tissus où elle restera en réserve jusqu'à ce que les besoins de l'organisme nécessitent son utilisation. Elle ne peut se remettre en circulation que sous l'influence d'un ferment spécial, non figuré, très stable, la lipase (Hanriot). C'est probablement dans quelques-unes des glandes à sécrétion interne (thyroïde) que s'élaborent ces ferments qui solubilisent la graisse, le système nerveux agissant sur ces glandes pour exciter ou ralentir la sécrétion des ferments.

Il n'y a pas une obésité, mais des obésités, pour la pathogénie desquelles on peut admettre quatre processus différents : insuffisance des ferments hydratant ou saponifiant, oxydant, glycolytique, et surabondance du ferment hydratant de l'albumine.

Ces différents processus pathogéniques expliquent les associations morbides les plus fréquentes de l'obésité : lithiase biliaire, azoturie, diabète, etc.. Il existe une famille morbide à laquelle appartient certainement l'obésité, à laquelle appartient aussi le diabète. La parenté étroite, qui unit, dans cette famille, plus particulièrement le diabète à l'obésité, fait penser que le même principe morbide doit se trouver à leur commune origine.

DISCUSSION

M. Linossier. — M. Maurel conclut que toute obésité est causée par la surnutrition. Mais c'est là l'obésité physiologique, celle des animaux engraissés par les éleveurs. L'état pathologique commence précisément quand la quantité de graisse accumulée dans l'organisme cesse d'être en rapport avec les aliments ingérés. C'est pourquoi, au point de vue clinique, on ne peut définir l'obésité par rapport au poids.

Il y a, non pas une, mais des obésités; et, contrairement au rapporteur, M. Linossier pense que nous ne sommes pas encore en état de clore l'instruction ouverte sur leur pathogénie : par exemple, nous n'avons pas encore déterminé le rôle exact qui revient à la glande thyroïde.

M. Javal (de Paris) diffère un peu de l'avis des rapporteurs sur la part qu'il faut attribuer à la graisse dans l'augmentation de poids chez l'homme et chez les animaux. En même temps que la graisse augmente, l'organisme fixe une quantité d'eau et d'albumine qui n'est pas négligeable, et il est trop schématique d'admettre, pour calculer les rations d'entretien, qu'un homme de 60 kilogr. qui atteint un poids de 66 kilogr. a accumulé 6 kg. de graisse dans ses tissus. Ce que cherchent les éleveurs, c'est l'augmentation des albuminoïdes, c'est-à-dire des masses charnues comestibles; si la graisse augmente en même temps, c'est là un résultat non voulu; mais si l'animal engraissé ne gagnait que de la graisse, il n'y aurait aucun profit pour l'éleveur.

Le traitement thyroïdien a ceci de particulier que la perte de poids qu'il entraîne porte exclusivement sur les albuminoïdes, et non sur la graisse : dans un cas, publié avec M. Widal, le bilan de l'azote, rigoureusement établi chez un malade soumis à la médication thyroïdienne, a bien montré cette action exclusive sur les albuminoïdes. On s'explique ainsi le danger des préparations thyroïdiennes chez les obèses, puisqu'elles ne font maigrir qu'au détriment des albuminoïdes et en respectant les corps gras. Chez les myxœdémateux, il sera bon d'arrêter le traitement thyroïdien lorsque, la substance colloïde ayant disparu, l'action de la thyroïde ne pourrait plus porter que sur les albuminoïdes.

Les rapports qui existent entre l'obésité et l'hydratation des tissus sont éclairés par l'action de la déchloruration, laquelle peut produire une diminution de poids de 1 à 2 kilogrammes. Ainsi, le régime lacté à dose suffisante peut entraîner une perte de poids réelle, mais pas perte d'eau. Mais, en ce qui concerne la sudation forcée, telle qu'on la pratique dans les bains de vapeur, la diminution de poids de 1 ou 2 kilogr., qu'elle peut également entraîner par perte d'eau, est très éphémère : en même temps que l'eau, le sujet n'a pas perdu une quantité correspondante de NaCl, si bien que l'eau ingérée tend à se fixer dans ses tissus, grâce à la concentration saline; dès le premier ou le second repas qui suit le bain de sudation, le sujet a retrouvé son poids antérieur. Ainsi, pourrait-on être conduit à supprimer le sel de l'alimentation des obèses, à l'inverse de ce que font les éleveurs, donnant du sel aux animaux qu'ils veulent engraisser.

M. Leven (de Paris). — Tous les obèses sont dyspeptiques. Mais n'est pas dyspeptique le malade seul qui a de la gastralgie ou des éructations, du pyrosis ou des vomissements. Celui-là encore est dyspeptique qui a des symptômes tels que la dyspnée, la toux, la somnolence, les baillements consécutifs aux repas, etc.; celui-là aussi est dyspeptique qui peut n'avoir que de la douleur à la pression de l'épigastre. Il faut donc bien rechercher la dyspepsie avant de nier son existence. Le traitement de la dyspepsie seul permet de faire maigrir le plus grand

nombre des obèses, en les laissant manger à leur faim des aliments d'une digestion facile, en les laissant boire de l'eau et sans leur imposer un surmenage physique.

Chez deux malades obèses, atteints de diarrhée chronique depuis plusieurs années, le poids continuait à s'accroître, malgré la diarrhée. Le traitement de l'entérite a suffi pour faire diminuer le poids. Il semble qu'il existe un appareil nerveux régulateur du poids, capable d'expliquer l'accumulation anormale de la graisse dans l'obésité.

L'obèse doit maigrir lentement: lorsqu'il maigrit trop rapidement, pendant une cure d'amaigrissement classique, son poids diminue plus par déshydratation, dont on oublie trop les dangers, que par la perte de kilogrammes de graisse. Un traitement convenable ne doit faire maigrir l'obèse que de 3 à 4 kilogr. au maximum par mois.

M. Maurel, d'accord avec M. Leven sur la nécessité d'un traitement lent de l'obésité, en revanche, ne peut admettre qu'avec peine que des aliments indigestes, c'est-à-dire mal absorbés, puissent engraisser.

M. Maurel remercie M. Javal des quelques additions qu'il a apportées à son rapport; il reconnaît avoir un peu schématisé pour la pratique, ses calculs concernant l'équilibre entre l'eau et les corps gras. Il serait plus juste de dire que c'est le kilogramme d'obèse qui a moins d'eau, quand la graisse diminue.

A M. Linossier, qui regrette que le rapport soit une étude plutôt physiologique que pathologique, M. Maurel répond qu'à dessein il n'a pas voulu étudier l'obèse, qui est un malade, mais l'obésité, qui est un acte physiologique.

(A suivre.)

Pierre Roy.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(7e session)

Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies totales

M. R. Proust (Paris), *rapporteur.*

Les ablations de la prostate, qu'elles soient dirigées contre l'hypertrophie simple ou contre le cancer de cet organe, se pratiquent actuellement par deux voies : la *voie périnéale* et la *voie transvésicale*. Elles sont *partielles* ou *totales*. Les *prostatectomies partielles* étant à peu près complètement abandonnées aujourd'hui, nous ne nous y arrêterons pas. Il ne s'agira donc, dans ce qui suit, que des prostatectomies totales.

Prostatectomies totales. — Elles peuvent se faire par deux voies, la voie basse et la voie haute, par le périnée ou par la vessie : *prostatectomie périnéale, prostatectomie transvésicale.*

1° **Prostatectomie périnéale.** — Il a été publié, ou plutôt mentionné, à l'heure actuelle, 813 observations avec 58 morts post-opératoires, soit une mortalité globale de 7,13 % (en comptant comme mort opératoire toute mort survenue dans le mois qui a suivi l'opération).

En analysant les observations, on voit qu'en somme les cas dans lesquels la prostatectomie périnéale se trouve entraîner directement la mort sont l'exception : l'hémorragie grave est très rare, le shock n'est signalé que trois fois, l'infection rapide qu'une fois et l'infection lente que trois fois. Ce faible coefficient de gravité opératoire directe est d'autant plus intéressant à noter qu'il y a quelques années encore on considérait cette opération comme redoutable. Elle peut passer aujourd'hui, on le voit, pour une des plus bénignes de la chirurgie urinaire.

Mais, comparativement à la rareté des morts précoces, il convient d'attirer l'attention sur la fréquence des *morts tardives* (accidents cardiaques ou pulmonaires, embolie cérébrale, néphrite, etc.). Elles dépendent, le plus souvent, des conditions fâcheuses dans lesquelles on opère encore habituellement les malades.

Mais la mortalité n'est pas le seul facteur à envisager dans le pronostic; il faut aussi tenir compte des *complications post-opératoires*, temporaires ou permanentes, qu'on trouve signalées dans un certain nombre d'observations.

En dehors des complications d'ordre général — infection de la plaie, hémorragies secondaires — qui sont rares et qui, en cas de guérison, laissent peu de traces, il y a trois sortes de complications possibles, spéciales à la prostatectomie périnéale et qui tiennent au terrain même sur lequel elle s'exécute. Ce sont les lésions du rectum et des troubles ou accidents de l'appareil urinaire et de l'appareil génital.

a) *Complications rectales.* — Le rectum est parfois blessé au cours de l'opération, ou, s'il n'est pas franchement ouvert, il peut être dénudé de trop près. Par l'un ou l'autre de ces mécanismes il s'établit une fistule recto-urétro-périnéale d'abord, recto-urétrale ensuite, lorsque la plaie périnéale s'est cicatrisée. L'apparition de cette fistule se fait souvent tardivement. Il faut, d'ailleurs, se hâter d'ajouter que la blessure du rectum n'entraîne pas fatalement la production d'une fistule; immédiatement suturée, elle peut guérir sans laisser de traces.

b) *Complications urinaires.* — Ce sont, surtout, les fistules uro-périnéales, l'incontinence d'urine, les difficultés ultérieures du cathétérisme.

Les fistules uro-périnéales, signalées avec une fréquence variable suivant les statistiques, sont souvent réduites à peu de chose; c'est, néanmoins, une infirmité qu'il faut chercher à éviter en soignant particulièrement l'incision de l'urètre et le drainage cysto-périnéal.

Au point de vue de l'incontinence, c'est la temporaire qui est la plus fréquente; c'est une incontinence par *insensibilité*; elle disparaît, en général, très rapidement, mais, exceptionnellement, elle peut durer des mois et parfois même persister indéfiniment.

Quant aux difficultés ultérieures du cathétérisme par suite de production de condure ou de rétrécissements, elles sont peu importantes et rares.

c) *Complications génitales.* — La déchéance génitale est presque la règle. La prostatectomie périnéale, telle qu'on la pratique aujourd'hui (avec hémisection et ouverture de l'urètre) amène, en effet, presque infailliblement la lésion des canaux éjaculateurs. Non seulement les éjaculations sont supprimées, mais il en est encore de même des érections. Il semble que les canaux éjaculateurs fassent partie d'une « zone érectogène » d'où part un des réflexes nécessaires à l'érection. C'est pour respecter cette zone des canaux éjaculateurs que Young a proposé son ingénieux procédé de *conservative prostatectomy* qui consiste à réserver tout le long de la paroi postérieure de l'urètre une bande de tissu prostatique, large de 1 centimètre et demi à peu près, contenant dans son épaisseur les canaux éjaculateurs. De la statistique de Young il résulte que son procédé, sans éviter sûrement la déchéance génitale, l'entraîne moins fréquemment que les autres méthodes de prostatectomie périnéale.

Au point de vue de la miction, c'est dans la *rétention complète chronique* que les résultats de la prostatectomie périnéale sont le plus frappants. Des malades qui n'urinaient plus depuis des années ont des mictions faciles et spontanées. Cela tient à ce que les malades, obligés, avant leur opération, de se sonder régulièrement, ont une vessie qui n'est pas dégénérée; une fois l'obstacle enlevé, elle retrouve sa contractilité, plus ou moins complètement, il est vrai. Inversement, dans la *rétention incomplète chronique*, on rencontre habituellement des vessies forcées et dégénérées; aussi les insuccès de la prostatectomie sont-ils fréquents dans cette catégorie de cas.

Les *troubles congestifs* de la première période du cathétérisme sont naturellement grandement améliorés par la prostatectomie; de même les *difficultés du cathétérisme* tenant aux prostates très développées; les *hémorragies* enfin, ne se reproduisent pas après l'opération.

Quant aux calculs, leur ablation est aisée au cours de la prostatectomie et surtout l'opération en rend la récidive peu probable (quoique la production de calculs secondaires ait été signalée).

Pour ce qui est de l'*influence de la prostatectomie sur l'état général*, en même temps que l'état local s'améliore, une transformation complète de l'état général suit, dans la majorité des cas, la guérison opératoire: les malades se désin-

toxiquent progressivement et cette modification se traduit par une augmentation de poids souvent considérable; « les malades, dit Voinelle, ont l'air de vieillards gaillardis et rajeunis ».

2° **Prostatectomie transvésicale** — La prostatectomie transvésicale, ou opération de Freyer, peut s'exécuter suivant deux types distincts, suivant qu'on fait une extirpation totale de la prostate avec la portion du canal qui la traverse ou qu'on se contente d'une extirpation subtotale, d'une énucléation para-urétrale de la glande. La gravité de ces deux opérations n'est certainement pas la même, et la seconde constitue l'opération de choix. Aussi est-il fâcheux que la distinction entre ces deux opérations ne soit pas observée dans les différentes statistiques.

M. Proust a relevé 244 observations de prostatectomie transvésicale avec 29 morts, soit une *mortalité* de 12 %, coefficient notablement supérieur à celui de la prostatectomie périnéale. Cette gravité supérieure tient, semble-t-il, à trois causes: 1° la prostatectomie transvésicale est moins réglée et comporte plus d'aléas que la périnéale; 2° le drainage sus-pubien est moins efficace que le drainage cysto-périnéal; 3° la plaie opératoire est en contact avec l'urine, tandis que, après la prostatectomie périnéale, la plaie opératoire est, dès le début, extériorisée du fait du drainage cysto-périnéal. Or, en fait, dans la statistique des cas de mort, on voit que celle-ci est causée souvent par des accidents infectieux ayant leur point de départ dans la zone opératoire.

Par contre, les *complications post-opératoires* sont infiniment plus rares après la prostatectomie transvésicale qu'après la périnéale : la blessure du rectum n'est jamais signalée; il n'y a pas d'incontinence d'urine; la persistance de la fistule sus-pubienne est absolument exceptionnelle; la puissance génitale est habituellement conservée.

Comme *résultats thérapeutiques*, la prostatectomie transvésicale présente une efficacité égale, sinon supérieure, à celle de l'hypertrophie, de la prostatectomie périnéale. Elle raccourcit, en effet, l'urètre plus encore que cette dernière opération.

Après avoir étudié les résultats de la prostatectomie appliquée au traitement de la prostate, il nous reste à savoir ceux qu'elle a donnés dans la thérapeutique des *tumeurs malignes de la prostate* : cancers et sarcomes.

De tout temps, trois traitements ont été opposés aux tumeurs malignes de la prostate: l'énucléation, les résections partielles, les prostatectomies totales, et tous trois sont des formes de prostatectomie. Comme pour les hypertrophies, il suffit d'envisager l'extirpation totale de la prostate, seule intervention rationnelle.

La question est assez complexe. Il y a, en effet, — laissant de côté les tumeurs de l'enfance — deux catégories parmi les tumeurs malignes qui relèvent de l'intervention chirurgicale. Dans certains cas on opère, ou, plutôt, on croit opérer une hypertrophie simple, et l'examen microscopique, ou même la récidive *in situ* viennent prouver le caractère malin de cette hypertrophie. Dans d'autres cas, on opère *ce que l'on sait* être un cancer et on intervient alors, non pour améliorer des troubles urinaires, mais pour supprimer un foyer de tumeur maligne.

Sarcome. — Le sarcome est peut-être, des diverses formes de tumeur maligne, celle dont l'extirpation a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. Les cas de Socin, Burckhardt (survie de cinq ans et demi), Mac Gowan (survie de quatre ans) tendraient à le prouver. Malheureusement, l'indolence fréquente du sarcome en rend le diagnostic bien difficile au début. Il en est tout autrement des sarcomes de l'enfance, qui se signalent, dès le début, par des douleurs, mais qui, malheureusement, semblent être presque tout de suite inopérables.

Cancer primitif. — Il se présente sous deux formes: *cancer diffus* (*carcinose prostato-pelvienne* de Guyon), à l'évolution duquel nous assistons impuissants, et *cancer limité* à la prostate. Celui-ci peut lui-même se présenter sous deux formes: *cancer ayant envahi la totalité de la prostate* — qui est alors volumineuse et bosselée — et *noyau cancéreux* dur, isolé au sein du parenchyme glandulaire. Dans le premiers cas, la prostatectomie ne retarde que de bien peu la cachexie et est promptement suivie de récidive. Dans le second cas, on a obtenu des survies plus prolongées. Il faut cependant savoir qu'une forme spéciale de carcinome très malin, donnant lieu à des métastases osseuses (carcinome ostéoplastique de Recklinghausen) se distingue justement par le peu de volume de la prostate.

C'est dans les *cancers greffés sur une hypertrophie* (*épithélioma adénoïde* d'Albarran et Hallé) qu'on a obtenu les succès les plus nombreux, et il est permis d'en espérer davantage encore lorsque l'opération s'exécutera de meilleure heure.

INDICATIONS DES PROSTATECTOMIES TOTALES DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Pour formuler ces indications, on doit se baser sur : l'évolution du prostatisme, sur l'état de la vessie et, dans certains cas, sur l'existence de complications.

a) *Indications tirées de l'évolution du prostatisme.* — A quel moment convient-il d'opérer une hypertrophie prostatique? L'opération trop précoce a un inconvénient grave : c'est qu'elle entraîne, avant l'heure, la déchéance génitale. D'autre part, il est également mauvais de n'opérer qu'à la troisième période chez les malades ayant la vessie forcée présentant de la rétention avec distension. C'est donc pendant la seconde période du prostatisme, alors que les troubles *congestifs* ont fait place aux troubles *mécaniques* et que la *rétention* s'est installée, qu'il convient d'opérer.

b) *Indications tirées de la nature de la rétention.* — La *rétention aiguë* peut-elle compter au nombre des indications de la prostatectomie?

Si la crise en elle-même ne se réclame que du cathétérisme et ne saurait être à elle seule une indication opératoire, le long temps que met, dans certains cas, la miction à se rétablir, ou bien la répétition des crises en faisant du malade un rétentionniste complet probable, suffisent à légitimer l'intervention.

Dans la classe des *rétentions chroniques*, la rétention *complète* et la rétention *incomplète* créent des indications un peu différentes, parce qu'elles ont une action différente sur l'état de la vessie, et ne constituent pas une indication absolue à la prostatectomie, car enfin les malades, par des évacuations régulières de leur vessie, se mettent à l'abri des crises en tension prolongées et préviennent ainsi la déchéance vésicale et l'intoxication progressive.

Au contraire, les rétentionnistes incomplets, exempts de poussées congestives ou d'attaques aiguës de cystite, vivent en assez bonne intelligence avec leur vessie, en sorte qu'ils laissent la rétention s'accroître peu à peu et qu'ils deviennent progressivement des rétentionnistes avec distension. Aussi la constatation de l'*accroissement du résidu* constitue-t-elle une indication formelle de l'opération.

Dans la rétention complète, comme dans la rétention incomplète chronique, il est certaines conditions qui rendent l'intervention chirurgicale plus pressante : au premier rang se trouvent les difficultés du *cathétérisme*, difficultés qui sont parfois l'occasion de nombreuses fausses routes. Enfin certains malades qui se sondent malproprement, en se préparant une infection imminente, engagent également à précipiter l'intervention.

c) *Indications tirées du volume de la prostate.*— A ce point de vue le problème se pose de trois façons :

Il y a tumeur prostatique et pas de rétention. Il est préférable de ne pas intervenir sauf indications spéciales (douleurs, hématuries, cystites répétées).

Il y a rétention mais pas de tumeur prostatique : ici le problème est plus difficile à résoudre; il ne faudra pas oublier cependant que l'ablation de prostates minuscules a donné de très bons résultats (Legueu, Delbet).

Il y a à la fois rétention et tumeur prostatique : l'opération est alors absolument légitime si le malade désire se soustraire au cathétérisme; elle devient nécessaire si les phénomènes d'infection ou d'intoxication apparaissent.

d) *Indications tirées des complications.*

1° *Calculs.* — Dans ce cas, il paraît séduisant à beaucoup de chirurgiens de supprimer à la fois l'effet et la cause, le calcul et le bas fond. M. Proust estime cependant que, dans ces cas, il faut agir comme si le calcul n'existait pas et n'intervenir que si, en dehors de cette com-

plication, il existe d'autres raisons d'opérer. Enfin les hématuries répétées, les poussées de cystite fréquentes, les douleurs qui les accompagnent, constituent également des indications formelles à l'intervention.

e) *Contre-indications.* — Il y en a très peu. L'âge n'en est pas une, non plus que le mauvais état général, ni l'inertie vésicale, ni même les lésions rénales.

Pour les *tumeurs malignes*, l'intervention est liée à la possibilité d'un diagnostic précoce. Il faut surtout s'efforcer de dépister soigneusement les deux formes de tumeurs malignes susceptibles de donner les survies les plus longues : les sarcomes récents et les hypertrophies en voie de dégénérescence, mais c'est précisément pour ces formes que le diagnostic précoce offre le plus de difficultés.

Le rapport de M. **Escat** (Marseille) vient à l'appui des idées du rapport précédent.

DISCUSSION

M. Desnos (Paris). — La prostatectomie, dont la légitimité n'est plus contestée, répond à des indications qui deviennent chaque jour plus précises et on ne saurait les étendre sans compromettre son avenir. La constatation d'une prostate hypertrophiée, si volumineuse qu'elle soit, ne suffit pas pour indiquer l'opération, et celle-ci ne doit être faite que lorsque les symptômes sont assez accentués pour déterminer une gêne ou des douleurs, ou menacer les voies supérieures, soit par distension vésicale, soit par infection. En un mot, une intervention uniquement préventive n'est pas justifiée.

Par contre, je crois que l'on peut opérer dans les cas graves où la cachexie est due à la rétention vésicale. Beaucoup de ces malades ont été sauvés ou prolongés par la cystostomie de Poncet, à laquelle on doit de véritables résurrections. Dans les premières années de la prostatectomie, le manuel opératoire était insuffisamment réglé et les chirurgiens peu habitués à ces manœuvres, les conséquences de la prostatectomie même étaient trop graves pour qu'on y pût songer chez des cachectiques. Aujourd'hui le choc de la prostatectomie, faite avec sécurité et rapidité, est peu considérable, produit les résultats immédiats analogues à ceux de la cystostomie et des résultats définitifs bien meilleurs. C'est évidemment là une indication exceptionnelle, mais qui doit être enregistrée

M. F. Legueu (Paris) se basant sur 34 interventions personnelles, dont 2 par la voie hypogastrique et 32 par la voie périnéale, dit que les résultats défavorables sont l'exception : ils sont presque tous fournis par la catégorie des rétentions incomplètes chroniques. La différence de ces résultats ne trouve pas une explication suffisante dans les variations du volume de la prostate, mais plutôt dans l'état du muscle vésical et la profondeur de son altération. Même dans les cas où elle ne met pas fin à tous les accidents, la prostatectomie améliore sensiblement l'état local et l'état général.

M. Albarran (Paris) a pratiqué, par son procédé, 66 prostatectomies périnéales : 44 malades ont été suivis pendant plus d'un an, dont 15 pendant plus de trois ans.

Sa mortalité opératoire a été de 3 %, au lieu de 7 et 11 %, chiffres des rapporteurs Proust et Escat dans leurs statistiques globales. Pour avoir des succès, il faut bien peser les contre-indications opératoires dépendant surtout de l'état général et plus particulièrement du fonctionnement des reins. Il n'opère jamais sans explorer les fonctions rénales par différents procédés, attachant surtout de l'importance à la concordance des résultats obtenus.

MM. **Reynès** (Marseille), **Heresco** (de Bucarest), **Rafin** et **Malherbes** (de Nantes), **Loumeau** (de Bordeaux), **Nicolich** (de Trieste), **Reboul** (Nîmes), **Hamonic** (Paris), **J. Verbroogen** (Bruxelles), **Pauchet** (Amiens), **Delbet** (Paris) communiquent des statistiques personnelles de prostatectomies.

(*A suivre*)

UNE VISITE EXPRESS

AUX

HOPITAUX DE LONDRES

VI

Les hôpitaux de Londres et l'oto-rhino-laryngologie

Note de M. le Dr A. Malherbe

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le terme « hôpital » est vraiment impropre dans l'espèce, attendu que les établissements consacrés aux maladies du larynx, du nez et des oreilles, à Londres, sont, pour la plupart, de petites maisons anglaises à deux étages, trois au plus, qui ont extérieurement tout à fait l'aspect d'une maison d'habitation ordinaire.

Quand on pénètre à l'intérieur, on a exactement la même impression. Les salles d'hôpitaux sont remplacées par des chambres on ne peut plus proprettes coquettes même, contenant chacune, suivant leurs dimensions, deux, quatre ou même dix lits au plus.

La charité privée, qui s'exerce sur le terrain de la spécialité comme sur les autres, se montre là ce qu'elle est ailleurs, très pratique et très humaine.

Le malade pauvre n'entre pas, pour se faire soigner, dans une grande salle, et sous le contrôle d'une grande *administration* ! Il entre dans une jolie chambre — très jolie parfois — dans un *home* qui ne lui fait pas regretter le sien, au contraire.

Ce qui nous a le plus frappé, en effet, c'est la préoccupation constante, dans ces cliniques (et cela se retrouve aussi dans les grands hôpitaux) d'assurer à ceux qui y viennent le plus de confort possible. Cela ne va pas, croyons-nous, sans quelques inconvénients au point de vue chirurgical, mais enfin c'est ainsi.

Les salles d'opération sont forcément un peu petites. Elles sont éclairées, non par en haut, mais par côté, et par la lumière du jour. A Londres, cet éclairage latéral ne présente pas de sérieux inconvénients, car alors même que la lumière arriverait par le haut, elle serait insuffisante. Pour y suppléer, il y a une installation de lampes électriques au-dessus de la table d'opération.

Les salles d'attente et d'examen sont ordinairement plus spacieuses que la salle d'opération.

Presque toutes les cliniques sont calquées sur le type suivant :

Au sous-sol, la cuisine, ses dépendances et les appareils de chauffage.

Au rez-de-chaussée, la salle d'attente, où les malades pénètrent par une porte spéciale, puis la salle d'examen à laquelle est généralement annexée une petite pièce noire pour les examens des cavités de la face, et une autre salle pour les petites opérations : végétations adénoïdes, amygdalotomies, etc.

Au premier étage, les lits pour les femmes ; au second, ceux pour les hommes. La salle d'opération est ordinairement à cet étage. Au troisième, le logement des *sisters* et des *nurses*.

Quelques mots, maintenant, sur les principales cliniques oto-rhino-laryngologiques de Londres.

Le *Throat Hospital*, Golden Square W, fondé par M. Mackenzie, est actuellement l'hôpital principal pour l'oto-rhino-laryngologie. C'est le plus vaste, grâce à des annexes qui l'ont agrandi. Au rez-de-chaussée la salle d'attente, puis la salle de clinique et d'examen. Dans celle-ci, le chef de service examine le malade auprès d'une table située au milieu de la pièce, après quoi il le passe aux élèves assis à des tables placées sur le pourtour de la salle, et qui sont au nombre de huit.

Dans cet hôpital, comme, d'ailleurs, dans tous les autres que nous avons visités, le chirurgien anglais se sert uniquement de la lumière réfléchie. C'est presque toujours une source lumineuse électrique ou autre que vient réfléchir le miroir frontal. Si cette façon de faire paraît, au premier abord, plus difficile, elle a certainement ses avantages. Même dans la salle d'opération, le chirurgien anglais emprunte sa lumière à une lampe placée à côté du lit du malade, lumière qu'il réfléchit à l'aide de son miroir frontal. Il n'a pas ainsi à redouter l'extinction fréquente des petites lampes électriques frontales ; en outre, il n'est pas embarrassé par les fils qui y conduisent le courant, et il reste libre de tous ses mouvements.

Rien de particulier à signaler dans les

étages qui contiennent les lits des malades.

La salle d'opération, située au troisième, est longue et étroite, avec éclairage latéral et supérieur (mais très insuffisant). Lavabos aux deux extrémités ; une vitrine contenant les instruments est placée latéralement. Comme appareils stérilisateurs, une simple bouillotte pour faire bouillir les instruments. A parler franchement, cela nous a un peu surpris.

Le « Throat Hospital » renferme 30 lits; sept chirurgiens lui sont attachés; chacun a son jour d'opérations. C'est là, par excellence, l'école de laryngologie anglaise; beaucoup de spécialistes anglais et américains y ont puisé leurs connaissances techniques et cliniques.

Lennox Brown y resta de longues années avant de fonder le *Central London Throat and ear Hospital*, qui possède 16 lits. Les installations ne diffèrent par rien d'essentiel de celles indiquées précédemment.

Ici, comme dans la plupart des autres installations, on se sert, pour les interventions, du protoxyde d'azote et du chlorure d'éthyle alternativement. Nous avons constaté avec un certain plaisir que le bromure d'éthyle, encore si employé en France, ne l'était plus du tout à Londres. A noter également le soin tout particulier avec lequel l'anesthésie générale est pratiquée. Deux aides sont affectées à ce rôle important.

Nous terminerons en disant quelques mots d'un hôpital tout à fait nouveau, dont l'installation n'est pas encore complètement terminée. Nous voulons parler du *Royal Ear Hospital*.

C'est la reconstruction, avec les aménagements et le confort moderne, du vieil hôpital fondé en 1816 par Georges IV et dans lequel ont passé un si grand nombre de chirurgiens auristes, notamment le prof. Politzer.

Ce nouvel hôpital, bien que petit, est parfaitement compris. Le dispositif général ne diffère pas sensiblement de ce qui existe dans les autres hôpitaux. Cependant, la salle d'opération y est claire et suffisamment spacieuse. Elle est agencée dans le goût moderne. Les salles sont décorées de frises artistiques qui viennent faire diversion à la peinture rouge unie des murs. Cet hôpital renferme 30 lits.

Nous ne voudrions pas terminer ces courtes impressions sans remercier ici notre très distingué confrère, le Dr Dundas-Grant, M. le prof. Urban Pritchard, ainsi que MM. Tilley, St-Claer Thomson et Hill qui, tous, nous ont fait les honneurs de leurs services avec la plus parfaite amabilité.

Le prix de l'abonnement annuel du **BULLETIN MEDICAL** est de **8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger**. On s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé **au gérant, 4, rue de Lille, Paris.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 24 octobre

Le traitement des fibromes de l'utérus est d'ordre exclusivement chirurgical. Avantages de l'énucléation

M. E. Ozenne. — Dans deux précédentes séances (11 janvier et 11 juillet 1904), MM. Moutier, Delherm et Laquerrière nous ont entretenus du traitement des fibromes utérins par l'électricité et la conclusion de leurs communications a été la suivante : « Sauf dans certains cas où l'intervention chirurgicale est indiquée, le traitement de choix des fibromes est le traitement électrique. »

Je ne puis souscrire à un pareil jugement trop souvent mis en défaut par l'observation clinique, et même, loin de considérer l'électricité comme un moyen de guérir radicalement les malades, je la regarde comme un traitement palliatif nuisible, vu les suites éloignées dangereuses et le genre de mort à laquelle succombent ultérieurement beaucoup de malades ainsi traitées.

Personne ne conteste l'action favorable de l'électricité sur quelques symptômes d'un certain nombre de ces tumeurs. Les hémorragies et les douleurs peuvent diminuer et disparaître, soit momentanément, soit quelquefois pour toujours et, la zone congestive ou inflammatoire périphérique à la tumeur s'étant résorbée, le fibrome n'est plus qu'un corps étranger bien toléré. Mais il est loin d'en être toujours ainsi : ou les accidents reparaissent après une période plus ou moins longue de calme et se montrent avec une intensité qui commande une intervention, laquelle est faite dans de mauvaises conditions, ou bien, après un laps de temps variable, les malades meurent par insuffisance fonctionnelle d'un organe, dont la dégénérescence est, en réalité, imputable aux troubles vasculo-nerveux provoqués par le fibrome.

Le fibrome, qui anatomiquement et par lui-même est une tumeur bénigne, doit être considéré comme une tumeur d'une malignité particulière, soit parce qu'il est une cause permanente d'irritation provocatrice d'une dégénérescence épithéliomateuse ou sarcomateuse de la muqueuse, soit parce qu'il arrive à déterminer des accidents graves de compression, soit surtout parce qu'il donne lieu à la dégénérescence graisseuse ou scléreuse des reins, du foie, du cœur et du système vasculaire, dégénérescence à laquelle les malades doivent une mort anticipée.

Pour prévenir ces complications et guérir radicalement les malades, il ne faut compter sur aucun traitement palliatif, mais bien conseiller l'ablation de la tumeur à l'époque la plus rapprochée du début.

Cette ligne de conduite peut paraître trop absolue et encourir le reproche de conduire à faire des opérations sans nécessité immédiate. Mais que de fois, en agissant ainsi, on épargnera aux malades des complications graves et des lésions irréparables, sans compter la période d'infirmité, souvent longue, qu'elles ont à traverser, si elles ne se soumettent qu'aux différents traitements symptomatiques.

Aussi, à part les cas (état précaire, vieillesse) où il existe des contre-indications, nous pensons que le traitement curatif des fibromes de l'utérus est d'ordre exclusivement chirurgical. L'intervention sera d'autant plus indiquée que la femme est plus jeune et la tumeur de date plus récente, et cette intervention devra être de préférence l'énucléation, toutes les fois qu'elle sera possible, car elle est plus facile et plus bénigne qu'une hystérectomie totale. Elle devra même être préférée à l'hystérectomie subtotale, par la raison qu'elle n'est pas suivie des inconvénients d'une brusque ménopause artificielle. C'est un point sur lequel on ne peut trop insister, car la conservation de l'utérus est nécessaire à l'équilibre physiologique de l'économie. J'ajouterai que l'énucléation offre encore cet avantage de permettre aux malades de redevenir enceintes.

M. Manson. — L'énucléation est, dans la majorité des cas, difficile à faire, car on trouve, le plus souvent, plusieurs petits fibromes accolés les uns aux autres. Dans deux cas où j'ai pratiqué l'énucléation, il y a eu récidive. Il est pour le moins inutile d'ouvrir un ventre dès que le diagnostic de fibrome est établi, car il y a des petits fibromes qui ne grossissent pas et ne donnent jamais lieu à des troubles graves.

M. Desnos. — On a comparé souvent l'utérus à la prostate. Avant d'enlever une prostate ou un utérus, il faut attendre et suivre son malade pour voir l'évolution de son hypertrophie. Pour l'utérus comme pour la prostate, c'est sur la symptomatologie qu'il faut se baser.

M. Verchère. — Il y a une question importante à se poser. Combien de femmes avons-nous vu mourir d'un fibrome, spontanément, et combien en avons-nous vu mourir à la suite d'hystérectomie? Le fibrome seul ne détermine pas la mort. Des malades gardent ces tumeurs pendant vingt ou vingt-cinq ans, sans en éprouver de troubles sérieux.

Trois symptômes forcent à intervenir : l'hémorragie profuse qui épuise la malade, l'énorme volume de la tumeur, et enfin les douleurs que l'on ne peut calmer.

L'énucléation n'est pas le procédé à conseiller. Pour les grands fibromes elle n'est pas possible, et s'il s'agit de petits fibromes, quand on en aura énucléé trois ou quatre, on en trouvera encore d'au-

tres, qu'il faudra énucléer à leur tour En outre, en cas d'hémorragie, il est difficile d'énucléer la muqueuse utérine.

Pour l'hystérectomie doit-elle être supra-vaginale, sub-totale, totale? Ce n'est qu'après la laparotomie qu'on prendra une décision.

M. Berthod. — On appelait autrefois les fibromes : grossesses fibreuses. Les accoucheurs considérent non le fibrome, mais la femme qui le porte.

Dans la première période de la grossesse, le fibrome évolue lentement, sans occasionner de symptômes. Il est masqué par la grossesse physiologique. Le rôle du médecin est d'attendre. C'est la période pré-médicale.

Dans la deuxième période, ou période médicale, le fibrome est reconnu; il donne lieu à quelques troubles faciles à supporter : le traitement consistera en injections chaudes, ergotine, traitement local de petite chirurgie ou électricité.

Dans la troisième période, période chirurgicale, il faut opérer, mais être le plus conservateur possible pour pallier les accidents de la ménopause artificielle.

M. Lelu connaît une famille où la grand'mère, la fille et la petite-fille, âgées respectivement de soixante-seize, cinquante-six, vingt-quatre ans, ont des fibromes non opérés et se portent bien.

M. Ozenne répond qu'il n'est pas partisan des traitements palliatifs, car on ignore si une hémorragie ne mettra pas en danger la vie des malades, et ces hémorragies altèrent la santé générale. L'énucléation par la voie vaginale se fait depuis longtemps; à la période de début, quand le fibrome est isolé, l'énucléation est facile, et quand une femme est jeune, ce mode d'intervention est préférable à l'hystérectomie totale, alors même qu'on devrait recommencer plus tard, pour ne pas avoir une ménopause trop précoce.

Ce qui est extrêmement important dans les fibromes, c'est leur influence sur la santé générale, qui peut s'altérer peu à peu. Les cas de fibromes non opérés et ne déterminant pas de troubles sérieux, existent certainement — témoins les faits de M Lelu — mais il y en a beaucoup d'autres où les suites sont loin d'être aussi bénignes.

Dr Gigon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre

Anévrysme de la poplitée

M. Nélaton. — J'ai observé cet anévrysme sur un homme de trente-cinq à quarante ans. La tumeur, du volume d'un demi-poing, présentait les symptômes ordinaires des anévrysmes et paraissait devoir être rattachée à la variété fusiforme. Cependant, pour notre collègue M. Delbet, il s'agissait plutôt d'un anévrysme sacciforme développé en arrière de la moitié inférieure de l'artère. Comme le malade avait eu la syphilis, on prescrivit des injections de benzoate de mercure qui, en quinze jours, amenèrent une amélioration considérable. Le malade sortit de l'hôpital, bien que la tumeur fut dans de meilleures conditions d'intervention.

Peu de jours après, pendant les vacances, ce malade fut atteint de fièvre typhoïde, et, le trentième jour de la maladie, il ressentit une douleur atroce à la région poplitée ; en trois jours le pied et la jambe furent complètement sphacélés.

C'est dans cet état qu'il fut rapporté dans mon service le 3 octobre J'ai fait l'amputation de la cuisse qui a été suivie de guérison. L'examen de la pièce nous a montré qu'il s'était produit une rupture du sac et qu'il s'agissait d'un anévrysme ampullaire développé au niveau de la partie moyenne et inférieure de l'artère. Dans ce cas, je crois que cette tumeur n'était pas justiciable de la résection, et l'on peut se demander si une ligature dans le canal de Hunter n'eut pas été la meilleure conduite à tenir. Ce fait nous prouve, d'autre part, que, malgré l'amélioration que donne le traitement antisyphilitique, il n'en faut pas moins opérer.

M. Monod. — Je demanderai à notre collègue à quelle distance se trouvaient les deux orifices de l'anévrysme.

M. Nélaton. — A trois travers de doigt au moins l'un de l'autre.

M. Monod. — J'ai présenté ici un malade guéri, chez lequel j'avais fait la résection d'un sac anévrysmal, dont les orifices étaient plus éloignés. Je crois que, pour les suites, il faut surtout tenir compte de l'état de perméabilité des collatérales, qui diffère suivant le plus ou le moins d'ancienneté de l'anévrysme.

M. Ricard. — Il y a sept ans j'ai vu un malade chez lequel des injections mercurielles n'avaient pas arrêté l'évolution rapide de la tumeur. J'ai fait la résection du sac et de toutes les branches de la région, sans qu'il se soit produit aucun trouble. Comme M. Monod, je crois que la date d'ancienneté de l'anévrysme joue un rôle principal.

M. Guinard. — Je ne sais trop pourquoi M. Nélaton affirme qu'il se serait produit un sphacèle du membre s'il eut fait la résection. On est souvent surpris de la facilité avec laquelle se rétablit la circulation. Ainsi, chez un malade, j'ai fait la ligature de l'aorte au niveau de la 6e dorsale, et je n'en ai pas moins constaté le pouls fémoral six heures après l'opération.

M. Delbet. — Quand j'ai vu le malade de M. Nélaton, j'avais pensé à un anévrysme sacciforme, à cause de l'intensité et de la localisation du souffle; plus tard, par suite de la rupture du sac, des lésions nouvelles ont paru et modifié l'état de la région. En ce qui concerne le traitement spécifique, il doit être toujours prescrit, car, s'il ne guérit pas, il permet du moins d'opérer dans de meilleures conditions

Toutes les méthodes d'extirpation du sac exposent moins à la gangrène que les autres interventions. Pour la jambe, elle ne se produit pas, si le tronc tibio-péronier n'est pas intéressé dans la ligature. Les principales causes de gangrène sont l'excès de la circulation et la production d'embolies prenant naissance dans le sac.

M. Nélaton. — Je répondrai à M. Guinard que je n'ai pas affirmé que la gangrène serait survenue après la résection. Poser une pareille affirmation serait de l'enfantillage

Ce que j'ai voulu faire ressortir, c'est le résultat qu'avait donné le traitement spécifique et la nécessité quand même d'opérer ensuite. L'opinion générale est favorable à la résection du sac. J'assure que je n'ai vu que trois anévrysmes de la poplitée et que je reste un peu indécis dans le choix de l'opération, car, dans un cas, j'ai fait la ligature dans le canal de Hunter et une gangrène s'est produite. Mon second malade, opéré de même, a guéri, il est vrai. Pour le troisième, celui dont je viens de vous entretenir, une ligature aurait pu être placée au-dessus du tronc tibio-péronier.

Interventions chirurgicales pour tumeurs du gros intestin (le rectum excepté)

M. Hartmann. — Depuis trois ans j'ai enlevé 10 tumeurs du gros intestin, 6 cancers et 4 tuberculoses; à ces 10 cas j'en ajouterai 4 autres, que j'ai opérés antérieurement dans le service de M. Terrier, 2 pour tuberculose et 2 pour rétrécissement simple Sur ces 14 malades, je compte 11 guérisons opératoires et 3 morts, dont 2 par péritonite post-opératoire et 1 par occlusion.

Pour la détermination opératoire, il faut distinguer les cas où il y a des phénomènes d'occlusion et ceux où il n'en existe pas. Pour les premiers, il est préférable de faire l'opération en deux temps. On commence par extérioriser le cancer, puis on suture l'intestin au-dessus et au-dessous du néoplasme à la peau et, la cavité abdominale ainsi fermée, on enlève la tumeur en sectionnant le segment intestinal inférieur au ras de la peau, et le segment supérieur à une certaine distance de celle-ci. On fixe ensuite, dans ce bout d'intestin débordant, une canule, qui communique avec un tube de caoutchouc destiné à porter les matières dans un vase. De cette façon, on évite la souillure de la plaie.

S'il n'y a pas de phénomènes d'occlusion, c'est encore la meilleure conduite à tenir quand il s'agit de tumeurs du colon. Pour les tumeurs du cœcum, on opère en un seul temps.

Dans les deux cas on ferme plus tard l'anus artificiel en le réséquant, et l'on fait une anastomose latéro-latérale.

Pleurésie purulente. Empyème. Résection de la plèvre. Décortication du poumon. Guérison

M. Tuffier. — Cette observation nous a

été adressée par **M. Jeanne**, de Rouen. Elle concerne un homme de trente-six ans, qui, à la suite de pneumonie, fut atteint de pleurésie purulente. On fit d'abord deux ponctions, puis l'empyème. Des vomiques s'étant montrées, notre confrère pratiqua la résection de deux côtes, et ayant constaté qu'une coque épaisse formait la paroi du foyer et recouvrait le poumon, rétracté le long de la colonne vertébrale, il fit la résection de toute la coque pleurale et une décortication du poumon dans l'étendue la plus grande que cela lui fut possible. La cavité fut drainée, et plusieurs mois après il obtint la guérison, qui s'est maintenue depuis cinq ans. Une année après cette opération, on a constaté que la paroi thoracique était souple, dépressible et étalée, par suite de la paralysie des couches musculaires. C'était un fait intéressant à faire ressortir.

Présentations

M. Walther. — Homme : *Sarcome du rebord orbitaire*. Ablation. Récidive. Nouvelle ablation. Nouvelle récidive, actuellement traitée par la radiothérapie, qui a arrêté l'évolution du néoplasme.

OZENNE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre

Utilisation des matières grasses chez les tuberculeux

M. **René Laufer.** — L'influence la plus nette et la plus constante des graisses, chez les tuberculeux comme chez les individus normaux, consiste dans une action de rétention et d'épargne des matières azotées.

L'auteur a constaté que, lorsqu'on donne à des tuberculeux des graisses sous diverses formes en quantités croissantes, la courbe de l'élimination totale de l'azote (urines et fèces) s'abaisse d'abord, puis reste stationnaire. Donc, à partir d'une certaine dose, la graisse n'est plus utilisée et se trouve être, par conséquent, inutile, au moins en ce qui concerne cette action d'épargne sur les albuminoïdes.

L'auteur a donné, à une catégorie de tuberculeux, des graisses à fortes doses (150 gr. à 200 gr. par jour) sous la forme d'huile de foie de morue, de beurre, d'huile alimentaire; à une autre catégorie, il a administré des graisses en quantités modérées (100 à 150 gr. au total).

Dans le premier cas (fortes doses), la courbe des poids s'élève d'une façon rapide et remarquable, puis atteint le plateau et reste stationnaire, enfin s'abaisse, quelquefois au-dessous du poids primitif, et cela par suite de troubles digestifs, ou parce que les malades perdent l'appétit pour d'autres aliments, ou enfin par suite d'un défaut absolu d'utilisation, les graisses passant dans les matières fécales sans être transformées.

Dans la seconde série (doses modérées), la courbe des poids s'élève lentement, mais d'une façon progressive et continue, de sorte qu'en définitive le bénéfice en poids est certain.

La dose de 100 à 150 gr. (suivant les susceptibilités) paraît être la *quantité maxima réellement utile*. Il y aura lieu d'en tenir compte lorsqu'on voudra établir le régime des tuberculeux.

M. Pawinski (Varsovie) lit une note sur un syndrome morbide auquel il a donné le nom de « hyposthénie cardio-vasculaire climactérique ».

G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 novembre

Paralysie générale débutant trois ans après l'infection syphilitique

MM. Dufour et Brelet. — Le malade que nous présentons est atteint de paralysie générale à forme mélancolique. Il a, de plus, de l'affaiblissement intellectuel et de l'amnésie. Comme signes somatiques, on trouve de l'exagération des réflexes rotuliens et le signe de Babinski aux deux pieds.

Le liquide céphalo-rachidien contient une grande quantité de lymphocytes. C'est sur l'évolution de cette paralysie générale que nous désirons attirer l'attention.

L'infection syphilitique remonte, en effet, à cinq ans; mais depuis plus de six mois l'incapacité de travail est complète. Quant aux premières modifications du caractère, elles datent de deux ans environ. Il s'agit donc d'une syphilis qui, trois années après le chancre, a produit des lésions nerveuses ne se manifestant ordinairement qu'au bout de dix à seize ans.

Les faits du même genre sont peu connus et méritent d'être signalés.

Quant à l'explication à leur donner, elle nous échappe totalement. On peut invoquer, sans preuves certaines, la prédisposition héréditaire ou acquise du sujet, la qualité du virus syphilitique, le manque de traitement spécifique, l'appoint alcoolique qui existe dans notre observation, mais n'a été, chez notre paralytique général, qu'une conséquence des troubles cérébraux et ne les a pas précédés.

Fièvre à type intermittent chez deux petites filles

M. G. Caussade rapporte deux cas où la fièvre était à grandes oscillations (37°-41°) avec des intervalles d'apyrexie de douze, vingt-quatre et trente-six heures. L'accès, vespéral le plus souvent, survenait brusquement, sans prodromes, durait environ deux à trois heures et disparaissait lentement sans aucune réaction générale ou locale, sauf, parfois, de la polyurie, de la diaphorèse ou de l'algidité. Biquotidien, l'accès était matinal et vespéral. Cet accès s'accompagnait de torpeur ou d'agitation qui se dissipait avec lui. Outre la fièvre, il y a eu, dans la première observation, une légère congestion pulmonaire qui a apparu à deux reprises différentes (premier septénaire, fin du deuxième) et, dans la seconde observation, des troubles gastro-intestinaux qui ont duré six jours environ.

La quinine est restée sans action. La durée de l'affection a été de trente jours dans le premiers cas et de treize dans le second. De même qu'au début, le premier accès fébrile avait été le premier symptôme, de même après le dernier accès, la guérison fut immédiate et définitive. Cette guérison se maintient aujourd'hui après quatorze mois dans le premier cas et après quatre mois dans le second.

L'auteur ne pose pas de diagnostic, d'une part, en l'absence de renseignements cliniques suffisants (absence d'hypertrophie splénique ou ganglionnaire, de suppuration quelle qu'elle soit, de vers intestinaux — lombrics ou helminthes) et, d'autre part, vu l'état négatif du sérodiagnostic de Widal, de la diazo-réaction d'Erlich, de la culture du sang, vu l'absence de l'hématozoaire de Laveran, et vu la banalité de la formule hémo-leucocytaire (faible leucocytose à prédominance de polynucléaires).

MM. Siredey, Moizard, Comby pensent, d'après certains faits personnels très comparables, que les cas de M. Caussade peuvent être rattachés à des formes de grippe intermittente à longue durée survenant dans la première enfance.

Ictère splénomégalique syphilitique tardif

M. **L. Bernard.** — Un homme de trente-cinq ans est pris, en novembre 1902, d'une crise gastralgique avec fièvre, immédiatement suivie d'ictère intense, biliphéique, apyrétique, accompagné de décoloration incomplète des matières fécales, d'une légère tuméfaction du foie et d'une splénomégalie marquée. Après un mois de régime lacté, aucune modification ne s'est produite, si ce n'est la recoloration des matières fécales.

En raison de l'existence antérieure d'un chancre syphilitique, contracté dix ans auparavant, et de l'absence de toute autre cause pathogène, on prescrit l'injection sous-cutanée de la solution de Gaucher au benzoate de mercure. Rapidement l'ictère rétrocède, l'hypertrophobie hépatique disparaît, la splénomégalie diminue considérablement. Après six semaines de traitement, la guérison semble complète. Neuf mois après, en octobre 1903, reprise des mêmes phénomènes. Le traitement antisyphilitique est institué immédiatement et obtient le même résultat après le même temps d'application.

La nature syphilitique de cet ictère paraît démontrée par l'efficacité de la

médication qui l'a fait rétrocéder, deux fois, rapidement, alors que le traitement et le régime habituel étaient restés sans effet. Il ne peut s'agir d'un ictère de la période secondaire, puisque dix années séparent le chancre de son apparition.

La physionomie et l'évolution de ce cas ne ressemblent pas non plus à celles d'un ictère par obstruction due à une gomme. Au contraire, la coloration des fèces, la splénomégalie, la fièvre initiale et éphémère, la rechute, rappellent plutôt les caractères des ictères infectieux.

Il est probable que la syphilis agit ici en déterminant une hépatite infectieuse légère qui donne lieu au syndrome de l'ictère infectieux splénomégalique. Ce cas, qui n'a pas encore été signalé, montre sans doute la même série de faits que ceux d'hépatite syphilitique avec ictère chronique décrits par Hanot. On est en droit de supposer que si le traitement n'était pas intervenu chez notre sujet, on aurait assisté à la transformation graduelle de l'ictère infectieux en cirrhose chronique. Il est intéressant de remarquer que sur le terrain de l'infection syphilitique, les lois générales de la pathologie hépatique se retrouvent, et que là, comme pour les infections banales, on peut trouver les ictères infectieux à l'origine des cirrhoses biliaires; les uns et les autres appartenant à une même famille naturelle de faits, ainsi que l'ont montré les recherches de Gilbert et de ses élèves.

J. J.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. princ. Robert emb. sur le *Charlemagne*, en rempl. de M. Aubert.

M. le méd. de 1re cl. Gléraut, emb. sur le *Suffren* (esc. de la Méditerranée), en rempl. de M. Taddéi dit Torella.

M. le méd. de 2e cl. Rideau serv. au 2e dépôt des équipages de la flotte, en rempl. de M. Lafolie, nommé prosecteur d'anatomie à l'école annexe de méd. navale de Brest.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Pfihl, 4 Ortal, 5 Cognes, 6 Guézennec, 7 Mercier, 8 Thémoin.

MM. les médecins principaux :

1 Michel, Bourdon, Jolien-Laferrière, Damany, Gauran, Durand, Bourit, Mazet, Ménier, Valence.

11 Roux, Audibert, Chastang.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Barrat.

11 Lorin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Tricard, Titi, Viguier, Lefebvre, Guitton, Faucheraud.

21 Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Baret, Castaing, Merleau-Ponty, Richer de Forges.

31 Giraud, Crozet, Abeille de la Colle, Maillin, Boy, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton, Penon.

41 Charuel, Olivier, Rolland, Chalibert, Castey, Vialet.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Fockenberghe, Busquet, Lestage, Quéré, Butin, Hénault, Gatrot, Gaubin, Janicot, Colomb.

11 Caille, Lecalvé, Dupuy, Kervern, D'Adhémar de Lantagnac.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 9 novembre. — *M. Drouet* : La méningite aiguë syphilitique. — *M. Gouin* : Des avantages de l'hystéropexie médiate ligamentaire intra-abdominale au point de vue obstétrical. — *M. Oyé* : Quelques considérations sur les rapports de la littérature et de la médecine (vulgarisation médicale).

Jeudi 10 novembre. — *Mme Darcanne-Mouroux* : Contribution à l'étude clinique de la ménopause précoce. — *M. Labouré* : Voie d'accès du sinus sphénoïdal. — *M. Hamelin* : Contribution à l'étude de l'anémie urémique. — *M. Lièvre* : Les causes finales sources des indications en thérapeutique. — *M. Robert* : Purpura hémorragique et tuberculose chronique. — *M. Bonamy* : Etiologie et traitement de l'hémorragie secondaire consécutive aux opérations utéro-annexielles par voie abdominale. — *M. Guiton* : Empirisme et superstition dans le Bocage normand. — *Mlle Bonnin* : Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve.

MÉDECINE LÉGALE PRATIQUE

Professeur : M. Brouardel.

I. — Cours de médecine légale pratique à la Morgue.

Ce cours commencera à la Morgue le mercredi 9 novembre 1904, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Les mercredis : M. le prof. Brouardel.

Les vendredis : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. — Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.

Ces Conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du jeudi 10 novembre 1904, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours :

Les jeudis, à 4 heures : M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les mardis, à 3 heures : M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis, à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. — Conférences de médecine légale psychiatrique.

M. P. Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé de cours, commencera ces conférences le samedi 19 novembre 1904, à 1 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (Infirmerie spéciale).

IV. — Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique aux conférences et au laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription, au secrétariat de la Faculté :

1° MM. les docteurs en médecine;

2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du Doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 francs par trimestre).

V. — Conditions d'admission aux conférences de médecine légale psychiatrique.

Seront seuls admis à suivre les conférences cliniques de psychiatrie médico-légale, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, sur leur demande, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 2) tous les jours, de midi à 3 heures :

1° MM. les docteurs en médecine;

2° MM. les internes des hôpitaux;

3° MM. les étudiants ayant subi le 4e examen de doctorat.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal.

M. le prof. Pinard a commencé ses cliniques journalières (Clinique Baudelocque) le vendredi 4 novembre 1904, à 10 h. du matin, et commencera ses leçons bi-hebdomadaires (les lundis et vendredis) le vendredi 11 novembre.

Ordre du cours :

Lundi et vendredi. — Leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le professeur.

Mercredi. — Leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé.

Samedi. — Leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Aug. Broca, agrégé.

Autres jours. — Anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Couvelaire, chef de laboratoire.

Leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Sauvage, chef de clinique, et le Dr Mouchotte, chef de clinique adjoint.

Leçons de diagnostic gynécologique, par le Dr Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux.

Cours pratique et manœuvres obstétricales, par les Drs Wallich, Potocki, agrégés, Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, Funck-Brentano, Paquy, anciens chefs de clinique, Couvelaire, chef de laboratoire, Sauvage, chef de clinique, Mouchotte, chef de clinique adjoint, et Le Masson, répétiteur.

COURS DE PHYSIOLOGIE

M. le prof. Ch. Richet commencera ce cours le jeudi 10 novembre 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours :

Nutrition, digestion, respiration.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

M. le prof. Déjerine commencera ce cours le jeudi 10 novembre 1904, à 6 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours :

Histoire de la physiologie et de ses rapports avec la médecine depuis les temps anciens jusqu'au XVIIIe siècle.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôtel-Dieu.)

M. le prof. Le Dentu commencera ce cours le vendredi 11 novembre 1904, à 9 h. 1/2 matin, dans l'amphithéâtre Chomel, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Opérations après les leçons.

Opérations gynécologiques, le jeudi, à 9 heures et demie.

Visite et examen des malades, à 9 heures :

Le lundi. — Salle Saint-Landry (hommes).

Le mercredi. — Salle Saint Jean (gynécologie).

Le samedi. — Salle Notre-Dame (femmes).

Enseignement complémentaire

1° Exercices cliniques et examen des malades, sous la direction de M. le Dr Baudet, chef de clinique. Lundi et jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel).

2° Conférences de gynécologie, par M. le Dr Pichevin, les mardis et vendredis, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel).

3° Consultations pour les maladies du larynx, des fosses nasales et des oreilles, par M. le Dr Guisez, les mardis et samedis, à 4 h. (salle de consultation de l'hôpital).

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

M. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 7 novembre 1904, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de un mois (MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité).

M. Deguy, chef du laboratoire, et M. Le Play, interne du service, dirigent les travaux pratiques.

CONFÉRENCES DE PHYSIQUE MÉDICALE

M. Broca, agr., commencera ces conférences le mercredi 9 novembre 1904, à 3 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

1° Cours

M. le Dr Castex, chargé de cours complémentaire, assisté de MM. Collinet, Rabé et Denis, reprendra ses leçons, à l'Amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 8 novembre 1904, à 3 heures.

Programme du cours :

Mardi, jeudi, samedi. — Présentation de malades, M. Castex.

Lundi, mercredi et vendredi. — Conférences d'oto-rhino-laryngologie, MM. Collinet, Rabé, Denis.

Le cours se terminera par des leçons de médecine opératoire spéciale, avec exercices par les élèves.

2° Travaux pratiques

Les travaux pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption.

Examen et traitement des malades par les élèves, tous les jours, de 3 à 5 heures.

Le droit de laboratoire à verser pour chaque série est de 50 francs.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent

M. Fockeu, de Lille.

M. Magnier, de Beauvais.

M. Butin, aide major des troupes coloniales.

Médaille de bronze

M. Hernette, de Saint-Martin-de-Ré.

M. Boanet, de Saint-Robert.

M. Puica, de Paris.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 28 octobre

Pathologie

Question : « Anthrax. »

18 Weissenbach — 17 1/2 Weill — 16 1/2 Toulant — 16 Rousseau — 15 Smolizanski — 14 Roy, Viciorsi — 13 Schneider — 10 Vernier — 7 Rebaud — 6 de Rouville — 5 Ravaud, Roulier — 4 Verny, Ch. Rousseau — 3 Simard — 1/2 Virlogeux.

Séance du 29

Anatomie

Question : « Nerf cubital. »

19 Cotoni — 18 1/2 Belloy Rodriguez — 18 Coryllos — 17 Abbas, Bachy — 15 H. Bertier, Avezou — 13 Baron — 12 Aumaître — 11 Chaignon, Cordier — 8 Chevrel — 7 Broussail — 6 Arnaudet, Coudere — 4 Couloumy.

Séance du 2 novembre

Pathologie

Question : « De la manière de prendre une observation. »

18 Schlesinger — 17 1/2 Thibout — 16 Wolfrom, Quenillé, Voillemont — 14 Steiff, Rogery — 13 Wallez — 12 A. Vincent — 10 E. Roux — 8 Viquerie, Mlle Vasseur — 7 1/2 Roll — 7 Thévenot — 6 Simon — 4 Soleil.

Séance du 3

Anatomie

Question : « Les trois muscles fessiers. »

17 Bernard — 16 Mlle Ridaux — 15 Boulogne, Dardel, Blanc — 14 Boulan — 13 Danton, Chiray, Camu — 11 Barillet, Brisson — 10 Debelut — 9 Delestre — 8 Cugno, Boulet, Abram, Decourtieux — 6 Alleaume.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 5 novembre, à 4 h. 3/4 ; fin des candidats de la 1re série de la 1re moitié de la liste, et les candidats de la 2e série de la 1re moitié, de M. Delsouiller à M. Lafont.

M. Reclus, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

M. Augagneur, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté.

Une place de médecin-assistant stagiaire est vacante au sanatorium de Bligny. Adresser lettres et demandes au médecin-directeur, à Bligny, par Briis-sous-Forges (Seine-et-Oise).

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC

Service de M. le Dr Alb. Mathieu.

MM. les Drs Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le Dr A. Mathieu, commenceront, sous la direction de M. Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le lundi 14 novembre 1904.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 h. 1/2 du soir.

Les travaux pratiques (examen du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de 4 heures 1/4 à 5 h. 1/4, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins, de 8 heures à midi, et tous les soirs, de 1 à 6 h., sauf le mercredi.

NÉCROLOGIE

M. Bosc, de Ferrières-en-Gâtinais.

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE

M. le prof. Lannelongue.

Loi qui régit les attitudes et la formation des luxations pathologiques dans les arthrites et ostéo-arthrites tuberculeuses

(Leçon d'ouverture faite le 7 novembre 1904).

Messieurs

J'ai choisi cette année, pour la leçon d'ouverture de mon cours de chirurgie, l'étude des luxations pathologiques et j'en extrais, pour être publiés à part, les développements de ce que j'appelle *la loi des attitudes* qui préside au mécanisme de formation des déplacements osseux. Cette étude m'a paru devoir d'autant mieux être spécialement présentée que, durant l'exposé de mes leçons sur les tuberculoses chirurgicales, j'aurai souvent l'occasion d'invoquer les considérations qui vont suivre.

La question, d'ailleurs, ne me semble pas très connue et, d'autre part, les *luxations pathologiques* qu'on observe dans les affections tuberculeuses des jointures sont plus nombreuses à elles seules que celles de toutes les autres variétés réunies, les *luxations congénitales* mises à part; ces dernières, en effet, relèvent d'une conformation défectueuse de l'articulation de la hanche (1) et consistent souvent dans des déplacements temporaires, qui se réduisent durant la marche, la tête fémorale exécutant alors un mouvement de va et vient entre la cavité cotyloïde ancienne, insuffisante, et la cavité nouvellement formée.

Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, le déplacement des os est fréquent parce qu'il correspond à une phase de l'évolution des tuberculoses chirurgicales articulaires, lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes ou lorsque le traitement institué ne vient pas corriger l'évolution naturelle des accidents.

Les tuberculoses chirurgicales étant très nombreuses, on comprend la fréquence des luxations pathologiques comparée à celle des autres arthrites.

Toutes les articulations peuvent en offrir des exemples; mais ce sont surtout les grandes jointures du membre inférieur, la hanche d'abord, le genou ensuite, qui sont le plus souvent atteintes. Viennent ensuite l'articulation du coude, les articulations métacarpo-phalangiennes, des deux premières vertèbres cervicales, c'est-à-dire de l'atlas et de l'axis avec l'occipital et entre elles, costo-vertébrales, des vertèbres lombaires entre elles et sur le sacrum, sterno-claviculaire, des phalanges de la main, d'une pièce du sternum sur une autre.

(1) Communication sur les luxations congénitales de la hanche, au Congrès de Bordeaux de 1892.

Pour aborder utilement l'examen des conditions qui président au mécanisme de production des luxations dans la tuberculose ostéo-articulaire, il m'a paru indispensable de mettre sous vos yeux quelques malades et une vingtaine de pièces anatomiques prises dans ma collection du musée Dupuytren.

Toutes ces pièces mettent d'abord en évidence un premier point, que la clinique établit pareillement à son tour: c'est la *constance du sens dans lequel se font les déplacements*, autrement dit *la constance de la variété de la luxation*. Elles montrent, en outre, cette autre particularité également importante à connaître pour comprendre et suivre le mécanisme suivant lequel se font les déplacements, c'est que ces luxations ne se catégorisent plus, comme les traumatiques, en luxations complètes et incomplètes. La luxation consiste donc dans une série de déplacements successifs et progressifs d'une des deux épiphyses sur l'autre, qui s'agrandit de plus en plus pour la recevoir et s'adapter à elle.

La capsule ou les ligaments ne sauraient plus constituer une distinction entre ces luxations pathologiques, car, dans toutes, sans exception, la capsule, devenue fongueuse avec les synoviales et les ligaments, est refoulée et repoussée au delà du déplacement épiphysaire.

Un rapide examen des luxations de chaque jointure vous édifiera entièrement à ce sujet.

Hanche.— Dans toutes les pièces on remarque l'agrandissement du cotyle et, inversement, la diminution de volume de la tête du fémur. Le cotyle s'étend plus ou moins loin en haut et en arrière: le sourcil cotyloïdien n'existe plus, mais un bord saillant limite, en général, la nouvelle cavité.

La tête fémorale est diminuée de volume, aplatie, déformée et réduite parfois à un simple tubercule. Le contraste est frappant entre *l'agrandissement cotyloïdien* et le *rapetissement fémoral*. Fait important et caractéristique, la déformation de la tête est en rapport avec celle du cotyle. Cette tête s'appliquant assez exactement sur la nouvelle surface cotyloïdienne. Tantôt la tête ainsi modifiée *empiète* sur le sourcil effacé et ulcéré, tantôt elle va plus loin et chevauche à la fois sur la cavité nouvelle et sur l'ancienne. Il s'agit alors d'une *luxation incomplète et à cheval*. Tantôt, enfin, la tête a abandonné l'ancien cotyle et repose sur une excavation de la fosse iliaque; il existe alors une *luxation complète* véritable. Cette luxation complète est, d'ailleurs, rare, relativement à l'empiétement et au chevauchement, et il existe toute une série de déplacements intermédiaires entre un léger empiétement et la luxation complète.

Dans une thèse récente, M. Jouon (1) a repris l'hypothèse des luxations pathologiques par épanchement séreux de J.-L. Petit, et l'a appliquée à la hanche où il a décrit, d'après mon collègue et ami le prof. Kirmisson, des luxations soudaines au début de la coxo-tuberculose, d'une réduction très facile et d'une guérison rapide. M. Jouon n'a apporté aucun contrôle anatomique à une théorie qui n'a pas généralement été acceptée. Dans le cours d'une très longue observation de très nombreux malades atteints de coxo-tuberculose, il ne m'a jamais été donné de voir rien de semblable, bien que mon attention fût éveillée sur les luxations coxo-fémorales dans la tuberculose de la hanche.

Genou. — Le déplacement n'est jamais complet; il a lieu, comme à la hanche, dans un sens unique : en arrière, plus ou moins en dehors, avec ou sans rotation de dedans en dehors. Le tibia présente une ulcération articulaire dont la direction générale est d'avant en arrière et de bas en haut; elle est souvent plus profonde sur chaque plateau du tibia, là où les condyles exercent une compression directe, qu'au centre, entre les deux plateaux. On dirait alors qu'il s'est formé deux cavités nouvelles se prolongeant en avant. Les disques et les ligaments intra-articulaires ont disparu.

Du côté du fémur, l'ulcération est en sens inverse, c'est-à-dire d'arrière en avant et de haut en bas; elle occupe surtout la partie postérieure des condyles fémoraux. Le plan de la cavité externe du tibia se prolonge en dehors, et les condyles fémoraux débordent en avant, quelquefois de plusieurs centimètres, les plateaux du tibia. L'articulation est devenue angulaire. Le déplacement offre des degrés, sur le dévelop-

(1) Jouon. — Luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie (Thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1901).

pement desquels le traitement a exercé son influence. Le maintien du redressement du genou aurait pu même empêcher la luxation de se produire.

La rotule, descendue, vient s'appliquer dans l'espace inter-condylien.

Cou-de-pied et pied. — Les luxations pathologiques du cou-de-pied sont rares; elles sont, en général, incomplètes et ont lieu en avant. Elles résultent d'ulcérations, plus accentuées sur la partie postérieure du corps de l'astragale, de même que sur la partie antérieure de la région articulaire de l'épiphyse du tibia. J'ai vu la malléole externe détachée du péroné et le pied fortement déjeté en dehors.

Les luxations des orteils sont plus rares encore; leur pathogénie est comparable à celle des luxationsdes doigts.

Epaule. — Nous n'avons jamais rencontré de luxations pathologiques de l'articulation scapulo-humérale. Nous avons trouvé dans quelques autopsies la tête aplatie, ulcérée, diminuée de volume, et la cavité ulcérée elle-même, mais les rapports étaient toujours conservés.

Coude. — Nous avons observé plusieurs exemples de luxation du coude en arrière. L'ulcération porte sur la partie antérieure de la cavité sigmoïde du cubitus, qui forme un plan incliné d'arrière en avant; l'humérus présente des altérations en sens inverse. Quant à la tête du radius,parfois elle reste en place, mais elle se déplace en général en avant, après s'être plus ou moins désunie du cubitus; la luxation est complète sur la pièce que je vous présente.

Main et doigts. — Nous n'avons pas eu l'occasion de disséquer une articulation du poignet luxé, mais nous avons vu, en clinique, quelques faits de luxation incomplète du carpe, en arrière seulement, et nous avons publié sept cas de luxations pathologiques métacarpo-phalangiennes ou phalangiennes. Elles étaient, le plus souvent, incomplètes, et associées parfois à d'autres altérations des doigts. Quatre fois la luxation siégeait dans la jointure métacarpo-phalangienne; la phalange était toujours portée en avant de la tête du métacarpien. Et voici dans quel ordre la luxation se produit.

Dès le début de l'arthrite tuberculeuse, et quel que soit le siège des foyers primitifs dans les épiphyses ou dans la synoviale le groupe des muscles fléchisseurs, d'une puissance très notablement supérieure à celle des extenseurs, *fléchit* la phalange sur le métacarpien et l'*immobilise* dans cette position. A partir de ce moment la *partie antérieure de la surface articulaire de la tête du métacarpien*, comprimée par la *surface articulaire correspondante de la phalange*, va s'aplatir, s'ulcérer et s'excaver, au lieu de conserver sa forme convexe et arrondie. La phalange s'adaptera à cette nouvelle configuration et sera attirée de plus en plus en avant par les fléchisseurs. Bientôt elle ne pourra plus reprendre sa place primitive; si on l'y ramène, elle n'y restera que par l'aide d'un appareil de contention. La luxation est effectuée; elle est minime et très incomplète tout d'abord, mais elle se complète progressivement et lentement par l'extension ultérieure des mêmes altérations.

Ainsi, dans les articulations métacarpo-phalangiennes, de même que dans celles des phalanges entre elles, le déplacement, c'est-à-dire la luxation proprement dite, ainsi que le sens dans lequel elle se produit, découlent du même acte : état de contracture du groupe des muscles les plus puissants — c'est-à-dire des muscles les plus utiles et les plus habituellement mis en jeu — sur les surfaces altérées d'une articulation dont les ligaments et les capsules ne résistent plus.

C'est à la constance de ce phénomène dans toutes les articulations atteintes d'ostéo-arthrite tuberculeuse que doit être rapportée la loi d'après laquelle les luxations se produisent toujours dans le même sens et selon le même mécanisme.

Mal de Pott. — Il n'y a, dans le mal de Pott, que par grande exception, des luxations proprement dites; mais le déplacement des fragments dans cette affection n'en obéit pas moins à des règles identiques. Le fragment supérieur se déplace en avant et l'autre reste en place, le pénètre, ou se porte en arrière avec ou sans légère latéralité. Il en résulte que la gibbosité se fait toujours en arrière, au cou comme au dos et aux lombes.

J'ai tenu, Messieurs, à vous montrer les pièces anatomiques établissant ces faits qui sont probants et démonstratifs.

Or, la clinique, c'est-à-dire l'examen des malades pratiqué avec rigueur aux diverses phases de l'évolution tuberculeuse ostéo-articulaire, établit les mêmes faits, c'est-à-dire fournit les mêmes constatations, et on est ainsi amené à formuler la règle suivante : *Quelle que soit l'articulation atteinte, le déplacement des os se produit toujours dans le même sens.* Les quelques exceptions qu'on pourrait donner de cette règle, à la hanche seulement — et j'en ai cité deux cas personnels — trouvent une explication facile dans une circonstance tout à fait insolite, qui ne saurait l'infirmer.

Un phénomène aussi constant que celui des déplacements des os dans une direction unique, alors que la maladie a, au début, les sièges les plus variés, ne saurait être accepté sans que l'esprit en cherche la raison. Si les foyers tuberculeux avaient, dans la tête fémorale et le cotyle, un siège toujours identique, comme leur évolution naturelle aboutit à l'ulcération et à la destruction des os aux points envahis ainsi qu'au ramollissement par transformation fongueuse de la capsule et des ligaments, il serait légitime d'attribuer à ces foyers originels les déplacements, qui se produiraient alors par perte de substance. Mais ces foyers apparaissent, le plus souvent, dans un seul os, le fémur ou le cotyle ; d'autre part, ils y occupent des sièges très divers, parfois très loin de la surface, tels que le centre de la tête, le col fémoral, et ils ne s'accompagnent pas de ces destructions dont la présence est nécessaire dans une région déterminée pour légitimer les déplacements. Aussi convient-il de produire une autre explication.

On la découvre dans l'influence de *l'anatomie biologique de la région* et dans la série des phénomènes morbides engendrés et entretenus par de simples troubles fonctionnels. Si l'on examine une articulation à l'état physiologique de repos, c'est-à-dire n'obéissant qu'à la tonicité propre des muscles sans qu'aucune incitation consciente ou morbide vienne la dévier, on lui voit prendre une position qui est toujours la même pour chaque jointure, de là, par voie de conséquence, l'*attitude habituelle et naturelle des membres*. Or, pour qu'une articulation très mobile en des sens très divers soit entraînée dans une direction unique et constante, parfois contraire à celle que lui imprimerait la pesanteur, il faut qu'elle soit sollicitée dans cette direction par une puissance dont l'action prépondérante se manifeste.

Cette puissance doit être cherchée dans les leviers moteurs de la jointure. Selon leur espèce, ces leviers, qui sont des muscles nombreux, agissent en sens très divers et très souvent opposés. Mais on remarquera que l'intensité de leur action n'est pas la même pour chaque direction, et qu'à côté de muscles très puissants, auxquels est dévolu le jeu de la flexion articulaire par exemple, l'extension, ainsi que les autres mouvements, ne relèvent que de

muscles dont la puissance est beaucoup moindre. Donc, à l'état physiologique, qui n'est pas, tant s'en faut, l'état d'inertie musculaire, mais bien celui où la tonicité musculaire est en jeu, les articulations abandonnées à elles-mêmes prennent une position qui est toujours la même.

Dans les arthrites aiguës l'intervention des muscles les plus puissants va se manifester sous une forme de fixité immédiate et très évidente. A peine les premières atteintes se sont-elles produites du côté de la synoviale, que la contracture entre en scène avec des caractères particuliers. Si l'arthrite est aiguë, rhumatismale, blennorragique, l'articulation se met promptement dans une attitude déterminée à laquelle on ne saurait toucher sans provoquer les plus violentes douleurs. Le groupe des muscles les plus puissants l'a entraînée et la maintient dans cette attitude et elle va y demeurer, non seulement aussi longtemps que durera la maladie, mais encore définitivement dans bon nombre de cas, à moins que l'on ne parvienne, par un traitement approprié, à retrouver la position normale.

Les mêmes phénomènes se produisent dans les ostéo-arthrites à évolution lente, dans les tuberculeuses spécialement.

Seulement, l'attitude ne devient fixe, en général, d'une manière permanente, qu'après des phases de rémission. La contracture des muscles du groupe musculaire le plus fort ne se produit immédiatement ni avec la même énergie, ni avec la même continuité d'action. Cette contracture étant purement réflexe, c'est-à-dire d'origine centrale, et subordonnée à l'excitation venue des nerfs périphériques, a tout d'abord un caractère variable et intermittent; elle a pour premiers résultats de diminuer le champ des mouvements articulaires et de s'opposer à certains d'entre eux. La marche, la fatigue, les mouvements articulaires répétés, toutes les causes d'irritation d'une jointure déjà malade augmentent la contracture, tandis que le repos complet de l'articulation diminue cette dernière et la fait même cesser, si ce repos est prolongé suffisamment. Et puis, enfin, par le fait d'une évolution progressive, d'une durée variable, de plusieurs mois, en général, soumise d'ailleurs à des circonstances qui l'aggravent ou la retardent, la contracture des mêmes muscles aboutit à l'immobilisation de la jointure dans une *position désormais fixe et bien déterminée, toujours la même pour chaque articulation.*

C'est donc, en définitive, *la contracture du groupe des muscles les plus puissants* qui, l'emportant sur l'action des muscles antagonistes, amène les résultats dans les arthrites à évolution lente, comme dans les arthrites aiguës. Ainsi se vérifie la proposition suivante, que je propose d'ériger en loi: *dans les arthrites tuberculeuses comme dans les arthrites aiguës, les articulations sont immobilisées dans une attitude fixe et constante, c'est-à dire toujours la même pour chaque articulation.*

La loi des attitudes réalise la première étape, qui va être le point de départ d'une série de phénomènes nouveaux, lesquels conduiront à la destruction de l'articulation et aux déplacements osseux observés dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

L'immobilisation articulaire a pour résultat immédiat d'établir et de maintenir désormais un contact permanent entre les mêmes surfaces — tête du fémur et cotyle, par exemple — et, comme la contracture continue à s'exercer durant l'immobilisation, ce n'est plus un simple contact qui est établi, mais une véritable compression, et cela, d'une manière permanente, entre les surfaces osseuses mises en contact. Les parties osseuses ainsi mutuellement comprimées par ce mécanisme varient dans chaque articulation: à la hanche, c'est la région postéro-supérieure du cotyle et la région adéquate du fémur; aux articulations métacarpo-phalangiennes, c'est la surface articulaire antérieure de la première phalange et la portion antéro-inférieure de la tête dans le métacarpien.

En définitive, il n'y a, dans l'articulation immobilisée, *qu'une partie de la surface articulaire* sur laquelle s'exerce une compression permanente avec continuité. Il convient d'ajouter qu'à la contracture s'ajoutent parfois de nouvelles influences comme, par exemple, le poids du corps à la hanche, au genou, au rachis, durant la station verticale et la marche, et aux membres supérieurs les exercices pour l'usage de ces membres, que font les articulations rendues immobilisées par la contracture, influences qui sont loin d'être une valeur négligeable.

Bonnet, de Lyon, a étudié avec soin les causes des attitudes dans les arthrites(1), et il a expérimentalement déterminé *sur le cadavre* les effets physiques produits par l'accumulation des liquides dans les cavités synoviales. Mais il exprime, à l'égard de la contracture, une opinion qui montre qu'il n'en a pas compris la portée, ou dont le sens serait, en tout cas, beaucoup trop réduit. Voici ce qu'il dit: « Les « contractures convulsives et permanentes des muscles, sous l'influence « d'une affection nerveuse, produisent « et entretiennent un grand nombre « de positions vicieuses, comme on le « voit dans la production des pieds « bot et, en général, dans les déformations consécutives aux maladies générales du système nerveux. Mais « les contractions musculaires ne sont « pas une cause primitive des affections vicieuses dans les maladies articulaires, elles contribuent seulement à rendre les positions permanentes; car *lorsque les os sont maintenus longtemps dans certains rapports, les muscles qui servent à les mouvoir, se rétractent du côté le plus court et, lorsqu'ils ont éprouvé pendant longtemps un raccourcissement consécutif, il devient très difficile, impossible même de les allonger.* »

(1) Traité des maladies des articulations, 1845, t. I, p. 82.

C'est justement l'inverse de ce qui a lieu en réalité. L'entrée en scène de la contracture a lieu dès le début de l'arthrite; elle règle et fixe l'attitude, en maintenant les os dans certains rapports déterminés. On ne voit pas quelles seraient, dans les arthrites tuberculeuses à évolution lente et sans la présence de liquide, comme c'est la règle à la hanche, au coude, au poignet, au coup de pied, aux articulations phalangiennes et même au genou, on ne voit pas, dis-je, quelles seraient au début les causes qui, chez un sujet couché ou debout, et ne souffrant pas, maintiendraient les os dans des rapports permanents.

Tel est le fait dominant; la contracture va fournir l'explication des déformations et des destructions qui vont s'accomplir dans les parties comprimées.

Si ces parties étaient normales, tout se bornerait, avec le temps, à quelques déformations sans importance. Mais, loin d'être saines, elles sont, au contraire, profondément altérées par une ostéite raréfiante progressive et les fongosités osseuses. Née de foyers tuberculeux, une ostéite raréfiante bacillaire se propage à toute l'épiphyse et, de là, à la synoviale. Par l'intermédiaire de cette dernière, c'est-à-dire par continuité de tissu, l'infection gagne l'autre épiphyse. C'est ainsi qu'à des degrés différents, les deux épiphyses sont successivement envahies. Les fongosités remplissent les espaces aréolaires osseux agrandis et ramollis:

l'os est plus mou et moins résistant. C'est dans ces conditions qu'aux points comprimés va se produire toute une série de désordres.

Les cartilages, troublés dans leur nutrition, ramollis, décollés et détruits par les fongosités sous-jacentes, s'ulcèrent et disparaissent. Le tissu osseux est alors mis à nu et appliqué os contre os dans les mêmes conditions, c'est-à dire que les parties qui sont comprimées prennent un contact plus étroit, et elles sont molles ou d'une consistance amoindrie par des aréoles très élargies remplies elles-mêmes de fongosités. Il se fait ainsi, sous l'influence de l'action compressive, une adaptation nouvelle. Les parties saillantes s'aplatissent : à la hanche, le bord du cotyle s'ulcère par en haut et en arrière, la cavité s'agrandit de ce côté; pareillement, la surface convexe de la tête fémorale s'aplatit, s'élargit et s'ulcère dans les parties correspondantes. Le phénomène de l'*ulcération compressive* se poursuit, désormais, lentement et progressivement; il va reculer d'autant plus facilement les limites des cavités ou des nouvelles surfaces en contact, que les capsules et les ligaments, transformés en tissu tuberculeux ou entièrement détruits, n'opposent aucune résistance au déplacement. Désunion des articulations, ulcération limitée des os et adaptation réciproque des nouvelles surfaces, telles sont les conditions anatomiques qu'on peut dire nécessaires, en vertu desquelles la tonicité musculaire du groupe musculaire le plus puissant entraîne peu à peu et progressivement, si on ne s'y oppose pas, une épiphyse en dehors de l'ancienne articulation, qu'elle finit par abandonner entièrement.

Au terme de ce travail, la luxation est un fait accompli, et elle a eu des degrés successifs avant de devenir complète. Mais il arrive plus souvent que le phénomène ne se poursuit pas jusqu'à sa fin, et que le travail soit interrompu; le déplacement, c'est-à-dire la luxation, est incomplète. A la hanche, j'ai distingué deux étapes : l'*empiètement* et le *chevauchement* sur le bord du cotyle, avant la luxation complète. La tête s'est arrêtée et quelquefois ne va pas plus loin, tantôt parce que le traitement s'oppose au déplacement, et tantôt parce que la guérison se produit. Il se développe souvent alors, à la limite des cavités osseuses nouvelles, une ostéite productive, qui a pour résultat d'élever un bord saillant, parfois assez épais, lequel s'oppose à un déplacement ultérieur en limitant ces cavités à la manière d'un sourcil plus ou moins proéminent.

Le travail de guérison se traduit en même temps, d'habitude, par la soudure fibreuse et rarement ostéo-fibreuse des surfaces osseuses qui sont en contact. Par exception, l'articulation nouvelle conserve une mobilité entière, et ce résultat est, en général, moins favorable à la hanche, par exemple, qu'une ankylose très serrée et très résistante.

Telles sont les conséquences de la fixité de l'attitude pathologique provoquée par la contracture du groupe musculaire auquel est dévolue la fonction la plus importante et la plus usuelle d'une articulation. On peut donc résumer le mécanisme des luxations pathologiques dans l'énonciation des phénomènes suivants :

1° Attitude fixe de la jointure par contracture musculaire; 2° désunion de la jointure et ulcération pathologique par compression et infection des surfaces en contact; 3° déplacement progressif d'un des deux os et adaptation nouvelle des surfaces osseuses durant le travail pathologique précédent, et non d'une manière subite ou brusque.

Ainsi que cela a été démontré précédemment, ce déplacement n'est nullement en rapport avec le siège des foyers tuberculeux primitifs dans les os ou dans la synoviale. Il est, au contraire, la conséquence du travail pathologique qui, par voie d'infection locale, c'est-à-dire par continuité du tissu, propage la tuberculose à toute la jointure : épiphyse, synoviale, capsule et ligaments. L'arthrite détermine à son tour, dès le début, la contracture qui ne tarde pas à devenir permanente, d'un groupe musculaire, contracture qui a pour effet la destruction progressive des os et des ligaments. Le poids du corps et des viscères, le fonctionnement de l'articulation dans les limites où il peut s'accomplir, ajoutent encore leur influence fâcheuse aux causes précédentes. On peut donc, d'après cela et comme conclusion, ériger en loi la proposition suivante :

Les luxations pathologiques se font dans un sens invariable, commandé par la contracture des muscles les plus puissants, c'est-à-dire chargés des fonctions les plus importantes et les plus utiles de la vie de relation dans cette jointure.

Ces considérations n'ont pas seulement une portée théorique. Les développements dans lesquels je suis entré vous montrent que la thérapeutique peut intervenir d'une façon efficace aux différentes phases de l'évolution progressive de ces luxations et particulièrement dans les phases du début.

L'oublier serait méconnaître les enseignements de l'anatomie et de la physiologie pathologique.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VII° SESSION)

Tenu à Paris du 24 au 28 octobre 1904

COMMUNICATIONS AFFÉRENTES A LA PREMIÈRE QUESTION : LA « TENSION ARTÉRIELLE DANS LES MALADIES » (1).

Pathogénie de l'athérome artériel

M. Josué. — J'ai démontré que l'injection répétée de petites quantités d'adrénaline dans les veines du lapin, détermine des lésions athéromateuses des artères. Ces recherches ont été confirmées, en France, par Lœper et Josserand; en Allemagne, par Erb, fils; enfin, par Rzentkowsky à Varsovie. L'examen histologique des capsules surrénales de trois athéromateux m'a permis de constater dans ces cas des indices manifestes de suractivité fonctionnelle de ces glandes. Tous ces faits sont en faveur de l'origine surrénale de l'athérome artériel, qui serait dû à la suractivité des capsules surrénales qui déverseraient une trop grande quantité d'adrénaline dans le sang.

Comment ces faits nouveaux se concilient-ils avec les théories anciennes?

1° Contrairement à l'opinion classique, l'athérome et l'artério-sclérose doivent être séparés; jamais mes animaux atteints d'athérome expérimental n'ont présenté d'artério-sclérose; 2° il n'y avait pas de lésions des vaso vasorum au niveau des plaques d'athérome, ce qui est contraire à la théorie d'Hippolyte Martin; 3° les intoxications et les infections peuvent produire l'athérome; elles agissent d'une façon indirecte en provoquant d'abord la suractivité des capsules surrénales qui, sécrétant trop d'adrénaline, déterminent une auto-intoxication qui tient elle-même sous sa dépendance l'hypertension artérielle et l'athérome.

L'hypertension suffit-elle à produire l'athérome, comme le prétendent certains? Est-ce grâce à son action hypertensive que l'adrénaline détermine l'athérome? Ou bien l'adrénaline possède-t-elle, outre les propriétés vaso-constrictives et hypertensives, une sorte de nocivité spécifique tendant à faire l'athérome artériel? Telle est la question que nous avons cherché à résoudre, en faisant des injections intra-veineuses, répétées pendant très longtemps, d'une substance très hypertensive : la nicotine. Les lapins recevaient

(1) Se reporter à l'analyse des rapports de MM. Bosc, Vedel, Vaquez (*Bulletin médical*, n° 85).

cinq gouttes d'une solution au 1/1000 par injection. Un lapin a subi 102 injections en six mois, un autre 96 en cinq mois, deux autres 86 en cinq mois, un autre 31 en deux mois. *Aucun n'a présenté de lésions athéromateuses*; il semble donc que l'adrénaline exerce une action spécifique sur les parois artérielles.

Expérimentation et anatomie pathologique, tout concorde pour démontrer l'origine surrénale de l'athérome artériel

M. Cornil remarque que, chez le lapin les conditions expérimentales sont plus simples que chez l'homme. Entre l'athérome et l'artério-sclérose, il n'y a pas de différences histologiques essentielles; il s'agit d'un même processus de mortification calcaire des cellules avec néoformation conjonctive de la paroi artérielle. Or, on ne peut dire que l'artériosclérose soit toujours sous l'influence unique de l'adrénaline.

Nouvel appareil pour l'exploration clinique de la pression artérielle

MM. Enriques et **Hallion** présentent un appareil simple, dont l'application ne demande que quelques secondes, et qui, exerçant une compression continue sur les arcades palmaires, abolit, dans le bout périphérique de l'artère radiale, le pouls récurrent. Ainsi le sphygmomanomètre devient d'un maniement beaucoup plus facile et plus précis, surtout pour un praticien non familiarisé avec l'exploration clinique de la pression artérielle.

Sphygmotonométrie

M. Bouloumié (de Vittel) insiste sur les indications fournies par le sphygmotonomètre, appareil qu'il a fait construire en branchant sur un même manomètre l'ampoule de Potain et le doigtier de Gærtner. Avec cet appareil il a pu mesurer le rapport de tension, dont l'inversion peut fournir d'utiles indications pratiques, par exemple pour le diagnostic d'une hémiplégie centrale avec une hémiplégie périphérique. On pourra utiliser également le sphygmotonomètre pour mesurer l'action des différents médicaments cardio-vasculaires, le sérum de Trunecek, par exemple.

M. Vedel (Montpellier) critique la tonométrie : en comparant le Potain au Gærtner, on compare deux instruments variables, difficiles à appliquer. Il suffit que le Gærtner s'applique plus ou moins bien au doigt pour qu'on obtienne cinq tensions différentes aux cinq doigts de la même main. Cette défectuosité originelle de l'appareil suffit peut-être à expliquer les différences trouvées entre la femme l'enfant, l'adulte et le vieillard.

M. Bouloumié a prévu ces critiques; il est nécessaire de s'entourer de toutes les précautions pour éviter ces causes d'erreurs.

De l'accélération et du ralentissement du pouls par numération accélérée ou ralentie

M. Bernheim (Nancy). — Lorsqu'on compte à haute voix le pouls d'un sujet sain ou malade, si on compte plus vite que le pouls, celui-ci tend à suivre cette numération accélérée, c'est-à-dire s'accélère lui-même. Il en est de même si l'on compte plus lentement : le pouls se ralentit. Ce phénomène varie suivant l'état de la pression artérielle.

Il s'agit là d'un phénomène de suggestion; l'image physique créée dans le cerveau par la numération accélérée ou ralentie actionne l'innervation du cœur dans le sens de l'accélération ou du ralentissement, à l'insu même du sujet. Ainsi en est-il de la marche, qui s'accélère automatiquement si l'on vient à compter vite pendant qu'on marche.

La pression artérielle dans la tuberculose des séreuses

M. H. Lamy (Paris). — J'ai noté l'état de la pression artérielle chez une vingtaine de sujets atteints de tuberculose pleurale ou péritonéale primitive, avec épanchement séro-fibrineux, que j'ai pu suivre plus ou moins longtemps (de un mois à deux ans). Voici quelles conclusions je crois pouvoir tirer de ces observations :

1° Dans la pleurésie séro-fibrineuse primitive de l'adulte, relevant de la tuberculose, on rencontre, relativement à l'état de la pression artérielle, deux catégories de faits : *a*) dans la première, de beaucoup la plus nombreuse, la pression artérielle se maintient dès le début à un chiffre inférieur à la normale, soit au-dessous de 13 cm. (souvent à 11, 10, 9 cm.). En pareil cas, on constate, le plus souvent, des signes de tuberculisation du sommet, en particulier le schéma indiqué par M. Grancher : ces faits se rapportent à la tuberculose pleuro-pulmonaire primitive; *b*) dans la seconde, la pression artérielle se maintient à un chiffre normal, soit au-dessus de 14 cm. et les signes stéthoscopiques précédents font défaut. On est fondé à admettre ici que la tuberculose est limitée à la plèvre.

La recherche de la pression artérielle mérite donc de prendre place à côté des autres procédés d'examen clinique (auscultation, examen radioscopique), pour établir, dans la tuberculose séro-fibrineuse, s'il y a ou non tuberculisation concomitante du poumon.

2° La même remarque s'applique à la tuberculose pleuro-péritonéale. Celle-ci, comme on sait, peut évoluer d'une façon bénigne; elle peut exister même à l'état latent, sans trouble de la santé générale, sans fièvre. En pareil cas, la pression artérielle se maintient à un chiffre normal, et ce fait, joint aux autres, permet de conclure à l'intégrité du poumon et de l'intestin.

Le réflexe aortique de percussion

M. Rondot (Bordeaux) désigne sous ce nom le syndrome consécutif aux chocs pratiqués au niveau du deuxième espace intercostal droit, au voisinage du sternum, chocs qui déterminent, chez un individu sain, une ampliation de la matité vasculaire de 2 centim. en moyenne, et une élévation de la tension artérielle.

Les chocs épigastriques amènent, au contraire, la rétraction de la matité vasculaire avec une hypotension artérielle.

Or, ce syndrome peut disparaître et son abolition reconnaître deux ordres de causes que l'auteur étudie successivement : 1° les altérations de la crosse de l'aorte, comme l'a montrée Cherchewsky; 2° les maladies infectieuses, empoisonnements, etc., en dehors de toute localisation sur les tuniques vasculaires.

Traitement de la gangrène sénile

M. R. Verhoogen (Bruxelles). — La gangrène sénile se rencontre exclusivement chez des sujets atteints d'artério-sclérose avec athérome. Parmi les organes viscéraux, le cœur, le foie et le rein présentent des lésions vasculaires dont l'existence détermine l'insuffisance fonctionnelle de l'organe. La glycosurie alimentaire est un symptôme important de l'insuffisance hépatique; tandis qu'elle se rencontre chez 0,5 °/₀ des vieillards normaux, elle existait 6 fois sur 11 cas de gangrène sénile. Lorsqu'apparaissent les signes prémonitoires de la gangrène, il faut activer, par tous les moyens possibles, le débit des artères thrombosées (enveloppements chauds non compressifs, repos absolu du membre atteint, iodures alcalins, injections hypodermiques de nitrate de soude, poursuivies longtemps). Pour activer le fonctionnement du cœur, il ne faut pas recourir à la digitale, qui surmène le myocarde dégénéré; la caféine est préférable; la théobromine agira non seulement comme diurétique, mais aussi comme cardiotonique.

Lorsque la gangrène s'établit, il faut se borner à lotionner le foyer nécrosé à l'aide d'une solution de permanganate de potasse à 1 °/₀₀, puis maintenir un pansement humide à l'eau oxygénée neutralisée et chaude. Dans les cas graves, il faut recourir à l'amputation.

M. Brissaud. — A côté de l'artério-sclérose, il faut compter avec l'angiospasme. Certains sujets présentent aussi une alternance de symptômes psychiques (mélancolie) avec les poussées gangréneuses. D'autres cas présentent, dès le début, une gravité toute spéciale, dont la raison n'est pas connue. Il faut alors amputer très haut, là où la plaie opératoire saignera.

M. R. Verhoogen. — La raison de cette gravité particulière se trouvera peut-être dans l'insuffisance du foie et du rein. L'existence de l'hypo-azoturie et de la glycosurie alimentaire présenterait ainsi une valeur pronostique importante.

Le cœur dans le rhumatisme chronique

M. E. Barié (Paris). — Le rhumatisme chronique déformant peut se compliquer de cardiopathies organiques, sans qu'il y ait, à ce sujet, rien de comparable avec ce qu'on a observé dans le rhumatisme articulaire aigu, où la coïncidence de l'endopéricardite est la règle, ainsi que

l'a établi Bouillaud J'ai observé deux cas de ces cardiopathies, dont l'un a été vérifié par l'autopsie, et, dans un travail publié ailleurs, j'en ai rapporté 24 autres, empruntés à différents auteurs. J'ai fait, plus tard, reprendre la question par un de mes élèves, dans sa thèse inaugurale, où il a groupé tous les faits connus jusqu'ici et qui dépassent le nombre de 60.

La polyarthrite déformante chronique, compliquée de cardiopathie, s'observe à tout âge; plus fréquente chez les sujets âgés, elle n'épargne ni les adultes, ni les adolescents, ni même les tout jeunes enfants, puisqu'on la rencontrée à l'âge de quatre ans. Toutes les cardiopathies ne compliquent pas au même degré le rhumatisme chronique: l'endocardite et la péricardite s'observent avec une fréquence presque égale; puis viennent d'autres affections cardiaques, mais que l'on peut regarder plutôt comme associées au rhumatisme que nées sous son influence, ce sont la cardiosclérose, la dilatation, la polysarcée du cœur et certaines altérations dégénératives du myocarde. Les lésions aortiques, et surtout l'insuffisance sigmoïdienne, prédominent sensiblement sur les lésions mitrales; enfin, la péricardite, isolée ou associée à d'autres cardiopathies, se rencontre tantôt sèche, tantôt avec épanchement; dans quatre cas, l'épanchement était de nature hémorragique.

La pathogénie des cardiopathies qui compliquent le rhumatisme chronique déformant est complexe et doit être examinée suivant les cas.

Dans certaines circonstances, le rhumatisme chronique a succédé peu à peu à des attaques de polyarthrite aiguë, confirmant ainsi la doctrine acceptée par beaucoup de cliniciens, que les deux affections présentent entre elles une parenté indiscutable, la première procédant de la seconde. En outre, presque toujours, dans les antécédents des malades, on rencontre des maladies infectieuses graves: blennorragie, scarlatine, fièvre typhoïde, septicemie puerpérale, etc. En pareille circonstance, la polyarthrite aiguë et le rhumatisme déformant qui leur a fait suite sont des pseudo-rhumatismes de nature infectieuse, et les cardiopathies qui les compliquent sont la conséquence de la même infection qui a déterminé préalablement la polyarthrite.

Dans d'autres cas, le rhumatisme déformant a débuté avec une allure chronique chez des individus indemnes de toute poussée rhumatismale antérieure mais, par contre, ayant été atteints autrefois de maladies infectieuses diverses Celles-ci ont pu, d'emblée, donner naissance à du rhumatisme déformant, sans passer par l'intermédiaire des types subaigus; Charcot, et plus tard Charrin, ont vu des faits de cette nature, et Max Schuller a pu reproduire expérimentalement certaines artropathies chroniques d'origine infectieuse.

Enfin, dans un dernier groupe de cas, le rhumatisme chronique déformant a débuté spontanément chez des sujets n'ayant présenté antérieurement aucune maladie infectieuse. Ici, l'affection n'a du rhumatisme que le nom; elle procède d'un tout autre facteur; elle se rattache à des troubles par nutrition retardante et vient prendre place à côté de la goutte et du diabète qui, comme elle, peuvent se compliquer de maladies organiques du cœur. En effet, les dégénérescences du myocarde, la péricardite et même l'endocardite valvulaire ont été rencontrées dans la première de ces affections (Lobstein, Coupland, Trousseau); la dégénérescence graisseuse, la polyurie du cœur, la cardiosclérose et même l'endocardite (Lecorché) ont été vues dans la seconde. Dans ces trois affections, les cardiopathies sont dues au retentissement, sur l'appareil circulatoire, des altérations dyscrasiques propres à chacune d'elles; en résumé, ces affections cardiaques sont d'origine toxique. Quant aux dyscrasies causales, elles sont connues pour la goutte et pour le diabète (uricémie et hyperglycémie), mais elles ne le sont encore que très incomplètement pour le rhumatisme chronique déformant.

En résumé, les cardiopathies organiques qui peuvent compliquer la polyarthrite chronique déformante procèdent de deux facteurs différents, suivant les cas: l'infection ou l'intoxication.

Hypertension artérielle et d'Arsonvalisation; hypotension et courants de haute fréquence

MM. A. Moutier et A. Challamel rapportent cinquante nouveaux cas d'hypertension permanente, dans lesquels le retour à la normale a toujours été observé par la d'Arsonvalisation, et, le plus souvent, dans un temps très court. Chez dix huit de ces malades le retour à la normale a été obtenu en une seule séance, mais il faut remarquer qu'il s'agissait de malades soumis à un régime alimentaire approprié. Bien que la plupart fussent des vieillards, on n'a jamais observé le moindre accident.

D'autre part, dans les cas d'hypotension, on peut relever et maintenir à la normale la pression artérielle par les courants de haute fréquence et de haute tension, s'il ne persiste aucune cause (maladies chroniques, intoxication, etc.) pour déterminer une nouvelle chute de la pression. La guérison est toujours obtenue en quelques semaines.

Les bains carbo gazeux et la tension artérielle

M. Laussedat (Royat) estime qu'en faisant varier les trois facteurs (température du bain, quantité de gaz contenu dans l'eau, durée du bain), on peut arriver à stimuler le cœur ou à le détendre. La médication par les bains carbo-gazeux permettra d'éviter l'évolution du processus fibreux chez les héréditaires jeunes, hypertendus précoces.

M. Heitz (Royat) a constaté également ces modifications de la tension artérielle sous l'influence des bains thermo-gazeux.

M. Bergouignan (Evian) signale l'action hypotensive diurétique et déchlorurante de la cure d'Evian.

M. E. Guillaume (de Spa) dit que le bain carbo-gazeux diminue toujours la pression artérielle chez les artério-scléreux hypertendus, et qu'il peut être employé sans aucun danger.

AUTRES COMMUNICATIONS SUR CETTE QUESTION

M. Paul *Mulon* (Paris). — Les glandes hypertensives. — A propos de la pathogénie de l'hypertension, l'auteur rappelle qu'il existe, tout le long de la chaîne ganglionnaire sympathique (système nerveux vaso-moteur) une série de glandes hypertensives en relation étroite avec les éléments nerveux, et qui, d'après les expériences de l'auteur, sécrètent de l'adrénaline.

M. *Vaschide* (Villejuif). — La pression sanguine pendant les états hypnotiques et de suggestion. — La pression sanguine constitue le vrai critérium des variations profondes du mécanisme circulatoire et, indirectement, du mécanisme fonctionnel du système nerveux. Dans l'état d'hypnose, il vient un moment où la pression baisse brusquement, puis reste stationnaire; le réveil est précédé d'une brusque augmentation de la pression.

M. *David* (Salies-de-Béarn) — Du ralentissement du pouls par l'aspirine. — Une dose forte et assez longtemps continuée est nécessaire pour obtenir ce ralentissement. Il ne s'observe qu'après la cessation du médicament; il s'accompagne d'une tendance au sommeil, ne coïncide pas avec de l'hypothermie, ne modifie pas la tension sanguine. Il est nécessaire de s'assurer du bon état de l'appareil circulatoire chez les sujets qu'on soumet à l'aspirine d'une façon intense et prolongée.

M. *Pawinski* (Varsovie). — Sur la tension artérielle dans la ménopause. — L'hypertension est de règle à l'époque de la ménopause et aussi à la période préclimactérique. Toutefois, l'abaissement de la pression peut s'observer chez les femmes qui avaient des règles fréquentes et très abondantes.

M. Gabriel *Arthaud* (Paris). — Formule pour apprécier le travail du cœur à l'état normal et à l'état pathologique.

(A suivre.)

Pierre Roy.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

17e SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

(Suite.)

Un procédé pour guérir l'anus vaginal

M. Richelot. — Une femme de quarante-quatre ans portait un anus contre-nature consécutif à une hystérectomie. Il occupait le fond du vagin et remplaçait le museau de tanche; il durait depuis sept ans, versait dans le vagin toutes les matières, et n'avait aucune tendance à guérir, grâce à la présence d'un éperon

développé qui séparait absolument les deux bouts.

Une simple suture vaginale devait échouer forcément, par la poussée et l'infiltration des matières, empêchées par l'éperon de se diriger vers l'ampoule rectale. J'eus alors recours au procédé suivant :

Je fis d'abord, pour élargir la voie d'accès, une incision médiane et verticale de la paroi postérieure du vagin ; je dédoublai la cloison recto-vaginale, à droite et à gauche, en mobilisant les deux moitiés de cette paroi jusqu'à l'orifice intestinal; arrivé là, je décollai sa demi-circonférence postérieure. Je pus reconnaître avec mes doigts la hauteur et l'épaisseur de l'éperon, m'assurer qu'il y avait adossement simple sans aucune interposition; alors je plaçai les pinces de Kocher, coupai l'éperon, fermai le double bord cruenté avec une aiguille de Reverdin à petite courbure latérale, et l'infundibulum fut ainsi créé.

Restait à fermer l'orifice anormal. Pour avoir une surface cruentée circulaire et mettre des points de suture, il fallait décoller la paroi du vagin de la muqueuse intestinale sur la demi circonférence antérieure de l'anus (la séparation était déjà faite en arrière). Dans ce temps de l'opération, je risquais de blesser la vessie et d'ouvrir le péritoine; je procédai avec lenteur et prudence, et j'eus bientôt un lambeau vaginal flottant, que je suturai au devant de la muqueuse intestinale rétractée. Puis je reconstituai la paroi postérieure du vagin.

Il y eut, au bout de quelques jours, une débâcle qui fit lâcher mes points de suture, mais les matières prirent peu à peu le chemin de l'ampoule rectale, l'anus naturel se mit à fonctionner normalement et la plaie vaginale devint une fistulette insignifiante qui laissait échapper quelques gaz et n'incommodait plus la malade. Elle sortit bien portante, et malheureusement je la perdis de vue; mais ces petits orifices recto-vaginaux, reliquats d'un accident ou d'une opération, finissent toujours par se fermer.

M. Pozzi. — Peut-être y aurait-il intérêt à diviser cette opération en deux temps, séparés par un intervalle d'au moins quarante-huit heures, pendant lequel les pinces resteraient à demeure.

M. Le Dentu. — Dans un cas semblable j'ai détruit l'éperon par les pinces à demeure.

M. Richelot. — J'ai fait la suture immédiate pour éviter justement la mortification possible sous l'action des pinces. Quant à la fermeture de l'orifice anormal, peut-être pourrait-on attendre un certain temps avant de la pratiquer, comme le propose M. Pozzi, pour voir si la cicatrisation ne se fait pas par les seules ressources de l'organisme. C'est à voir.

Sur un cas de kyste tubo-ovarien

M. Boursier (Bordeaux). — Les kystes tubo-ovariens décrits par Richard (1853) ont été étudiés depuis en France et à l'étranger. Cependant Cabaniols, dans sa thèse 1890, n'a pu en résumer que 36 observations. Depuis, l'auteur a trouvé, dans la littérature, 6 cas, et il en apporte un nouveau.

Comme toujours, le diagnostic réel n'a été fait qu'après l'opération. On croyait qu'il s'agissait d'un kyste ovarique.

L'examen histologique de la pièce démontre, ainsi que l'ont dit Cabaniols et Legueu, le kyste tubo ovarien se composait bien de deux parties : une portion tubaire et une portion ovarique proprement dite.

M. Lejars. — Sur 63 cas de grossesse tubaire, on a vu 3 récidives. C'est la proportion établie par les différentes statistiques qui donnent de 4 à 5 %. Varnier avait établi, du reste, que chez les femmes opérées de grossesse tubaire qui redevenaient enceintes, on comptait deux cas de grossesse normale pour un cas de grossesse tubaire.

Quant à la pathogénie de ces grossesses tubaires récidivantes, il convient de faire intervenir les malformations congénitales, mais peut être aussi des lésions des annexes laissées en place comme étant saines.

Je ne voudrais pas en déduire qu'il faut faire la castration de parti pris, mais il faut regarder de très près les annexes, voir s'il y a des adhérences, et les enlever dès qu'elles ne semblent pas normales.

M. Bégoin (Bordeaux) a opéré, en 1899, une femme pour grossesse tubaire. Elle est revenue enceinte en 1901, et a succombé à une inondation péritonéale.

De l'allure clinique maligne de certains fibromes de l'ovaire

M. Bégouin (Bordeaux). — Les fibromes de l'ovaire se traduisent ordinairement par une symptomatologie simple et bénigne, alors même qu'ils sont compliqués d'ascite, ce qui est moins rare qu'on ne croit. La symptomatologie de ces tumeurs n'affecte, cependant, pas toujours une allure aussi bénigne : il existe des faits assez nombreux où, à un moment donné de leur évolution, ces fibromes, tout en ne présentant aucune altération de leur texture, en restant peu volumineux et mobiles, s'accompagnent d'augmentation rapide et considérable du volume du ventre, d'amaigrissement progressif et très accusé, d'anorexie, de pertes des forces, d'œdème des membres inférieurs, de double épanchement pleural, en un mot, du tableau clinique de la cachexie, que l'on est accoutumé à observer à la période terminale des tumeurs malignes.

M. Bégouin rapporte une observation de ce genre et en cite douze autres semblables. Le diagnostic clinique avec le sarcome est presque impossible dans ces cas là; aussi faut-il toujours opérer, car si on ne le fait pas, les malades meurent rapidement; l'intervention, au contraire, donne des résultats immédiats et éloignés absolument parfaits.

Traitement des fractures du nez

MM. C. et F. Martin (de Lyon) indiquent les résultats obtenus avec leur méthode de traitement des fractures du nez.

La réduction de la fracture est faite sous anesthésie générale au moyen de la pince-levier des auteurs introduite dans les fosses nasales. La réduction obtenue, on la maintient en appliquant leur appareil de contention.

L'asepsie de la cavité nasale est assurée par des lavages fréquents et abondants.

Tous les cinq ou six jours, l'appareil est enlevé, nettoyé, puis remis en place et maintenu pendant quatre à six semaines. Au bout de ce temps, la consolidation est suffisante pour qu'on puisse enlever l'appareil sans avoir à craindre que la rétraction cicatricielle ne déplace les fragments.

Les résultats obtenus par cette technique ont été remarquables par leur constance et leur perfection, ainsi que le montrent des moulages.

Le résultat a été aussi bon pour les cas anciens que pour les récents.

Aucun des malades n'a présenté d'accidents, ni infection, ni hémorragie. Bien plus, chez l'un d'eux, des épistaxis continuelles ont cessé après la réduction.

Dans tous les cas, même lorsqu'on n'est pas absolument certain d'avoir affaire à une fracture, il faut toujours tenter la réduction à la pince-levier, car celle-ci supprime les douleurs et assure plus rapidement la consolidation.

M. Jacques. — Il y a des fractures du nez qui sont plutôt, d'ailleurs, une variété de luxations, relativement fréquentes chez les enfants, et que les manœuvres externes suffisent à réduire. La contention s'obtient au moyen d'un petit appareil plâtré qui enserre le nez et prend point d'appui sur le front.

Epithéliome non adamantin du maxillaire supérieur. Resection. Guerison

M. J. Reverdin (de Genève) rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans qui, en 1891, a vu apparaître, sur le côté gauche de la portion dure du palais, une tumeur empiétant sur le sinus maxillaire, comme l'a montré l'opération. Pendant l'année qui a précédé l'examen de ce malade, il était survenu une série de fluxions.

La tumeur était régulière, indolente, de consistance élastique. L'ablation en fut faite. L'examen montra qu'il s'agissait d'un épithéliome non adamantin. Toutefois, comme la deuxième prémolaire n'existait pas chez ce jeune homme et n'avait jamais apparu, l'auteur estime que l'origine dentaire de cette tumeur n'est pas douteuse. Depuis dix ans la guérison est parfaite.

Traitement opératoire des tumeurs solides du maxillaire supérieur

M. Jacques (de Nancy). — La résection systématique de la totalité du maxillaire supérieur pour tumeur maligne ou sus-

ceptible de le devenir, constitue une pratique assez générale, dont il importe de restreindre les indications pour le plus grand bénéfice des malades.

Bien que mes observations ne soient qu'au nombre de quatre, j'estime que la résection totale systématique doit être repoussée dans la majorité des cas. On complétera, au moment de l'opération, l'exploration clinique par une trépanation de l'antre d'Highmore à travers la fosse canine ; puis on procédera aux résections nécessaires.

M. Morestin (Paris) se déclare partisan, comme M. Jacques, des résections partielles du maxillaire de préférence aux résections totales. Cette technique a l'avantage d'être plus bénigne et permet de réséquer économiquement.

Injections préventives de sérum antistreptococcique avant les opérations intra-buccales

M. Willems (de Gand). — La plupart des infections intra-buccales reconnaissent comme cause le streptocoque, qui existe normalement dans la bouche saine. Ce fait a engagé Lauwers, de Courtrai, à pratiquer, à titre préventif, avant les opérations intra-buccales, une injection d'un sérum antistreptococcique préparé par Denys, de Louvain.

J'ai repris ces expériences pour l'uranostaphylorraphie. J'injecte la veille 20 cc et autant au moment de terminer l'opération. C'est la dose pour un enfant de trois ou quatre ans.

Le seul inconvénient qu'offrent ces injections est de produire un peu de fièvre et souvent de l'urticaire, accidents qui sont d'ailleurs sans gravité. Les résultats obtenus sont remarquables. La ligne de réunion ne prend plus la teinte grisâtre et l'aspect sale qui sont habituels, même dans les cas de succès. Je n'ai plus observé de suppuration, et la réunion par première intention s'obtient généralement sur toute la ligne. Si une partie de la plaie vient encore à s'ouvrir, c'est que l'affrontement a été mauvais et les lambeaux, non déchiquetés, se prêtent bien à une seconde opération. Ce résultat s'obtient sans aucun traitement consécutif, sans lavages, avantage appréciable surtout quand il s'agit de jeunes enfants.

Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans l'ablation d'un cancer branchiogène. Guérison

M. le prof. **A. Ceci** (de Pise).— En extirpant une tumeur cancéreuse, d'origine branchiale à développement très rapide, chez un homme de soixante ans, j'ai dû, en même temps que la peau de la partie latérale et gauche du cou, enlever le sterno-cléido-mastoïdien, la portion antérieure du trapèze, le tronc de la jugulaire interne, la carotide primitive et le nerf vague, tous englobés dans la masse néoplasique. Pendant l'opération, j'observai une dyspnée subite, mais, en ôtant une ligature placée sur le nerf phrénique, la respiration redevint normale.

Malgré que nous ayons suivi avec la plus grande attention l'opéré, nous n'avons observé après l'opération aucun phénomène notable, sauf une plus grande raucité de la voix (raucité qui préexistait) et un fort myosis du côté opéré. Le myosis s'atténua de plus en plus et, après quelques jours, il disparut presque complètement. Il ne se manifesta aucun trouble circulatoire ni respiratoire. Le patient ne présenta aucune réaction fébrile et la guérison survint sans incidents.

Il est remarquable que, bien qu'il s'agissait d'un homme d'âge, obèse et athéromateux, il ne survint aucun trouble circulatoire du côté du cerveau. Chez un individu à peu près du même âge, chez lequel je fus obligé de ligaturer la carotide primitive seule, il en résulta une hémiplégie du côté opposé. Il me semble *à priori* que la ligature simultanée de la veine jugulaire et de la carotide primitive doive entraîner des conséquences moins dangereuses que la ligature isolée d'un seul de ces vaisseaux. En effet, la ligature simultanée de la veine et de l'artère proportionne la diminution de la sortie avec la diminution de l'arrivée du sang et maintient mieux l'équilibre de la circulation cérébrale.

Traitement du torticolis

M. Péraire (Paris). — Dans le traitement du torticolis permanent, tous les appareils employés jusqu'à présent présentent des inconvénients. Il faut que l'appareil employé puisse maintenir d'une façon parfaite la tête dans la rectitude. Il doit être placé tout de suite après la ténotomie, lorsque le malade est encore sous l'influence du chloroforme.

L'appareil que j'emploie se compose d'une cuirasse prenant le thorax et fabriqué avec deux épaisseurs de toile carton. Il est relié à la tête au moyen de bandes raides de caoutchouc de coton ; par un dispositif spécial permettant l'extension, ces bandes maintiennent la tête constamment inclinée vers le côté opposé à la difformité.

Rétrécissement cicatriciel et spasmes de l'œsophage

M. Moulonguet (d'Amiens). — L'élément spasmodique joue un rôle considérable dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage Un enfant de sept ans, atteint de rétrécissement œsophagien par brûlure, mourait de faim et de soif sans pouvoir avaler sa salive ni une goutte d'eau La gastrostomie permit d'alimenter cet enfant et dès le soir même il avalait du lait.

La dilatation ultérieure de son œsophage fut pratiquée et traversée par un incident qui faillit lui coûter la vie et doit mettre en garde contre les dilatations trop rapides. A la suite d'une séance où l'œsophage avait saigné, il survint une fièvre vive avec gonflement considérable du cou et du creux sus-claviculaire gauche. La résolution de ces accidents put être obtenue.

Rupture de l'œsophage sain

M. Mariau (de Péronne) rapporte l'observation d'une jeune fille de dix neuf ans morte avec tous les signes d'une granulie. A l'autopsie, on constate que l'estomac se vide dans la plèvre gauche par une déchirure située sur le flanc gauche de l'œsophage. La veille de sa mort, la malade avait fait des efforts violents de vomissements, et c'est probablement ces vomissements qui ont provoqué la rupture de l'œsophage. Cette rupture a l'aspect d'une fissure de 5 centim. de longueur et ses bords sont nets, sans aucune perte de substance. Il tire de cette observation les conclusions suivantes :

1° L'œsophage sain peut se rompre dans un effort très violent de vomissements.

2° Cet accident est arrivé surtout chez des malades très affaiblis, des typhiques de préférence.

3° L'œsophage présente une résistance considérable à la traction, beaucoup moindre aux pressions.

Traitement de la périchondrite costale tuberculeuse

M. Roux (de Lausanne). — La guérison de la périchondrite costale tuberculeuse, si elle ne peut être obtenue par les injections modificatrices, ne saurait suivre davantage les interventions de résection parcimonieuse. Il s'établit une fistule intarissable. L'auteur a coutume d'isoler, dans une première intervention, toute la région malade par des sections ou des tranchées pratiquées en tissus sains et comprenant toute l'épaisseur de la paroi thoracique et suffisamment éloignées du point malade. Et ce n'est que lorsque ce dernier est séparé des régions saines par un tissu cicatriciel, qu'il procède à l'ablation du cartilage malade.

M. Depage (Bruxelles) a pratiqué une opération analogue à celle de Roux. Il enlève la partie tuberculeuse aussi largement que possible, dépasse la lésion et fait en sorte que le cartilage de la portion saine soit parfaitement isolé, par la peau le recouvrant, du foyer malade.

La prophylaxie du pneumothorax par la chambre pneumatique de Sauerbruch

M. Mayer (Bruxelles). — J'ai repris et étendu les recherches de Sauerbruch (Breslau) sur les moyens d'éviter les dangers du pneumothorax dans l'ouverture large de la cavité thoracique. Dans une chambre hermétiquement fermée, on produit, par un courant d'air, un vide relatif constant de 10 à 12 mm de mercure (altitude de 300 m n'incommodant guère le chirurgien). Si l'on place, dans la chambre, le chien ou l'homme à opérer, la tête restant hors de la chambre, le cou entouré d'une manchette en caoutchouc, on peut ouvrir largement le thorax sans que le poumon s'atélectasie. A la clinique de Breslau, M. le prof. Mickulicz a jusqu'ici opéré 10 malades dans ces condi-

tions sans voir se produire aucun accident respiratoire.

Pour les cas d'urgence, le procédé inverse imaginé par Kelling et Brauer peut suffire : trachéotomie, courant d'air sous une pression positive constante de 10 millimètres.

M. Delagenière (du Mans). — Il ne faut pas trop s'effrayer du pneumothorax chirurgical. On peut même, dans certains cas, le provoquer en procédant avec précaution. La rétraction du poumon sur son hile permet une intervention plus facile.

M. Faure (de Paris) croit que théoriquement l'appareil de Saüerbruch est très intéressant, mais il se demande, si pratiquement, il pourra rendre de grands services à cause de sa complication. Car même sur des opérations portant sur l'œsophage, l'auteur n'a pas eu à redouter de complications fâcheuses.

M. Depage (Bruxelles). — L'appareil de Saüerbruch n'est, en effet, appelé à rendre des services que quand on doit ouvrir les deux cavités pleurales; l'ouverture d'une seule ne nécessitant nullement son emploi.

M. Hallion (Paris) pense qu'on diminuerait beaucoup les chances d'infection de la plèvre si, après son ouverture, on diminuait les mouvements respiratoires. A l'inverse du péritoine, en effet, la plèvre s'infecte très facilement par l'air extérieur. Le meilleur moyen pour diminuer le nombre des mouvements respiratoires serait peut-être de faire respirer de l'oxygène.

M. Michaux (Paris). — Bien que les malades supportent généralement bien les interventions sur le poumon, il survient fréquemment après l'opération une gêne respiratoire considérable et, dans quelques cas, ce n'est qu'à force de soins et de précautions qu'on obtient un résultat thérapeutique heureux. Il y a donc intérêt à maintenir le poumon en contact avec la plèvre et l'appareil de Saüerbruch est appelé à rendre des services.

(*A suivre.*) D[r] G. Berruyer.

UNE VISITE EXPRESS AUX HOPITAUX DE LONDRES

VII

Les hôpitaux de Londres et la dermato-syphiligraphie

Note de M. le D[r] Gastou

La dermato-syphiligraphie parisienne a peu de chose à envier, dans son organisation générale, à sa congénère de Londres, où l'on chercherait vainement un centre dermato-syphiligraphique et vénéréologique.

Mais s'il est difficile de trouver ailleurs qu'à Paris l'équivalent de notre hôpital Saint-Louis, il faut aller à Londres pour y rencontrer ce qui nous manque — à Saint-Louis comme ailleurs — et ce qui caractérise l'hôpital médical anglais : l'esprit de suite, la logique de l'organisation, l'économie de temps et d'argent, et surtout l'utilisation maxima des choses et des gens pour le plus grand bien de tous.

L'organisation des services dermato-syphiligraphiques de Londres répond à la compréhension anglaise de l'hôpital, que les lecteurs du *Bulletin* connaissent déjà à fond par les articles parus avant le nôtre. Nous n'insisterons donc pas sur ce point. On sait que douze écoles de médecine fonctionnent dans douze hôpitaux et que, par suite, l'enseignement didactique est donné en même temps que l'enseignement clinique. Il n'y a point d'hôpitaux spéciaux pour la dermatologie, mais dans chaque hôpital des lits sont réservés pour les cas urgents et il existe dans quelques-uns une consultation externe pour les maladies de peau.

En dehors de la clinique proprement dite, l'enseignement dermato-syphiligraphique comporte des collections pathologiques remarquables, des laboratoires, enfin des installations thérapeutiques malheureusement un peu trop disséminées. En outre, à côté de l'enseignement, il y a, en quelque sorte, les « Hautes Etudes », c'est-à-dire, pour le sujet qui nous occupe, la « Société de dermatologie de Londres » (The dermatological society of London) et, d'une façon générale, les laboratoires de recherches, admirablement organisés, dotés et entretenus.

L'enseignement clinique et thérapeutique dermato-syphiligraphique est surtout donné dans les hôpitaux suivants : *University College Hospital*, service de M. le D[r] Radcliffe Crocker ayant comme assistant M. le D[r] Pernet, comme radiographe M. le D[r] Worral; *The London Hospital*, où se trouve dirigé, par M. le D[r] Sequeira, un très important services de photothérapie et radiothérapie, fondé par Sa Majesté La Reine; *The Middlessex hospital*, où M. le D[r] Pringle dirige le service dermatologique, avec une installation pour le traitement par la lumière et les radiations lumineuses (il y existe une section spéciale pour les cancéreux et les maladies infantiles); *Westminster hospital*, service de M. le D[r] Colcott-Fox; *Kings College hospital*, avec le service de M. le D[r] Arthur Whitfield. Tels sont les principaux centres dermatologiques où les élèves peuvent trouver un enseignement complet.

A « *University College hospital* », le D[r] Radcliffe Crocker et son assistant, M. le D[r] Pernet, ont eu l'obligeance de nous montrer leurs cas intéressants et de nous initier à leur pratique thérapeutique.

Dans ce service comme dans les autres, les fiches sont tenues par des élèves en médecine, et les malades sont examinés individuellement.

Une particularité, spéciale au tempérament anglais, est la discrétion pudique mise à l'examen des malades, surtout des femmes; on ne découvre que la partie utile à voir et le malade se déshabille et s'habille à l'abri de tous regards indiscrets.

Voici quelques cas qui nous ont été montrés, et quelques données thérapeutiques intéressantes de la pratique du D[r] Radcliffe Crocker.

Psoriasis. — Les cas de psoriasis diffus sont traités, comme médication générale par l'administration de 1 à 4 gr. de salicine (principe actif du saule blanc), et, localement, par l'oxyde jaune de mercure.

Xanthome et mycosis. — Traités par les rayons X; pour le premier 23 séances, pour le second 54 séances, avec amélioration. Le cas de xanthome était familial.

Furoncle. — S'ils sont volumineux on les traite par une série de quatre à cinq injections périphériques d'une solution d'acide phénique.

Hyperhydrose et bromhydrose. — Le D[r] Radcliffe Crocker fait usage du soufre, à la dose de 2 gr., administré par voie gastrique; il obtient par ce moyen la diminution de l'odeur fétide. Expérimentalement, il a pu vérifier qu'après l'ingestion de soufre la bactérie ensemencée n'a plus d'odeur fétide. Il joint un pansement avec une poudre composée de carbonate de chaux et d'acide borique.

Teigne. — Le traitement employé consiste en applications d'un mélange de : lanoline, oléate de cuivre et thymol, qui, au bout de trois semaines environ, entraîne la dépilation; la cure totale demande trois à six mois.

Lupus érythémateux fixe. — Même traitement que pour le psoriasis : par la salicine. Localement, traitement de Hebra et acide phénique pur.

Syphilides palmaires psoriasiformes. — On joint à l'emploi de fumigations cinabrées générales et surtout locales, l'usage également local de pommades mercurielles.

Eczémas secs. — Modifiés favorablement par l'emploi systématique de la résorcine et du permanganate de potasse.

Lupus érythémateux disséminé et tuberculides. — M. Radcliffe Crocker fait remarquer que le D[r] Jonathan Hutchinson a, le premier, décrit, sans en reconnaître la nature, les tuberculides; il nous expose la conception de la thérapeutique qu'il applique dans les cas de tuberculides. Il pense que l'élément toxique a un grand rôle dans la production des tuberculides, et il combat cette influence par des purgatifs et des antiseptiques intestinaux. D'autre part, il agit sur l'élément vaso-moteur éruptif par l'emploi de la trinitrine, qu'il donne régulièrement aux malades atteints d'engelures ou de refroidissement des extrémités, comme cela est si fréquent chez les lupiques.

Il m'a paru intéressant de citer ces

quelques cas de dermatoses pour bien montrer que le Dr Radcliffe Crocker ne s'en tient pas seulement au traitement local, mais pense que la médication générale a une grande influence dans le traitement des dermatoses : en cela il apporte le poids de son autorité scientifique et de sa grande habileté clinique aux conceptions thérapeutiques de l'École française.

Je n'ai pas eu le temps matériel de visiter les installations dermatologiques des autres hôpitaux, mais j'ai tenu à voir, comme se rattachant à mon sujet, quelques hôpitaux spéciaux et, en particulier, le « National hospital for the paralysed and epileptic » et le « London School of Tropical Medicine. »

Le « National hospital » est affecté aux maladies nerveuses. Les Drs Gowers et Ferrier y ont des services où l'on voit de nombreux cas de tabes et de maladies de la moelle. Dans tous les cas de tabes traités actuellement dans les salles par des frictions, on a relevé la syphilis. Il n'y a point, dans cet hôpital, de paralytiques généraux. Ici, comme dans les services médicaux généraux, les enfants voisinent avec les adultes.

Au « London School of tropical Medicine » où enseigne Patrick Manson, et qui recrute ses malades parmi la clientele des Docks où il est situé, j'ai pu rencontrer plusieurs cas de béri-béri, de lèpre, de dysenterie.

Dans les laboratoires, grandement installés, où 30 à 40 élèves travaillaient, on étudie la parasitologie et la bactériologie tropicales. On m'y a montré les parasites du paludisme, l'ankylostome, des filaires, et le batonnet pathogène d'une affection nouvelle dite : kala azar assam, que l'on rencontre dans l'Inde et dans l'Egypte. Au laboratoire est annexé un musée contenant une collection de pièces pathologiques, des dessins et préparations histologiques relatives aux maladies tropicales. L'hôpital tropical est du plus haut intérêt pour le dermatologiste, un grand nombre d'affections générales ou locales tropicales produisant à la peau des déterminations.

Voilà pour l'enseignement clinique.

Une large place est faite également, à Londres, aux installations de traitement.

Je mentionnerai d'abord, à « University College », la salle de traitement externe et d'urgence. C'est une grosse lacune de l'hôpital Saint-Louis de n'avoir pas de salle analogue Si elle existait, on pourrait ainsi faire les petites opérations dermatologiques d'urgence et éviter, par suite, aux malades, une perte de temps considérable. On pourrait y traiter la pelade, les ulcères, y faire des pansements utiles et indispensables.

La salle de pansement est fort bien aménagée; tous les pansements et substances utiles à l'asepsie et à l'antisepsie sont groupés, catalogués, et un personnel spécial est chargé, avec l'interne ou l'élève en médecine de garde, des cas d'urgence.

Le service de la pharmacie est identique à celui de Saint Louis; je ne crois pas qu'il y ait, cependant, l'abus que nous déplorons à Paris — malgré toutes les précautions prises pour l'éviter — de la distribution gratuite de médicaments aux malades qui pourraient les payer.

Je n'ai point vu de traitement analogue à celui de Saint-Louis, pour la gale, mais le service des bains se fait dans des locaux bien mieux aménagés. M. le Dr Paore a suggéré l'idée de construire cette annexe en briques porcelainées. C'est beaucoup plus propre, plus facile à entretenir, et on n'est pas exposé aux inconvénients fâcheux que produit l'humidité sur les murs plâtrés du service des bains de Saint-Louis.

J'ai peu de chose à dire du traitement électrothérapique par les hautes fréquences, la méthode Finsen et la radiothérapie. A Londres, on a de l'argent, et les installations s'en ressentent; elles sont complètes en instruments et personnel. Cependant, je n'ai point vu ni entendu parler de services ou d'installation pour le traitement de la blennorragie.

Mieux organisées encore et plus richement dotées sont les « Hautes Etudes » dermato-syphiligraphiques, comme la « Société de dermatologie » — tribunal arbitral de diagnostic, véritable haute-cour clinique — ou comme les laboratoires de recherches, véritables centres d'investigations, de contrôles et de découvertes. Enfin, couronnant le tout, les deux joyaux de l'organisation anglaise : les musées, avec leurs collections des plus complètes, et les statistiques, avec leur richesse de faits et de documentation.

La « Dermatological Society of London » est pour Londres ce qu'est, pour Paris, la Société de dermatologie. Il existe également une Société dermatologique de grande Bretagne et d'Irlande qui réunit à la fois des praticiens généraux et des spécialistes, mais elle n'est en rien semblable, à la « Dermatological Society », qui nous a fait à Londres l'accueil le plus chaleureux MM. Pringle, Colcott-Fox, Galloway, Radcliffe-Crocker, Waide, Schillitag, Whitfield, Parkes, Weber, Hartigaut, Limont (de Newcastle) et Pernet ont reçu au milieu d'eux, avec une affabilité extrême, les dermatologistes et médecins français: Hallopeau, Jacquet, Emery, Barier, Pautrier, Robert-Simon et Gaston, les priant de se considérer comme de la Société en prenant part aux discussions : ce qui eut lieu. L'espace me manque pour indiquer les cas sur lesquels on a discuté. Je me borne à dire qu'à l'issue de cette séance, notre maître, le Dr Hallopeau, a remercié, en son nom et au nom de tous, la « Dermatological Society » de son bienveillant et sympathique accueil.

La Société de dermatologie anglaise, dont les séances se tiennent dans une des salles de la « Medical Society of London », n'a pas l'avantage de celle de Paris, qui tient ses séances au centre même de la dermatologie française, à l'hôpital Saint-Louis, où musée et bibliothèque peuvent être consultés avec profit à propos des présentations. La « Dermatological Society » a un organe qui donne le compte-rendu des séances. C'est le *British Journal of Dermatology*.

J'ai dit combien les laboratoires, les collections et musées étaient à Londres riches et bien organisés. Chaque hôpital a ses collections et son laboratoire central. Il est regrettable que nous ne puissions faire de même en France et, en particulier, à Saint-Louis, où nous avons cette chose unique qu'est le musée de moulages Baretta.

Parmi les collections anatomo-pathologiques, celles de « The Royal College of surgeons of England », de « Saint-Bartholomew's hospital », et de « The London County asylum and the pathological laboratory », présentent beaucoup à glaner pour le dermatologiste et le syphiligraphe.

Le Musée du « Royal College » est des plus suggestifs pour l'étude de la tératologie comparée et des monstruosités, et cela, non pas seulement chez les vertébrés, mais encore dans toute la série zoologique et chez les végétaux.

Guidés par M. le prof. Charles Stewart, conservateur du musée, dont la patience, l'amabilité et la science sont inépuisables, nous avons pu, après deux longues heures de promenade, comprendre tout l'intérêt de la dermatologie comparée, c'est-à dire de l'étude comparée des téguments et de ses maladies chez l'homme, chez les animaux, et même chez les plantes. Nous avons pu voir combien communes, dans la série des plantes et des animaux, étaient certaines affections parasitaires que l'on rencontre sur la peau de l'homme. Là aussi nous avons constaté qu'en matière tératologique, dystrophique, dégénérative, l'homme n'avait rien à envier à l'animal et à la plante, et que le trouble embryogénique s'étend à l'universalité des êtres vivants.

Ces mêmes études de pathologie comparée de la peau sont poursuivies par le Dr E.-F. Bashford au « Laboratoire of the Imperial cancer research fund », à propos de l'identité et de la greffe de l'épithélioma dans la série des vertèbres.

Pour conclure, Londres est-il, ou non, mieux organisé que Paris au point de vue dermato-syphiligraphique? Je dirai hardiment *non*, en tant que matériel de malades et cliniques hospitalières, *oui*, en tant qu'organisation générale et facilité pour les recherches scientifiques.

Le caractère général de l'organisation hospitalière anglaise, l'esprit pratique et l'individualisme de cette nation impriment leur marque à tout ce qui est médical, aux spécialités comme à tout le reste. A chacun suivant ses aptitudes et ses qualités, et ce n'est pas dans ce pays qu'on pourrait voir, par exemple, des dermatologistes de grande valeur attendre vingt années leur tour pour avoir un service de dermatologie !

Enfin — et c'est par là que je terminerai — l'entente commune a créé entre médecins d'un même hôpital la concentration au même point de toutes les archives cliniques et scientifiques de l'hôpital, qui constituent une mine précieuse de documentation.

Or, que de fois n'arrive-t-il pas, à Saint-Louis, que le même malade, ayant séjourné à différentes périodes de l'évolution de sa maladie dans différents services, a été inscrit avec une étiquette différente, chaque désignation restant isolée et se perdant, alors que leur groupement serait d'une aide puissante dans l'étude de l'évolution des dermatoses.

Nous avons peu de chose à faire pour que l'hôpital Saint-Louis réalise l'idéal rêvé. Il y a là un personnel médical de réputation universelle, une richesse de matériaux cliniques et un musée unique au monde. Il faudrait y ajouter ce qui fait l'intérêt scientifique des hôpitaux à Londres : des collections anatomo-pathologiques, un laboratoire de recherches et un centre d'archives cliniques. Ce sont là, semble-t-il, des vœux modestes qu'il est bien permis d'émettre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 3 novembre

Hémorragie cérébro-méningée à symptômes méningitiques

MM. Achard et **L. Ramond** communiquent une observation montrant que le diagnostic entre l'hémorragie méningée et la méningite est parfois difficile, même après la ponction lombaire. Le liquide extrait peut, en effet, présenter à la fois la coloration hématique et la leucocytose, soit que l'hémorragie ait secondairement déterminé une réaction leucocytaire, soit que la méningite ait donné lieu à une suffusion sanguine.

Chez une femme de trente-huit ans, frappée subitement d'une attaque épileptiforme, les auteurs ont observé une série de symptômes méningitiques : attitude en chien de fusil, raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements, fièvre (38°6). Les attaques épileptiformes se répétèrent avec une grande fréquence, laissant après elle une hémiplégie droite. La mort survint dans le coma, avec une température de 40°9, six jours après le début des accidents. Une ponction lombaire avait donné un liquide jaune ambré, renfermant, outre de nombreux globules rouges, quelques rares polynucléaires, de grands mononucléaires et surtout des lymphocytes. On pouvait songer à la méningite tuberculeuse, qui débute parfois chez l'adulte par des attaques épileptiformes. Or, l'autopsie montra un foyer d'hémorragie cérébrale siégeant dans le lobe frontal gauche et rompu sous les méninges qui étaient inondées de sang.

Maladie bleue avec cyanose des rétines

M. Babinski et **Mlle Toufesco** présentent un petit hémiplégique gauche d'une dizaine d'années, atteint de cyanose paroxystique ou maladie bleue, chez lequel l'examen ophtalmoscopique a démontré l'existence d'une cyanose des deux rétines avec distension des veines, sans le moindre trouble fonctionnel de la vision. La littérature médicale ne comprend actuellement qu'une dizaine d'observations de ce genre.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Huet. — Sclérodermie limitée traitée par l'électrolyse.

M. Cruchet. — L'hippus en neurologie et en particulier dans la chorée.

M. Scherb. — Un cas de sclérose en plaques à forme fruste.

J. ROUBINOVITCH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre

M. Kelsch lit un rapport sur le vaccin, rapport qu'on dit des plus intéressants, mais dont nous n'avons entendu aucun mot.

G.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Le ministre de la guerre a adressé des lettres de félicitations, pour leur dévouement pendant des épidémies, à MM. :

Les méd.-maj. de 1re cl. :
Pitois, au 135e d'inf.
Fortoul, place de Lang-Son.

Les méd.-majors de 2e cl. :
Gaide, hôpital indigène.
Michelet, hôpital de Nam-Dinh.
Reneurel, place d'Haïphong.
Lecomte, ambulance d'Yen-Bay.
Roux, place de Lao-Kay.

Le pharm. de 2e cl. :
Dureigne, hôpital mil. d'Hanoï.

Les méd. aides maj. de 1re cl. :
Rouffiandis et Bourragué, place d'Hanoï.

Le pharm. aide major de 1re cl. :
Jard, Guyane française.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

MM. les méd. de 2e cl. Le Moignic emb. sur le *Peï-Ho*, et Gatrot, du port de Toulon, sont autorisés à permuter.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

CONCOURS, EN 1904, POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECINS STAGIAIRES DES TROUPES COLONIALES

Un concours s'ouvrira, le 1er décembre prochain, à 9 heures du matin, au Val-de-Grâce, pour l'admission de docteurs en médecine aux emplois de médecins stagiaires des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de 32 ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1); cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e cl. au moins;

4° Souscrire un engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Notes

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Composition écrite..........	12
Examen clinique...........	15
Médecine opératoire........	12
Interrogation sur l'hygiène..	10

Une majoration de 150 points est accordée aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une Faculté de médecine et de 100 points aux lauréats des Facultés.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 novembre prochain.

Les pièces à fournir sont :

I. — Avant le concours.

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves);

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater que les candidats sont lauréats de Faculté ou ont été reçus aux concours internes des hôpitaux;

4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique des services;

6° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

II. — Après l'admission.

Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé métropolitain.

Ils reçoivent la solde afférente au grade d'aide-major de 2e cl. et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 fr. reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non obtention du grade d'aide-major ou du non accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aide-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

D'habitude la durée du stage est de un an. Cette année il ne sera que de trois mois pour permettre de remplir les nombreux emplois nouveaux créés aux colonies.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Hôpital des Enfants Malades
(149, rue de Sèvres).

Professeur : M. Grancher.

M. Méry, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le mercredi 16 novembre 1904, à 10 heures du matin, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Veillon : Maladies de la peau, les mardis, à 10 heures.

M. Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les jeudis et lundis, à 10 heures.

M. Larat : Electrothérapie, les mardis, à 10 heures.

M. Roche : Maladies des yeux, les mardis, à 10 heures.

Consultations pour les maladies des nourrissons, les samedis, à 10 h. 1/2 (salle Husson).

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

M. le prof. Raymond commencera ce cours, à l'hospice de la Salpêtrière, le mardi 15 novembre 1904, à 10 h., et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Programme d'enseignement complémentaire.

Pathologie générale du système nerveux : M. Claude, agrégé.

Séméiologie des maladies du système nerveux : M. Guillain.

Histologie normale et pathologique du système nerveux : M. Alquier.

Psychologie clinique : M. Janet.

Electrodiagnostic et électrothérapie : M. Huet.

Examen du larynx : M. Cartaz.

Examen des yeux : MM. Dupuy-Dutemps et Kœnig.

Examen des oreilles : M. Gellé.

Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences complémentaires.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE

M. le prof. Joffroy commencera ce cours le mercredi 16 novembre 1904, à 10 h., à l'Amphithéâtre de l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

1° MM. Roy et Juquelier, chefs de clinique, ont commencé un cours théorique de psychiatrie, à l'asile Sainte Anne, le samedi 5 novembre 1904, à 10 heures, et le continueront les mardis et jeudis suivants, à la même heure, et les samedis suivants, à 9 h. 1/4, pendant les mois de novembre, décembre et janvier.

2° M. le Dr G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, chargé de cours à la Faculté des lettres, dirigera les exercices de psychologie, les dimanches matin à 9 h. 1/2 (salle des cours et laboratoire de psychologie).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. le prof. Dieulafoy a commencé son enseignement clinique. Il reprendra ses leçons de clinique le samedi 19 novembre 1904, à 10 h. 1/2 du matin à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau), et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades tous les matins à 9 heures (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire
(Démonstrations cliniques et exercices pratiques.)

Séméiologie. — MM. les Drs Nattan-Larrier et Crouzon, chefs de clinique, le mercredi et le samedi à 4 heures, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne.

Anatomie pathologique et bactériologie. — MM. les Drs Griffon, Leper, Gouraud, chefs de laboratoire, le jeudi, après la visite, au laboratoire de la clinique.

Laryngologie, rhinologie, otologie. — M. le Dr Bonnier, le lundi après la visite.

Electrothérapie, radiologie. — M. le Dr Lacaille, le vendredi après la visite.

Dermatologie. — M. le Dr Dého, le mardi après la visite.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL LAENNEC

M. le prof. Landouzy commencera ses leçons de clinique le vendredi 11 novembre 1904, à 10 heures du matin, à l'amphithéâtre de la clinique médicale, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures.

Salles Guersant (crèche), Chomel (hommes) et Broca (femmes).

Lundi, à 10 heures. — Consultation : diagnostics et ordonnances commentés.

Mardi, vendredi, à 10 h. — Leçon clinique.

Jeudi, à 10 heures. — Conférences pratiques d'auscultation.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

M. le prof. F. Terrier commencera ce cours, à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 11 novembre 1904, à 9 h. 1/4 du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

THÈSES

Mercredi 16 novembre. — *M. Bourgeois* : Exode rural et tuberculose. — *M. Duvin-Desroziers* : Zona de la deuxième branche du trijumeau. — *M. Dupouy* : Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication. — *M. Wapler* : Hématomes du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né. — *M. Luisi* : Echéance avancée de la période secondaire après certains chancres extra-génitaux.

Jeudi 17 novembre. — *M. Granjean* : La séparation intra-vésicale des urines et la chirurgie urinaire. — *M. Boucheseiche* : Contribution à l'étude des modifications urinaires dans l'appendicite. — *M. Picrart* : Contribution à l'étude de l'ostéomalacie sénile. — *M. Henry* : Contribution à l'étude des rechutes de la scarlatine. — *M. Chahuet* : Recherches sur l'absorption des graisses chez les enfants à l'état normal et à l'état pathologique.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 4 novembre

Pathologie

Question : « Symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu. »

18 Manue — 17 1/2 Vasy — 17 Renaud — 16 Mlle Eschermach, Trotain — 14 Thyébault, Seréé — 13 1/2 Mlle Trechtchenkov — 12 1/2 Vinchon — 12 Tixier, Violle, Thuillard — 10 Sidon, Tarrade — 7 Perher — 6 Roudergues, Herlet — 5 Thepenier, Simonot — 2 Yatros.

Séance du 5

Anatomie

Question : « Anatomie des fosses nasales. »

17 Garsaux — 16 Girou — 14 1/2 Fenard — 14 Chaperon, Gery — 13 1/2 Duhamel — 13 Gaudücheau, Mlle Feldmann — 12 Guillermond, Ch. Ferry, Dubs — 11 1/2 Guillaume — 10 G. Duval — 9 Chanal — 8 L. Durand, J. Durand — 3 Lafont, Fidao.

Séance du 7

Pathologie

Question : « Coxalgie. »

17 Lesbroussart — 16 1/2 Levy, Morie — 16 Nachmann — 15 1/2 Milan — 15 Moriez — 14 Moutet, Monturier, Minon — 13 1/2 Lutembacher — 13 Loiseau, Morellet, Lecœur — 12 Mitrany, Mairesse — 6 Martin, L'Hoste — 4 Maurel — 3 Paintaud.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 9 novembre, à 4 h. 1/2; suite des candidats de la 2e moitié, 1re série de la liste.

HOPITAL SAINT-LOUIS

M. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 10 novembre, à 3 h., dans la salle des conférences et les y continuera les jeudis suivants à la même heure.

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

Le Gaïacol et ses composés

PAR

M. le prof. GILBERT

Le goudron a été fort usité autrefois en thérapeutique; aujourd'hui, il l'est beaucoup moins, mais il a encore un emploi très populaire. Dans une large mesure, il a été supplanté, après les travaux de MM. Bouchard et Gimbert, par la créosote qui, à son tour, a été également remplacée par un de ses éléments. Je vous rappelle que la créosote est un corps de composition complexe, renfermant du gaïacol, des crésylols, du créosol, du phlorol, du phénol; je vous rappelle également que, d'après les indications du Codex, la créosote officinale devrait contenir 90 % de gaïacol, de petites quantités de créosol et des traces de crésylols. La quantité de gaïacol contenue dans les créosotes est souvent bien inférieure à 90 %.

Si la créosote a supplanté le goudron, elle a, à son tour, été supplantée par le gaïacol. Tout d'abord, on a introduit en thérapeutique le *gaïacol liquide*, impur, puis le *gaïacol cristallisé*, pur, et à une époque encore plus rapprochée de nous, certains composés du gaïacol, parmi lesquels le *carbonate*, le *benzoate*, le *phosphate*, le *phosphite*, dont je vous parlerai tout à l'heure.

Je ne m'arrêterai pas sur les corps qui, en dehors du gaïacol, entrent dans la composition de la créosote, quoique le *créosol*, par exemple, ait été l'objet de ma part de recherches qui ont établi qu'employé en badigeonnages sur la peau, il possède des vertus antipyrétiques passagères, analogues à celles du gaïacol (1). L'abaissement thermique suit rapidement le badigeonnage et s'accentue pendant trois heures environ; puis la température se relève pour atteindre ou dépasser son niveau pathologique habituel.

J'ai obtenu ces résultats par l'emploi d'un *créosol impur*, contenant 2 % de gaïacol, et par l'emploi du *créosol synthétique* de MM. Béal et Choay. Ce corps, étant moins toxique que le gaïacol, ainsi que je l'ai constaté avec M. Maurat, j'en ai le plus souvent appliqué sur la peau jusqu'à 2 gr. sans inconvénient.

(1) Compte rendu Soc. biol., 14 avril 1894.

Le *gaïacol liquide* se retire de la créosote; c'est un corps incolore, d'une odeur rappelant exactement celle de la créosote. Il présente une composition chimique très variable, et très souvent il contient une proportion de gaïacol inférieure à celle que devrait contenir la créosote officinale. J'ai eu la curiosité de faire pratiquer, il y a quelques années, l'analyse d'un gaïacol de provenance allemande; il présentait la composition suivante par 100 gr. :

Gaïacol	36 gr.
Créosol	50 gr. 3
Crésylols	3 gr. 6

C'était, comme vous le voyez, une sorte de *sous-créosote*. Souvent, d'ailleurs, le gaïacol n'y figure que dans la proportion de 20 % ou même dans une proportion moindre encore.

En réalité, le gaïacol liquide ne doit pas être employé; il faut avoir recours au *gaïacol synthétique*, qu'avec M. Maurat j'ai introduit en thérapeutique (1).

Celui-ci s'obtient en méthylant la pyrocatéchine; il a été réalisé en France par MM. Béhal et Choay (2). Il se présente sous la forme de cristaux rhomboïdaux, blancs et durs, d'une saveur d'abord légèrement sucrée, puis piquante et brûlante, fusibles à 28°5, bouillant à 205°, d'une densité de 1.143 à 15°, insolubles dans l'eau ou extrêmement peu, au contraire, solubles dans l'huile, la glycérine et l'alcool.

Il a l'avantage d'être toujours identique à lui-même, et présente, par ce fait, une grande supériorité sur le gaïacol liquide.

On emploie le gaïacol soit en vue de l'absorption, soit en vue d'une action topique.

En vue de l'absorption, on le donne, comme la créosote, à la dose moyenne de 0 gr. 60 à 1 gr., mais on peut arriver progressivement à des doses plus fortes. Il peut être administré soit par la bouche, soit par le rectum, soit par la peau, soit par la voie hypodermique.

Par la bouche, on le prend sous forme de pilules, de solutés alcooliques, de vin ou de potions.

Voici la formule d'un *vin gaïacolé* :

Gaïacol cristallisé	2 gr. 50
Vin de Grenache	250 gr.

0 gr. 25 de gaïacol par verre à liqueur; un verre à liqueur après le déjeuner et le dîner.

Voici celle d'un *soluté alcoolique* :

Gaïacol cristallisé	8 gr.
Alcool à 90°	120 gr.

Une cuillerée à café après le déjeuner et le dîner forment 0 gr. 60 par jour. A mettre dans une tasse de thé ou de café après les repas.

(1) Compte rendu Soc. biol., 18 nov. 1893.
(2) *Bull. Acad. des sciences*, janv. 1892.

Enfin celle d'une potion :

Gaïacol cristallisé	2 gr. 50
Alcool à 90°	50 gr.
Sirop simple	200 gr.

Même teneur que le vin.

Par la voie rectale, le gaïacol est prescrit en suppositoires ou en lavements. En *suppositoires* on peut le formuler ainsi :

Gaïacol cristallisé	0 gr. 15
Beurre de cacao	3 gr.

Pour 1 suppositoire; n° 12; 4 à 6 par jour.

On peut avoir recours à ces suppositoires pour compléter l'administration de la créosote par la voie buccale.

Sur la peau, le gaïacol s'emploie pur; on l'applique avec un pinceau lorsqu'il a été liquéfié au bain-marie ou par la chaleur de la main. La peau badigeonnée est recouverte avec une lame de taffetas chiffon ou gommé. C'est là un mode d'administration très simple.

Pour les injections hypodermiques, on utilise une solution huileuse analogue à celle que je vous ai indiquée à propos de la créosote.

En vue d'une action locale, on peut appliquer le gaïacol sur la peau, soit pur, soit étendu dans un excipient : glycérine, vaseline, lanoline ou axonge.

Quelques mots sur l'action biologique du gaïacol, telle qu'elle découle de mes recherches avec M. Maurat (1).

Appliqué sur la peau, le gaïacol est très bien toléré par elle, ne déterminant ni rougeur, ni sensation de cuisson.

Il est également bien toléré par les muqueuses; de là une certaine supériorité sur la créosote : il peut être ingéré pendant longtemps, surtout après les repas, sans déterminer la gastrite médicamenteuse. Quelquefois les hautes doses sont capables de provoquer des vomissements, que l'on évitera aisément en essayant la susceptibilité des malades et en leur administrant des doses progressives.

Il est bien toléré également par le rectum, alors que la créosote peut amener de la rectite.

Introduit dans le tissu interstitiel, il ne détermine pas de phénomènes d'irritation.

Pour étudier ses effets biologiques généraux et sa toxicité, nous avons choisi le cobaye et nous avons eu recours à la voie digestive et à la voie sous-cutanée.

Nous avons constaté qu'en injections sous-cutanées, il fallait 0 gr. 85 à 0 gr. 90 de gaïacol pour tuer 1 kilogr. de cobaye, et par l'estomac, plus de 1 gr. 50.

Les animaux intoxiqués par l'une ou

(1) Compte rendu Soc. biol., 18 nov. 1893.

l'autre voie, après une courte période d'agitation, s'affaiblissent, se traînent difficilement et ne tardent pas à tomber sur le côté, en proie à de violentes trépidations des pattes; la sensibilité s'émousse, la pupille se contracte, le cœur bat plus lentement, la température s'abaisse progressivement, la respiration devient plus rare et plus ample, l'inspiration étant brusque et l'expiration prolongée. Il y a une augmentation des sécrétions lacrymale, bronchique, salivaire, urinaire, parfois intestinale. Le flux lacrymal est particulièrement accentué : les animaux versent d'abord des larmes abondantes et limpides, puis leurs yeux se recouvrent d'un liquide purulent.

La mort survient dans un coma profond accompagné d'une grande hypothermie : le thermomètre descend jusqu'à 20°. Le cœur s'arrête en diastole, après le diaphragme.

A l'autopsie, les organes thoraciques et abdominaux sont congestionnés, les poumons sont plus spécialement frappés, les vaisseaux de l'encéphale légèrement injectés.

A des doses sub-toxiques, 0 gr. 40 à 0 gr. 45 par kilogramme, en injections sous-cutanées, les phénomènes observés sont encore très manifestes et superposables à ceux que nous venons de voir : affaiblissement musculaire, trépidation des membres, ralentissement du cœur, abaissement de la température de 1 ou 2 degrés, ralentissement et augmentation d'amplitude de la respiration, augmentation inconstante des sécrétions.

Ces doses peuvent sans inconvénient être administrées à plusieurs reprises au même animal; mais la tolérance à leur égard a plus de tendance à décroître qu'à s'affermir.

Nous avons fait également, par comparaison, quelques expériences sur le gaïacol liquide. Nous nous sommes servi de ce produit, d'origine allemande, dont je vous ai indiqué plus haut la composition (gaïacol, créosol et crésylols). Sa toxicité était inférieure à celle du gaïacol pur. Notamment, en injections hypodermiques, il n'amenait la mort des cobayes qu'à la dose de 1 gr. 05 à 1 gr. 10 par kilogr., c'est-à-dire que sa toxicité était les quatre cinquièmes de celle du gaïacol cristallisé. Il y a donc lieu de supposer que le créosol est doué d'une toxicité inférieure à celle du gaïacol, mais de ces expériences il n'y a aucun argument à tirer en faveur du gaïacol liquide, car si ce produit offrait, dans les conditions où nous nous sommes placés, une toxicité inférieure d'un cinquième à celle du gaïacol pur; il était deux fois moins riche que lui en principe supposé actif.

Les effets biologiques du gaïacol liquide que nous avons eu entre les mains se sont montrés d'ailleurs peu différents de ceux du gaïacol cristallisé. Certaines manifestations symptomatiques seulement nous ont paru moins accusées, à pouvoir toxique égal : telles l'hypothermie, l'augmentation des sécrétions et l'état spasmodique. J'ajoute que le gaïacol liquide agit plus lentement que le cristallisé.

L'emploi thérapeutique du gaïacol est, pour une grande part, superposable à celui de la créosote, cependant il est des cas où l'on ne peut recourir à la créosote et où l'on peut employer le gaïacol.

En vue de l'absorption il s'est substitué à la créosote, particulièrement dans le traitement des diverses localisations de la tuberculose et des affections chroniques des voies respiratoires. C'est dans la tuberculose pulmonaire que son indication est la plus pressante, mais son emploi comporte la même contre-indication que celui de la créosote; on ne doit pas l'administrer aux tuberculeux exposés à des poussées congestives, car il n'est pas douteux qu'il favorise la production d'hémoptysies.

Je ne reviens pas sur la posologie du gaïacol selon les divers modes d'administration. Il peut être pris pendant plusieurs semaines, puis il est bon de cesser son emploi, quitte à y revenir si l'on note des effets thérapeutiques favorables.

Les effets du gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique sont comparables à ceux que je vous ai décrits comme se rattachant à l'emploi de la créosote d'après M. Bouchard. L'expectoration tend à diminuer, les signes physiques peuvent se modifier favorablement, en même temps que l'état général s'améliore.

Il y a quelques années, on a préconisé le gaïacol en badigeonnages, comme antithermique, chez les tuberculeux. La propriété qu'a le gaïacol ainsi employé d'abaisser la fièvre des phtisiques, découverte par Sciolla, a été étudiée par M. Bard, par moi-même (1) et par un de mes élèves, le Dr Byl (2), qui en a fait le sujet de sa thèse.

Pour faire cette étude, j'ai eu recours au gaïacol cristallisé synthétique. Celui-ci a été liquéfié par la chaleur au moment de l'emploi, étendu avec un pinceau, tantôt sur la poitrine, tantôt sur la cuisse, puis recouvert de taffetas gommé. Le gaïacol liquide, moins toxique que le cristallisé, ainsi que je vous l'ai montré, ayant occasionné à la dose de 2 gr. le collapsus hypothermique et même la mort, je n'ai pas étendu, sur la peau de mes malades, plus de 1 gr. 50 de médicament. Le badigeonnage a été fait le matin à 9 heures et la température rectale a été prise, à partir de ce moment, d'heure en heure jusqu'à 8 heures du soir. Préalablement, le type fébrile des malades ainsi traités avait été fixé par la prise de la température d'heure en heure pendant plusieurs jours, de 8 heures du matin à 8 heures du soir.

De mes observations, il découle que le gaïacol abaisse presque toujours, mais non constamment, la température Chez les pneumoniques, il n'en est pas de même, la fièvre résiste.

Quand il se manifeste, l'abaissement est déjà sensible une heure après le badigeonnage, mais il atteint le plus souvent son maximum trois heures après celui-ci.

Il y a plusieurs revers à l'emploi des badigeonnages de gaïacol pour le traitement de la fièvre des tuberculeux; j'y ai déjà fait allusion à propos du créosol. D'abord, la température, après avoir baissé d'un ou deux degrés, remonte, et souvent, ainsi que je l'ai indiqué le premier, dépasse le taux qu'elle aurait offert sans l'emploi du médicament. Cette montée de la température s'opère quelquefois brusquement, le plus souvent progressivement et l'on peut noter l'existence d'un grand frisson. Dans la majorité des cas, entre la cinquième et la septième heure, quelquefois plus tôt ou plus tard, la température a repris sa marche habituelle.

Le relèvement thermique peut se montrer d'ailleurs excessif et il n'est pas rare de voir la température s'élever, puis se maintenir pendant plusieurs heures à un demi-degré ou un degré des limites ordinaires. En regard des cas dans lesquels les badigeonnages de gaïacol produisent des effets antipyrétiques, il y a donc lieu de placer non seulement ceux dans lesquels ils échouent, mais encore ceux dans lesquels, à l'action dépressive sur la température, succède une hyperthermie réactionnelle qui ne laisse aucun bénéfice aux malades (1).

(1) Compte rendu Soc. biol., 14 avril 1894.
(2) Du peu d'efficacité du gaïacol comme médicament antithermique (Paris, 1895).

(1) Voir dans la thèse du Dr Byl les tracés qui montrent l'action du gaïacol sur la température des tuberculeux.

D'autre part, si la dose a été un peu forte, le malade peut succomber en hypothermie. M. Bard a rapporté une observation de ce genre. Il y a donc lieu d'être très prudent, et je dois dire, pour mon compte, qu'il est préférable d'abandonner comme antithermique ces badigeonnages qui, non seulement ne procurent pas, en définitive, un soulagement, mais qui sont susceptibles en outre d'amener des accidents(1).

Les effets du gaïacol liquide sont peu différents de ceux du cristallisé. Du moins, l'échantillon que j'ai utilisé dans mes expériences m'a-t-il fourni des résultats voisins de ceux que je viens de relater. Il m'a semblé seulement qu'il amenait un abaissement thermique un peu moindre et qu'il permettait une hyperthermie réactionnelle plus fréquente et plus accusée. Comme le gaïacol impur que j'ai employé ne contenait que 46 % de gaïacol et, pour le reste, était composé de créosol et de crésylols, j'ai été amené à penser que ses vertus antithermiques ne découlaient pas uniquement de l'action de l'un de ses composants.

En vue d'une action topique, le gaïacol peut être employé comme analgésique. On l'a principalement vanté dans le traitement de névralgies diverses et notamment de la sciatique, ainsi que pour combattre la douleur de l'orchite blennorragique. Comme je l'ai indiqué déjà, il peut être employé pur ou mélangé à divers excipients; on l'a notamment préconisé mélangé à la glycérine par parties égales, ou à la vaseline dans la proportion de 1 pour 2 jusqu'à 1 pour 6.

***

Parmi les composés du gaïacol, le benzoate et le carbonate ne nous arrêteront pas longtemps. J'insisterai davantage sur le phosphate et vous dirai quelques mots du phosphite.

Le *benzoate de gaïacol*, obtenu en faisant réagir le chlorure de benzoïde sur le gaïacol potassé, est formé de cristaux incolores, à peu près inodores et insipides, très peu solubles dans l'eau et un peu plus dans l'alcool. Il n'est pas décomposé dans l'estomac, mais seulement dans l'intestin. On l'administre à la dose de 0 gr.50 à 2 gr. et même davantage, par jour, en cachets de 0 gr. 25 à 0 gr. 50.

Quant au *carbonate de gaïacol*, préparé par l'action de l'acide chlorocarbonique sur le gaïacol en solution alcaline, il consiste en cristaux fusibles entre 86 et 90°, inodores, insipides, insolubles dans l'eau, dépourvus d'action irritante sur les muqueuses. Comme le précédent, il n'est pas toxique mais peu actif. Il offre la même posologie que le benzoate.

L'étude thérapeutique et physiologique du *phosphate de gaïacol* a été faite par moi pour la première fois (1), puis par mon élève Génévrier dans sa thèse (2).

C'est un corps cristallisé, nettement défini, incolore, inodore, insipide ou d'une saveur très légèrement sucrée. Soluble dans l'alcool fort, il est insoluble dans l'eau, la glycérine et les huiles; il est fusible à 97°. Sa teneur en gaïacol est de 89,4 %.

Introduit dans le tube digestif de l'homme ou des animaux, le phosphate de gaïacol traverse l'estomac sans modification et se dédouble en ses composants dans l'intestin. Il est alors absorbé puis éliminé principalement par la voie urinaire.

Sa toxicité est inférieure à celle du gaïacol : s'il faut, en effet, 1 gr. 50 de gaïacol par kilo de cobaye pour tuer cet animal par la voie stomacale, on est obligé d'arriver à la dose de 2 gr.40 de phosphate de gaïacol pour déterminer les mêmes effets; encore ceux-ci ne sont-ils pas constants et peut-on voir des animaux résister à des doses supérieures à celles de 3 gr.50 ou même 3 gr.75.

Ces faits s'expliquent si l'on suppose que le gaïacol subit une résorption plus rapide, plus massive et aussi plus complète que son composé phosphatique.

Les symptômes de l'intoxication causée par le phosphate de gaïacol sont d'ailleurs superposables à ceux de l'intoxication par le gaïacol et s'accompagnent d'un abaissement de température qui peut aller jusqu'à 28°.

Chez l'homme, j'ai eu recours au phosphate de gaïacol dans un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire. Je l'ai administré en cachets à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par jour. L'action médicamenteuse sur le processus tuberculeux a paru comparable à celle du gaïacol et de la créosote. Si le gaïacol est plus facilement toléré que la créosote par l'estomac, le phosphate de gaïacol l'est encore plus que le gaïacol. Son action nocive à cet égard s'est montrée absolument nulle.

Dans deux cas, chez des malades dont l'urine était normale, j'ai étudié, avec l'aide de M. Choay, l'élimination du gaïacol par la voie rénale. Ces deux malades prenaient du phosphate de gaïacol depuis une semaine, à la dose de 0 gr. 50, c'est-à-dire environ 0 gr. 45 de gaïacol par jour, au moment où le dosage du gaïacol a été commencé par la méthode de Saillet. Chez l'un, le dosage a été continué pendant quinze jours; chez l'autre, il n'a été pratiqué que pendant quatre jours. Le premier a éliminé par l'urine une quantité quotidienne de gaïacol qui a oscillé entre 0 gr. 12 et 0 gr.54; le second, une quantité qui a varié de 0 gr. 10 à 0 gr. 56. En moyenne, la quantité de gaïacol éliminée, par rapport à la quantité ingérée, a été, dans un cas, de 72 %, dans l'autre de 73 %.

Lorsque le gaïacol n'est pas employé en combinaison, son élimination est plus considérable puisqu'elle va de 82 à 85 %, et cette constatation est en accord avec les raisons que j'ai invoquées pour expliquer la supériorité toxique du gaïacol sur le phosphate de gaïacol.

Comparé aux autres composés du gaïacol, le phosphate offre l'avantage d'être plus riche en gaïacol. Seuls font exception le carbonate et le phosphite, dont la teneur est, pour le premier, de 89,8 %, et pour le second de 92,25 %.

Le *phosphite de gaïacol* se présente sous forme de lamelles blanches, cristallisées, onctueuses au toucher, de saveur chaude, mais non caustique, d'odeur aromatique. Il est soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool.

Avec le phosphate, il offre, outre sa richesse en gaïacol, l'avantage sur le composé le plus usité du gaïacol, le carbonate, de mettre en liberté un radical phosphoré utile, au lieu et place d'acide carbonique indifférent.

Comparé encore au gaïacol, le phosphate, moins rapidement et moins complètement absorbé sans doute, présente également d'autres infériorités dues à son point de fusion et à son insolubilité dans l'huile, qui rendent son emploi impossible en badigeonnages cutanés, en injections interstitielles, en suppositoires et en lavements, mais son absence de goût et d'odeur, son insolubilité et son inaction sur l'estomac, sa faible toxicité, lui assurent de précieux avantages et une place en thérapeutique.

(1) S'il convient de rejeter les badigeonnages de gaïacol employés dans un but antithermique, on peut avec grand avantage y recourir dans un but antituberculeux, chez les malades dont la voie stomacale n'est pas praticable, à la condition de ne pas dépasser la dose de 1 gr. de gaïacol par jour et d'appliquer celle-ci en deux fois, c'est-à-dire le matin et le soir.

(1) Compte rendu Soc. biol., 27 fév. 1897.

(2) Le phosphate de gaïacol. Étude de ses propriétés chimiques et thérapeutiques (Paris 1897).

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VIIe SESSION)

Tenu à Paris du 24 au 28 octobre 1904

(Suite)

Sérothérapie de la fièvre typhoïde

M. Chantemesse. — Le sérum antityphoïde que j'emploie est du sérum de cheval immunisé par des injections de toxine typhoïde soluble. J'ai fait connaître, à la Société de biologie en 1897, au Congrès d'hygiène de Madrid en 1898, le mode de préparation et les propriétés de cette toxine soluble, la méthode d'immunisation du cheval et d'obtention du sérum thérapeutique. Depuis cette époque, beaucoup de médecins peuvent préparer ce médicament comme je le fais moi-même; il suffit d'y consacrer le temps et la peine.

Depuis trois ans et demi, j'utilise la sérothérapie dans mon service de fièvre typhoïde du Bastion 29. J'ai pu fournir du sérum aux services hospitaliers du Dr Josias, à l'hôpital Bretonneau de Paris, et du prof. Brunon, à l'hôpital de Rouen.

Mes collègues ont soigné 220 cas de fièvre typhoïde chez des enfants et ont eu 8 cas de mort. Ils feront connaître prochainement leurs observations.

CONDITIONS NÉCESSAIRES D'UNE STATISTIQUE

Les résultats de la sérothérapie antityphoïde ne peuvent être jugés que sur une statistique valable. Pour être valable, cette dernière doit réunir les conditions suivantes :

1° Elle doit porter sur un grand nombre de cas et sur un long espace de temps, car l'intensité des épidémies typhiques est variable suivant les années;

2° Elle doit avoir, pendant la période où l'on emploie la sérothérapie, un grand nombre de cas témoins ayant évolué à la même époque, dans la même ville, sans les injections de sérum;

3° Elle doit enfin faire la démonstration de son exactitude en fournissant des preuves que chacun puisse à tout moment contrôler.

Il me paraît que ces conditions rigoureuses d'une statistique valable sont présentes en ce qui concerne les résultats actuels de la sérothérapie antityphoïde.

En effet, la statistique que je vous soumets porte sur 545 cas soignés à l'hôpital du Bastion 29 pendant trois ans et demi, où tous les individus atteints de fièvre typhoïde ont été traités par cette méthode. Pendant la même durée de temps, dans les autres hôpitaux de Paris, les typhiques étaient soumis à la thérapeutique ancienne, c'est-à-dire aux bains froids et au traitement pharmaceutique ordinaire. Ils constituent, vis-à-vis des typhiques du Bastion 29, des malades témoins.

D'autre part, l'exactitude de cette statistique se juge par ce fait qu'elle n'est que la copie des registres officiels mis à la disposition de tout le monde dans les bureaux des divers hôpitaux. On y compte le nombre des typhiques soignés à l'hôpital et sortis après guérison ou après décès; quant à la sincérité des diagnostics enregistrés, l'indépendance des médecins des hôpitaux, celle de leurs suppléants pendant les périodes de vacances, celle des internes, des externes, des étudiants, des visiteurs, excluent le soupçon même d'une modification possible de la vérité.

MORTALITÉ PAR FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HOPITAUX

Nous avons donc en main les éléments qui permettent de juger si la sérothérapie de la fièvre typhoïde, instituée depuis trois ans et demi, a été nuisible, indifférente ou utile.

Voici ces renseignements :

NOMBRE DE TYPHIQUES ENTRÉS ET SORTIS DES HOPITAUX DU 1er AVRIL 1901 AU 1er OCTOBRE 1904

Noms des hôpitaux	Sortis apr. guér.	Décès	Mortalité °/°
Hôtel-Dieu	169	49	22,4 °/°
Lariboisière ...	310	70	18,4 »
Saint-Antoine..	217	32	12,8 »
Tenon.........	248	45	15,3 »
Boucicaut......	80	13	16,2 »
Broussais......	61	15	19,7 »
Bichat.........	91	25	21,5 »
Cochin........	149	31	17,2 »
Maison municipale de Santé.	232	72	23,6 »
Necker........	149	38	20,3 »
Beaujon.......	450	75	14,2 »
Laënnec.......	130	26	13,4 »
La Pitié.......	156	56	26,8 »
La Charité.....	178	34	16 »
Total	2618	581	

Mortalité moyenne : 18 °/°

De l'examen de cette statistique découlent deux conclusions :

1° La moyenne de la mortalité typhoïde dans les hôpitaux parisiens du 1er avril 1901 au 1er octobre 1904 a été de 18 °/°;

2° Certains hôpitaux ont fourni une proportion de décès plus forte, d'autres plus faible, mais toujours, même chez les plus favorisés, la mortalité s'est élevée au-dessus de 12 °/°.

Une mortalité de 18 °/° n'a rien d'extraordinaire, et c'est bien à tort qu'on donne le chiffre de 10 °/° comme l'indication de la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde.

	Mortalité
Murchison, sur 2700 cas observés à l'hôpital de Londres, a noté.....	18,5 °/°
Griesinger, sur 1800 cas..........	18,5 »
A l'hôpital général de Vienne 21000 cas ont donné....................	22,2 »
Curschmann (de Leipzig), sur 1626 cas (1880-1893)................	12,7 »
Uhle, dans le même hôpital.......	18,5 »
La statistique moyenne de la ville de Paris que j'ai publié en 1902 (enfants et adultes) indique aussi	18 »

En regard de ces chiffres, plaçons ceux que fournit l'examen du registre officiel de l'hôpital du Bastion 29 :

NOMBRE DE TYPHIQUES ENTRÉS ET SORTIS DU BASTION 29 DU 1er AVRIL 1901 AU 26 OCTOBRE 1904

Sortis après guérison..	523
Décès................	22

Mortalité : 4 °/°

Ainsi, 18 °/° de mortalité moyenne d'un côté et 4 °/° de l'autre. Sur cette différence, je me permettrai seulement une remarque : si les 3200 malades soignés pour la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris avaient fourni un chiffre de mortalité semblable à celui du Bastion, nous aurions eu 120 ou 130 morts à déplorer au lieu de 581.

CAUSES DES CAS DE MORTS OBSERVÉS AU BASTION 29

Dans ma note au Congrès du Caire (décembre 1902), j'ai fait connaître la cause des 7 premiers cas de mort de ma statistique hospitalière. En 1903 et 1904, 15 malades ont succombé. 5 d'entre eux ont eu des perforations intestinales; 4, traités tardivement (14e, 16e, 17e, 21e jour de leur maladie), ont présenté des accidents d'ataxo-adynamie; 2 ont été emportés par la pneumonie. Chez un malade j'ai trouvé une péritonite localisée développée autour d'un gros ganglion rétrocæcal suppuré.

Le 13e cas de mort a été observé chez une jeune fille de la banlieue de Paris apportée sans connaissance. Elle a succombé en trois jours; dans le 14e cas, chez une femme convalescente de la fièvre typhoïde, une gangrène de la mâchoire, de la joue et de la gorge s'est développée autour d'une dent cariée.

Le 15e cas de mort est survenu chez un homme qui a eu, en même temps que la fièvre typhoïde, un érysipèle de la face avec suppuration du cuir chevelu et pleurésie purulente.

PERFORATION INTESTINALE

Tous les médecins connaissent la terrible complication de la fièvre typhoïde provoquée par la perforation de l'intestin. Dans quelle mesure la sérothérapie protège-t-elle contre cet accident?

Pour répondre à cette question, il faut pouvoir s'appuyer sur une statistique longue et rigoureuse qui envisage la fréquence de cette complication chez les malades non traités par le sérum.

Je n'ai pu trouver dans les registres officiels des hôpitaux de Paris le nombre des perforations de l'intestin à incriminer dans les 18 °/° de mortalité signalés. J'ai cherché des renseignements dans la littérature étrangère, en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis.

Voici une statistique signalant la fréquence de la perforation intestinale dans plusieurs milliers de cas :

		Cas	Perforations intest^{les}
Murchisson		1580	48
Griesinger		600	14
Gurshmann (Leipzig)		1626	36
Harte.	Montreal general Hospital	932	31
	Episcopal Hospital	1556	34
	Pensylvania Hospital	1793	45
Flint		73	2
Total		8160	213

Ainsi, d'après les auteurs précédents, dont le nom fait autorité dans l'histoire médicale et chirurgicale de la fièvre typhoïde, la fréquence de la perforation intestinale est de 2,6 % cas de dothiénentérie.

Chez mes 545 malades traités au Bastion 29, il y a eu 10 cas de perforation (dont 2 ont été opérés avec succès), soit une fréquence de 1,6 %. De l'écart entre ces chiffres on ne pourrait tirer une conclusion ferme que si ma statistique hospitalière comptait un aussi grand nombre de cas que celles des étrangers Il me sera permis de dire, cependant, que la sérothérapie de la fièvre typhoïde n'augmente pas la fréquence de la perforation intestinale. Elle paraît, au contraire, la diminuer.

Dans la mortalité de 18 % de la fièvre typhoïde, la perforation intestinale intervenant pour 2,6 %, ne représente qu'un huitième à peu près des causes de cette mortalité totale, tandis que, dans ma statistique sérothérapique de 4 %, la perforation étant signalée dans 1,6 %, compte largement pour 1/3 dans les pertes. C'est dire que cette complication, tout en étant, par le sérum, diminuée de fréquence, est, moins que les autres causes de mort, supprimée par la sérothérapie. C'est que les altérations intestinales représentent les premières lésions en date dans la fièvre typhoïde, qu'elles sont déjà effectuées quand intervient le sérum et que celui-ci ne peut faire que ce qui est fait ne soit réalisé. Voilà pourquoi il faut injecter de bonne heure le sérum antityphoïde. Je n'ai jamais observé de perforation intestinale chez les malades qui ont été traités par la sérothérapie dans les sept premiers jours à partir du début de leur maladie. Cette constatation, que je ne saurais trop mettre en lumière, me paraît avoir une importance considérable.

MODE D'ACTION DU SÉRUM ANTITYPHOÏDE

L'action de ce sérum doit étudiée sur les animaux et sur l'homme. Je renvoie, pour les détails de l'étude expérimentale, à la thèse de doctorat de mon ancien interne, M. le prof. agrégé Balthazard. Je me contenterai de dire ici que le sérum antityphoïde exerce une action spécifique, rapide et énergique sur les appareils de défense de l'organisme (rate, tissu adénoïde, moelle des os). La stimulation qu'il produit est d'autant plus salutaire et manifeste que le sérum est injecté à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aucun médicament connu ne possède une action semblable; mais il faut que l'organisme puisse faire l'effort de la réaction. Si le système nerveux du malade est déjà profondément intoxiqué, le bénéfice de la médication sérothérapique est beaucoup moindre; c'est alors, je le répète, que se produisent les insuccès.

MODE D'EMPLOI DU SÉRUM ANTITYPHOÏDE

Quiconque veut employer le sérum antityphoïde doit faire table rase de tout ce qu'il sait sur l'emploi du sérum antidiphtérique. Il s'agit là de deux médicaments tout à fait différents. Plus le diphtérique est malade et plus fortes doivent être les doses de sérum antidiphtérique injectées; tandis que pour la fièvre typhoïde, plus le malade est atteint et plus faibles doivent être les doses de sérum. Il y a donc, dans la sérothérapie de la fièvre typhoïde, des indications et des contre-indications, comme on dit en médecine. Il est des circonstances (formes communes, cas pris au début) où il faut donner la dose ordinaire, il en est d'autres où il faut intervenir avec des quantités très minimes. C'est cette conviction, fondée sur une déjà longue expérience, qui m'a empêché bien souvent de donner du sérum antityphoïde à des médecins qui m'en réclamaient, sans avoir appris à s'en servir.

A mesure que paraissaient mes publications et que je recueillais des statistiques favorables, j'ai entendu des objections que je vous demande la permission de reproduire.

Voici la première : si vous obtenez de bons résultats, m'a-t-on dit, ce n'est pas à cause du sérum, mais simplement parce que vous avez l'habitude de soigner les typhiques; à cela je répondrai : M. le Dr Josias, à l'hôpital Bretonneau, et M. le prof. Brunon, à l'hôpital de Rouen, ont fait diminuer des trois quarts leur mortalité typhoïde, depuis qu'ils emploient le sérum ; ce n'est cependant pas moi qui soigne leurs malades.

On m'a dit encore : les bons résultats sont dus, non pas au sérum, mais aux bains froids. Que vaut cette objection, puisque mes collègues des hôpitaux emploient les bains comme je le fais moi-même, et que leur mortalité est en moyenne de 18 %? Si avec le sérum j'utilise les bains — et seulement quand existe une fièvre vive — c'est parce que cette médication est encore plus utile avec la sérothérapie qu'avec le traitement pharmaceutique ordinaire. Elle sert à calmer la petite réaction que provoque le sérum.

De deux moyens, sérum et eau froide, qui ont chacun leurs indications et qui s'entr'aident à merveille, pourquoi n'en choisir qu'un? Nous savons, d'ailleurs, ce que donne l'hydrothérapie réduite à ses seules forces. Dans l'armée allemande, où les soldats entrent à l'hôpital beaucoup plus tôt que nos malades hospitalisés, l'hydrothérapie froide est appliquée de très bonne heure et systématiquement; on obtient, cependant, 9 1/2 % de mortalité par fièvre typhoïde. Il est vrai que ce résultat avait été jugé jusqu'ici extrêmement favorable.

L'armée de France fournit une proportion de mortalité typhique plus faible que celle d'Algérie et de Tunisie. D'après les documents que vient de publier le ministère de la guerre, il y a eu, dans l'armée de France (en 1902), 1815 cas de fièvre typhoïde et 253 morts, soit une mortalité typhoïde de 13,7 %. Là, encore, je songe que, si la troupe avait donné un taux de mortalité semblable à celui des malades du Bastion 29 pour cette seule année de 1902, 160 ou 180 soldats de plus auraient conservé la vie.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, messieurs, qu'une statistique valable, portant sur des cas de fièvre typhoïde bien caractérisée, sur un grand nombre de ces cas, sur une durée de plusieurs années, et ne donnant que 4 % de mortalité totale, n'a jamais été obtenue jusqu'ici ni en France, ni à l'étranger.

Dans ma communication au Congrès du Caire, en 1902 j'avais écrit cette phrase: « Par l'addition de sérum antityphoïde à l'hydrothérapie, j'estime que la mortalité par fièvre typhoïde doit tomber à 4 ou 5 % au maximum. »

Deux ans se sont écoulés, le nombre des cas traités à l'hôpital a triplé, et je n'ai rien à changer à cette proportion.

(A suivre.)

Pierre Roy.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

17e SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

(Suite.)

Sur la conduite à tenir en cas de rupture de cicatrice abdominale et de l'issue de l'intestin

M. Reynier (Paris). — Dans les cas de rupture de cicatrice avec issue de l'intestin, la conduite habituelle est de laver l'intestin et de le rentrer dans le ventre. Ce procédé m'a donné un échec sur lequel j'attire l'attention. Il ne peut être bon que si la hernie intestinale s'est faite sous un pansement antiseptique et si le chirurgien intervient très peu de temps après l'accident.

Si, au contraire, le chirurgien n'intervient que plusieurs heures après l'issue de l'intestin, si ce dernier est déjà rouge, couvert de fausses membranes, je crois qu'il est préférable d'employer la technique suivante : lavage antiseptique de l'intestin, onction de vaseline antiseptique, de manière à empêcher l'adhérence au pansement. Pansement et bande de caoutchouc qui, par sa pression continue, fait rentrer peu à peu l'intestin dans le ventre. Ce procédé m'a donné récemment un bon résultat. Dans une opération ultérieure, je me propose de libérer les anses intestinales des adhérences qu'elles

ont contractées les unes avec les autres.

M. Pozzi (Paris). — Je n'ai eu à déplorer que rarement cet accident que signale M. Reynier, et auquel j'ai donné le nom de *hernie post opératoire aiguë*. Dans un seul cas l'issue fut mortelle, car je n'étais intervenu que douze heures après l'accident. Dans tous les autres cas je suis intervenu au bout de trois ou quatre heures et toujours avec succès. J'estime que la conduite à tenir en pareille occurrence est la suivante : on doit nettoyer très soigneusement l'intestin, le rentrer, et suturer très exactement la paroi en laissant un drainage capillaire au moyen d'une mèche. Ne pas rentrer l'intestin, c'est lui laisser toutes les chances possibles de s'infecter, c'est lui permettre de contracter des adhérences qui nécessiteront une deuxième intervention extrêmement grave.

M. Roux (Lausanne) partage l'opinion du prof. Pozzi. Il n'a eu à déplorer cet accident qu'une fois. Depuis qu'il s'attache à faire des sutures parfaites, la hernie ne s'est pas produite. A son avis, les sutures continues sont à rejeter. Il est préférable de faire la suture de la paroi en trois plans, en employant, pour chaque plan, des points séparés, et de la soie plutôt que du catgut.

M. Bousquet se rallie également à l'opinion de M. Pozzi et rapporte deux cas personnels. D'après lui ces hernies ne sont pas fatalement dues au mode de sutures, mais bien plutôt à certaines conditions de moindre résistance chez des malades prédisposés.

Constipation opiniâtre datant de vingt-cinq ans, colite muco-membraneuse. Iléo sigmoïdostomie. Guérison

M. G. Michel (Nancy). — Les indications opératoires ont été les suivantes :

1° *Constipation opiniâtre* avec crises de colite, chez une malade de cinquante-sept ans, ayant essayé tous les traitements et n'ayant pas eu de selles spontanées depuis vingt-cinq ans.

2° Constipation opiniâtre ayant donné, dans les dernières années, des phénomènes d'obstruction.

3° Crises douloureuses, nécessitant l'alitement.

4° Modifications profondes de l'état général, amaigrissement, nervosisme exagéré.

L'opération pratiquée a été l'iléo-sigmoïdostomie, avec exclusion unilatérale du cæcum, du colon ascendant, du colon transverse.

Les suites opératoires furent ce qu'elles sont après des opérations semblables : diarrhée, d'abord ; puis, trois semaines après opération, selles moulées.

L'opération ne date que de six mois, mais l'amélioration obtenue a persisté On peut regarder la malade comme guérie.

Colites chroniques. Traitement chirurgical

M. Pauchet (d'Amiens). — Toute colite sera d'abord traitée médicalement par l'hygiène alimentaire et les cures thermales ; on opérera en cas d'insuccès.

Les colites ulcéreuses seront traitées ainsi : après laparotomie exploratrice, si on trouve un ulcère limité, on en fera la résection ou l'excision. Si la lésion est inaccessible ou mal limitée, on mettra le colon au repos par l'un des trois moyens suivants : *a*) anus cæcal ; *b*) iléo-sigmoïdostomie large à l'aide de sutures ; *c*) iléo-sigmoïdostomie faite au bouton et complétée d'une exclusion unilatérale. L'anus cæcal sera réservé aux formes graves, son avantage est de permettre les lavages ; son inconvénient est d'être une infirmité répugnante.

Les colites muco-membraneuses seront exceptionnellement opérées. Elles sont, toutefois, tellement nombreuses qu'une indication chirurgicale est relativement encore assez fréquente ; on y aura recours dans les conditions suivantes : douleurs violentes, constipation opiniâtre, altération de l'état général, crises aiguës simulant l'occlusion ou l'appendicite. L'intervention est surtout indiquée en dehors de la classe aisée, chez les sujets qui ne peuvent garder un repos relatif, ni faire les frais de cures thermales répétées. L'opération, qui est d'une bénignité absolue, donne les résultats suivants : sur 10 malades, 2 n'ont obtenu aucun résultat fonctionnel, 3 sont totalement guéris, 5 sont très améliorés. La constipation cesse presque toujours, les douleurs s'exagèrent pendant les premiers temps, et disparaissent progressivement ; l'état général s'améliore dans la très grande majorité des cas.

De la tolérance des néoplasmes du gros intestin. Du rôle de ces tumeurs dans l'obstruction intestinale aiguë

M. H. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — Les néoplasmes du gros intestin présentent fréquemment une tolérance fonctionnelle remarquable, grâce à laquelle ils peuvent passer inaperçus pendant plusieurs mois, peut-être même pendant plusieurs années.

La présence de ces néoplasmes sur le tube digestif altère fort peu l'état général des sujets qui en sont atteints.

Le calibre considérable du gros intestin et le développement lent de la tumeur qui, prenant naissance dans les tuniques externes, ulcère tardivement la muqueuse, explique cette longue période de tolérance.

Après être resté à l'état latent durant une longue période, ces néoplasmes deviennent parfois brusquement intolérants et occasionnent des accidents d'obstruction intestinale suraiguë.

Dans de rares circonstances on a trouvé, au niveau de la partie supérieure du néoplasme, un corps étranger (fragment osseux) que l'on a accusé d'être la cause de l'obstruction. Tout phénomène d'ordre irritatif, l'ulcération de la muqueuse, par exemple, nous paraît devoir occasionner le même résultat en provoquant un spasme brusque.

D'après ce que nous avons pu observer, le rôle de ces néoplasmes dans l'obstruction intestinale suraiguë serait beaucoup plus fréquent que l'ont enseigné les auteurs classiques.

Chez les sujets ayant dépassé quarante ans, la possibilité de l'existence d'un néoplasme du gros intestin devra toujours être présente à l'esprit de l'observateur qui se trouve en présence d'une obstruction intestinale aiguë.

M. Buscarlet (de Genève) rapporte l'observation d'un enfant de quatre mois, qu'il a opéré d'une invagination intestinale. La portion invaginée comprenait presque tout le gros intestin. La fermeture du ventre fut extrêmement difficile, car la distensions des anses intestinales était énormes, l'enfant ayant été opéré beaucoup trop tard. Cette temporisation exagérée fut la cause de la mort et montre, une fois de plus, la nécessité de faire précocement, chez les enfants, ce diagnostic d'invagination instestinale.

Sur le cancer du rectum haut situé

M. Girard (Genève). — La portion supérieure du rectum peut être le siège de cancers assez hauts situés pour qu'ils soient inaccessibles au toucher rectal comme à la palpation abdominale. Le diagnostic suffisamment précoce, difficile dans ces conditions, le devient encore plus quand ces tumeurs présentent des symptômes peu accentués, non seulement au début, mais encore pendant une période assez longue de la maladie. Les diarrhées glaireuses ou sanguinolentes peuvent être très espacées, et la constipation ou l'obstruction manquer si bien que l'on serait tenté de croire à une colite ulcéreuse.

Plus tard seulement, la tumeur perforant soit dans la vessie (avec pneumaturie et fécalurie), soit dans d'autres organes voisins, amènent des troubles tels que le diagnostic devient évident. Mais alors il n'est plus guère possible d'entreprendre un traitement radical, et il ne reste guère, comme ressource palliative, que l'opération de l'anus iliaque.

Deux fois j'ai dû pratiquer cette intervention dans ces circonstances. Dans un troisième cas, le cancer, jusque là presque latent, provoqua enfin un abcès de la région cæco-vésicale avec les apparences d'une appendicite suppurée, et plus tard, seulement, une perforation de la vessie et de l'intestin grêle. Je fus forcé de pratiquer non seulement l'anus iliaque, mais encore une exclusion unilatérale de l'anse de l'iléon perforé. Reconnaître la nature exacte du mal avant que ces complications surviennent, peut donc être fort difficile. On se verra parfois engagé à recourir à une laparotomie exploratrice ; mais, avant de s'y décider, il est préférable de pratiquer la recto-sigmoïdoscopie avec l'instrument de Strauss ou avec un rectoscope analogue.

Dans un quatrième cas où le soupçon seulement d'une tumeur maligne du gros intestin avait pu être émis, le malade,

mis au courant, examina ses selles avec une telle attention qu'enfin il trouva, après plusieurs semaines, un fragment de tumeur dont l'analyse histologique prouva la nature cancéreuse.

Je fis, chez ce malade, une extirpation purement abdominale de la portion malade du rectum, avec suture bout à bout des deux orifices. Il y a plus de deux ans que cette opération a été exécutée. J'ai revu l'opéré tout récemment; il est parfaitement guéri, sans trace de récidive, et a des fonctions rectales absolument normales.

Note sur la chirurgie du rectum

M. Lepage (Bruxelles) expose les résultats éloignés de trente résections du rectum pratiquées par lui de 1891 à 1902. La mortalité opératoire a été de 6 °/o, et le nombre de guérisons définitives de 2, soit 30 °/o. Des malades ayant survécu à l'opération, deux de ces opérés restent guéris depuis deux ans, un depuis trois ans, un depuis cinq ans, un depuis six ans, un depuis neuf ans, un depuis quatorze ans.

Les résultats éloignés ont été d'autant plus favorables que le développement du cancer avait pris moins d'extension.

M. Depage conclut qu'il y a un gros intérêt pour les malades à se soumettre à l'opération le plus tôt possible, et que, d'autre part, même dans la variété de cancer considérée comme la plus mauvaise, le bistouri donne des guérisons définitives.

Le procédé opératoire est le suivant: incision sacro-coccigienne; le malade étant en position ventrale, on attire le bout périphérique à travers le sphincter sans suture. Ce procédé permet d'achever l'opération en vingt minutes et presque sans avoir d'hémorragie.

M. Brunswic-Le Bihan (de Tunis). — On a dit que l'appendicite n'existait pas, ou était très rare chez les Arabes; il faut s'entendre, elle est rare, évidemment, chez les Arabes nomades, végétariens.

Mais il en est tout autrement pour les Arabes des villes, mangeurs de viande. J'ai eu l'occasion d'en observer de nombreux cas; ce qui a pu faire supposer que l'appendicite était rare, c'est que les porteurs ne viennent pas toujours nous les montrer; de plus, l'appendicite des indigènes présente, ou du moins m'a paru présenter une physionomie particulière qui lui donne plutôt le type du phlegmon iliaque que celui de l'évolution péritonéale.

Quoi qu'il en soit, j'ai opéré à l'hôpital Sadiki douze cas d'appendicite. Ils présentaient tous, avec une constance au moins singulière, le même type: *appendicite rétro-cæcale suppurée circonscrite*. J'ai voulu voir s'il n'y avait là qu'une coïncidence, et j'ai fait des recherches anatomiques. Or, sur 35 cadavres d'indigènes, j'ai observé 26 appendices en portion rétro-cæcale et, sur ceux-ci, 21 avaient un appendice dépourvu en partie de méso, appliqué sur la fosse iliaque externe, la face postérieure en contact interne avec le tissu cellulaire.

Appendicites aiguës avec péritonites généralisées

M. J. Reboul (de Nîmes). — Ces derniers temps j'ai eu à opérer 4 cas d'appendicites aiguës avec péritonites généralisées.

Les péritonites septiques généralisées, d'origine appendiculaire, sont d'une extrême gravité, même après une laparotomie très hâtive.

Les péritonites purulentes généralisées d'origine appendiculaire doivent être opérées lorque, 24 ou 48 heures après leur début, l'état général ne s'améliore pas franchement. Même huit ou trois jours après le début, la laparotomie peut encore sauver le malade.

Dans tous les cas il faut drainer largement les divers foyers. Le drainage du cul-de-sac inférieur péritonéal doit être fait par la voie rectale, pré-rectale ou vaginale. D'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel, faites avant et après l'intervention, aideront beaucoup à la désinfection du malade.

Des lavages péritonéaux, à l'eau bouillie seule ou additionnée d'eau oxygénée, peuvent être très utiles.

Quelle que soit la gravité d'une péritonite généralisée d'origine appendiculaire, on doit faire la laparotomie avec drainage des divers foyers. C'est le seul moyen de sauver quelques malades qui, fatalement, mourraient sans cette intervention, qui demande à être tentée le plus hâtivement possible.

(*A suivre.*) Dr G. Berruyer.

UNE VISITE EXPRESS AUX HOPITAUX DE LONDRES

VIII

Brompton hospital, le sanatorium de Frimley, la vie anglaise et la tuberculose à Londres

Note de M. le Dr Vaudremer

Au dernier Congrès international d'hygiène, le Dr Sykes, délégué anglais, communiquait des observations importantes sur la tuberculose en Angleterre et les courbes, qu'il présenta sur la mortalité causée par cette maladie, indiquaient une notable décroissance.

Au cours de notre récente visite aux hôpitaux de Londres, nous avons recherché les causes probables d'un aussi remarquable résultat.

La diminution de la tuberculose en Angleterre s'explique-t-elle par une législation spéciale ou par l'existence de nombreux établissements antituberculeux, officiels ou privés, ou par des habitudes d'hygiène propres à l'Angleterre? ou, enfin, par une campagne anti-alcoolique énergique?

Législation. — Il n'existe pas, dans le Royaume-Uni, de législation particulière contre la tuberculose. La maladie ne figure pas parmi celles dont la déclaration est obligatoire. Tous les médecins anglais que nous avons interrogés sur ce point nous ont fait la même réponse: « Le gouvernement ne s'occupe pas officiellement de cette question, et rien n'a été fait, par les pouvoirs publics, au point de vue de la lutte antituberculeuse. » Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher la solution du problème.

Des établissements antituberculeux. — Ils sont en trop petit nombre pour qu'on puisse leur attribuer la diminution de la « consumption » en Angleterre, à Londres, en particulier. Pourtant, la tentative que les hygiénistes poursuivent en France a reçu, en Angleterre, un commencement de réalisation. Un hôpital pour tuberculeux existe à Londres même. Il porte le nom d'« Hospital for consumption and diseases of the chest » ou, plus simplement, « Brompton hospital ».

Comme tous les hôpitaux de Londres, il possède une autonomie complète. Il est administré par un conseil dont les membres remplissent gratuitement leurs fonctions. Un seul secrétaire est appointé dans le personnel d'administration supérieure. Le personnel d'exécution comprend: les médecins en chef, les chirurgiens, les assistants, la matrone ou surveillante générale des nurses, chargée de leur direction et de leur enseignement; les sœurs viennent ensuite ayant sous leurs ordres les nurses qui ont, elles-mêmes, au-dessous d'elles les nurses postulantes. On arrive ainsi à la proportion d'une garde-malade pour deux ou, au plus, trois malades!

Le mode d'hospitalisation ne présente rien de particulier. La cure d'air se fait dans les chambres. On compte rarement plus de six malades par chambre. Celles-ci sont vastes. Le sol en est de bois de teck lavé une fois par semaine, encaustiqué ensuite, aussi souvent qu'il est nécessaire. Les murs sont peints et vernis, lavables. Une cheminée à combustion totale donne, dans la pièce, une faible chaleur que complète un radiateur situé dans un long couloir qui dessert toutes les chambres. L'aération se fait par le système des fenêtres à coulisses, selon la mode anglaise, et par des vasistas à ouverture oblique et supérieure dirigeant l'air vers le plafond de la pièce.

L'aspect des chambres est propre et relativement gai; on sent que le but poursuivi est de remonter le moral du patient et de lui faire oublier sa misère et son mal. Cet effort séduit et charme, et l'on se prend à regretter qu'à part de rares exceptions il ne soit pas mieux suivi en France. Les lits sont établis d'après le modèle de Lawson-Tait qui est celui employé à l'Institut Pasteur. Rien de particulier, en dehors de cela, à signaler quant à l'aménagement intérieur des salles, qui s'ouvrent sur un large corridor dont le mur extérieur est vitré de l'en-

tablement au faîte. Ce corridor, ou mieux, cette galerie contient les radiateurs que nous signalions précédemment. Là, encore des fleurs, des plantes vertes, puis, à l'extrémité, une vaste salle avec une large table de milieu, des fauteuils cannés, des chaises confortables. C'est là que les malades se réunissent pour causer et lire.

Le reste des services est établi avec le même confort et le même sens pratique que dans les autres hôpitaux. La buanderie reçoit le linge après désinfection à l'étuve. Les crachoirs sont portés, chaque matin, dans un réduit spécial pour y être nettoyés, étuvés, puis remis en service. Ceci pourrait, semble-t-il, être critiqué. Les crachoirs sont apportés avec leur contenu que l'on vide dans un seau; ils sont ensuite plongés dans un bassin contenant de l'eau chaude saturée de carbonate de soude, puis retirés, ils sont rincés et passés à l'autoclave; l'eau du bassin s'écoule à l'égout. Quant aux seaux contenant les crachats, ils sont portés au rouge vif dans un four spécial. On nous a affirmé que l'eau carbonatée ayant servi au nettoyage des crachoirs avait été examinée, et que l'inoculation aux cobayes n'avait pas tuberculisé l'animal; c'est possible; il n'en demeure pas moins évident qu'il serait préférable de désinfecter les crachoirs et leur contenu par l'ébullition ou à l'autoclave, avant de les manipuler.

La thérapeutique, à « Brompton Hospital » est simple. Il nous a paru qu'on y faisait une suralimentation relative et que l'usage de la viande crue, sans être proscrit, n'était pas aussi en vogue que chez nous. En dehors de la diététique et de la cure d'air, le traitement médicamenteux se borne à la saine méthode de la thérapeutique des symptômes.

Tous les ans, un rapport est présenté au Conseil d'administration. Le rapport du trésorier donne l'état des finances. Si un déficit doit être comblé, une affiche mise à la porte de l'hôpital annonce aux passants que tant de centaines de livres sterlings manquent aux besoins de l'aménagement intérieur ou de la marche des services; le conseil d'administration, de son côté, cherche et trouve le nécessaire. Il est aidé, dans cette difficile mission, par des dames qui quêtent dans la rue et dans les ateliers, et par les quêtes des églises qui se font un dimanche désigné. Ces quêtes ne sont pas spéciales à Brompton. Leur produit est mis en commun et réparti entre les différents hôpitaux, selon leurs besoins. Cet exemple n'est suivi, en France, que bien timidement.

Au rapport financier est joint un rapport médical, qui donne la statistique des cas traités. Nous lui ferons pour 1903 quelques emprunts.

Sur 1105 entrants, 1088 étaient atteints de tuberculose pulmonaire (662 hommes et 426 femmes); la mortalité a été de 11,4 pour 100 hommes et de 9,1 pour 100 femmes.

Il est intéressant de constater, dans ce rapport, qu'il n'est pas question de degrés pour indiquer l'état du malade, mais des termes « ordinaires » ou « aigus » accompagnés de l'indication du nombre de lobes pulmonaires atteints.

Sur 735 cas, les complications méningées ont été rencontrées deux fois; la laryngite tuberculeuse 60 fois. Sur 252 entrants, hommes, avec des signes d'infiltration, le rapport note 36 cas ayant présenté une amélioration par transformation fibreuse et 11 morts. Pour 146 entrants, avec des excavations, 6 transformations fibreuses et 42 morts. Sur 21 entrants avec des signes de guérison par transformation fibreuse, 22 se sont maintenus, 1 a fait une poussée nouvelle, 1 autre est mort.

Les femmes, en acceptant la même division, ont présenté, pour 135 cas du premier groupe (infiltration) 96 états stationnaires, 21 améliorations fibreuses et 12 morts. Pour le deuxième groupe (excavations. (99 admissions, 86 stationnaires, 1 amélioration fibreuse, 12 morts. Pour le troisième groupe (signes de guérison fibreuse), 11 admissions, 11 sorties même état.

Le même rapport contient une série de tableaux indiquant les températures des malades à leur entrée et au moment de leur sortie, ainsi que les signes physiques présentés par eux; l'action de la tuberculine comme moyen de diagnostic dans les cas douteux; les faits d'hérédité, positifs pour 231 malades, négatifs ou inconnus pour 438; ailleurs est indiqué le domicile (ville ou campagne) du malade: 496 cas pour la ville et les immigrés, et 137 cas pour la campagne, sur 633 cas. Ce rapport nous apprend encore que le plus fort tribut à la tuberculose est payé par les journaliers; viennent ensuite les employés de magasins, les mécaniciens, puis les charpentiers. Pour les femmes, les ménagères sont les plus frappées, puis les servantes et les couturières. Quant à la contagion directe, on la rencontre 15 fois entre conjoints, 18 fois par chambre commune, 11 fois au cours de soins donnés à des tuberculeux, 32 fois par cohabitation, sans relations directes, ou par voisinage d'atelier avec des tuberculeux, 16 fois par contamination au cours du service militaire, l'ensemble de ces recherches ayant porté sur 88 cas.

Il est inutile d'insister pour montrer quels précieux documents représentent de pareils rapports et quel ordre préside à leur remarquable établissement.

Inutile de dire que « Brompton Hospital » ne suffit pas à contenir tous les tuberculeux de Londres. Un certain nombre sont traités dans les hôpitaux généraux. Nous en avons rencontré à St-Thomas's Hospital, couchés sur des terrasses surplombant la Tamise; ces malades passent ainsi leurs journées et une partie de leurs nuits, parfois même la nuit entière; les résultats de ce système sont excellents. A « St-Mary's Hospital », nous avons vu d'autres tuberculeux, ceux-ci, placés sous la surveillance du prof. Wright, sont traités par la tuberculine. Nous n'entrerons pas dans les détails de la méthode rigoureuse qui guide cette thérapeutique. Nous dirons seulement qu'elle supprime tout tâtonnement dans l'application de la cure par la tuberculine et qu'elle donne, m'a-t-on affirmé, des résultats excellents. Nous avons pu les constater, grâce à l'obligeance de notre distingué confrère (1).

Les particularités que nous venons d'exposer ne correspondant pas à des organisations similaires en France, méritaient qu'on s'y arrêtât. Il en est de même pour le « sanatorium de Frimley », par lequel nous terminerons cette note.

Ce sanatorium est destiné aux malades de Brompton (d'autres sont dirigés sur le sanatorium de Wokingham).

Frimley représente la formule la plus récente de ce genre d'établissements. Il sera affecté aux tuberculeux de tout premier début, à ceux dont le diagnostic est douteux ou à peine positif; la sélection sera faite à Brompton, qui ne conservera que les cas plus avancés. Cette conception nous paraît nouvelle et très juste. Le sanatorium de Frimley est situé sur la commune du même nom; le climat en paraît âpre. De grands chênes bordent la route qui conduit sur le plateau désert où s'élèvent les bâtiments; le sol est de sable et très perméable; il n'y a jamais de brouillards dans la région, par suite du vent qui y règne; contre ce vent les bâtiments sont protégés par une disposition en contre bas.

Ouvert depuis peu par le prince et la princesse de Galles, le sanatorium ne contient pas encore de malades. On ne sait donc pas quelles dépenses annuelles représenteront les différents services. Cent malades pourront y être traités gratuitement. Les pensionnaires seront répartis par chambres de trois. Ces chambres sont charmantes; les murs sont laqués blanc; une cheminée modern-style, mais très simple, en égaye encore l'aspect; le sol est recouvert de linoleum de couleur tabac clair. La chaleur est fournie par des radiateurs à eau chaude venant compléter le réchauffement des pièces pour lequel les cheminées seraient insuffisantes. L'aération est facile et fort ingénieuse. Chaque vantail des fenêtres est formé de trois parties s'ouvrant ensemble ou séparément; le modèle à guillotine a été abandonné ici. Les vantaux sont maintenus fermés par un système d'espagnolette à verrou, dont le manche, en forme de crosse, peut être arrêté à l'intérieur par un crochet fixé au mur; ainsi la fenêtre est maintenue ouverte et fermée par le même appareil. Les chambres s'ouvrent toutes sur une terrasse briquetée, légèrement en pente, pour en assurer la siccité; sur cette terrasse, que peut abriter un velum, on roulera les lits

(1) Voir *Bulletin de la Société Royale de Londres*, vol. 74.

des malades, qui feront ainsi leur cure d'air sans galerie spéciale.

Les chambres sont desservies au nord par un couloir sur lequel s'ouvrent les salles des médecins et la salle d'examen de la matrone; les malades devront, en effet, se présenter à elle avant de passer à la visite du médecin; elle prendra leur observation, consignera les détails importants et les transmettra au chef de service dont l'interrogatoire sera simplifié.

L'établissement a deux étages. On n'a rien oublié, pas même une salle de spectacle qui sépare la salle à manger des hommes de celle des femmes. Cette salle est largement aérée par une verrière s'ouvrant dans toute sa hauteur. Les pensionnaires, séparés partout ailleurs, pourront se réunir là pour les représentations et les conférences. Ils ont, en outre, des salons séparés et une bibliothèque. L'ensemble de cette fondation est parfait et admirablement étudié. Le service sera assuré par 24 nurses, plus 30 servantes et une douzaine d'hommes, soit 66 personnes pour 100 malades, sans compter le personnel médical.

Le sanatorium de Frimley est désigné dans le public sous le nom de « Sanatorium du Roi », la cassette royale ayant fourni le gros appoint nécessaire à la réalisation de cette installation digne de son haut protecteur. Le prix total des constructions et de l'aménagement s'élève à 1 350 000 francs, sans compter l'achat du terrain.

Nous ne croyons pas qu'il existe un autre exemple d'organisation antituberculeuse semblable à l'ensemble que représente « Brompton » et son sanatorium de Frimley. « Brompton Hospital » demeure le point de sélection d'une part, et, d'autre part, le lieu de traitement pour les malades incurables ou ceux dont la guérison est douteuse. C'est entre ses murs que restera le déchet inévitable, Frimley devant recevoir ceux qu'un traitement prompt et énergique guérira vite et bien.

Malgré la remarquable installation des services que nous venons de passer en revue, on ne saurait cependant comprendre la diminution de la tuberculose à Londres sans l'emploi d'autres moyens et l'action d'autres causes. Il semble que cet heureux résultat dépende presque uniquement de l'action préventive obtenue par la charité individuelle — si bien et si largement comprise — d'une hygiène urbaine très pratiquement organisée; des habitudes commerciales diminuant le surmenage, d'une vie au grand air rendue accessible à un nombre considérable d'individus, même peu fortunés, d'une hygiène alimentaire spéciale à la nation anglaise, et des décrets sur la vente des boissons, décrets qui favorisent l'action des ligues antialcooliques.

Le développement des œuvres de charité à Londres est intense; leur nombre dépasse 200; leur budget est de 125 millions de francs; soit 25 francs par habitant. On compte dans ces fondations les hôpitaux dispensaires, maisons de refuge, maisons pour les ménages d'artisans. Parmi les plus intéressantes de ces œuvres, il faut citer « Rowton-House », dans White-Chapel, et « Rowton-House », dans Hammersmith. Ces deux maisons peuvent recevoir chacune 816 hommes. Pour un shelling par jour (1 fr. 25), le pensionnaire est logé, nourri, blanchi; un coiffeur, un tailleur, un cordonnier, sont à demeure dans la maison, et des prix leur sont imposés, qu'ils ne peuvent dépasser. La plupart des hôtes de ces maisons sont de petits pensionnés de l'industrie qui ne pourraient vivre avec leurs faibles ressources. D'autres fondations reçoivent, pour *cinq shellings par semaine*, des ménages avec un, deux et même trois enfants (chiffre maximum); pour quatre appartements, ces maisons ont une salle de bain et une chambre à lessive. Un directeur surveille chaque établissement et dirige sur l'hôpital le plus proche tout cas suspect de maladie. Dans les maisons où seuls les hommes sont admis, l'alcool est interdit.

Cette floraison d'œuvres sociales a suivi la transformation de Londres. Cette transformation fait époque dans les annales de la ville. Elle date de 1866. Les Anglais l'appellent le grand acte sanitaire de la Cité. De cette époque datent les percements des grandes voies, l'ouverture des places et leur élargissement, la création des squares et des parcs. Ces améliorations sont allées sans cesse grandissant. Aujourd'hui, la ville est sillonnée de larges rues que bordent des maisons peu élevées; un saut de loup sépare les habitations de la chaussée et les protège relativement de la poussière; de grands parcs séparent les quartiers que subdivisent des places et des squares. Cet ensemble diminue considérablement les dangers de contagion pouvant venir du dehors.

Ce mode d'habitation est, on le voit, bien différent du nôtre. Différentes aussi sont les coutumes commerciales de la Ville. Le samedi, à midi, les magasins ferment en grand nombre. Le dimanche, chômage partout. Les habitants de Londres sont à la campagne et se livrent à leurs sports favoris sur d'immenses champs gazonnés qui se rencontrent partout autour de la ville.

En semaine, les magasins ouvrent à 9 heures du matin; le soir, à partir de 6 heures, on prépare la fermeture; à 6 h. 1/2 tout est fermé; les employés partent. Le mercredi, après-midi, nouveau chômage partiel. En sortant de l'atelier, l'ouvrier de Londres n'a pas la tentation d'aller boire; il ne rencontre pas, tout le long de sa route, à chaque pas, pour ainsi dire, des terrasses de café ou les « troquets » de Paris. Cette sorte d'organisation patentée de l'alcoolisme n'existe pas à Londres: tous les cabarets même ne peuvent vendre des boissons fermentées ou distillées; il faut, pour en avoir le droit, être détenteur d'une licence spéciale; en résumé, pour boire, il faut vouloir boire, tandis qu'à Paris, l'ouvrier, l'artisan, pour ne pas céder à la tentation de boire, doivent faire un effort — dont il est presque toujours incapable. Ajoutons enfin, chose très importante dans l'espèce, que l'alimentation anglaise est forte : œufs, jambon, café au lait ou thé le matin; à une heure, soupe, poisson, bœuf rôti, légumes cuits à la vapeur, fromage; à 5 heures, thé, beurre, pain; à 7 heures, repas analogue à celui de 1 heure, mais plus abondant encore. Le repas du matin est habituel, au moins autant que celui de 5 heures; les ménages, même peu fortunés, s'ingénient à ne pas le supprimer; ils remplacent seulement, au besoin, quand ils ne peuvent faire autrement, le jambon par du lard.

En résumé, et comme conclusion, s'il n'est pas permis, en un sujet aussi délicat, de conclure avec trop peu de documents, on peut au moins préjuger que l'action antituberculeuse, en Angleterre, est individuelle, et, pour ainsi dire, inconsciente. Si la tuberculose est effectivement en décroissance à Londres, comme l'indiquent les statistiques, cette diminution n'est explicable ni par des mesures légales, ni par des mesures d'hospitalisation appliquées sur une très large échelle. Il faut donc chercher la cause dans l'aération publique de la ville et l'aération des habitations; dans la quantité et la qualité chimique de l'alimentation; dans la diminution des heures de travail de la classe ouvrière; dans l'usage régulier des exercices de plein air que pratiquent, toutes les fois qu'ils le peuvent, les Anglais de tout âge et de toutes conditions, bref, dans des conditions d'existence propres à la nation, en général, et à la population de Londres, en particulier. Il serait intéressant de contrôler minutieusement les déductions qui précèdent. Si leur exactitude était démontrée, nous aurions le plus grand bénéfice à appliquer en France, en les adaptant à notre tempérament, à notre climat et à notre caractère national, les mesures qui ont si bien réussi de l'autre côté du détroit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre

Traitement chirurgical des anévrysmes

M. Potherat. — De l'observation rapportée par M. Nélaton à la dernière séance, on peut rapprocher le fait suivant, que j'ai recueilli en 1892. Il concerne un homme de cinquante-deux ans, qui ressentit subitement une très vive douleur dans le mollet droit. C'était un variqueux, et l'on pensa à une rupture de veine. Trois jours plus tard, du gonflement s'étant montré au-dessous de la ré-

gion poplitée et le malade présentant de la fièvre, on incisa d'abord jusqu'à l'aponévrose du soléaire, ce qui ne donna rien, puis, plus profondément, ce qui mit à découvert de nombreux caillots noirâtres. La poche vidée, un gros jet de sang fit irruption, et l'on reconnut alors qu'il s'agissait d'un anévrysme poplité rompu. J'ai alors posé une ligature, que j'ai dû recommencer trois fois, le vaisseau se rompant sous la striction, et c'est la raison pour laquelle je n'ai pas tenté d'en faire l'extirpation. J'ai préféré recourir à l'amputation de la cuisse, qui n'a offert consécutivement d'autre incident qu'une eschare superficielle du moignon.

M. Delbet. — Dans certains cas de rupture d'anévrysme on peut se dispenser de faire l'amputation. L'extirpation a l'avantage de limiter la zone de sphacèle, et l'on se trouve plus tard dans la possibilité de pratiquer une amputation moins étendue.

Pleurésie purulente. Opération d'Estlander. Décortication partielle du poumon

M. Bazy. — A côté du fait qui nous a été adressé par M. Jeanne (Voir *Bulletin médical*, 1904, p. 949), je placerai l'observation d'une malade de trente-cinq ans qui, à la suite d'une broncho-pneumonie tuberculeuse, fut atteinte de pleurésie. Après plusieurs ponctions insuffisantes, j'ai fait l'opération d'Estlander. J'ai trouvé une large cavité remplie de pus, et le poumon rétracté et recouvert d'une couche de fongosités que j'ai enlevées; l'hémorragie fut assez abondante. Pendant un mois il se produisit une poussée fébrile assez accentuée, puis une amélioration survint et, au bout de plusieurs mois, on ne constatait qu'une plaie béante au fond de laquelle on apercevait le poumon, qui s'était recouvert de fongosités. Des lavages furent pratiqués chaque jour dans la cavité, pour la débarrasser du pus, qui renfermait des bacilles de Koch. Quelques mois plus tard, la cavité s'était rétrécie, le pus ne contenait plus de bacilles, et, au bout d'une année, le trajet fistuleux s'effaça. Depuis cinq mois la malade est guérie, et l'auscultation a montré que la perméabilité du poumon s'était rétablie.

Double plaie du cœur par balle, suturée et guérie depuis deux ans. Mort de fièvre typhoïde. Autopsie

M. Peyrot. — Dans la séance du 26 mars 1902, M. Launay présentait, à la Société de chirurgie, un malade dont l'observation a déjà fait l'objet d'un rapport à l'Académie de médecine le 29 juillet 1903.

Je rappellerai que ce malade avait été blessé d'une balle de revolver qui avait perforé de part en part le ventricule gauche. Les deux orifices ventriculaires, antérieur et postérieur, furent suturés avec succès et la guérison se fit très simplement.

Cette guérison se maintint complète jusqu'en décembre 1903, époque à laquelle le blessé, âgé de vingt-six ans, contracta une fièvre typhoïde. Soigné à l'hôpital Lariboisière, le malade meurt après cinquante et quelques jours de maladie, et M. Brault put faire l'autopsie.

La mort survint le 25 janvier 1904, environ vingt-trois mois après l'opération.

C'est l'examen de ce cœur que décrit avec soin M. Launay, montrant l'aspect des cicatrices d'entrée et de sortie déprimées du côté extérieur, mais ne laissant aucun point de faible résistance. Sur la paroi ventriculaire se voit la cicatrice blanche du trajet du projectile, pénétrant à la base du pilier antérieur mitral pour sortir au niveau de l'insertion de la vulve mitrale gauche sur l'orifice auriculo-ventriculaire.

Des figures permettent de suivre ce trajet, le projectile ayant, pour ainsi dire, labouré la paroi ventriculaire sans léser le pilier, ni les cordages, ni la vulve.

Au bout de deux ans, aucun point faible ne peut être constaté sur le parcours de cette cicatrice.

Rupture de la rate

M. Demoulin. — Cette observation, que nous devons à **M. Auvray**, a rapport à un jeune homme de dix-huit ans, qui, en faisant un exercice monté sur une bicyclette, fit une chute d'une hauteur de cinq mètres. Dans cette chute, la poignée du vélo vint s'appuyer sur les côtes gauches. Le blessé put regagner son domicile et ce n'est que le lendemain qu'il entra à l'hôpital, à six heures du soir; bien que le facies fut altéré, on ne trouvait aucun symptôme net d'hémorragie interne; mais, deux heures plus tard, ils n'étaient pas douteux.

Notre confrère a fait une laparotomie médiane et a reconnu que la rate était rompue. Comme son pédicule était court et comme elle ne pouvait être attirée au dehors, M. Auvray a fait la résection du rebord costal, et a pu ainsi extraire rapidement l'organe. Cette observation présente deux points particuliers à faire ressortir, d'abord l'époque tardive de l'apparition des accidents, et ensuite la résection de la côte, qui permet d'opérer plus rapidement qu'avec les autres procédés.

Traitement des sinusites frontales

M. Berger. — **M.** Luc nous a lu un mémoire sur ce sujet. Il rappelle d'abord qu'il a employé, en le modifiant, le procédé d'Hogston; mais ce procédé, qui évite les déformations, expose à des accidents cérébraux sérieux et même mortels. On a préconisé la résection de la paroi externe; c'est plus radical, mais il reste une déformation notable. Le procédé de Killian, que notre confrère a mis plusieurs fois en pratique, semble préférable, car il ne déforme pas et il permettrait une désinfection complète. Des deux ouvertures qu'on pratique, l'une servirait à désinfecter le sinus et l'autre à drainer les cellules ethmoïdales antérieures et même les cellules ethmoïdales postérieures. Peut être y a-t il lieu de faire quelques réserves au point de vue de l'efficacité de la désinfection?

M. Terrier. — Il y a bien longtemps, j'ai dû pratiquer une opération de nécessité chez un malade que des injections n'avaient pas guéri. J'ai fait la résection de toute la paroi antérieure du sinus, et j'ai fait passer un drain par les fosses nasales. La guérison s'est effectuée avec une déformation très légère. Je n'ai pas pensé, à cette époque, que cette opération méritât d'être spécialement signalée.

Présentations

M. Quénu. — Homme : *Fracture compliquée de jambe. Eschares péri-articulaires.* Traitement conservateur.

M. Berger. — Homme : *Résection du coude pour tumeur blanche.*

M. Delbet. — *Volumineux fibrome périostique de la cuisse.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre

Intoxication mortelle par le gaz des ballons (hydrogène arsénié)

MM. E. Barié et **Brissy** communiquent, sous ce titre, l'observation d'un aérostier qui, occupé à décanter de l'hydrogène d'un ballon dans un autre, dût s'approcher de l'appendice de l'aérostat d'où sortaient des émanations; il se sentit indisposé et, dans la nuit même, fut pris de vomissements incessants, de douleurs abdominales, puis émit des urines brun foncé, presque noires, etc., coloration rouge-brun généralisée de la peau.

Malgré des injections de sérum, l'emploi de la glace intus et extra, de la théobromine, du régime lacté et des inhalations d'oxygène, la mort survint le quatrième jour, accompagnée d'adynamie externe et d'anurie totale.

On sait que le gaz des ballons est constitué par de l'hydrogène impur, associé à des gaz étrangers et toxiques, tels que l'hydrogène arsénié, l'hydrogène antimonié et l'hydrogène sélénié provenant de l'acide sulfurique impur qui a servi à la préparation du gaz des ballons. Mais l'hydrogène antimonié est peu toxique et l'hydrogène sélénié est facilement décomposable. Au contraire, l'hydrogène arsénié, poison destructeur des globules rouges par excellence, doit être incriminé dans ce cas; les recherches chimiques démontrèrent, du reste, incontestablement, la présence de l'arsenic dans le sang.

Sur le traitement de quelques affections articulaires par les émanations du radium

M. Soupault. — La technique de ce traitement est des plus simples. L'appareil contenant le radium est un godet de verre

oblitéré par une plaque d'ébonit; le tout est contenu dans une boîte en cuivre nickelé. En dévissant un bouchon métallique, on met au jour le radium et on l'applique directement sur la partie à traiter.

Le bromure de radium employé est mélangé à une certaine quantité de bromure de baryum. Selon la proportion du mélange, la radio-activité est plus ou moins forte. On prend comme base la radio-activité de l'uranium, qui est prise comme unité. Le bromure de radium pur a une activité deux millions de fois supérieure à celle de l'uranium.

Selon la proportion du mélange de radium et de baryum, la radio activité est plus ou moins prononcée.

Les six malades qui font l'objet de cette note ont été traités par un mélange mesurant une radio-activité de 500000. Ils étaient atteints d'arthralgies subaiguës.

La plus intéressante concerne un homme atteint d'une hydarthrose double datant de plusieurs semaines. Quand il entra à l'hôpital, les deux genoux étaient déformés et la bourse séreuse articulaire se dessinait tout autour de l'articulation. Au début, l'hydartrose du genou droit fut seule traitée par des applications de deux minutes en différents points autour de la séreuse. Au bout de trois applications le genou était dégonflé presque complètement, tandis qu'à gauche la lésion persistait. Celle-ci fut alors traitée et disparut à son tour en quatre applications. Trois semaines après le début du traitement, qui fut continué longtemps après la résorption, le malade quittait l'hôpital tout à fait guéri et marchant bien. A noter la présence de l'atrophie musculaire déjà constatée avant l'application.

J'ai traité aussi avec succès deux arthrites blennorragiques subaiguës du poignet et de la main, deux rhumatismes articulaires subaiguës à marche traînante et un accès de goutte saturnine subaiguë.

Par contre, des échecs ont été enregistrés dans des affections articulaires aiguës de diverses origines.

En somme, le traitement par le radium semble donner des résultats favorables dans les arthrites subaiguës et échouer au cours des affections aiguës.

M. Danlos doute que la radio-activité fût reellement ce que croit M. Soupault, c'est-à-dire de 500000, car, s'il en eut été ainsi, on aurait eu des accidents locaux.

Ingestion de sel et élimination de bromure

MM. Toulouse et Requier. — Les expériences des auteurs leur ont montré que le bromure est retenu beaucoup plus au cours de l'hypochloruration. Par conséquent, la diminution du sel alimentaire permet une action thérapeutique (et toxique) sensiblement plus intense. Par contre, le sel chasse le bromure, et proportionnellement à son ingestion, ce qui fait que le sujet élimine à mesure ce qu'il absorbe.

J. J.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE

NOMINATIONS

Ont été promus dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de méd. princ. de 1re cl. de réserve.

Le méd. princ. de 1re cl. :

M. Millet.

Au grade de méd.-princ. de 2e cl. de l'armée territoriale

Les méd. princ. de 2e cl. :

MM. Bourdon, Julie.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

MM. Cluzant, Schmitt, Badin.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. de l'armée territoriale

Les méd.-maj. de 1re cl. :

MM. Linarès, Hugues, Colin, Bony.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de réserve

Les méd.-majors de 2e cl. :

MM. Couraud, Finck.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de l'armée territoriale

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Normand.

Au grade de méd. aide-maj. de 2e cl. de réserve.

Les docteurs en médecine :

MM. Rochette, Verlac, Fossier, Didry, Fauvel, Vianay, Lombart, Fortin, Valette, Dechauffour, Dévé, Lepage, Mutelet, Guibert, Marcorelles, Combarel, Arquier, Bousquet, Bontemps, Cathelin, Tillier, Aerts, Deu, Trournaire, Brianes, Bruneau, Barberoux, Vincens, Martin, Serfaty, Chazet, Lassallas, Niel, Forné, Laurens, Conte, Doussinet, Lecornu, Ayrignac, Velut, Crouzon, Berard, Pailler, Berrier, Macé, Mariani, Giraud, Courcoux, Dambrin, Ducourthial, Garin, Delamare, Triau, Morin, Grobon, Bousquet, Leclerc, Sagot, Gonnet, Lœw, Dussur, Boulard, Montagard, Prieur, André, Baumann, Ollivier, Leichnam, Rouvière, Riff, Lebreton, Andrieu, Chanu, Macron, Ely, Deytieux, Joly, Landolt, Guiot, Le Buanec, Morochain, Gourmand, Diot, Damaye, Levesque, Delaunay, Rousseau, Simon, Feillard, Bellemanière, Cazeaux, Jouve, Bozo, Richard, Roujas, Ehrmann, Aucopt, Faleur, Dousset, Fonteneau, Grandchamp, Calsac, Magnin, Juillan, Fagault, Huck, Mourier, Bernadac, Ploton, Riollet, Piante, Paillard, Pautrier, Lejeune, Loriot, Hubert, Legendre, Jamin, Rabuel, Roger, Taillasson, Lecointe, Testut, Bardon, Averseng, Masson, Orgebin, Vaubourdolle, Barret, Sardain, Saintive, Chalendar, Astre, Lhéritier, Pitre, Michallon, Menier, Lerouville, Maure, Faysse, Dinet, Cochy de Moncan, Lestelle, Puechavy, Robert, Viard, Sigre, Pfeiffer, Dubuche, Boucher, Dupla, Sauvaire, Carcy, Lalagüe, Bouygues, Godard, Violet, Renou, Delobel, Gautier, Broudic, Cochy de Moncan, Cazemajour, Burgaud, Monjarret, Cheynes, Dechy, Metayer, Josserand, Pinet, Cabanne-Tellé, Paugam, Cousyn, Ichard, Barreau, d'Halluin, Voisin, Galezovoski, Fauveau, Léger, Boissat, Delfosse, Livon, Lecouillard, Onfray, Bruzon, Robineau Blanchard, Thorel, Bethoux, Bidache, Benichou, Gau, de Casteras, Astier, Jouaust, Naureils, Ricard, Labadie Lagrave, Guibier, Pouchot de Champtassin, Poirier de Clisson, Lefebvre, Vernet, Lerat, Privat de Fortunié, Lumineau, Boncour, Patte, Sequer, Verdier, Thiéry, Bardet, Lacomme, Klein, Vincent, Mory, Scapula, Gleize, Canivenq, Guilloteau, Perrin, Gamas, Sonder, Méline, Picard, Azéma, Bordères, Gauthier, Jolly, Guigues, Ancian, Derbanne, Virenque, Marciteau, Pierre, Chappé, Dufaure de Citres, Pinel, Braunberger, Meyer, Lecène, Gagnieux, Desmolins, Caudmont, Petit, Servant, Morère, Petit, Brunel, Marnay, Cougoule, Gauzere, Lemaire, Couronnet, Buisson, Louveau, Ceard, Simon, Coste, Houdard, Gendre, Schirck, Coudere, Sauvageot, Galinier, Ollier, Le Norcy, Brissaud, Duhem, Constantin, Boussuge, Lionnet, Cayrol, Pauly, Deguiral, Pascal, Prost, Corcelle, Bru, Mazeo, Plateau, Robert, Descamps, Christine, Mollaret, Genova, Laborie, Godefroy, Gardiol, Orabona, Dhotel, Rambaud, Bourrud, Bouisset, Druhen, Biétrix, Roqueplo, Gautier, Riou-Kangal, Crebassol.

Au grade de méd. aide-major de 2e cl. de l'armée territoriale

Les docteurs en médecine :

MM. George-Vellat, Thévenard, Bertrand, Monod, Jeanne, Fays.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

M. le prof. Guyon reprendra ses leçons le mercredi 16 novembre 1904, à 10 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours complémentaires :

M. Legueu, agrégé. — Les traumatismes et les tumeurs de l'appareil urinaire; le dimanche, à 10 h. 1/2.

M. Cathelin. — Technique urologique et petite chirurgie; le jeudi, à 9 heures.

M. Courtade. — Electricité appliquée aux maladies des voies génito urinaires; le mardi, à 9 heures.

M. Debains. — Application de la cryoscopie à l'étude des lésions rénales; le mercredi, à 9 heures.

M. Iselin — Complications de la blennorragie chez la femme; le mardi, à 10 heures.

M. Motz. — Anatomie pathologique de l'urètre et de la prostate appliquée au diagnostic et à la thérapeutique des maladies de ces organes; le samedi, à 9 heures.

M. Noguès. — Diagnostic et traitement des urétrites; le vendredi, à 9 heures.

M. Pasteau. — Conférences de cystoscopie avec examen des malades; le lundi, à 9 heures

Les cours complémentaires commenceront le 1er décembre 1904.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Professeur : M. Cornil.
Chef des travaux : M. Brault.

Conférences d'histologie pathologique

Une série de conférences, comprenant l'histologie pathologique de tous les organes, du sang et des sérosités, commencera le lundi 21 novembre 1904, avec la participation de MM. Courcoux, Decloux, Læper, Nattan-Larrier, Poulain, Ribadeau-Dumas et Riche.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis, jeudis, vendredis, à 4 h., au 2e étage.

La durée de ces conférences sera de trois mois.

Les matières colorantes, les réactifs et les pièces histologiques seront mis à la disposition des élèves. Ils trouveront au laboratoire le programme détaillé des conférences.

Le montant des droits à acquitter est de 130 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Professeur : M. Guyon.

M. Legueu, agrégé, commencera ce cours le dimanche 27 novembre 1904, à 10 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Necker (amphithéâtre des cliniques), et le continuera tous les dimanches, à la même heure.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Professeur : M. Raymond.

Cours complémentaire et pratique de neuropathologie

Sous la direction de M. Henri Claude, agrégé, avec le concours et la collaboration de MM. Guillain, chef de clinique de la Faculté; Cartaz, chef du serv laryngologique; Dupuy-Dutemps, chef du service ophtalmologique; Alquier, chef des trav. d'anat. pathologique; Huet, chef du service d'électrothérapie; Gellé, chef du service otologique; Infroit, chef du laboratoire de radiothérapie.

Ce cours commencera le 15 novembre et comprendra 35 leçons. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 4 h. de l'après-midi, à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre seront faites tous les ans : la première en novembre et décembre; la seconde en février et mars; la troisième en mai et juin.

Le droit à verser est de 50 francs.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser le matin, à la clinique, au Dr Guillain ou au Dr Alquier.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance de versement des droits. (Les étudiants devront présenter en outre la carte d'immatriculation)

Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences le samedi 19 novembre 1904, à 1 heure 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (Infirmerie spéciale).

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 h., à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat.

Un certificat de présence constatant l'assiduité à ce cours durant tout le semestre d'hiver sera régulièrement délivré.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Un concours s'ouvrira le 15 mai 1905, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'or

M. Sené, directeur de la 5e circ. sanitaire maritime.

Médaille d'argent

M. Ferré, prof. à la Faculté de médecine de Bordeaux.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 8 novembre

Anatomie

Question : « Articulation tibio-tarsienne. »

16 1/2 Gastinel — 16 Gaujoin — 15 A. Demouchy, Mlle Frison — 14 Gendreau, Frick — 13 de Grenier, Guerrero — 12 Dubus, Fabre de Parrel, Girault, Ch. Demouchy, Gauchery, Denian — 11 Feuillette — 9 Fau.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 12 novembre, à 4 h. 3/4; suite de la liste des candidats, 1re moitié, 2e série.

Séance du 9

Pathologie

Question : « Signes et diagnostic du cancer de l'estomac. »

17 Landau — 16 Mégeville, Nigisiac — 15 Monin — 14 Mion, Perron — 12 Pottier, Peraldi — 11 Perdoux — 10 Prieur — 9 Lamy, Pointin — 7 Pelissier — 5 Mlle Margoulis.

COURS PRATIQUE DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

M. A. Terson recommencera le jeudi 17 novembre, à 3 h., à sa clinique ophtalmologique, 52, rue Jacob, une série de leçons sur le traitement des maladies des yeux. Le nombre des élèves est limité. Le minimum des leçons est de 12 et elles auront lieu les mardis et les jeudis, à 3 heures. S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, 52, rue Jacob, à 2 heures.

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHEMINS DE FER DE L'EST

Amélioration des relations de la France et de l'Angleterre avec la Suisse, l'Autriche et l'Italie, par Bâle et le Gotthard.

La Compagnie de l'Est a réalisé, depuis le 1er octobre dernier, d'importantes améliorations dans les services directs reliant la France et l'Angleterre avec la Suisse, l'Autriche et l'Italie par la voie de Bâle et du Gotthard.

Le train qui partait de Milan à midi 30 ne part plus aujourd'hui qu'à 2 h. 35. Il correspond à Bâle avec le rapide qui arrive à Paris à 7 h. 40 du matin et avec le rapide qui, par Boulogne permet d'arriver à Londres à 3 h. 45 de l'après midi, en abrégeant de 2 heures la durée des voyages pour Paris et pour Londres.

En outre, un nouveau train rapide, partant de Bâle à 4 h. 38, et de Mulhouse à 5 h. 8 de l'après-midi, arrive à Paris à 11 h. 35 le soir même. Ce train comporte un wagon-restaurant entre Vesoul et Paris.

Enfin, en sens contraire, le train express de toutes classes qui part de Paris à 9 h. 10 du matin et qui précédemment s'arrêtait à Belfort, est maintenant prolongé par Mulhouse jusqu'à Bâle, où il trouve des correspondances directes qui permettent d'arriver le soir même à Zurich à 10 h. 50, à Lucerne à 11 h. 8 et à Berne à minuit.

Billets d'aller et retour de Paris aux points frontières suisses délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses.

La Compagnie délivre au départ de Paris pour Genève, Les Verrières-Frontière, Vallorbe-Frontière, Villers-Frontière, Delle-Frontière et Bâle des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes valables 33 jours, dont les prix sont uniformément fixés à 87 francs en 1re classe et à 64 francs en 2e classe

Ces billets sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent, en même temps, une carte d'abonnement suisse de 15 ou 30 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnements de 15 jours : 1re classe, 70 fr. 2e classe, 50 fr. ; 3e classe, 35 fr.

Abonnements de 30 jours : 1re classe, 110 fr. ; 2e classe, 74 fr. ; 3e classe, 55 fr.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Les badigeonnages avec une solution huileuse de chlorétone contre la dysphagie dans les amygdalites et dans la laryngite tuberculeuse

M. A. Jaquet (*Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 1er novembre) a trouvé que les douleurs à la déglutition, dues à toutes sortes d'angines (amygdalite folliculaire, lacunaire, etc.), aux ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte et de l'entrée du larynx, ainsi qu'aux lésions syphilitiques de la gorge, cèdent rapidement, pour deux à trois heures, à un badigeonnage des parties atteintes avec une solution à 10 ou 20 % de chlorétone dans l'huile d'olives ou d'amandes douces. On sait que le chlorétone, qui se forme quand on ajoute lentement de la potasse caustique à un mélange à parties égales de chloroforme et d'acétone, est une substance relativement peu toxique, puisqu'on a pu l'administrer à la dose de 1 à 2 grammes contre l'insomnie. Dans l'angine diphtérique, les badigeonnages de la gorge avec une solution huileuse de chlorétone ont également exercé une action analgésique, mais comme, dans ces cas, on a pratiqué aussi des injections de sérum antidiphtérique, il serait difficile de savoir quelle part de cette action revient à chacun des moyens employés. Un avantage, très réel, des badigeonnages au chlorétone dans la pratique courante, c'est qu'on peut en laisser le soin au malade lui-même ou à une personne de son entourage, tandis que les applications de cocaïne, beaucoup plus toxique que le chlorétone, doivent toujours être faites par le médecin lui-même.

La lumière rouge et bleue dans le traitement des plaies

D'après l'expérience de **M. Breiger** (*Med. Woch.* et *Münch. med. Woch.*, 1er novembre 1904), la photothérapie serait susceptible de rendre de signalés services dans le traitement des plaies en général. C'est ainsi que la lumière rouge abrègerait très sensiblement la durée de la cicatrisation des plaies récentes et anciennes (ulcère de jambes), diminuerait les sécrétions purulentes et amènerait une absorption rapide des épanchements sanguins. Les effets favorables de la lumière rouge seraient particulièrement manifestes à l'égard des plaies contuses. Pour combattre l'élément douleur, c'est à la lumière bleue qu'il faudrait s'adresser.

Enduit celloïdiné pour remplacer les gants en caoutchouc dans la pratique chirurgicale

Dans une récente réunion de la New-York medical Association, **M. Holme Wiggin** (*Med. Record*, 22 octobre 1904) a donné la composition d'une solution éthero-alcoolique de celloïdine qui remplacerait avantageusement les gants en caoutchouc. En voici la formule : alcool à 96° et éther sulfurique, 185 gr. de chaque, celloïdine 15 gr. et huile de ricin 30 gr. Les mains, dûment stérilisées au préalable, sont plongées, pour quelques instants, dans cette solution qu'on laisse ensuite s'évaporer sur la peau. On a ainsi un enduit suffisamment épais, solide et élastique de celloïdine, qui ne se fissurerait pas (?) et qu'il est ensuite facile d'enlever en lavant simplement les mains dans un mélange à parties égales d'alcool et d'éther.

L'opothérapie ovarienne contre l'hémophilie

L'hémophilie est, comme on sait, rare chez la femme. Legg, dans le « System of Medecine » de Clifford Albutt, dit même n'avoir jamais vu d'hémophilique du sexe féminin, et il estime que les quelques cas d'hémophilie chez la femme, decrits dans la littérature médicale, ne sont autre chose que des erreurs de diagnostic. Cela étant, **M. Lachlan Grant** (*Lancet*, 5 novembre 1904) eut l'idée d'avoir recours à l'opothérapie ovarienne dans un cas d'hémorragie incoercible, provenant d'une blessure accidentelle de la surface plantaire, chez un petit garçon hémophilique. Après insuccès des moyens hémostatiques locaux, y compris les applications de compresses imbibées de solution d'adrénaline au millième, il fit prendre à cet enfant de l'extrait ovarique à la dose de 0 gr. 15 répétée trois fois par jour. Le suintement sanguin ne tarda pas à diminuer, puis à cesser définitivement. L'auteur reconnaît lui-même que cette observation, encore unique dans son genre, ne permet pas d'exclure la possibilité d'une simple coïncidence et que, partant, elle ne saurait servir que de point de départ à d'autres essais d'opothérapie ovarienne de l'hémophilie.

Des récidives de la leucémie après le traitement radiothérapique

M. K. Hynek (*Sbornik Klinicky*, VI, 1) a observé, à la clinique du professeur Maixner, à Prague, deux leucémiques qui furent soumis à l'action des rayons X.

Chez l'un d'eux, le résultat de ce traitement fut nul, tandis que, dans l'autre cas, on obtint une guérison apparente, après laquelle il y eut cependant deux rechutes. Fait curieux, chacune de ces récidives qui, d'ailleurs, ont cédé à quatre ou cinq séances radiothérapiques, s'est manifestée uniquement par les altérations du sang, caractéristiques de la leucémie, l'état général des malades continuant à demeurer satisfaisant et la rate, dont les dimensions avaient été réduites par le premier traitement radiothérapique, n'augmentant plus de volume.

Le protargol dans le traitement des plaies et des dermatoses

C'est presque exclusivement contre la blennorragie que le protargol est employé actuellement. Or, d'après **M. A. Hopmann** (*Berlin. klin. Woch.*, 7 novembre 1904), ce médicament, en sa qualité de combinaison argentique, est susceptible de rendre des services comme moyen de pansement de toutes sortes de plaies et dans certaines dermatoses, en particulier dans l'eczéma humide. A cet effet, on se servira de la pommade ci-dessous formulée :

Protargol.......... 1 gr. 50 à 3 gr.
Faites dissoudre dans :
Eau distillée *froide*. 5 gr.
Ajoutez :
Lanoline anhydre... 12 gr.
Mélangez intimement, puis ajoutez :
Vaseline jaune..... 10 gr.

Cette pommade exerce une action éminemment antiseptique et antiprurigineuse, tout en étant dépourvue de propriétés irritantes. On en étale une couche sur de la tarlatane aseptique qu'on applique ensuite sur la plaie ou sur le placard éruptif.

Les lavements créosotés contre la dysenterie

D'après l'expérience de **M. G. Zanardini** (*Gaz. d. Osped.*, 6 nov. 1904), un traitement très efficace de la dysenterie consisterait dans l'emploi de la créosote en lavements, moyen qui ne paraît pas avoir été utilisé jusqu'ici, au moins d'une façon suivie, chez les dysentériques. On administre, toutes les six heures, un lavement d'un demi-litre d'eau tiède contenant 1 gr. environ de créosote de hêtre émulsionné à l'aide d'un jaune d'œuf. La guérison de la dysenterie s'obtiendrait, le plus souvent, en deux ou trois jours, après cinq ou six lavements créosotés.

Dr Vladimir de Holstein.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

LÉGION D'HONNEUR

A été inscrit d'office au tableau de concours de 1904 :

Pour le grade de chevalier.

M. le méd. de 1re cl. L'Eost, du port de Toulon.

MUTATIONS

M. le méd. de 2e cl. Fockenberghe, du port de Rochefort, emb. sur l'*Olry* (esc. de l'Extrême-Orient), en rempl. de M. Boudou.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES TROUPES COLONIALES

NOMINATIONS

A été nommé dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd. aide-major de 2e cl.

M. le méd. stagiaire Leynia de la Jarrige, pour prendre rang du 1er novembre courant, et affecté au 6e d'inf. à Brest.

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Afrique occidentale
(Départ de Marseille le 5 décembre 1904.)

M. le méd. de 1re cl. Asselin, au 2e d'art. à Cherbourg (par permutation avec M. l'aide-major de 1re cl. Audiau, qui est réaff. au 1er d'inf.

En France.

Les méd.-maj. de 1re cl. :
M. Farant, au 23e d'inf. à Paris.
M. Le Ray, au 6e d'inf. à Brest.

CLINIQUE CHIRURGICALE
INFANTILE

(*Hôpital des Enfants-Malades*)

M. le prof. KIRMISSON

Les ostéites en général. Gerdy et son œuvre. Gerdy et le concours

(Leçon d'ouverture du cours de l'année 1904-1905.)

Messieurs

Ce n'est pas devant une réunion de jeunes gens qu'il est besoin de célébrer les mérites des vacances; maîtres et élèves en ont également besoin pour retremper leurs forces et se remettre avec une ardeur nouvelle à la tâche qui leur incombe. Nous voici aujourd'hui réunis pour reprendre ensemble l'étude de la chirurgie infantile. Est-ce à dire que la chirurgie infantile constitue une science à part dans l'ensemble des sciences médicales? En aucune façon. Les maladies dont elle s'occupe sont sensiblement les mêmes que celles de la chirurgie des adultes. Mais elles se présentent à nous avec une fréquence relative, avec des caractères spéciaux; les moyens que nous employons pour arriver au diagnostic sont, à bien des égards, particuliers; en un mot, c'est d'une étude essentiellement clinique qu'il s'agit ici. Cette étude, nous la poursuivrons cette année, comme nous l'avons faite jusqu'ici, par une double voie. D'une part, vous interrogeant dans les salles, vous faisant examiner les malades par vous-mêmes, vous forçant à appliquer les notions générales d'anatomie et de pathologie à tel cas particulier, en vue d'arriver au diagnostic et aux indications thérapeutiques; d'autre part, dans les leçons cliniques faites par moi à l'amphithéâtre, partant du cas particulier pour m'élever aux notions de pathologie, aux considérations générales de diagnostic et de thérapeutique, qui pourront vous guider dans la pratique. Ces deux modes d'enseignement se complètent admirablement l'un par l'autre et doivent toujours marcher de pair dans l'étude de la clinique.

Que si, maintenant, vous vous demandez quelles sont les affections qui sont plus particulièrement du ressort de la clinique chirurgicale infantile, vous n'aurez pas de peine à reconnaître que ce sont, d'une part, les maladies congénitales, de l'autre, les maladies de l'appareil locomoteur.

L'étude des maladies congénitales, des malformations, en un mot, exige avant tout des notions exactes d'embryologie. Aussi, cette année, comme l'année dernière, mon collègue et ami, M. Cunéo, agrégé d'anatomie à la Faculté, veut-il bien se charger de vous exposer, dans une série de conférences, les notions d'embryologie indispensables à l'étude des malformations. Ces conférences commenceront immédiatement après les vacances du jour de l'an. Pour moi, je me réserve de vous exposer plus particulièrement, dans ce semestre, ce qui a trait à la connaissance des maladies de l'appareil locomoteur.

C'est là une étude qui n'est pas sans présenter une certaine aridité, et qui nécessite, pour être faite avec fruit, des connaissances anatomiques exactes. Vous serez récompensés de votre peine par l'importance des résultats pratiques. Qui que vous soyez, en effet, médecins ou chirurgiens, vous aurez fatalement à traiter des maux de Pott, des coxalgies, des arthrites du genou, des déformations dues à la paralysie infantile, au rachitisme, etc.

Que les maladies des os soient particulièrement fréquentes dans l'enfance, c'est ce que la moindre réflexion permet immédiatement de comprendre. La caractéristique de l'enfance, c'est, en effet, l'accroissement incessant de la taille. L'os des enfants est en voie de transformation continuelle. Si vous prenez pour exemple un os long des membres, vous en trouvez la preuve dans l'existence de ses deux cartilages épiphysaires et de la couche d'ossification qui y confine; vous la trouvez encore dans l'existence d'éléments cellulaires nombreux dans la moelle rouge, bien différente de la moelle jaune et graisseuse des adultes, dans l'existence d'une couche d'éléments cellulaires nombreux à la face profonde du périoste (ostéoblastes de Gegenbaur). Il y a de ces éléments embryonnaires jusque dans l'intérieur des canaux de Havers; aussi a-t-on pu dire, non sans raison, que, chez les jeunes enfants l'os baigne de toutes parts dans la moelle. Il n'est pas étonnant, dès lors que cette suractivité fonctionnelle prédispose l'os des jeunes enfants aux inflammations.

Quand j'évoque ici la notion d'inflammation des os, ou d'ostéites, il semble que je rappelle une notion vieille comme la pathologie elle-même. Détrompez-vous; la notion de l'ostéite, comme le mot lui-même, est en réalité de date récente; car on peut bien appeler récentes des notions qui, à l'heure actuelle, comptent moins de trois quarts de siècle. Ce qui, pendant longtemps, a entravé l'étude des maladies des os, ce qui a empêché les chirurgiens d'attacher à ces maladies leur véritable signification, c'est qu'ils considéraient l'os comme un tissu inerte, capable de subir les influences du dehors, mais incapable par lui-même de réagir, incapable, en un mot, de s'enflammer. Lisez les auteurs anciens, lisez le Traité si célèbre de J.-L. Petit sur les maladies des os, publié à la fin du XVIII[e] siècle; vous y trouverez des chapitres sur l'exostose et sur la carie; vous n'y trouverez pas la mention de l'inflammation du tissu osseux; encore moins y trouverez-vous le mot d'ostéite. Pour lui, la cause première de la maladie est dans l'inflammation du périoste, qui perd son élasticité et ne peut plus activer la circulation dans les petits vaisseaux qui rampent à la surface de l'os; il en résulte là « des dépôts, et c'est ainsi, dit-il, qu'en peu de jours, il se manifeste des exostoses et des caries très considérables » (1). En un mot, c'est le périoste qui joue le rôle principal; les lésions de l'os ne sont que secondaires.

Plus près de nous, prenez le Traité des maladies chirurgicales de Boyer; vous y trouverez des chapitres sur la nécrose, la carie, l'exostose et le spina ventosa; vous n'y verrez pas mentionné le mot d'ostéite. C'est Gerdy, qui, le premier, assimilant les os aux parties molles, démontra qu'ils étaient susceptibles d'inflammation, et créa la dénomination d'ostéite.

Pierre-Nicolas Gerdy, né à Loches, dans le département de l'Aube, le 1[er] mai 1797, fut professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine depuis l'année 1833 jusqu'à sa mort, survenue le 18 mars 1856. Si je rappelle ici ses prénoms, c'est pour éviter qu'on le confonde avec son frère, Vulfranc Gerdy, plus jeune que lui de dix années, et dont vous m'entendez souvent citer le nom à propos du développement du temporal et de la fontanelle accessoire, décrite par lui sur le bord supérieur de cet os, et dite, à cause de cela, fontanelle de Vulfranc Gerdy.

Comme tous les maîtres de l'École française, Gerdy débuta par une étude approfondie de l'anatomie. Les recherches qu'il fit sur la vascularisation des os lui démontrèrent que les os possèdent une richesse vasculaire, une vitalité, qui ne le cède en rien à celle des parties molles, que, dès lors, ils sont capables de réagir, soit sous l'influence des traumatismes, soit sous l'action des agents infectieux venus

(1) Voyez J.-L. Petit, Traité des maladies des os, édition Louis, t. II, p. 278 et 279.

du dedans, en un mot, qu'ils sont capables de s'enflammer; il créa, pour désigner cette inflammation, la dénomination d'ostéite.

Ses recherches sur la structure des os furent publiées dans le *Bulletin clinique* de 1835; l'année suivante, il donnait la description de l'ostéite dans un mémoire: « Sur l'état matériel ou anatomique des os malades »,qui parut dans les *Archives générales de médecine* de février 1836. Enfin, dans les dernières années de sa vie, il réunit l'ensemble de ses recherches sur ce sujet dans une monographie intitulée: «Maladies des organes du mouvement» faisant partie d'un grand ouvrage sur la chirurgie pratique, divisé en sept monographies. Mais la mort ne lui a pas permis de compléter son œuvre, et, de ces sept monographies, trois seulement ont vu le jour.

Si vous parcourez le Traité des maladies des organes du mouvement,vous y verrez que Gerdy, appréciant exactement les modifications de nutrition qui se passent dans l'intérieur des os sous l'influence de l'inflammation, décrit les deux grandes formes de l'ostéite, telles que nous les connaissons aujourd'hui : celle dans laquelle il y a résorption, raréfaction du tissu osseux, ou ostéite raréfiante, et celle, au contraire, qui se caractérise par la surproduction du tissu osseux, ou ostéite condensante. Il en distingue encore une troisième forme à laquelle il donne le nom d'ostéite ulcéreuse ou carie. Çà et là, vous trouverez dans cet ouvrage une foule d'observations du plus haut intérêt.

En voici une, entre autres, relative à un jeune homme de vingt-quatre ans, auquel Gerdy dut pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou gauche. « Au moment, dit-il, où le couteau parvint jusqu'au fémur, des flots d'un liquide jaune, transparent, ou très légèrement trouble, filant et onctueux, comme de la synovie un peu altérée, s'écoulèrent et m'inondèrent les mains. » Il y avait tout autour du fémur un étui osseux mince et fragile, remontant jusqu'à son extrémité supérieure. C'était donc une périostite, et l'exsudat liquide siégeait entre le périoste et le corps de l'os; aussi Gerdy donne-t-il à cette lésion le nom de kyste périostique. Vous reconnaissez-là sans peine la lésion à laquelle Ollier a donné plus tard le nom de périostite albumineuse, lésion qu'on rattache aujourd'hui, à bon droit, à la tuberculose osseuse.

Gerdy a bien vu les conséquences de l'ostéite sur le développement ultérieur des os. Il décrit, dans un paragraphe spécial, l'ostéite avec hyperostose, et il ajoute : « l'os n'augmente pas seulement dans son épaisseur ou sa largeur; il se développe même dans sa longueur, de manière à être plus long que celui du côté opposé. »

Ecoutez comment il décrit cette forme d'ostéite chronique à laquelle M. Lannelongue a donné le nom d'ostéomyélite prolongée : « Lorsque, dit-il, l'ostéite diminue au point de s'assoupir, les os restent plus ou moins grossis ou gonflés... Ces assoupissements, ces réveils de l'inflammation des os, sont des phénomènes aussi remarquables que peu connus. L'assoupissement de l'ostéite peut se prolonger pendant des mois, pendant des années, un demi-siècle, même toute la vie. » Il en donne deux observations personnelles bien frappantes : l'une est celle d'un homme de trente-deux ans, qui fut atteint d'ostéite de la jambe gauche à l'âge de quatorze ans; la maladie se prolongea pendant deux années; il y eut une première rechute à vingt-sept ans, et, cinq ans plus tard, une troisième crise à trente-deux ans, quelques semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Le second cas est encore plus caractéristique, puisqu'ici il y eut sept exacerbations successives en vingt-deux ans; le début eut lieu à onze ans; une deuxième crise se produisit quatre mois après; une troisième eut lieu à dix-neuf ans; la quatrième à vingt et un ans; la cinquième à vingt-six ans; la sixième à vingt-huit ans; enfin, la septième amena le malade à l'hôpital à l'âge de trente-trois ans.

A propos du traitement, Gerdy note d'une façon précise tout le parti qu'on peut tirer de la trépanation; après avoir parlé de la moellite des moignons d'amputation (nous dirions aujourd'hui l'ostéomyélite), Gerdy ajoute : « Si les mêmes accidents inflammatoires aigus se montraient dans un os fermé et non amputé, mais gonflé dans un point, avec douleurs intérieures persévérantes, fièvre intense, comme dans une partie enflammée et comprimée, ce qui distingue ce cas d'avec les douleurs des cancers, j'appliquerais le trépan, à l'exemple de J.-L. Petit, de Macfarlane, de Morven Smith. »

Si je me plais à rappeler ici toutes les choses excellentes que vous trouverez dans l'œuvre de Gerdy, est-ce à dire que, par une exagération trop fréquente, je prétende rencontrer chez lui à l'état de complet développement toutes les notions qui n'y sont contenues qu'en germe? Est-ce à dire que je prétende lui faire honneur de données scientifiques qui n'ont été réellement établies qu'après lui? En aucune façon; s'il a eu le mérite incontestable d'établir nettement l'existence de l'inflammation du tissu osseux, s'il en a bien décrit les deux grandes variétés, telles que nous les étudions encore aujourd'hui, à savoir l'ostéite raréfiante et l'ostéite condensante, il est un certain nombre d'écueils qu'il n'a pas su éviter. On peut lui reprocher d'avoir trop schématisé l'ostéite en décrivant uniquement sous ce nom l'inflammation isolée du tissu osseux, tandis que, sous le nom d'ostéite périostique, il décrit l'inflammation osseuse compliquée de la phlegmasie du périoste, et également, dans un chapitre à part, l'ostéite compliquée d'inflammation du tissu médullaire. Nous savons aujourd'hui qu'une pareille localisation est tout à fait exceptionnelle, et que, dans l'immense majorité des cas d'inflammation du tissu osseux, les lésions intéressent simultanément, et à des degrés divers, les différents éléments qui entrent dans la composition de l'os, c'est-à-dire le tissu osseux lui-même, le périoste et la moelle.

D'autre part, en établissant sur des bases indiscutables l'existence de l'ostéite, il a eu le tort de laisser subsister à côté d'elle des formes morbides qui, en réalité, devaient y rentrer. C'est ainsi, par exemple, qu'il décrit comme une maladie isolée la nécrose, erreur qui, du reste, s'est propagée jusqu'à nous dans les livres de chirurgie.

Il n'en est pas moins vrai que les études de Gerdy sur les inflammations du tissu osseux nous le montrent comme un véritable novateur. Il a orienté la chirurgie des os dans la bonne direction; l'élan était donné. Les travaux ultérieurs de Schutzenberger (de Strasbourg), ceux de Chassaignac, de Klose (de Breslau), de Gosselin, nous ont montré sous ses différents aspects l'ostéite de développement. Enfin, plus près de nous, les recherches de M. Lannelongue nous ont permis de débrouiller, dans le chaos des ostéites chroniques, ce qui appartient à la tuberculose, à la syphilis et à l'ostéomyélite de développement.

Mais ce ne sont pas seulement ses recherches sur l'ostéite qui établissent la gloire de Gerdy. Ce fut un grand savant, un travailleur infatigable. A la suite de l'éloge de son maître, prononcé en 1856 devant la Société de chirurgie, Broca a réuni l'énumération de ses publications, qui ne comprend pas moins de 117 articles afférents à

toutes les branches des sciences médicales, et même à l'économie politique. Comme nous intéressant plus particulièrement, nous devons citer de lui son étude sur la rétraction des tissus fibreux, et son procédé d'invagination du sac pour la cure radicale des hernies. Bien que le procédé lui-même n'ait pas survécu et qu'il n'appartienne plus aujourd'hui qu'à l'histoire, il n'en est pas moins vrai qu'ici encore Gerdy a joué véritablement le rôle de précurseur. Enfin, nous rencontrons son nom à propos d'une des malformations les plus tristes, qui tient encore en échec la chirurgie; je veux parler de l'exstrophie vésicale. Il se proposa de reconstituer la cavité vésicale en disséquant les parois de la vessie et en les réunissant bord à bord. Mais comme, sur son malade, la saillie des uretères s'opposait au rapprochement des parois de la vessie, il en pratiqua préalablement l'excision. Ce fut là une fâcheuse erreur, car il en résulta une pyélo-néphrite ascendante rapidement mortelle. Il n'en est pas moins vrai qu'en préconisant la réfection du réservoir vésical par suture de ses parois adossées, Gerdy me paraît avoir défendu une idée juste et indiqué la vraie voie dans laquelle nous devons nous engager.

Messieurs, si Gerdy possède une moindre notoriété que les grands chirurgiens du XIXe siècle, les Boyer, les Dupuytren, les Roux, les Nélaton, cela tient à ce qu'il ne fut pas, comme eux, un clinicien consommé, un opérateur émérite. Ce fut, avant tout, un savant, un pathologiste éminent. La raison de cette orientation particulière de son esprit, c'est que certaines circonstances, que je vais rappeler tout à l'heure, et surtout sa mauvaise santé, qui fut pour lui un obstacle contre lequel il dut lutter pendant toute sa carrière, l'empêchèrent de concourir pour l'internat. Il ne put de bonne heure s'adonner à l'examen des malades et aux études cliniques.

C'est pour cela, sans doute, que Gerdy n'occupe pas, dans l'histoire de la chirurgie, une place répondant à son véritable mérite. En évoquant ici son souvenir, j'ai cru faire acte de justice; mais j'ai été mû aussi par une autre pensée : celle de faire revivre devant vous la figure d'un parfait homme de bien, d'un noble caractère, qu'on peut proposer comme exemple à toutes les jeunes générations, d'un homme dont la vie, suivant l'expression de son éminent panégyriste Broca, peut fournir la source « de hautes réflexions morales, de salutaires enseignements ».

Dès le début de sa carrière, il eut à lutter avec la maladie; mais il eut à lutter aussi avec d'épouvantables injustices qui, dès ses premiers concours, faillirent l'abattre à tout jamais. Avant enfin triomphé, il se promit de rester toujours fidèle à la justice. « Le jour viendrait, dit Broca, où, à son tour, il tiendrait, dans ses mains, les destinées des autres, et il jura, en lui-même, de ne jamais oublier le désespoir où un acte d'injustice l'avait plongé... Dès ce moment, et avant de rentrer dans cette mêlée où il devait user sa vie, il voua une haine mortelle au favoritisme, à la corruption et à l'intrigue. C'était le serment d'Annibal, il y resta fidèle jusqu'à son dernier jour. »

Messieurs, on ne peut faire l'éloge de Gerdy sans soulever la question des concours dont il fut une déplorable victime. N'attendez pas, cependant, de moi, que je m'étende ici longuement sur les mérites comparés du concours et de la présentation au choix dans la carrière médicale. C'est là une question longue et délicate; chacun des deux systèmes peut trouver, avec juste raison, ses partisans et ses détracteurs; mais ce que je tiens à dire et à proclamer bien haut, ici, c'est que le concours est inséparable de la justice. Si Montesquieu a pu dire que la république était fondée sur la vertu, de même on peut dire que le concours est fondé sur la justice. Que si des républicains, manquant de cette vertu politique dont parle l'*Esprit des lois*, compromettaient la forme républicaine, diriez-vous que le régime républicain est mauvais? vous n'en auriez pas le droit. De même, si vous faites un mauvais usage des concours, ne dites pas, pour cela, que le concours est une mauvaise chose; car il faut soigneusement distinguer entre l'institution elle-même et l'usage qui en est fait. La morale est une; et souvent on fait plus de mal à un candidat en le frustrant du fruit légitime de son travail et de son talent, que si on lui enlevait une somme d'argent. On peut donc avoir du concours telle opinion que l'on voudra; mais, tant qu'on le conservera, on doit le faire juste. C'est là ma conviction absolue, et j'y resterai fidèle jusqu'à ma dernière heure, quoi qu'il arrive, quoi qu'il puisse m'en coûter.

Telle était aussi la conviction de Gerdy : « Dès qu'on lui parlait d'une injustice, dit Broca, il changeait de visage, et il exprimait son indignation dans un langage énergique. »

« Le caractère de Gerdy, continue-t-il, est au-dessus de la calomnie, comme sa vertu est au-dessus de tout soupçon. Il aima jusqu'à la passion la vérité et la justice. Jamais, même dans les cas les plus extrêmes, il ne put se reprocher d'avoir agi contre sa conscience; jamais le mensonge ne souilla ses lèvres, et, s'il put se tromper quelquefois, jamais du moins il ne trompa les autres.

« Il avait, sur le devoir, des principes absolus, inflexibles; le devoir, pour lui, ne consistait pas seulement à être vertueux, mais à flétrir le vice et à combattre l'iniquité.

« Il disait souvent que l'honnête homme était plus grand que l'homme de génie, et il avait raison; mais il y a des hommes qui méritent d'être placés plus haut encore : ce sont ceux qui, comme Gerdy, sont grands à la fois par l'esprit et par le cœur. »

Messieurs, quand on lit ces pages éloquentes, on ne sait pas ce qu'on doit le plus admirer, ou du modèle qui a su inspirer de si nobles sentiments, ou du panégyriste qui, malgré son jeune âge (il n'avait alors que trente-trois ans), malgré qu'il fût seulement agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien du Bureau Central, ne craignait pas de rappeler publiquement tous les tripotages honteux, toutes les petites infamies dont certains concours avaient été souillés. Messieurs, lisez ces pages, et s'il en est, parmi vous, qui, déjà, aient eu à souffrir de l'injustice, dites-vous bien que Gerdy, en dépit des dénis de justice les plus monstrueux, que Broca, malgré le courage téméraire dont il fit preuve en louant son maître et son ami, n'en sont pas moins arrivés, tous deux, aux plus hauts échelons de la carrière médicale. Lisez ces pages, et puissiez-vous en emporter à tout jamais, pour vous-mêmes et pour les autres, l'amour de la justice et de la vérité!

CONGRÈS FRANÇAIS
DE MÉDECINE

(VIIe SESSION)

Tenu à Paris du 21 au 28 octobre 1904

(Suite)

Classification et valeur séméiologique de l'albuminurie orthostatique

M. Teissier (de Lyon). — Les recherches extrêmement nombreuses poursuivies depuis nos premières publications sur « l'albuminurie orthostatique », tant en France qu'à l'étranger, loin d'éclairer la question, n'ont fait que l'obscurcir. Il est facile de se convaincre qu'une confusion

regrettable règne dans les esprits et que l'on englobe sous ce vocable la plupart des albuminuries intermittentes des adolescents ou des albuminuries post-infectieuses. Il est pourtant d'une utilité pratique très grande de catégoriser rigoureusement les faits.

Il importe de distinguer, en effet, au moins trois types bien différents d'albuminuries orthostatiques :

1° Il y a des albuminuries orthostatiques symptomatiques, qui sont le plus souvent des albuminuries post-infectieuses résiduales se prolongeant des mois et des années sous la forme orthostatique.

2° Des albuminuries orthostatiques associées, dans lesquelles on observe toujours le concours de facteurs étiologiques concomitants (surmenage, troubles digestifs, rein mobile), la suppression des études, l'institution d'un meilleur régime, le port d'une ceinture appropriée, suffit à faire disparaître le syndrome.

3° Une albuminurie orthostatique vraie, assez rare, mais qui se traduit par un type clinique et un syndrome urologique caractéristiques. Elle s'observe chez des sujets jeunes, à rein indemne; ni le surmenage, ni le régime n'influencent l'apparition de l'albuminurie, qui ne se produit que du fait exclusif du passage de la position horizontale à la verticalité. Au point de vue urologique, on constate un abondant dépôt de mucus et de phosphates ammoniaco-magnésiens ; l'albumine est constituée par de la sérine presque pure (pouvant varier de 30 centigr. à plusieurs grammes) et à laquelle s'ajoutent des traces plus ou moins abondantes de nucléo-albumine, preuve de l'irritation catarrhale des épithéliums des voies d'excrétion. Les phosphates, quelquefois les chlorures sont en excès. La perméabilité rénale est toujours exagérée : la diurèse moléculaire, très abondante, atteignant souvent 5 à 6000 et 8000 molécules par kilogr. de poids du corps. L'urée n'est pas toujours en excès.

L'albuminurie apparaît généralement un quart d'heure après le lever, et peut disparaître spontanément deux ou trois heures après; un exercice violent ne l'augmente pas nécessairement, quelquefois même il la fait disparaître ; c'est ainsi que M. Teissier l'a vu tomber de 1 gr. à zéro, immédiatement après une longue et fatigante séance de tennis.

Les sujets atteints d'albuminurie orthostatique vraie ont un type constitutionnel spécial : ils sont chétifs, malingres, ont un cœur petit, de l'hypotension, de l'étroitesse des vaisseaux. Le système glomérulaire est en état de développement incomplet, par tare héréditaire nerveuse et par aplasie vasculaire.

M. Teissier, comparant l'albuminurie orthostatique à l'albuminurie des nouveau-nés de Virchow, est disposé à l'attribuer à un développement incomplet du filtre glomérulaire. Quand le sujet pose la plante des pieds à terre, il se produit un réflexe sur la circulation rénale, d'où résulte une anémie interne de la glande, anémie que favorise déjà l'aplasie vasculaire et qu'exagère encore l'appel du sang à la périphérie (Exp. de Ranke). Puis, au bout d'un quart d'heure environ, lorsque se rétablit l'équilibre circulatoire, il se fait un brusque coup de congestion rénale qui entraîne la filtration de la sérine, filtration d'autant plus intense que le filtre est plus perméable.

On conçoit combien il importe de ne pas confondre pratiquement ce type d'albuminurie orthostatique avec les autres formes de l'albuminurie de posture, les indications thérapeutiques qui en découlent étant toutes différentes. Dans cette forme authentique de l'albuminurie orthostatique, le régime lacté et le repos exagéré sont nuisibles; à elle conviennent l'aération, l'exercice, une alimentation réparatrice et comme remèdes le bromure, le quinquina et l'arsenic.

M. Linossier pense que les différents types isolés ont toujours un point commun, l'orthostatisme. Avec M. Lemoine, il a démontré que, même à l'état normal, le *rein debout* est gêné ; ce qui se traduit, notamment, par l'oligurie orthostatique (diminution de la sécrétion aqueuse). Ainsi l'albuminurie orthostatique ne doit être considérée que comme la forme la plus accentuée, le signe le plus grossier, des troubles déterminés normalement par la station debout dans la circulation rénale.

M. Teissier maintient que des mécanismes différents doivent répondre aux multiples variétés cliniques de l'albuminurie orthostatique, à preuve l'opposition des types urologiques qui les caractérisent. Tandis que dans l'albuminurie orthostatique post-infectieuse il existe, le plus souvent, un degré plus ou moins marqué d'imperméabilité rénale avec diurèse moléculaire au dessous de la normale et échanges épithéliaux ralentis, dans le type primitif, on observe des phénomènes inverses avec diurèse moléculaire exagérée et échanges tubulaires suractivés. Donc, d'un côté, filtre partiellement obstrué, de l'autre, filtre trop largement ouvert et fonctions glandulaires trop actives.

Le problème des localisations psychiques dans le cerveau

M. Grasset (Montpellier). — Il est évidemment impossible de considérer le psychisme comme la motilité ou la vision et de vouloir la localiser ainsi, en bloc, autour d'une scissure ou dans un groupe de circonvolutions.

L'écorce entière est psychique. On peut même définir les phénomènes psychiques par ce siège cortical.

L'analyse psychologique s'impose nécessairement pour bien poser la question anatomo-clinique ; et l'on ne peut songer à localiser chacune des fonctions psychiques, comme la mémoire, l'attention ou le jugement ; en effet, tous les neurones corticaux ont, par exemple, de la mémoire.

Il faut prendre la question par un autre côté et diviser les fonctions psychiques en trois grands groupes :

1° Les *fonctions psychiques sensoriomotrices*, fonctions de perception sensitive et sensorielle (*sensations, images*) avec ou sans extension à des neurones plus éloignés (*émotions*), fonctions de mémoire et d'association élémentaires de ces sensations et de ces images, fonctions d'*expression volitive* et de manifestation extérieure par la mimique, le langage et la motilité; en un mot, *fonctions psychiques de relations extérieures*, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors. Ces centres, les moins discutés, sont les *centres de projection* de Flechsig : la zone périrolandique (sensibilité générale et motilité), la zone péricalcarine (vision), la zone moyenne des première et deuxième temporales (ouïe), la zone de l'hippocampe (goût et odorat). La symptomatologie de ces centres est peu psychique. Pourtant, leur lésion peut, dans certains cas, déterminer tout au moins la *forme* du trouble psychique : hallucinations, forme sensorielle de la paralysie générale, etc...

2° Les *fonctions psychiques inconscientes et automatiques*, *psychisme inférieur* de Pierre Janet, *polygonal* du schéma de Grasset ; psychisme qu'on peut étudier dans les états de distraction, de sommeil, d'hypnose, de transe des médiums, ou bien encore dans le somnambulisme, l'automatisme ambulatoire. Les actes d'habitude, de passion, les actes grégaires des collectivités appartiennent spécialement à ces fonctions. Ces centres, dont l'histoire anatomo-clinique est la moins avancée et se fait plutôt par élimination des deux autres groupes, comprend les *zones moyenne et postérieure des centres d'association* de Flechsig, c'est-à-dire tout ce qui, dans l'écorce, n'est compris ni dans les centres sensorio-moteurs, ni dans le lobe préfrontal, plus le corps calleux, qui paraît être la grande commissure psychique. Les documents cliniques à utiliser ont trait au *siège* des lésions dans les agnosies, dans les troubles psychiques du langage (aphasies intra et sus-polygonales, amnésie verbale), dans les troubles de l'association intellectuelle inférieure.

3° Les *fonctions psychiques supérieures, conscientes et volontaires*, *psychisme supérieur* de Pierre Janet, apperceptions-centrum de Wundt, centre O du schéma de Grasset, intelligence supérieure et faculté de penser abstraitement de Hitzig. Il existe des preuves anatomo-cliniques que ces centres du psychisme supérieur sont réunis dans les *lobes préfrontaux, centres d'association antérieurs* de Flechsig, c'est-à-dire dans les circonvolutions en avant de la frontale ascendante. Dans 34 observations récentes de lésions de ces centres, avec autopsie, une analyse psychologique bien faite a révélé la caractéristique suivante : *diminution des fonctions psychiques supérieures avec émancipation et hyperfonctionnement déréglé*

des centres psychiques inférieurs. Le cas typique est celui du mineur de Ferrier qui, blessé dans un trou de mine par une barre de fer qui pénétra dans la région préfrontale, était devenu un enfant pour l'intelligence, restant un homme pour les passions et les instincts.

On ne peut donc plus dire que les neurones psychiques échappent à la méthode anatomo-clinique et que leurs fonctions ne sont pas localisables.

Réflexe cutané abdominal au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite chez l'enfant

M. Sicard. — Le réflexe cutané addominal, toujours très facile à provoquer chez l'adolescent, peut donner, par ses modifications pathologiques, des indications utiles au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite. Ces modifications ne représentent qu'un signe accessoire pour le diagnostic différentiel, mais il semble, au contraire, renseigner très utilement sur l'évolution des lésions intestinales sous-jacentes.

M. Cruchet (Bordeaux) a noté la diminution du réflexe cutané abdominal dans les gastro-entérites de l'enfance. Il pense, avec M. Sicard, qu'il existe une sorte de correspondance entre l'état des organes splanchniques et la sensibilité cutanée, comme l'avait vu Head. Mais cette même correspondance existe aussi avec la réflectivité, dont les modifications sont plus faciles à observer que celles de la sensibilité.

Les amnésies motrices fonctionnelles et le traitement des hémiplégiques

M. **H. Meige** (Paris). — Lorsque, à la suite d'un ictus, survient une hémiplégie, pendant plusieurs heures et souvent plusieurs jours les membres atteints sont incapables d'aucun mouvement. Puis, dans la majorité des cas, certains mouvements se dessinent et, peu à peu, s'accentuent; la *restitutio ad integrum* est possible, quoique rare. En général, les progrès semblent limités, et au bout de quelque temps on peut croire que l'hémiplégique n'est plus capable de se perfectionner : son infirmité paraît définitive.

Or, un examen attentif de la motilité permet de constater qu'il existe une différence, souvent considérable, entre les actes moteurs qu'un hémiplégique abandonné à lui-même exécute spontanément, et ceux qu'il serait capable d'exécuter. Des muscles, primitivement inertes, ont peu à peu récupéré tout ou partie de leur contractilité, et cependant le sujet n'en fait pas usage. Nombre de mouvements, qui étaient impossibles dans les premiers temps de la maladie, sont devenus possibles par la suite, et cependant ne sont pas faits. L'hémiplégique les ignore. Il les a oubliés.

Ce sont là des *amnésies motrices*, et ces amnésies motrices sont surtout *fonctionnelles*. Le malade fait parfois agir les muscles en question, mais sans but ; il ne sait plus les utiliser en vue d'un acte fonctionnel déterminé. S'étant trouvé un certain temps réellement incapable d'exécuter un acte familier, puis, plus tard, n'arrivant pas à l'exécuter du premier coup correctement, il en conclut généralement qu'il ne pourra désormais y réussir. Et, ne sachant plus comment s'y prendre, il renonce à toute tentative. Il cesse de se perfectionner.

A l'amnésie motrice s'ajoute l'*aboulie motrice*.

Ces amnésies et aboulies motrices aggravent la situation des hémiplégiques ; leur infirmité leur apparaît plus grande qu'elle n'est réellement. Mais il est possible d'y remédier.

Sans prétendre à la restauration de tous les actes moteurs, on peut, du moins, dans nombre de cas d'hémiplégie, tirer parti d'une foule de mouvements oubliés et inutilisés par les malades. On peut leur apprendre à les orienter en vue de différents buts fonctionnels : marches, stations, actes de se lever, s'asseoir, montée et descente des escaliers, etc., et aussi pour les membres supérieurs : actes de s'habiller, de manger, d'écrire, etc. Ici la discipline psycho-motrice dont nous avons, avec M. Brissaud, signalé les heureux effets en plus d'une occasion, nous a donné déjà d'appréciables résultats. En multipliant les interventions psycho-motrices à l'aide d'exercices adaptés à des buts définis et suffisamment répétés, on arrive à créer ces habitudes d'associations motrices qui constituent nos actes usuels, et dont les hémiplégiques n'ont souvent perdu que le souvenir. Ces restaurations fonctionnelles, en vertu d'une loi bien connue, ont, en outre, une heureuse répercussion, aussi bien sur l'appareil moteur (les muscles se développent, les contractures et les rétractions sont atténuées) que sur les centres et les conducteurs nerveux : l'organe bénéficie de l'exercice de la fonction ; enfin, le moral du patient est heureusement influencé.

La crampe des écrivains et son traitement par le massage méthodique et la rééducation

M. Kouindjy pense que la crampe des écrivains n'est qu'une ataxie professionnelle, se manifestant au moment de l'écriture chez les écrivains, comme l'ataxie locomotrice se montre chez les tabétiques au moment de la marche ou pendant l'exécution des autres mouvements.

Les moyens prophylactiques suivants sont à recommander : 1° prendre une position assise convenable et conserver un maintien correct du corps et de la main ; 2° faire un choix judicieux des ustensiles nécessaires pour écrire ; 3° apprendre à sténographier et à écrire à la machine.

La méthode proposée par l'auteur pour corriger l'ataxie se compose d'une série de manœuvres massothérapeutiques, dont le but est d'augmenter la tonicité de extenseurs, sans s'occuper des fléchisseurs qui sont, dans ces cas, en état d'hypertonicité.

(*A suivre.*) Pierre Roy.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

17e SESSION

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904

(*Suite et fin*)

Drainage abdomino-rectal des abcès pelviens d'origine appendiculaire

M. V. Pauchet (Amiens). — L'appendicite aiguë se complique souvent (1/3 des cas) d'un foyer pelvien qui se présente dans l'une des conditions suivantes :

a) L'abcès existe en tant que prolongement inférieur d'un abcès iliaque (abcès ilio-pelvien).

b) L'abcès est enkysté dans le Douglas et séparé du reste du péritoine par des adhérences (abcès uniquement pelvien).

c) L'abcès est double; il existe un foyer iliaque et un foyer pelvien sans communication (abcès double et indépendant).

Ces abcès peuvent être ouverts par une simple incision iliaque droite; mais le drainage n'atteint pas la portion déclive de la poche ; l'incision rectale simple d'emblée est supérieure à la précédente ; elle a le défaut de ménager parfois un foyer iliaque méconnu cliniquement, et indépendant de l'abcès pelvien. Elle détermine parfois une hémorragie locale, elle rend possible l'entrée des matières dans la poche, et surtout le drain tient mal en place.

Nous avons toujours recours à l'ouverture abdomino-rectale, c'est-à-dire à l'incision iliaque droite complétée par la perforation du rectum, celle-ci faite de haut en bas à l'aide d'une pince. Voici comment nous procédons :

1er temps : incision iliaque de Roux.

2e temps : ouverture de l'abcès ; celle-ci se fait d'emblée quand la collection est superficielle. Il faut, néanmoins, à l'aide des doigts, aller à la recherche d'un foyer pelvien indépendant, quand le toucher rectal l'a fait reconnaître cliniquement. Si le péritoine est libre, on le protège soigneusement par des compresses, on décolle prudemment les anses agglutinées qui forment un dôme protecteur au-dessus de l'abcès pelvien. Dès qu'une goutte de pus apparaît, on plonge dans le foyer une grosse sonde Nélaton, qui syphone le pus et le dérive hors du ventre.

3e temps : ouverture du rectum. C'est une simple perforation et non une incision. La main gauche pousse prudemment un clan, courbe la plaie iliaque vers le Douglas ; l'index droit ganté introduit dans le rectum dirige le bec de la pince ; celle-ci crève l'intestin, s'ouvre, mord un drain gros et long et le ramène à la plaie iliaque où il est fixé.

Avantages de cette méthode : *a*) Le chirurgien ouvrant d'abord l'abdomen ne peut méconnaître un abcès iliaque, ni prendre une hématocèle pour une appen-

dicite; b) on n'est pas exposé, comme par la voie rectale simple, à blesser une anse intestinale couchée dans le Douglas; c) pas d'hémorragie rectale, puisqu'il s'agit d'une déchirure chirurgicale et non d'une incision, et puisque le drain entre à frottement; d) drainage effectif et indéréglable aux deux extrémités du foyer.

Sur l'appendicite

M. P. Delbet (Paris) continue à se déclarer interventionniste. Il est nécessaire que l'opération soit faite suivant les principes suivants : aller droit à l'appendice et l'extirper, s'abstenir de toute manœuvre intra-abdominale et ne pas chercher à évacuer les abcès.

Sur les six cas qu'il rapporte, cinq guérirent après opération. Un seul malade ne fut pas opéré et succomba. Au troisième jour, il tomba dans le collapsus.

Sur les six cas opérés, un ayant eu des accidents à cause d'une insuffisance aortique, on ne put terminer l'opération.

Corps étranger des bronches extrait par incision d'un abcès de la paroi thoracique

M. Martin (de Genève) rapporte l'observation d'une fillette qui avait aspiré accidentellement un épi de graminée qu'elle avait mis dans sa bouche. A la suite de cet accident, elle présenta les signes d'un épanchement pleural qui parut guérir. Puis, six semaines après, un abcès apparut à la paroi thoracique, à la hauteur des dixième et onzième côtes gauches. L'abcès fut incisé et on retira l'épi dont la longueur était de 5 centimètres.

M. Martin rapporte quelques cas analogues.

Technique opératoire dans l'extirpation d'un énorme kyste dermoïde sacro-lombaire

M. Ceci (de Pise).— Il s'agit d'un énorme kyste dermoïde remplissant tout le bassin et très adhérent.

Après évacuation du kyste, l'auteur fit la ligature des deux iliaques internes et procéda à l'extraction du kyste par la voie inférieure, avec le lambeau périnéal à base ischiatique, complété par la résection du coccyx. M. Ceci recommande ce procédé qui lui a donné de bons résultats.

Appareils du mal de Pott. Appareils plâtrés ou appareils orthopédiques

M. Calot (de Berck). — Les appareils sont indispensables dans le traitement du mal de Pott, si ce n'est dans quelques cas particulièrement bénins. Mais les appareils faits jusqu'à ce jour sont insuffisants.

Leur vice fondamental, c'est de viser uniquement à l'extension du rachis en agissant sur les tronçons extrêmes (tête et bassin). Or, cette extension est, d'une part, mal tolérée et impossible à conserver intégralement; et, d'autre part, en la supposant même conservée intégralement, cette traction sur les deux tronçons extrêmes (tête et bassin) ne saurait garantir sûrement contre le déplacement des vertèbres intermédiaires malades, surtout après trois mois, six mois, neuf mois d'appareil. En fait, les gibbosités peuvent apparaître ou progresser dans les appareils actuels.

Le remède est de demander à la pression directe des vertèbres malades ce que nous avons demandé inutilement à l'extension des deux extrémités du rachis et d'ajouter aux appareils faisant une extension légère du tronc, un dispositif qui permette d'agir localement et exactement sur les vertèbres malades ou suspectes.

Cela se fait très facilement en ouvrant dans la partie dorsale des appareils plâtrés, au niveau des vertèbres malades, une fenêtre grande comme la main par laquelle on introduit méthodiquement, entre la gibbosité et l'appareil, quinze, vingt carrés d'ouate d'un centimètre d'épaisseur, maintenus au niveau du plan des montants de la fenêtre avec une bande de mousseline gommée humide. Cette compression est aussi énergique qu'on le veut, et cependant très douce; elle est à la fois efficace et bien tolérée, sans jamais donner d'écorchures, si elle est faite avec quelque soin.

Dans les appareils en celluloïd on pratique une fenêtre dorsale avec un volet qui referme par un tour de clef.

On a montré aux parents la manière d'introduire les carrés d'ouate, on leur a dit combien de carrés d'ouate d'un centimètre d'épaisseur (conforme à un modèle qu'on leur donne) ils doivent mettre dans le cas particulier de leur enfant. Il suffit de renouveler la compression tous les deux ou trois mois en ajoutant chaque fois trois ou quatre carrés d'ouate.

La colonne vertébrale, comme la hanche, conservant pendant de longues années, cinq, dix ans et plus quelquefois, une grande tendance à se dévier, il faut maintenir les enfants pendant ce très long temps si l'on veut avoir des résultats durables.

Traumatisme et affections de l'estomac

M. Monprofit (Angers). — L'origine traumatique de certaines affections de l'estomac est connue depuis longtemps; je crois cependant qu'on pourrait relever cette origine beaucoup plus souvent qu'on ne le fait dans les observations.

Un homme reçut un coup violent dans la partie supérieure de l'abdomen et, à la suite de ce traumatisme, se développèrent des accidents caractérisés par de l'intolérance gastrique et des vomissements qui durèrent pendant plusieurs mois; quand je vis ce malade il était très amaigri et présentait, avec une tumeur à l'épigastre, tous les signes d'un cancer de l'estomac. La laparotomie montra un estomac dilaté avec un pylore hypertrophié, environné d'une gangue inflammatoire, de résidus hémorragiques dans les épiploons et sous la séreuse: à la suite de la gastro-entérostomie postérieure en Y, les fonctions gastriques se rétablirent d'une façon parfaite. Depuis un an la santé du malade n'a fait que s'améliorer et l'embonpoint est complètement revenu.

De la gastro-entérostomie dans les troubles gastriques des névropathes

M. Brin (Angers) rapporte une statistique personnelle de gastro-entérostomies et, en présence du peu de résultats thérapeutiques obtenus par cette opération chez les neurasthéniques, se demande quelle doit être la conduite du chirurgien dans ces cas particuliers où les symptômes fonctionnels sont très accusés et les lésions stomacales insignifiantes.

Volumineuse hématocèle périsplénique consécutive à une rupture de la rate

M. Morestin (Paris) présente un malade qui, à la suite d'un coup de poing reçu dans le flanc gauche, fit une volumineuse hématocèle périsplénique. L'auteur retira, par la laparotomie, 10 à 12 litres d'un liquide de couleur chocolat, et comme la poche était limitée par de fortes adhérences, il se contenta de drainer. Dans une deuxième intervention, pratiquée six mois après la première, M. Morestin mit à découvert la face externe de la rate et vit à son centre une cicatrice étoilée, résultat évident du traumatisme de la rate. Dans une troisième intervention, il reséqua le rebord costal qui empêchait la cicatrisation complète de la fistule et le malade guérit parfaitement.

M. Cazin (Paris) rapporte l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une chute de cheval dans laquelle il avait été comprimé sous sa monture, présenta une collection sous-diaphragmatique en voie de suppuration au moment où on intervint. La laparotomie permit d'évacuer six ou sept litres de liquide hématique. La poche était limitée par des adhérences telles qu'il était impossible d'explorer complètement la cavité abdominale. Il y a de fortes présomptions pour que cette collection sanguine ait eu pour origine un traumatisme de la rate. Opéré depuis deux mois, le malade est en parfaite voie de guérison.

Dr G. Berruyer.

UNE VISITE EXPRESS
AUX
HOPITAUX DE LONDRES

IX

Les hôpitaux de Londres et les maladies contagieuses

Note de M. le Dr Louis Martin
Médecin-Directeur de l'hôpital Pasteur.

En Angleterre, tout médecin qui trouve dans sa clientèle une personne atteinte de maladie contagieuse doit en faire la déclaration aux autorités sanitaires. C'est la loi; les médecins anglais s'y soumettent et les clients trouvent la chose natu-

relle. Dès ce moment, le médecin traitant a dégagé sa responsabilité; c'est désormais un officier de santé qui entre en scène pour faire appliquer la loi. Il doit se rendre chez le malade et constater *de visu* les précautions à prendre pour l'isoler et éviter la création d'un centre épidémique.

Si le malade peut être isolé chez lui, s'il peut être soigné dans une chambre éloignée de tout local public, on ne l'inquiète pas; il continue à voir son médecin et il est traité à domicile, mais si l'officier sanitaire trouve que l'isolement est illusoire, il donne des instructions pour le transport dans un établissement destiné aux maladies contagieuses.

Ces établissements sont publics ou privés.

Tout malade capable de payer peut demander à être transporté dans un hôpital privé, où il est isolé; la loi reçoit satisfaction, la santé publique étant protégée. Si le malade ne peut payer, il est envoyé dans un hôpital de fièvres contagieuses.

Ces hôpitaux spéciaux sont au nombre de 14, desservant chacun un quartier de la capitale; ils peuvent recevoir 7600 malades. Pour plus de précision, voici le mouvement de ces hôpitaux pour la journée du 12 octobre.

HOPITAL	LITS OCCUPÉS					
	Scarlatine	Diphtérie	Typhus	Entérite	Autres maladies	Total
EASTERN	76	173	»	51	»	300
NORTH-EASTERN	340	116	»	48	»	504
NORTH-WESTERN	171	60	»	46	»	277
WESTERN	145	86	»	13	»	244
SOUTH WESTERN	159	58	»	18	»	235
FOUNTAIN (ouvert pour la scarlatine seulement)	98	»	»	»	»	98
GROVE	247	112	»	26	»	385
SOUTH-EASTERN (fermé)	»	»	»	»	»	»
PARK	333	118	»	7	»	458
BROOK	254	127	»	33	»	414
NORTHERN	608	56	»	»	»	664
TOTAUX	2431	906	»	242	»	3579

Ce tableau nous permet de faire une première remarque. L'hôpital Fountain ne contient que des scarlatines; voici pourquoi : il existe, en ce moment, à Londres, une recrudescence de cette maladie (au total, 2431 cas en traitement pour le 12 octobre). Les hôpitaux de fièvres ayant tous leurs lits occupés, Fountain a été spécialement ouvert pour la scarlatine, afin d'éviter l'encombrement; il existe, du reste, encore d'autres hôpitaux de réserve, tel, par exemple, le South-Eastern, qui, provisoirement fermé, sera ouvert quand cela deviendra nécessaire.

A voir le tableau ci-dessus, on pourrait croire qu'il n'y a, à Londres, comme maladies contagieuses, que de la scarlatine, de la diphtérie et de l'entérite. Cela n'est pas, évidemment, mais la variole est regardée comme une maladie pestilentielle et hospitalisée comme telle dans des hôpitaux spéciaux; on a même fait plus; pour éviter toute contagion du fait du voisinage des hôpitaux varioleux, un bateau a été aménagé pour recevoir les malades atteints de variole.

Par contre, la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, les oreillons, les érysipèles sont parfois hospitalisés avec les autres contagieux, mais, plus souvent, ils sont gardés dans les hôpitaux généraux. Ce système est incontestablement défectueux; aussi les résultats ne sont-ils pas bons, surtout pour les enfants atteints de rougeole et de coqueluche, qui paient un lourd tribut à la broncho-pneumonie.

Désirant visiter plus spécialement un hôpital de maladies contagieuses, je suis allé à Brook hospital, où M. Mac-Combie, avec la grande courtoisie dont tous les médecins anglais ont fait preuve à notre égard, nous a montré en détail son bel établissement.

Construit depuis huit ans, cet hôpital peut recevoir 560 malades soignés par 200 sisters ou nurses, 100 domestiques femmes, 24 domestiques hommes, *soit plus d'une personne pour deux malades.*

Cet hôpital se compose surtout de grandes salles, avec quelques rares chambres d'isolement; il est vrai que plus de quatre mètres séparent chaque lit et évitent, en partie, les contagions de malade à malade.

La construction revient entre 13000 et 14000 francs le lit, et l'entretien des malades à 5 et 6 shillings; soit, en chiffre rond, 7 *francs par jour.*

Les résultats, du reste, ne font pas regretter ces dépenses. Prenons comme exemple la scarlatine qui, en 1890, donnait une mortalité de 7,86 %; grâce aux précautions prises pour éviter les infections secondaires, la mortalité, en 1903, a été seulement de 3,10 %. Ces résultats merveilleux doivent être relevés, et nous estimons que tant de vies humaines préservées compensent largement les grandes dépenses qu'on doit consentir.

Pour la diphtérie, la mortalité était de 33,55 en 1890; en 1903, grâce au sérum antidiphtérique, et aussi grâce à la bonne hospitalisation, la mortalité hospitalière tombe à 9,69 %, soit une diminution de plus des deux tiers.

Pourquoi donc la rougeole et la coqueluche ne sont-elles pas traitées et isolées comme la scarlatine? C'est là un point sur lequel la logique anglaise nous échappe.

Nous avons eu une autre surprise. En assistant aux opérations, on est frappé des précautions minutieuses prises par les chirurgiens; tout est prévu: blouses, calottes, gants et babouches en caoutchouc; mais dans les hôpitaux et services de contagieux, le médecin fait sa visite sans blouse, et les nurses, si parfaites sur tant de points, n'ont pas de costume de salle. Comment expliquer qu'on redoute plus les microbes chirurgicaux que les microbes médicaux? la broncho-pneumonie est cependant contagieuse au même titre que l'érysipèle.

Inutile d'ajouter que tous les services accessoires sont bien organisés. Les buanderies et les salles de repassage sont, à Broock et à London hospital, particulièrement bien tenues.

Nous avons été heureux de voir qu'à Brook, hôpital de 560 malades, tout le linge est désinfecté comme à l'hôpital Pasteur, par un séjour de 24 heures dans une solution antiseptique. On avait reproché à notre procédé de ne pouvoir être utilisé dans de grands hôpitaux; l'Angleterre le fait facilement, et cela depuis plusieurs années déjà.

En résumé, on revient d'Angleterre avec l'impression que beaucoup a été fait pour protéger la société contre les maladies contagieuses. Gens pratiques, les Anglais ont créé des catégories; ils traitent avec rigueur les maladies pestilentielles, isolent les endémies qu'ils redoutent particulièrement, comme la scarlatine et la diphtérie; mais ils sont plus coulants — trop coulants certainement — pour la rougeole, la coqueluche, l'érysipèle, etc.

Pous hospitaliser les contagieux, ils ont un nombre de lits considérable et un personnel nombreux, jeune et instruit.

Espérons que ces quelques lignes feront comprendre aux personnes qui, en France, s'occupent d'assistance, qu'il ne suffit pas de proclamer qu'on doit imiter l'Angleterre; on doit, si l'on veut réussir, employer les mêmes moyens.

Pour cela, la bonne volonté ne suffit

pas; il faut de l'argent, et même beaucoup d'argent.

Combien sera peu, pour Paris, un seul hôpital comme Aubervilliers, en comparaison des 14 asiles de Londres! Quoi qu'il en soit, lorsque les malades en auront pris possession, il faudrait leur donner des infirmières instruites suivant la méthode anglaise, et on ne devra pas craindre d'augmenter leur nombre pour leur permettre de résister au surmenage et de continuer longtemps une vie de dévouement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 octobre

Discussion sur le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse (1)

M. G. Lyon. — L'entéro-colite muco-membraneuse est moins une maladie définie qu'un syndrome pouvant être dû à des causes diverses, et justiciable, par conséquent, de traitements qui varient suivant ces causes elles-mêmes. Mais, quelles que soient ces causes, il faut retenir :

Que l'élément nerveux, le terrain névropathique jouent un rôle prépondérant dans la séméiologie de l'affection.

Que l'élément inflammatoire, commun aux diverses entérites et que semble rappeler la dénomination d'entéro-colite muco-membraneuse, habituellement adoptée, n'existe pas.

L'existence d'antécédents nerveux ou neuro-arthritiques, la coïncidence de phénomènes nerveux avec les symptômes locaux cardinaux : constipation, douleurs, muco-membranes, est à peu près constante.

Quant au substratum anatomique, il fait défaut. Sans doute, on observe parfois des complications d'origine inflammatoire, mais elles sont inconstantes, explicables par la stase stercorale et, surtout, par des infections surajoutées, par l'irritation causée par des traitements intempestifs. Il est donc légitime de contester au syndrome l'étiquette d'entérite et il paraît préférable de substituer à la dénomination d'entéro-colite, susceptible de perpétuer des erreurs thérapeutiques celle d'*entéro-névrose*, que j'ai proposée, et qui rappelle à la fois l'origine purement névropathique, qui est très fréquente, et l'absence de lésions, qui est constante.

Quelles sont donc les causes du syndrome ?

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent à mon avis, le syndrome apparaît et évolue sous la seule influence du nervosisme héréditaire ou acquis, de causes purement psychiques qui peuvent, chez les sujets prédisposés, créer de toutes pièces, soit lentement, soit brusquement, l'entéro-névrose. Les cas à début brusque, qui ne sont pas rares, me paraissent devoir être invoqués contre l'opinion qui a considéré la constipation simple comme la cause déterminante principale des accidents.

La constipation, à mon avis, n'est donc pas la cause provocatrice habituelle; elle n'est qu'un des éléments du tableau symptomatique. Cependant, je ne nie pas que, dans certains cas, elle ne précède à plus ou moins longue échéance l'apparition des autres symptômes et ne puisse être une cause de l'irritation de l'intestin. En somme, dans nombre de faits, l'entéro-névrose est la localisation sur le tractus intestinal d'un trouble névropathique. L'entéro-névrose est, pour moi, une des innombrables formes de la neurasthénie.

Dans d'autres circonstances, tout en constatant des troubles généraux d'ordre nerveux, des antécédents héréditaires ou acquis de nervosisme, on trouve des causes locales provocatrices, causes très diverses, mais qui toutes sont des affections douloureuses de l'abdomen, qui agissent en provoquant du spasme de l'intestin, en tout cas une excitation réflexe se traduisant par des troubles moteurs, sensitifs, vaso-moteurs, trophiques, etc., commandés par le sympathique. Ces causes sont : l'hyperchlorhydrie, l'ulcère de l'estomac, la constipation simple, l'appendicite chronique, les ptoses, les hémorroïdes, les fissures anales, le cancer de l'intestin, affections douloureuses au premier chef; les entérites aiguës antérieures, notamment chez l'enfant, dont le rôle est plus obscur; les affections utéro-ovariennes, rénales (lithiase, néphroptose) et hépatiques (lithiase biliaire).

De ces brèves considérations je tire les conclusions suivantes :

Dans le cas d'entéro-névrose de cause centrale, le traitement psychique général, la rééducation de l'intestin constituent le traitement essentiel; le traitement local, le traitement de la constipation, notamment par les lavages, les laxatifs, ne doit jouer qu'un rôle très effacé.

Je dirai plus : c'est en perpétuant à tort l'usage des lavements et des laxatifs que les médecins et les malades aggravent l'état morbide : ces moyens déshabituent l'intestin de l'habitude de l'exonération spontanée; leur emploi imprime dans l'esprit du malade l'idée de maladie intestinale, l'oblige à songer sans cesse à son intestin. D'ailleurs, l'influence néfaste de ces moyens n'est pas seulement d'ordre psychique; ils augmentent le spasme, créent l'entérite secondaire.

Que faut-il donc faire?

Si le malade n'a pas encore été traité et s'il s'agit d'un cas peu grave, on obtiendra le plus souvent un résultat rapide par les moyens suivants :

Alimentation substantielle;

Hygiène générale, réglée de façon à supprimer toutes les causes de surmenage;

Rééducation de l'intestin et traitement psychothérapique;

Hydrothérapie : douches tièdes (35°) ou écossaises;

Laxatifs doux et à intervalles éloignés : psyllium (2 cuillerées à soupe par jour), huile de ricin (1 à 2 cuillerées à café);

Belladone administrée à l'exemple de Trousseau, comme antispasmodique et laxatif (0 gr. 02 à 0 gr. 04 d'extrait, en pilules);

Le traitement thermal (Plombières, Luxeuil, Néris) est utile, mais non indispensable. En tout cas on recommandera aux malades de s'y abstenir des lavages. Les eaux purgatives sont contre-indiquées, car elles entretiennent ou aggravent l'irritation intestinale.

Dans les cas graves, alors que les malades ont été déjà traités par de nombreux médecins, ont abusé des lavages et des laxatifs, sont pharmacomanes, débilités par une alimentation insuffisante, l'insomnie, etc., et en proie à des phobies diverses, les indications sont les suivantes :

Suppression absolue des lavages, des laxatifs, des médicaments administrés à titre de toniques, etc. On fera un premier lavage au début pour vider l'intestin, puis on attendra.

Repos absolu au lit.

Isolement.

Réalimentation justifiée par la nécessité de relever l'état général déprimé par une alimentation insuffisante. Féculents sous toutes les formes : bouillies, purées, gâteaux; œufs, beurre, viande crue pulpée, poissons, fruits cuits, etc.

Le massage abdominal peut être utile, mais on doit lui préférer l'électrothérapie sous forme de courants continus de haute intensité avec renversements de courant, ou mieux encore sans renversement brusque, ou bien encore la galvano-faradisation.

Le traitement électrique, combiné aux moyens précédents, est souvent héroïque.

Avant qu'il ne produise des résultats durables, on sera obligé de pratiquer, de temps à autre, des lavages sous faible pression (50 c.), d'employer les lavements d'huile pure (200-300 gr.), pris le soir de préférence, l'huile de ricin à petites doses, mais dans aucun cas on ne présentera au malade les lavages comme un moyen de guérison.

Le traitement sera complété par les applications humides chaudes sur l'abdomen, sédatives des douleurs; par le port d'une ceinture (sangle), en cas de ptose, de laxité de la paroi abdominale.

Les crises aiguës, fébriles, sont rares chez les malades qui n'abusent pas des lavages et des laxatifs; on les traitera par la diète hydrique, puis les bouillies claires à l'eau, les décoctions de féculents, car le lait est mal supporté, ainsi qu'il est d'observation courante. Le sul-

(1) Voir à ce sujet la communication de M. Mathieu, qui a été le point de départ de cette discussion. (*Bulletin médical*, n° 82, p. 888.)

fate de soude à petites doses quotidiennes (3-4 gr.) est utile quand la diarrhée se prolonge sous les crises dysentériformes. Les lavages sont également utiles au début pour évacuer les scybales, les matières septiques; puis on les espacera de crainte de favoriser la résorption intestinale.

Les bains tièdes constituent le meilleur moyen contre la fièvre et les autres phénomènes généraux.

Le traitement thermal est inefficace dans ces formes graves; les malades bénéficient plutôt de cures prolongées de repos dans les stations d'altitude.

Si l'entéro-névrose reconnaît une cause locale, tout en calmant l'éréthisme nerveux, général et local, par le repos, l'hygiène générale, les bains, etc., on traitera les différentes affections énumérées plus haut. Si l'existence d'une appendicite n'est pas douteuse, on n'hésitera pas à proposer l'ablation de l'appendice.

(*A suivre*)

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 novembre

Meurtre ou homicide par imprudence

M. Didier (Rouen). — Un homme, étant seul avec sa femme, avait tué celle-ci d'un coup de fusil, chargé à plomb, tiré à faible distance, et qui avait pénétré par l'œil gauche. L'inculpé disait que l'accident était arrivé alors qu'il nettoyait son fusil qu'il ne croyait pas chargé. Y avait-il homicide par imprudence ou meurtre?

D'après l'autopsie, le trajet du coup de feu se reconstituait ainsi : la charge a traversé la partie supéro-interne de l'orbite, brisé le sphénoïde et provoqué l'éclatement de la boîte cranienne, traversé la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal droit du cerveau, le lobe droit du cervelet, et a épuisé son action dans les masses musculaires du cou, dans un rayon compris entre les deux premières vertèbres cervicales et le sterno-mastoïdien droit. Les grains de plomb ont pénétré groupés en faisceau, en traversant l'orbite, et se sont répartis, à la fin de leur course, sur une surface d'environ 8 cent. carrés. Le trajet des plombs représente un cone à sommet orbitaire et à base cervicale droite.

Si on admettait que les grains de plomb avaient suivi une direction rectiligne, il s'ensuivait que le fusil n'était pas dans la position indiquée par l'inculpé, que l'accident disparaissait pour faire place au meurtre. Aussi M. Didier estima qu'il y avait lieu de rechercher expérimentalement quelles lésions produirait un coup de fusil tiré dans les conditions indiquées par l'inculpé.

Les expériences faites sur le cadavre, par M. Gastinne-Renette avec le fusil de l'inculpé, à la distance et dans les directions qu'il indiquait comme étant celles qui étaient réalisées au moment où le coup de feu a été tiré, ont déterminé des lésions à peu près identiques à celles constatées à l'autopsie. Les grains de plomb ont suivi une déviation en masse ; leur faisceau conique s'est dévié comme le feraient les rayons lumineux en traversant un prisme.

Le résultat de ces expériences confirmant la vraisemblance du dire de l'inculpé, entraîna la conviction du jury en sa faveur.

Asphyxie par submersion

Le médecin-major de 1re classe **Frilet** et le Dr **Dufour** (Marseille) ont eu à examiner, au point de vue médico-légal, le cadavre d'un sous-officier, disparu depuis huit jours, lorsqu'il fut retiré de la mer.

A la tempe gauche on constatait deux blessures produites par des balles de revolver de huit millimètres ; l'absence de brûlure de la peau et d'incrustation de grains de poudre indiquait que les coups de feu avaient été tirés à plus de 50 centimètres. Les plaies étaient superficielles; la paroi osseuse était intacte. Les projectiles n'étaient pas restés. En somme, ces blessures étaient légères et incapables d'entraîner la mort.

D'autre part, les signes de l'asphyxie par submersion, s'ils avaient existé, n'étaient plus, à cause de la putréfaction du cadavre, suffisamment caractérisés pour affirmer avec certitude que l'immersion du corps avait eu lieu pendant la vie.

Cette affirmation s'imposa après la constatation, faite par le médecin-major de 1re classe Simonin, d'un sable vaseux jusque dans les très fines ramifications bronchiques, ce qui impliquait que le sujet avait fait de fortes inspirations une fois immergé.

MM. Frilet et Dufour font remarquer :

1° Qu'il suffit d'un séjour relativement court dans l'eau, même dans la saison froide, pour voir disparaître les symptômes pulmonaires classiques de l'asphyxie par submersion et pour observer des poumons rapetissés et déjà envahis par la putréfaction.

2° Que les indications du tableau de Devergie, relativement à la date de l'apparition des divers phénomènes de la putréfaction, n'ont rien d'absolu et sont, dans bien des cas, passibles de réductions considérables.

GRANJUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre

L'Académie entend la lecture du discours de M. Guyon à l'inauguration de la statue d'Ollier, à Lyon, et des rapports de prix par MM Chauffard, Barié, Roux et Gley.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de méd. aide-major de 1re cl.

Pour prendre rang du 1er novembre 1904 et maintenus à leurs postes actuels :

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

M. Paon, au 23e dragons.
M. Rongier, au 101e d'inf.
M. Baget, au 38e d'art.
M. Petit, au 106e d'inf.
M. George, hôp. mil. de la div. d'Alger.
M. Bachon, au 1er tirail. algériens.
M. de Brianson, au 20e chass. à cheval.
M. Bordet, au 14e dragons.
M. Montané, au 126e d'inf.
M. Frécus, au 19e dragons.

Au grade de méd. aide-maj. de 2e cl.

Pour prendre rang du 1er novembre 1904 et ont reçu les affectations suivantes :

Les méd. stagiaires :

M. Hahn, hôp. mil. de Belfort.
M. Arnould, hôp. du camp de Châlons.
M. Masson, hôp. de Toul.

Les méd. aides-majors de 2e cl., élèves sortant de l'école d'appl. du serv. de santé mil., dont les noms suivent, ont reçu les affectations suivantes :

MM. Billet, Seigneurin, hôp. du Val-de-Grâce.
Tournade, 5e d'inf.
Fourcade, Schickele, hôp. Saint-Martin à Paris.
Policard, hôp. Bégin à Saint-Mandé.
Goursolas, 33e d'art.
Malard, 76e d'inf.
Raynaud, 1er hussards.
De Gaulejac, 30e d'art.
Maisonnave, hôp. Bégin à Saint-Mandé.
Crémadells, 129e d'inf.
Vittenet, 140e d'inf.
Carayon, hôp. Bégin à Saint-Mandé.
Enjalbert, hôp. de Versailles.
Madranges, 6e d'art.
Morisson, hôp. Bégin à Saint-Mandé.
Demonet, 13e d'inf.
Martinet, hôp. Saint-Martin à Paris.
Dupont, 51e d'inf.
Mathieu, 13e cuirassiers.
Mallet, 30e dragons.
Dumoulin, hôp. Saint-Martin à Paris.
Valette, 72e d'inf.
Carpanetti, Dornier, hôp. de Versailles.
Vielle, hôp. de Bordeaux.
Pierrot, 14e d'inf.
Moureaux, 75e d'inf.
Rapp, 27e d'art.
Maratuech, 24e d'art.
Loygue, hôp. de Bordeaux.
Chaduc, 56e d'inf.
Charpentier, 67e d'inf.
Monéry, 137e d'inf.
Jeannin, 4e dragons.
Bellot, 35e d'art.
Sergeant, hôp. de Lille.
Deniau, hôp. d'Ajaccio.
Kliszowski, 28e d'art.
Blanchet, 30e d'inf.
Schneider, hôp. de Marseille.
Frizac, hôp. de Toulouse.
Colin, 53e d'inf.

MM. Morisot, hôp. de Nancy.
Ségui, hôp. de Versailles.
Touzet, hôp. de Bordeaux.
Winckler, hôp. du camp de Châlons.
Lutrot, 71e d'inf.
Jacquinot, Cellerier, hôp. de Marseille.
Péchiné, 10e chass. à cheval.
Muller, hosp. de Besançon.
Diénot, hôp. de Marseille.
Clarion, hôp. de Nancy.
Chaufour, hôp. de Lille.
Jeanty, 2e chass. à pied.
Dennery, hôp. de Nancy.
Robert, hôp. de Bourges.
Fournier, hôp. de Toulouse
Grenier, 10e chass. à pied.
Berton, 114e d'inf.
Barberousse, 21e dragons.
Liberge, 2e d'inf.
Revel, hôp. de Toulouse.
Vignon, hôp. de Bastia.
Bally, hôp. de Lille.
Giraud, 29e chass. à pied.
Cot, 81e d'inf.
Pinat, hôp de Rennes.
Fontan, hôp. de Bourges.
Couraud, 48e d'inf.
Andrieu, hosp. de Besançon.
Lévy, 42e d'inf.
Peyre, hôp. de Rennes.
Rabaïoye, hôp. de Belfort.
Castres, hôp. de Rennes.
Michel, hôp. de Bourges.
Dargein, hôp. de Belfort.
Mairesse, hosp. de Langres.
Landret, 133e d'inf.
Bonnet, 159e d'inf.
Dabat, 155e d'inf.
Joseph dit Orme, hôp. de Briançon.
Moutet, hôp. du camp de Châlons.
Hergès, 161e d'inf.
Trollat, Dayman, hôp de Toul

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
(Hôpital Broca.)
(Fondation de la Ville de Paris.)

M. le prof. S. Pozzi commencera ses leçons de clinique le vendredi 18 novembre 1904, à 10 h. du matin, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme de l'enseignement :

Lundi. — 9 heures : Anatomie et histologie pathologiques de l'appareil génital de la femme (amphithéâtre des cours), par M. Bender, préparateur.

10 heures : Leçon clinique par le professeur.

11 heures : Visite des malades (salles Broca, Alphonse Guérin, Récamier, Huguier), par le professeur.

Mardi. — 9 heures : Maladies des voies urinaires de la femme : cystoscopie, uroscopie, par M. Estrabaut, ancien interne des hôpitaux (service des consultations).

10 heures : Opérations par le professeur.

Mercredi. — 10 heures : Examen clinique des malades du service par les élèves (amphithéâtre des cours), sous la direction du professeur et de M. Dartigues, chef de clinique

Jeudi. — 10 heures : Opérations par le professeur.

Vendredi. — 9 heures : Electrothérapie gynécologique (laboratoire d'électrothérapie, service des consultations), par M. Zimmern, ancien interne des hôpitaux.

10 heures : Leçon clinique par le professeur.

11 heures : Visite des malades, par le professeur.

Samedi. — 9 heures : Anatomie pathologique et démonstrations histologiques avec projections (laboratoires d'anatomie pathologique et de bactériologie), par M. Latteux, chef du laboratoire.

10 heures : Opérations par le professeur.

THÈSES

Mercredi 23 novembre. — *M. Nespoulous* : Influence de la composition chimique des dents sur leurs maladies. — M. *Haffringue* : Recherches expérimentales sur les principes toxiques contenus dans les champignons. — M. *Chauvelot* : Les babésioses. — M. *Labelle* : Contribution à l'étude des procidences dans les présentations céphaliques (statistique faite à la clinique Baudelocque du 1er janvier 1900 au 1er janvier 1904). — M. *Pietkiewicz* : Cure radicale des fistules d'origine dentaire. — M. *de Nevreze* : Les suppurations du sinus maxillaire. Etiologie, pathogénie et traitement par la méthode endo-buccale de Sébileau. — M. *Eltchaninoff* : L'hôpital de Honfleur à travers les âges. — M. *Pisante* : Traitement de la maladie de Basedow par les humeurs d'animaux éthyroïdés (sang total, sérum, lait). — M. *Rallion* : De la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — M *Semper* : Les enfants des paralytiques généraux. — M. *Guilly* : Fréquence de la coexistence chez les syphilitiques des aortites avec le tabes et la paralysie générale. — M. *Boyer* : Y a-t-il une pelade d'origine helminthique? — M. *Belgodere* : Traitement des folliculites suppurées sycosiformes par les pulvérisations résorcinées.

Jeudi 24 novembre. — *M. Lamer* : De la décortication du rein dans les néphrites. — *M. Caynard* : Etude physiologique sur la marche — *M. Chevallier* : Contribution à l'étude des interventions chirurgicales dans les cirrhoses du foie avec ascite. — *M. Leconte* : Etude médico-légale du sommeil. — *M. Lapleigne* : Contribution à l'étude de l'hygiène et de l'aération dans les habitations. — *M. Piquaux* : Etude sur les inconvénients des injections sous-cutanées de paraffine. — *M. Chedeville* : Du placenta prævia. Les dystocies qu'il peut engendrer en dehors des hémorragies. — *M. Blaire* : Contribution à l'étude des fausses perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde. — *M. Bories* : Les thrombus génitaux puerpéraux. — *M. Villebrun* : Cancer de l'estomac à forme anémique — *M. Vernon* : De la valeur du melœna dans l'invagination intestinale du nourrisson. — *M. Cordier* : Des grossesses répétées chez les albuminuriques — *M. Buron* : De quelques causes de la mort du nouveau-né venu à terme et viable dans les heures qui suivent la naissance. — *M. Benet* : L'allaitement maternel considéré spécialement au point de vue de ses difficultés sociales. — *M. Beauregard* : Contribution à l'étude du placentôme malin. — *M. Estcoule* Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires. Polypes placentaires. — *M. Bergeaud* : Des épanchements sanguins traumatiques de la plèvre. — *M. Fortineau* L'érythrobacillus pyosepticus et les bactéries rouges. — *M. Elloy* : Chorées amyotrophiques. Etude historique et clinique. — *M. Lesage* : Traitement diététique des gastro-entérites par l'emploi des ferments. — *M. Gerard* : Cause de l'asthme.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 11 novembre
Pathologie

Question : « Cancer du sein. »

19 Merle, Le Grand — 17 Mlle Montreuil — 16 1/2 Mornard — 15 Marquis — 14 Mainville — 10 Maligue — 9 Maury, Mar — 8 Maréchal, Mora — 4 Parrical, de Chammard — 2 Liouggas.

Anatomie
Séance du 12

Question : « Crosse de l'aorte. »

16 Dupont — 15 Fassou — 14 Mlle de Joug — 12 1/2 Gougelet — 12 Grenier, Denet, Jonquières — 11 1/2 Huchot — 11 Garrin, Goldenstein, Jolivet — 9 Guy — 8 Hassau — 7 Binet, Dormoy, Dumas — 4 Henry — 1 Germont.

Séance du 14
Pathologie

Question : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique au troisième degré. »

18 Mlle Lœser — 17 Marangeais, Alf. Levy — 14 Marcou, Magron — 13 Laroche, Massonié — 12 Lubault — 10 Leblanc, Piot — 9 Le Roy des Barres — 6 Mathieu — 5 Mlle Landrien, Lutaud — 4 Bourgoin — 3 Mateias, Lemuet.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 16 novembre, à 4 h. 1/2; les candidats de la 1re série de la 2e moitié, puis la 1re série de la 1re moitié.

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

M. Albert Robin recommencera ses leçons de clinique thérapeutique le jeudi 1er décembre, à 10 h. du matin, à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Lucas Championnière recommencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le jeudi 24 novembre, à 10 h., et les continuera les jeudis suivants, à la même heure (amphithéâtre Desault).

Opérations avant la leçon.

Opérations abdominales le mardi.

Visite des malades : le mercredi, hommes, salle St-Cosme (hernies); le samedi, femmes, salle Ste-Martine.

COURS D'OPHTALMOLOGIE

Clinique du Dr Jocqs, 60, rue Saint-André-des-Arts. — Pendant l'année 1904-1905, cours complet d'ophtalmologie par M. Jocqs, assisté du Dr Bruno Bourdeaux, chef de clinique.

On peut consulter le programme détaillé et s'inscrire jusqu'au 20 novembre, tous les jours, de 2 à 4 heures. Le nombre des inscriptions est limité.

NÉCROLOGIE

MM. Dufourcq (Salies-de-Béarn) — Bosc (Ferrières-en-Gâtinais) — Petel (Rouen).

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE DES MALADIES
CUTANÉES & SYPHILITIQUES

(Hôpital Saint-Louis)

M. le prof. GAUCHER.

Syphilis héréditaire d'origine maternelle et d'origine paternelle. Syphilis conceptionnelle. Traitement de la syphilis pendant la grossesse

Messieurs

Dans la leçon précédente, je vous ai expliqué la règle générale et les anomalies de l'hérédité syphilitique; nous avons vu le mécanisme et les conditions de l'hérédité maternelle.

Cette hérédité maternelle étant indiscutée, étant la plus dangereuse, je vous ai dit qu'il y avait nécessité de traiter énergiquement la mère pendant sa grossesse, que la syphilis soit récente ou, antérieure, ou contemporaine à la conception.

Ce traitement doit être institué de la manière suivante :

On soumettra la femme enceinte aux injections mercurielles, qui ont une activité plus grande et surtout plus rapide que tous les autres modes d'administration de mercure. Ces injections seront *solubles*.

Je préfère toujours les injections solubles aux injections insolubles, mais dans ce cas il ne peut y avoir de discussion possible. La femme enceinte est, en effet, exposée à des accidents qui ne relèvent pas de la syphilis mais qui peuvent avoir des inconvénients pour l'élimination du mercure : je veux parler de l'albuminurie.

Avec les injections solubles, on ne donne à l'organisme que la quantité de mercure qu'il peut facilement éliminer, de sorte que, si la malade est atteinte d'albuminurie, on peut cesser ou diminuer le traitement, tandis que, si les injections sont insolubles, en cas d'albuminurie il y aura toujours dans l'organisme une quantité de mercure qui pourra influencer le rein.

Nous emploierons donc exclusivement les sels solubles et, parmi ceux-ci, de préférence le *benzoate de mercure*; d'autres peuvent être utilisés, mais le benzoate est plus facile à manier et moins douloureux; il est vrai qu'il est beaucoup plus difficile à préparer et que tous les pharmaciens ne peuvent le préparer s'ils n'ont pas l'outillage nécessaire et, surtout, une éducation suffisante.

Je vous recommande de ne jamais vous servir du benzoate vendu par les droguerie car il est impur. Il faut recommander aux pharmaciens de faire la préparation extemporanément, c'est-à-dire de la faire eux-mêmes en traitant l'oxyde jaune de mercure en solution acide par le benzoate de soude. Ce sel doit être lavé pendant plus de huit jours pour être bien pur. C'est donc une préparation assez difficile.

Je suppose maintenant que vous vous êtes procuré du benzoate de mercure pur. Il faut faire une solution de ce benzoate dans le sérum isotonique, c'est-à-dire le sérum chloruré. On met 1 gr. de benzoate pour 100 gr. d'eau et l'on ajoute du chlorure de sodium pour permettre la dissolution du benzoate.

J'ai dit une solution isotonique. Ce n'est pas tout à fait exact. Autrefois je me contentais d'ajouter à cette solution au centième, 75 centigr. de chlorure de sodium, soit 7 gr. 1/2 pour mille. Cette solution était plus douloureuse. M. Bretonneau, un pharmacien, a trouvé qu'en doublant la dose de chlorure de sodium, la solution devenait presque indolore. Aussi, aujourd'hui, j'ajoute à la solution de benzoate au centième 1 gr. 20 ou 1 gr. 25 de chlorure.

On nous objecte qu'il se fait une décomposition, grâce à ce chlorure, et que c'est du sublimé que nous injectons. Que ce soit ou non du sublimé, il est certain que la dissolution ainsi préparée n'est pas douloureuse, tandis que si l'injection était de sublimé, elle serait très douloureuse; de plus, que ce soit du benzoate ou du sublimé, c'est toujours la même quantité de mercure qu'on injecte.

Du reste, cette solution n'a rien de spécial à la grossesse; c'est celle que nous employons continuellement.

Habituellement, voici comment nous procédons : *sur deux mois, nous injectons pendant un mois*, puis, pour laisser reposer la peau, qui est toujours irritée par ces injections quotidiennes, nous prescrivons des pilules pendant quinze jours. Ce sont des pilules de 1 centigr. de sublimé. Elles ont la formule de Dupuytren légèrement modifiée; ainsi nous ne mettons qu'un centigramme d'extrait thébaïque au lieu de deux.

Pour que les pilules restent molles, il est bon d'employer un excipient composé d'un mélange de poudre de savon médicinal et de glycérine. De cette façon, les pilules ne sont pas trop petites, elles ne se désagrègent pas et ne sont pas irritantes pour les muqueuses stomacales.

La formule est donc celle ci : sublimé et extrait thébaïque, de chaque, 1 centigr.; poudre de savon médicinal, 10 centigr., et glycérine (Q. S.) pour une pilule.

Si cette pilule assez volumineuse et molle vient à durcir, il sera facile, étant donné l'excipient, de la ramollir avec un peu de glycérine.

Pendant quinze jours, nous donnons deux pilules par jour, ceci après un mois d'injections, puis on laisse quinze jours de repos et on reprend les injections.

On a donc un mois et demi de traitement sur deux; on peut l'organiser de manière différente, par quinzaine ou par huitaine : quinze jours d'injections, huit de pilules et huit jours de repos. Quelle que soit la division du traitement, il faut le continuer pendant toute la grossesse.

Lorsque ce traitement a été suivi très régulièrement, les résultats sont très favorables. Ils sont d'autant plus favorables que la malade a été traitée plus tôt, car il y a une condition nécessaire pour que le traitement donne des résultats complets : c'est qu'il ait été institué dès le début de la grossesse, si l'infection est antérieure à elle, ou aussitôt après la constatation des accidents si l'infection est postérieure à la conception.

En observant cette règle on obtient des enfants le plus souvent nés à terme, et de beaux enfants, de poids normal.

Nous trouverions des exemples de ces naissances dans les registres de cet hôpital. M. Fournier en a recueillis beaucoup; notamment il cite le cas d'une femme ayant des accidents pendant la grossesse, en pleine infection, qui, bien traitée, a donné naissance à un enfant sain qu'on a suivi quelque temps et qui est resté indemne de syphilis. Le traitement suffit donc à atténuer, sinon à éviter la contagion, car on ne sait jamais si l'enfant n'aura pas plus tard des accidents.

Je puis vous citer des exemples personnels. Quelques-uns d'entre vous, Messieurs, se souviennent certainement d'une pauvre femme qui arrivait ici avec ses quatre enfants, tous bien portants, dont l'aîné a six ans. Je l'ai traitée à l'hôpital Saint-Antoine pour une syphilis en pleine activité; elle a eu un enfant sain et les trois autres sont du même père syphilitique. Toujours grâce au traitement répété, ses enfants sont sains.

C'est un cas curieux puisqu'il comporte quatre enfants sains.

Ces jours-ci encore, il y avait, salle Henri IV, une bonne, syphilitique de-

puis deux ans, qui s'était traitée par des pilules et un sirop dépuratif (?); elle est devenue enceinte; nous l'avons traitée au benzoate, elle a eu un enfant très beau, à terme, avec placenta normal, ce qui est important et prouve bien qu'il n'y avait pas infection du fœtus.

Voici un certain nombre d'observations citées par M. Boucher dans sa thèse récente, observations qui me sont personnelles :

1° Une femme de vingt-deux ans, enceinte de cinq mois, entre à l'hôpital avec un chancre induré et une roséole; elle accouche, grâce au traitement, d'un enfant viable, sans trace apparente de syphilis.

2° Femme de vingt-cinq ans, enceinte de huit mois, avec des plaques muqueuses ulcérées, c'est-à-dire avec une syphilis antérieure contractée pendant les premiers mois de la grossesse; grâce au traitement intensif, elle accouche d'un enfant bien constitué.

3° Une femme de trente deux ans, qui avait déjà eu une grossesse normale alors qu'elle était saine, contracte la syphilis probablement au moment de la conception; elle est infectée, mais traitée régulièrement, elle accouche à terme d'un enfant de 4 kilos, sans aucune lésion. De plus, cet enfant a été suivi; il nous a été amené depuis sa naissance, qui a eu lieu en 1903, pour de l'érythème des fesses qui n'avait rien de syphilitique.

4° Voici une autre observation beaucoup plus importante que je fis à l'hôpital Saint-Antoine. Une femme contracte la syphilis trois ans avant de devenir grosse; pendant cet intervalle, elle présente des accidents nombreux : plaques muqueuses, syphilis cutanée, syphilis nerveuse, névrites cubitales; tout cela mal traité. Au moment de la conception, elle était atteinte d'accidents syphilitiques, elle avait une syphilide faciale, une syphilide ulcéreuse à tendance envahissante qui dura jusqu'au sixième mois de la grossesse.

Dans ces conditions désastreuses, soumise à un traitement régulier, elle accoucha d'un enfant sain que j'ai suivi pendant quatre ans et qui n'a jamais présenté le moindre accident.

Les cas semblables sont innombrables; en voici quatre autres dus à M. Pinard :

1° Une femme atteinte d'un chancre de la lèvre inférieure, devient enceinte, continue le traitement et accouche à la clinique Baudelocque d'un enfant né à terme, pesant 3 kilos; le placenta était sans lésion aucune et pesait 545 grammes.

2° Une femme de trente et un ans devient enceinte après deux ans de syphilis; traitée, elle accouche d'un garçon pesant 3420 gr., sans aucune lésion; placenta normal de 470 gr.

3° Une autre, traitée pendant la grossesse, accouche à terme d'un enfant pesant 3310 gr., placenta 500 gr.

4° Une femme, syphilitique trois mois avant la grossesse, est bien traitée; elle a des plaques muqueuses pendant la grossesse et accouche d'une fille de 2650 gr. sans lésion spécifique, avec placenta normal de 500 gr.

Ces exemples vous prouvent bien que l'on peut vaincre l'hérédité maternelle.

Passons maintenant à *l'hérédité paternelle.*

Si l'hérédité maternelle a toujours été indiscutée, il n'en est pas de même de l'hérédité paternelle.

Cette hérédité était admise autrefois, s'il faut en croire M. Diday, à qui j'emprunte cette citation : « la syphilis héréditaire paternelle a déjà été admise par Paracelse en 1520. » Peu à peu les idées saines furent abandonnées et on nia l'hérédité paternelle; même de grands médecins, comme Cullerier en 1854, niaient encore cette hérédité. Ils prétendaient que ce que l'on prenait pour cette hérédité provenait simplement de ce que la mère avait été contagionnée et que le chancre avait passé inaperçu.

C'était une affirmation sans preuve, car les examens sérieux montraient qu'on ne trouvait aucune trace de ces accidents qui auraient été méconnus.

Aujourd'hui, on admet généralement l'hérédité paternelle après Trousseau, Hutchinson, Diday et M. Fournier.

Les observations d'enfants sains nés de pères syphilitiques, qu'on a voulu opposer à cette théorie, ne prouvent rien contre elle, de même que les enfants sains nés de mères syphilitiques ne prouvent rien contre l'hérédité maternelle. Les observations négatives ne prouvent rien en médecine.

On pourrait presque dire — c'est l'opinion de Vogel, de Parot, et c'est presque la mienne — que l'hérédité paternelle est plus fréquente que l'hérédité maternelle, de sorte que je crois qu'aujourd'hui il n'est plus possible de contester l'hérédité paternelle quoique certains médecins ne l'admettent pas encore.

L'hérédité paternelle semble présenter une particularité qui a été mise en lumière par M. Fournier; c'est qu'elle se manifeste le plus souvent par la mort des enfants *in utero*, par des avortements, des accouchements prématurés, des morts rapides aussitôt après la naissance plutôt que par des accidents de syphilis secondaire qui évoluent et peuvent guérir; de sorte que la syphilis paternelle parait plus grave, au point de vue de l'hérédité, que la syphilis maternelle, puisqu'elle tue le fœtus beaucoup plus rapidement.

C'est précisément parce qu'elle cause très souvent la mort du fœtus qu'elle a été niée, car, pour découvrir la cause de ces morts, il fallait faire l'autopsie du fœtus ou de l'enfant mort né.

Il faut donc admettre aujourd'hui que la syphilis du père est héréditaire; elle peut l'être *pour le fœtus sans contagion de la mère.*

L'hérédité paternelle propre existe. *La syphilis est alors transmise par le spermatozoïde*, en même temps que l'ovule est fécondé. C'est bien le spermatozoïde seul qui est syphilitique, car le sperme des syphilitiques n'est pas contagieux; c'est donc le spermatozoïde qui est infectant en même temps qu'il est fécondant.

Pour expliquer cette infection ovulaire par le spermatozoïde, beaucoup d'hypothèses ont été imaginées, hypothèses que je ne discuterai même pas. Cette infection ovulaire est indéniable, c'est ce qu'il importe de retenir, mais il n'y a pas d'explication certaine.

La syphilis est héréditaire par le spermatozoïde comme la tuberculose, l'arthritisme, le diabète, la goutte et le cancer. Comment? personne n'en sait rien, mais cela n'a rien qui doive nous étonner puisque la syphilis suit la loi commune des maladies constitutionnelles. Ces maladies constitutionnelles sont héréditaires de même que les ressemblances physiques, intellectuelles et morales.

C'est alors qu'il se passe un fait très curieux. Non seulement l'embryon est syphilitique grâce aux spermatozoïdes du père, mais cet embryon transmet la syphilis à la mère. Il y a donc infection de syphilis secondaire de la mère par l'embryon, infection sanguine par la voie placentaire grâce aux échanges continus et incessants qui s'opèrent entre le corps de la mère et celui de l'embryon.

Cette infection de la mère est connue et synthétisée par une loi appelée la loi de Colles ou de Baumetz. Colles avait entrevu cette loi en 1837, mais, comme M. Fournier l'a démontré, c'est Baumetz, de Lyon, qui la formula ainsi : « La mère d'un enfant syphilitique par

son père ne contracte pas la syphilis en allaitant cet enfant. »

Donc c'est que *cette femme est syphilisée*, puisqu'avec des gerçures aux seins elle n'est pas contagionnée. C'est ce qu'on appelle la *syphilis conceptionnelle* ou syphilis par conception.

On a essayé de démontrer d'une façon péremptoire cette syphilis conceptionnelle par des expériences que je ne juge pas, que je ne fais que relater.

Gaspary et M. Neumann, de Vienne, ont obtenu les résultats suivants :

L'inoculation de la syphilis sur des femmes ayant eu des enfants syphilitiques, mais qui elles-mêmes sont saines d'apparence, reste sans résultats. M. Neumann a observé, pendant cinq ou six inoculations, que les femmes restaient réfractaires au virus; ceci prouve d'une manière indéniable la syphilisation de la mère par l'embryon.

Cependant, comme il faut tout vous citer, il y a une observation contraire due à M. Ranke et rapportée par Parot : une femme contracta un chancre au sein en allaitant son enfant syphilitique, né d'un père malade; après le chancre, elle eut une roséole.

Cette observation semble bien précise puisqu'elle relate que cette femme avait eu un premier enfant hérédo-syphilitique qui mourut et qu'elle n'avait pas allaité.

Ceci est troublant, mais c'est un cas unique. M. Parrot qui le cite dit qu'il n'en connait pas d'autre; une observation unique ne suffit pas à infirmer une loi.

Malgré cela, nous admettrons qu'une mère engendrant un enfant syphilitique est elle-même syphilisée par le fœtus, et ce qui prouve bien cette syphilisation, c'est que l'infection conceptionnelle de la mère peut être telle que *cette mère infectée conceptionnellement par un premier mari, peut transmettre la syphilis aux enfants d'un deuxième père non syphilitique*.

C'est ce qu'on a appelé *la syphilis héréditaire par imprégnation*. Le plus souvent ce n'est pas la syphilis secondaire qui est transmise aux enfants du second mari, ce sont des tares d'origine syphilitique, des affections de parasyphilis, des dystrophies, qu'il faut mettre sur le compte de la syphilis.

Là encore, il n'y a rien que de très naturel. Ne savez-vous pas qu'en dehors de tout état pathologique, le premier mâle frappe la femelle d'une empreinte qui marquera tous les enfants qui naîtront d'elle, même ceux issus d'un autre père! Cela est vrai en physiologie humaine comme en physiologie vétérinaire; c'est du reste cette dernière qui nous l'a appris. On fait saillir une jument par un cheval de race et on sait que les qualités de ce premier géniteur se perpétueront même par les saillies ultérieures opérées par d'autres animaux.

Ce qui est vrai au point de vue physiologique l'est également au point de vue pathologique et il n'y a rien de plus naturel que la syphilis par imprégnation.

L'infection de la mère peut se faire non seulement par le fœtus formé, qu'il naisse vivant ou soit expulsé mort, mais elle peut se faire même dès le début de la grossesse, après des avortements. Les observations de M. Fournier ne laissent aucun doute à cet égard. Il cite certains cas de femmes qui ont été syphilisées par des grossesses qui ont duré très peu de temps et qui ont été interrompues par des avortements très précoces.

Vous comprenez tout de suite l'importance de cette constatation pour l'observation de syphilis méconnues. Un avortement de quelques semaines passe inaperçu; on croit qu'il s'agit de règles plus abondantes que d'habitude, mais l'infection est un fait accompli et méconnu.

A quelle époque de la grossesse peut donc s'opérer cette syphilisation conceptionnelle de la mère?

Vous savez que l'œuf fécondé se fixe dans l'utérus du douzième au quinzième jour; donc, théoriquement, un avortement même au quinzième jour peut avoir eu le temps d'infecter la mère grâce aux relations qui existent déjà entre l'ovule et la caduque sérotine.

Ces avortements inconnus expliquent l'infection de femmes chez lesquelles on ne peut trouver la porte d'entrée de la syphilis.

Cette mère est syphilisée; que va-t-il en résulter pour elle? Trois éventualités peuvent se présenter.

1° La syphilis conceptionnelle de la mère donne des accidents syphilitiques pendant la grossesse ou après. Ce n'est pas seulement une syphilisation au sens d'imprégnation qui rend le sujet réfractaire à la contagion, *c'est la syphilis en nature*. C'est la vraie syphilis conceptionnelle, au point que cette femme peut présenter d'emblée des accidents très graves.

On a des observations très fréquentes à ce sujet; en voici une qui m'est personnelle et date de peu de temps :

Un homme se marie en 1890, après sept ans de syphilis, avec consentement médical, quoique présentant encore quelques traces de syphilis palmaire qui persistent même aujourd'hui. Il avait été toujours mal traité. Sa femme devient enceinte, à sept mois; elle accouche d'un enfant mort-né.

Cinq ans après, c'est-à-dire en 1895; cette femme présente une gomme du palais qui dure dix-huit mois; deux ans plus tard, elle a des névralgies atroces dans la tête; elle est traitée pour ces accidents. En 1900, dix ans après le mariage et sa grossesse qui l'a infectée conceptionnellement, elle a une hémiparésie, puis une paralysie du moteur oculaire commun. Traitée énergiquement, cette paralysie guérit, mais il persiste une faiblesse du côté droit.

Puis, actuellement, quatorze ans après la grossesse, cette femme venit me voir pour des signes de myélite : exagération des réflexes, faiblesse des jambes, rétention d'urine et des matières.

C'est là un cas de syphilis par conception qui a donné lieu à des accidents ininterrompus depuis la grossesse, et ces exemples sont fréquents, peut-être pas, cependant, avec une telle gravité.

2° La deuxième éventualité peut être une syphilisation latente, sans accidents pendant toute la vie, et c'est cette conséquence heureuse pour les malades et malheureuse pour les théories médicales qui a fait nier la syphilis conceptionnelle.

Dans la presque généralité des cas, les femmes infectées de syphilis conceptionnelle n'ont pas d'accidents pendant un temps très long, ou même pendant toute leur vie.

3° Enfin, troisième éventualité — et c'est le correctif de la deuxième — les femmes ont des accidents tardifs, à soixante ans par exemple.

Or, supposez que ces femmes, qui ont des accidents à cet âge, soient mortes avant; elles seraient rangées dans la deuxième catégorie. Cette deuxième catégorie n'est, en effet, qu'une catégorie provisoire, incomplète, incertaine, qui renferme les cas où les malades meurent avant d'avoir eu des accidents.

Je fus appelé un jour par un de nos confrère pour une femme de soixante ans qui avait sur le voile du palais, une gomme en train de s'ouvrir. Notre confrère, médecin de la famille, se demandait si c'était de la tuberculose. Ce ne pouvait être autre chose que de la syphilis. En quinze jours, sous l'influence du traitement spécifique, la gomme avait disparu.

Après la guérison, nous fîmes notre

petite enquête et nous apprîmes que cette femme avait, au début de son mariage, à vingt-deux ans, fait une fausse couche de trois semaines. Elle avait eu depuis un fils qui présentait simplement des altérations dentaires; il était marié et père de famille.

Cet exemple est remarquable, il vous montre la syphilis à l'état restant latent jusqu'à soixante ans.

J'ai vu une femme qui, quinze ans après la conception d'un enfant né d'un père syphilitique, avait une affection non pas syphilitique, mais *parasyphilitique*, une leucoplasie linguale.

En résumé, il peut se présenter ces trois éventualités :

1° Accidents pendant ou aussitôt la grossesse;

2° Syphilis latente sans accidents;

3° Syphilis avec accidents tardifs d'ordre tertiaire.

Mais que la syphilis conceptionnelle donne des accidents ou non, la femme n'en est pas moins syphilisée, et la conséquence importante qui découle de cette observation, c'est qu'il y a nécessité absolue de traiter la mère pendant la grossesse si le mari est un ancien syphilitique.

Il y a nécessité pour l'enfant et pour la mère, et cette nécessité est d'autant plus grande que l'infection, même bien traitée au début, est plus récente. Même si l'infection du mari remonte assez loin, le traitement s'impose.

Dans ces cas de syphilis paternelle éloignée, on ne donne pas le traitement énergique tel que je vous l'ai indiqué au début de cette leçon; le traitement à suivre est très atténué; voici comment je procède habituellement.

Je traite la femme enceinte *quinze jours par mois par des pilules* qu'on lui donne comme pilules de fer ou pilules toniques; bien entendu elle ne sait pas pourquoi on lui fait suivre ce traitement; le mari est le seul confident. Les pilules prescrites sont celles dont je vous ai donné la formule plus haut. Il faut suivre ce traitement très régulièrement par quinzaine ou par huitaine.

Il semblerait qu'avec toutes ces précautions on doive obtenir des enfants beaux et sains, bien que nés de pères syphilitiques. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi.

Même avec ce traitement antérieur et concomitant, vous pouvez avoir des accidents de la grossesse qui empêchent celle-ci d'arriver à terme. Ces accidents sont très fréquents quand la syphilis a été non traitée, mais ils peuvent se produire même quand elle a été convenablement et régulièrement traitée : ce sont des avortements, des accouchements prématurés.

A quelle époque ces avortements peuvent-ils avoir lieu? Les accoucheurs ont l'habitude de les classer en trois catégories :

1° Les avortements depuis la première semaine jusqu'au troisième mois; *ce sont les avortements embryonnaires*.

2° Les avortements alors que le fœtus est formé, entre le troisième et le septième mois; *ce sont les avortements fœtaux*.

3° Enfin, après le septième mois; *ce sont les accouchements prématurés*.

Nous aurons donc à examiner, parmi les accidents de la grossesse, ces trois catégories d'avortements. Il faut chercher leurs causes, causes qui sont de deux ordres : les unes tiennent à l'infection syphilitique, à l'intoxication du fœtus, les autres à des lésions annexes, à des lésions de la membrane amniotique et à la syphilis placentaire.

Ce sont ces accidents qui feront l'objet de notre prochaine leçon.

UNE VISITE EXPRESS
AUX
HOPITAUX DE LONDRES

X

Impression générale sur les hôpitaux de Londres. Le personnel secondaire

Note de Madame la Supérieure des religieuses de l'Hôpital Pasteur

---

Nos lecteurs ont trouvé dans le numéro précédent la « note » de M. Louis Martin, médecin-directeur de l'hôpital Pasteur, sur la façon dont l'hospitalisation des contagieux était réalisée à Londres.

M. Louis Martin avait, d'autre part, chargé la supérieure des religieuses de son hôpital, sœur Marie-Catherine (de l'Ordre de Saint-Joseph de Cluny), d'étudier séparément, et plus spécialement, et en y consacrant tout le temps nécessaire, l'organisation si remarquable, si curieuse, des « nurses » ou infirmières.

Supérieure, sœur Marie-Catherine l'est incontestablement dans tous les sens! Servie, en outre, par une connaissance parfaite de la langue anglaise et de Londres, elle a pu bien voir tout ce qu'elle voulait voir, et elle consigna ses remarques dans un rapport à son chef, le Dr Louis Martin. Ce rapport, je désirais vivement le publier. M. Louis Martin y a finalement consenti, et le voici. Je savais ne pouvoir mieux terminer que par cette note d'une observation très aiguisée, la série de ces articles.

En mettant le point final je tiens à remercier collectivement tous nos collaborateurs du soin et de la conscience qu'ils ont apportés à leur rédaction. Et je remercie à nouveau nos confrères anglais de l'accueil si cordial, si chaleureux qu'ils ont fait aux médecins français. Nous en gardons précieusement le souvenir.

J. Jansen.

Tout le monde comprend le sens du mot anglais « home », mot que nulle autre langue, néanmoins, ne peut rendre. « Home » c'est le foyer, la famille, c'est le confort, le bien-être physique et le bien-être moral.

L'hôpital, à Londres, est tout cela pour le pauvre malade. C'est réellement son « home ». Le reconnaître, c'est en faire le meilleur éloge.

Dans la création de l'hôpital, l'idée maîtresse n'a point été de dépenser le moins d'argent possible, mais d'assurer le bien-être du malade, d'employer tous les moyens propres à diminuer et à abréger sa souffrance, de lui faire toucher, pour ainsi dire, une assurance de vie dès son entrée. C'est au malade et non à la bourse que l'on a pensé; c'est sur le malade que s'est concentrée l'attention des fondateurs et des architectes, comme se concentrera plus tard sur lui l'attention des médecins et des infirmières. Aussi les hôpitaux londonniens nous présentent-ils un luxe de confort dont on ne se fait pas une idée en France.

La gaîté des salles frappe au premier abord : abondance de lumière (le soleil de Londres semble ne pas être avare pour les malades), abondance de fleurs, de plantes, de tableaux, enfin tout ce qui peut égayer le pauvre souffrant et provoquer chez lui le désir de vivre. Il n'y a point cet aspect désagréable de caserne que présentent nos hôpitaux parisiens, point d'encombrement. Si, par suite de circonstances spéciales, le local devient insuffisant, on préfèrera au malheureux et anti-hygiénique expédient des brancards, des pavillons improvisés dans le jardin.

Les lits sont donc toujours largement espacés; il n'y en a ordinairement pas plus de 20 à 25 dans les plus vastes salles; au centre, une vaste cheminée en faïence vernissée et à double foyer pour que la vue du feu réjouisse tous les regards, enfin un mobilier *roulant* qui, tout en facilitant l'entretien de la pièce, lui enlève ce caractère d'immobilité qui attriste.

Chaque salle ayant à ses extrémités toutes les dépendances nécessaires, dont l'installation et le fonctionnement ne laissent rien à désirer, forme un petit tout complet et presque autonome.

Les services généraux : cuisines, dépenses, laiteries, admirablement aménagés, satisfont toutes les exigences modernes et atteignent le maximum du pratique. Tout est disposé en vue d'assurer le bien-être du malade et de faciliter le service du personnel. Ce qui mérite notre admiration dans un hôpital se reproduit d'une manière presque uniforme dans tous les autres. L'autonomie des hôpitaux anglais établit entre eux une con-

currence qui est sans doute un des secrets de leur perfection.

La centralisation de tous nos services, en France, prive nos hôpitaux de cette heureuse concurrence qui est le meilleur stimulant de l'esprit d'initiative, ennemi de la routine et toujours à la recherche du progrès.

En visitant les hôpitaux de Londres, il est aisé de reconnaître les meilleures des qualités anglaises : esprit d'initiative; respect de soi et d'autrui qui porte à agir grandement; caractère positif et pratique, on sait ce que l'on veut et on sait le vouloir; zèle jaloux de sa liberté de croire et de penser, aussi les hôpitaux d'une certaine importance ont tous chapelle et chapelain chargé d'assurer le service religieux du personnel et des malades. Du reste — et on retrouve là ce sentiment profond de la liberté qui caractérise l'anglais — les portes de l'hôpital s'ouvrent tout aussi larges devant le prêtre catholique ou le représentant d'un culte quelconque, que devant le pasteur protestant.

On retrouve l'empreinte de ces heureuses qualités anglaises dans la création, l'organisation et le fonctionnement des écoles d'infirmières qui ont tout particulièrement éveillé notre curiosité.

Une femme en eut l'initiative.

Florence Nightingale sentit de bonne heure l'attrait des malades pauvres. Après avoir acquis les premières connaissances indispensables, elle réorganisa, à ses frais, un hôpital, et y introduisit des réformes qui, bien vite, accréditèrent son nom.

La mortalité effrayante, dans l'armée anglaise, pendant la guerre de Crimée, trahit l'insuffisance des services médicaux. On fit appel à la bonne volonté éclairée de Miss Nightingale. Sous sa direction intelligente la mortalité tomba vite, de plus de 40 %, à moins de 3 %! Ce succès proclamait bien haut l'importance du rôle que doit remplir, auprès des malades, le personnel infirmier. Ce personnel, il convenait donc de l'organiser, de le former, de lui assurer une bonne instruction théorique et pratique.

Florence Nightingale entreprit cette réforme, l'élan donné par elle fut encouragé comme il méritait de l'être et eut un plein succès. Aujourd'hui, à cinquante ans de distance, tous les grands hôpitaux de Londres ont leur école propre, qui assure à la fois le recrutement et l'instruction pratique de leur personnel respectif.

Voici la subordination hiérarchique de ce personnel :

1° La « Matron » mère, véritable directrice de l'hôpital, investie d'une grande autorité, chargée de régler tous les services intérieurs.

2° « Ward sister », sœur surveillante de salle, ayant au moins trois ans de service.

3° « Staffnurse », infirmière en titre, ayant également trois ans de service.

4° « Nurse », simple infirmière ayant au moins un an de service.

5° « Probationer », stagiaire ou infirmière élève.

Il est à remarquer que les désignations des deux postes les plus élevés sont empruntées aux congrégations religieuses, catholiques, parce que, de l'aveu des titulaires, ces désignations évoquent un plus grand sentiment de confiance, de respect et de sécurité.

Le recrutement des stagiaires est assuré par la « matron » et il lui est aisé, car les demandes d'admission sont toujours très nombreuses. Le recrutement se fait dans un milieu social relativement élevé, et la « matron » use encore largement du droit et de la facilité de se montrer difficile. Les aspirantes sont, pour la plupart, filles de pasteurs, de médecins, d'avocats, etc. Parfois elles sont prises dans le haut commerce, mais, dans ce cas, la « matron » donne à entendre que c'est là une concession faite à la bonne éducation reçue par ces jeunes personnes, et parce qu'elles sont « terriblement bien élevées ».

L'aspirante doit être âgée de vingt-trois à trente ans, célibataire ou veuve sans enfants, fait à la « matron » sa demande d'admission. Celle-ci lui présente un questionnaire détaillé auquel elle devra répondre par écrit. Il est relatif à son état civil, sa religion, son instruction, sa santé, l'emploi antérieur de son temps, la condition sociale de ses parents, etc. Ces réponses, pourtant détaillées, ne suffisent pas à l'exigeante directrice. Des renseignements plus intimes sont confidentiellement demandés à deux personnes sur les relations de l'aspirante, qui n'est agréée que si les informations sont en tout point satisfaisantes.

Elle subit alors un examen général, pour qu'on puisse juger de son instruction, et fait un stage préliminaire d'environ un mois. Le mois expiré, si la « matron » lui reconnaît les aptitudes voulues, elle la qualifie de « probationer » et lui fait signer un contrat par lequel elle s'engage à rester à l'hôpital pendant trois ans. Elle accepte toutes les conditions de l'établissement et reste sous la haute direction de la « matron ».

Si elle prétend se retirer avant la fin du contrat, elle adressera au Conseil d'administration, un mois à l'avance, et par l'entremise de la « matron », une requête avec l'exposé de ses motifs. De son côté, la « matron » peut congédier toute stagiaire ou infirmière dont la conduite laisserait à désirer ou dont les aptitudes seraient insuffisantes.

L'enseignement théorique et pratique commence pour la stagiaire dès son admission. Les cours se font chaque année pendant six à dix mois. L'enseignement est donné par un médecin et un chirurgien de l'établissement; il comprend les notions élémentaires de physiologie, d'anatomie, de médecine, de chirurgie et d'hygiène. La « matron » fait assidûment des conférences sur le côté pratique des soins à donner aux malades et sur l'organisation des différents services.

L'enseignement technique, *auquel on attache la plus grande importance*, est donné dans les salles mêmes par les sœurs surveillantes.

La stagiaire change de service tous les trois mois pour se mettre au courant de tous, et participe comme aide au service de nuit dès la première année. Ses appointements, de 8 à 10 livres pour commencer, sont portés à 12 et enfin à 18 livres pendant la troisième année. L'hôpital assure le blanchissage et fournit, en outre, chaque année, trois uniformes, six tabliers et six coiffes.

Après la première année de formation, un examen est subi et un certificat délivré par les médecins examinateurs de l'école ; après la troisième année, second examen, second certificat ; l'infirmière élève devient « staff nurse », infirmière en titre, et acquiert l'éligibilité à la charge de « sister ». Toute sœur sera désignée par la « matron », nommée par le Conseil d'administration, et le choix sera encore ratifié par le médecin et le chirurgien de la salle confiée à la nouvelle élue.

La sœur surveillante aura au moins vingt-cinq ans d'âge, trois ans de service, et aura fait un stage dans un service de diphtérie. Pendant ses heures de service, elle a l'entière responsabilité de la salle confiée à ses soins, surveille le travail des « nurses » et la formation des « probationers », qu'elle partage avec la matron. Elle suit la visite des médecins, accompagne à la salle d'opérations les malades de son service. Tous les deux mois, elle dresse un compte rendu détaillé, qu'elle porte à la connaissance de la matron, sur la conduite et le savoir faire de toutes ses inférieures.

La sœur surveillante reçoit un traitement annuel de 45 à 55 livres. Elle est logée, nourrie, habillée, blanchie à l'hôpital. Le poste le plus élevé, celui de « matron », n'est que le lot du petit nombre. Si la responsabilité en est lourde, par contre, la titulaire jouit d'une situation des plus honorables ; elle est l'objet des plus respectueux égards de la part du personnel médical de la maison.

Le personnel secondaire est extrêmement nombreux dans les hôpitaux londoniens, on n'y connaît guère le surmenage, qui a si vite raison de la santé de nos plus robustes infirmières françaises. La proportion est ordinairement celle d'une personne pour trois malades dans les salles. Le personnel d'une salle de 20 à 30 lits comprend : une sœur surveillante, une infirmière en titre (suppléante), une simple infirmière, et une ou deux stagiaires. Si un malade plus grave demande des soins minutieux, une *infirmière surnuméraire est immédiatement et exclusivement affectée à son service*. Il y a, en outre, pour chaque salle, un personnel spécial pour le ménage, les infirmières ne procédant jamais aux nettoyages.

Pour la garde de nuit, il y a, dans chaque salle, une infirmière en titre ayant, par conséquent, trois ans de service, et une stagiaire. Une, deux ou trois sœurs

surveillantes, suivant le nombre de salles, font la surveillance générale du service de nuit. Ce service est fait par les mêmes infirmières pendant trois ou quatre mois au plus. Le lendemain elles sont libres de 8 heures du matin à 8 heures du soir. Elles doivent prendre huit heures de sommeil et, à cet effet, on a disposé des chambres à l'abri de tout bruit. Il leur reste donc quatre heures de liberté.

Un bâtiment spécial est affecté, dans chaque hôpital, à l'école et au logement des infirmières. Les classes sont parfaitement installées. Le logement est confortable et élégant. Chaque infirmière jouit d'une chambre personnelle; chaque sœur surveillante a encore un gracieux petit boudoir fleuri et chauffé, où elle est libre de recevoir ses amies et de leur servir le thé traditionnel, aux frais de l'hôpital.

Deux vastes salons communs sont mis à la disposition des sœurs et des simples infirmières; ces pièces sont meublées avec une certaine recherche : un piano, une bibliothèque bien fournie; sur les tables, des revues, des illustrations, tout ce qui peut contribuer à développer l'esprit et à compléter une instruction déjà sérieusement ébauchée.

Deux vastes salles à manger réunissent, l'une, les surveillantes, l'autre, les infirmières. La matron est, en règle générale, servie à part.

Le service des cuisines est tout à fait indépendant de celui des malades. La même séparation existe à la buanderie.

En cas de maladie, l'infirmière est soignée à l'hôpital même, dans une chambre particulière si le cas est grave, dans une salle affectée au personnel s'il s'agit d'une indisposition.

On assure aux infirmières deux à trois heures de repos par jour en dehors des repas et d'une demi-heure pour le thé, une demi-journée ou une journée par semaine, trois semaines ou un mois par an. Toute liberté religieuse leur est garantie. On ménage, tant aux protestantes qu'aux catholiques, facilité et temps pour accomplir leurs devoirs religieux ; les premières ont à leur disposition la chapelle de l'établissement, les dernières se rendent à l'église voisine.

On le voit, on ne néglige rien en Angleterre pour assurer aux jeunes personnes qui choisissent cette carrière de dévouement près des malades pauvres, une vie convenable, confortable même, et relativement indépendante. On ne sera donc pas surpris de voir un si grand nombre de jeunes filles de bonne famille l'embrasser de préférence à d'autres. Leur vieillesse même est assurée : différentes sociétés garantissent, aux infirmières, des pensions de retraite et le « London Hospital », par exemple, sert à ses infirmières une pension annuelle de 55 livres, dès qu'elles ont atteint quarante-cinq ans, sans qu'aucune déduction ait été faite sur leurs appointements pendant leurs années d'activité.

Le personnel secondaire des hôpitaux à Londres est d'une parfaite respectabilité et, en parcourant les salles, on est heureusement impressionné du sérieux, de la tenue irréprochable des infirmières. C'est qu'elles aiment leur profession; elles sont fortement pénétrées de l'importance des choses qui les occupent et y prennent un intérêt qui les expose peu à la distraction. D'ailleurs, le respect de soi et d'autrui, qui est une des plus heureuses qualités anglaises, les porte à faire le mieux possible tout ce qu'elles font. La sage direction de la matron les aide et les stimule. « Ne vous contentez jamais de ce qui est *moins que le mieux* », écrit la Matron du « London Hospital » à ses infirmières, « ce serait indigne de Dieu, de vous-mêmes et des malades qui dépendent de vous ». « Aimez votre travail — dit-elle, plus loin — et jamais vous ne direz : je ne puis pas. » « Ne critiquez pas celles qui font mal, mais cherchez à bien faire vous-même... », etc. On comprend que des paroles si fortes et si chrétiennes ne restent pas inefficaces.

Mais il y a des dangers que commencent à redouter certains médecins, comme sir Dyce Duckworth, médecin à Bartholomew's Hospital — un de ceux qui se sont le plus occupés de l'instruction du personnel secondaire — et certaines matrons comme Miss Eva Lückes, matron du « London Hospital » et auteur du plus apprécié des manuels de la garde-malade (1), craignent cette tendance très marquée en Amérique et qui cherche à se glisser en Angleterre, tendance à exagérer l'*importance* et la *somme* des connaissances techniques que doit acquérir l'infirmière. « Inutile d'insister, dit Miss Lückes, sur la nécessité d'une bonne instruction, théorique et technique, mais n'exagérons point son importance. La principale valeur d'une « nurse » ne se trouve pas dans son diplôme, mais dans cet ensemble de qualités morales qui, exercées avec intelligence et bonté, suppriment au malade toute cause de malaise qui n'est pas une conséquence forcée de sa maladie et lui épargnent toute souffrance morale. »

Cette appréciation de miss Lückes a toute la valeur que lui donne une expérience de vingt-deux ans d'hôpital. On réclame, en France, une instruction professionnelle sérieuse chez l'infirmière ; c'est tout à fait légitime et nécessaire, mais qu'on ne néglige pas de faire la part des qualités d'ordre moral dont la principale est un dévouement absolu à cet être deux fois sacré : le *pauvre*, et le pauvre *malade*.

(1) « General nursing », by Eva C. E. Lückes, matron to the London Hospital.

Le prix de l'abonnement annuel du **BULLETIN MÉDICAL** est de **8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Étranger**. On s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste, ou par un **mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre

Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin

M. Quénu. — M. Hartmann a rangé, dans la classe des tumeurs du gros intestin, les masses tuberculeuses et purulentes intéressant cet intestin. C'est une confusion contre laquelle je m'élève. Quand on parle de tumeurs, on n'entend généralement que les cancers et les sarcomes. Dans une étude antérieure j'ai divisé ces tumeurs, comme vient de le faire notre collègue, en tumeurs avec occlusion et tumeurs sans occlusion.

Lorsqu'il y a des phénomènes d'occlusion, celle-ci peut être complète ou incomplète, mais ordinairement cette dernière finit par se transformer en la première. Dans ces cas produits par le néoplasme, que doit-on faire ? Je crois que le mieux est de réduire l'intervention au minimum. J'ai l'habitude de pratiquer d'abord un anus iliaque et, en cas d'impossibilité, un anus cœcal, car ce dernier présente quelques inconvénients, auxquels on peut cependant remédier par la technique suivante : on suture la paroi cœcale aux lèvres cutanées en mettant à nu une surface de plusieurs centimètres. Douze heures plus tard on fait une ponction qui donne issue à des matières liquides et à des gaz, puis on laisse le trocart en place en lui adaptant un tube en caoutchouc qui porte les matières loin de la plaie; de cette façon, celle-ci ne s'infecte pas. Trois jours plus tard, on peut inciser la paroi cœcale et, deux semaines après, faire une opération radicale ou une laparotomie exploratrice suivant les cas.

Dans certaines circonstances, la situation est plus complexe. C'est ainsi que, plusieurs fois, j'ai trouvé des matières dures, de véritables pierres fécales que ni le doigt ni la curette n'ont quelquefois pu enlever. Chez d'autres malades la tumeur est accompagnée de phénomènes d'infection et il n'est pas rare de voir un abcès se manifester avant tout signe de cancer. L'infection peut présenter une marche aiguë ou subaiguë qui contre-indique pour le moment toute opération.

Si le cancer s'accompagne d'occlusion, il est encore préférable, en général, de ne faire que la plus petite intervention. Cependant, s'il y a un doute sur l'existence du cancer, une laparotomie est indiquée et sera suivie de l'ablation de la tumeur quand elle est mobile.

Pour les tumeurs du cæcum il vaut mieux faire l'opération en un temps. J'ai ainsi enlevé trois cancers; un seul des malades a succombé rapidement.

En résumé, pour les cancers du gros

intestin, il n'est pas possible d'admettre une ligne de conduite uniforme. Si le cas est simple je préfère pratiquer l'opération en un seul temps; dans le cas contraire je recours à la méthode en deux temps.

M. Segond. — Parmi les cancéreux que j'ai rencontrés, j'en ai trouvé au moins trois, chez lesquels il avait existé une suppuration intestinale antérieure. Quant à la conduite à tenir pour les cancers avec occlusion, la mienne a toujours été la même; depuis que je fais de la chirurgie, j'ai toujours commencé par un anus artificiel. Dans le manuel opératoire il est un artifice que j'emploie avantageusement. J'utilise l'appendice de cette manière : je le sors de l'abdomen, je fais un pansement au-dessous duquel il émerge; j'en coupe l'extrémité et, dans son canal, je place une sonde par où s'écoulent les matières; puis, quelques jours plus tard, l'opération définitive a lieu.

Traitement des sinusites frontales

M. Quénu. — Le rapport de M. Berger (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 974) sur le travail de M. Luc m'a remis en mémoire l'observation d'une femme de soixante-trois ans atteinte de sinusite frontale gauche. Le début de la maladie remontait à trois ans et demi. J'ai fait l'ablation de la paroi antérieure du sinus et j'ai établi un drainage par les fosses nasales. La malade a bien guéri.

M. Toubert. — Voici trois observations personnelles que j'apporte à titre de documents à verser au débat sur le traitement chirurgical des sinusites frontales suppurées chroniques.

Mon premier malade a été opéré en mai 1902. Il avait une fronto ethmoïdite gauche récidivée et fistulisée au sourcil. Je fis la résection temporaire de l'auvent formé par l'os propre du nez, et la portion attenante de l'apophyse montante du maxillaire supérieur du côté gauche, et pratiquai l'ablation totale de la masse latérale de l'ethmoïde, sauf l'os planum, par cette large voie, en ménageant la lame criblée, repérée et protégée par une sonde. Guérison en un mois.

Mon second malade a été opéré en août 1903 : il avait des lésions identiques à celles du precédent. Je fis, chez lui, une résection définitive, mais incomplète, de l'auvent nasal, en respectant (pour des raisons d'esthétique injustifiées, du reste), le bord supérieur de l'orifice piriforme. Guérison au bout de deux mois seulement, et après curettage ethmoïdal complémentaire.

Dans mon troisième cas, il s'agissait d'un cachectique (néoplasme buccal propagé aux os de la face et du crâne) à qui je fis une ethmoïdectomie de «nettoyage» après abrasion totale et définitive de l'os nasal droit et de la portion adjacente de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Guérison opératoire. Mort ultérieure par cachexie.

De ces trois cas je puis conclure : 1° que l'ethmoïdectomie est le complément presque indispensable de l'intervention pour fronto-ethmoïdite chronique; 2° que cette ablation doit être faite à travers une large brèche due à l'orifice piriforme agrandi par résection de l'os nasal et de la partie adjacente de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; pratiquée par cette voie, elle est facile, rapide, sans danger, et elle respecte l'esthétique.

M. Chaput. — Malgré les progrès réalisés par les différents procédés opératoires, l'opération de Killian présente encore plusieurs desiderata. Ainsi, la cicatrice est apparente, la résection osseuse est étendue et le malade est défiguré. Pour cacher la cicatrice, j'ai utilisé les plis naturels du front, qui se forment quand on fronce les sourcils. Sur une incision transversale d'un sourcil à l'autre, j'élève à ces deux extrémités deux incisions verticales et obliques et je taille un lambeau ostéo-plastique qui ouvre ainsi les deux sinus frontaux ; je résèque une portion de leur cloison et je puis ainsi établir un excellent drainage. Ce procédé permet encore de traiter les deux sinus, alors qu'on n'en croyait qu'un seul malade.

Extirpation d'un anévrysme poplité

M. Monod. — Cette observation, qui nous a été adressée par **M. Schmid**, de Nice, concerne un homme de trente-huit ans, porteur d'un anévrysme du creux poplité, qui avait résisté à la compression indirecte. Notre confrère en a fait l'extirpation, dont les suites ont été excellentes. En 1900, j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas semblables et de les traiter de la même façon, et prochainement M. Arron vous en communiquera une autre observation. L'examen de la pièce a fait penser à M. Schmid qu'il s'agissait d'un anévrysme disséquant. Peut-être y a-t-il lieu de faire des réserves à ce sujet ?

Présentations

M. Berger. — Jeune fille. *Rétraction cicatricielle du doigt, traitée par la méthode italienne.*

M. Quénu. — Homme. *Kyste hydatique du foie.*

M. Schwartz. — Homme. *Actinomycose de la face.*

M. Mauclaire. — Homme. *Tumeur blanche de la hanche.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

26 octobre-9 novembre

Le seneçon dans le traitement des dyspepsies

M. P. Dalché. — En 1896, en collaboration avec M. P. Heim, j'ai fait deux communications sur les propriétés du *Senecio vulgaris*, employé contre les douleurs menstruelles des femmes. Depuis cette époque, mon expérimentation a porté sur des faits beaucoup plus nombreux, et je considère aujourd'hui l'extrait fluide du *Senecio vulgaris* comme un excellent remède pour calmer la dysménorrhée d'origine fluxionnaire ou nerveuse.

Son mode d'action n'a pas encore été élucidé ; il paraît être un sédatif du système nerveux et, d'autre part, selon toute vraisemblance, d'après la dose prescrite, il diminue la congestion cataméniale des organes génitaux. On pourrait, sur certains points, comparer le *Senecio* à l'hydrastis.

Mais quelle que soit la façon dont il intervient, il calme la douleur, et il était naturel que cette propriété amena à le conseiller pour combattre divers phénomènes douloureux autres que la dysménorrhée.

Depuis assez longtemps on l'a essayé dans les maladies gastriques (en particulier le docteur anglais Murrell). Je fais prendre XXX gouttes d'extrait fluide de *Senecio vulgaris* dans très peu d'eau sucrée, avant chacun des deux principaux repas.

Chez un certain nombre de malades, les résultats obtenus, et plus ou moins marqués, ont été les suivants :

Une certaine variété de douleurs ont été calmées : celles qui se rapprochent de la gastralgie, des crampes d'estomac de préférence. Les crises dues à l'hyperchlorhydrie ou à des acidités de fermentation, sont plus rebelles au médicament, et souvent je n'ai cru observer de modifications que lorsque la crise hyperchlorhydrique demeurait peu intense par elle-même. Cependant, les poussées plus communes de la ménopause, qui se portent sur l'estomac et provoquent des crises hyperacides, ont subi une action sédative du *Senecio* à plusieurs reprises.

D'autre part, plusieurs malades m'ont accusé un relèvement de l'appétit jusque-là diminué, sinon disparu.

La médication peut être continuée longtemps sans aucun danger ; il est bon, cependant, comme je le dirai plus loin, de tenir compte de l'époque des règles.

Comme Murrell et d'autres auteurs, j'ai observé ces effets du *Senecio* au cours de la dyspepsie flatulente; mais là où ils m'ont paru plus marqués, c'est contre les souffrances stomacales qui accompagnent l'entérite muco-membraneuse, la viscéroptose, et où l'on voit la douleur nerveuse, la gastralgie, se combiner à la crampe de l'estomac et aussi à des crises d'acidité.

Le *Senecio* m'a aussi donné de bons résultats contre les troubles dyspeptiques au cours des maladies de la matrice ou des annexes, dans lesquelles nous constatons si souvent, du reste, d'une façon parallèle, l'entérite glaireuse et la viscéroptose. Il faut surveiller la venue des règles, et cesser la médication quelques jours avant, car j'ai vu la menstruation retarder de plusieurs jours et même diminuer de quantité chez des femmes qui prenaient depuis longtemps du *Senecio* et l'avaient continué malgré l'approche de leurs époques.

Résultats beaucoup moins probants dans la gastrite éthylique.

Mais chez des tuberculeux, au moins des périodes pas trop avancées, j'ai calmé encore assez souvent les douleurs de l'estomac et relevé un peu l'appétit.

Utilisation comparée des hydrates de carbone et des graisses chez les tuberculeux

M. R. Laufer. — Les hydrates de carbone exercent, comme les graisses, dans l'organisme, une action de rétention et d'épargne sur les matières albuminoïdes.

Pour comparer, à ce point de vue, l'utilisation des graisses et des hydrates de carbone, j'ai donné à une catégorie de tuberculeux, successivement, du sucre et des graisses (beurre, huile de foie de morue, huile alimentaire), en quantités égales, et à une seconde catégorie, successivement, du sucre et des graisses en quantités isodynamiques (97 gr. de sucre, puis 41 gr. de graisse). Les malades étaient soumis, pendant toute la durée de l'expérience, au régime lacté exclusif (3 litres de lait). Or, l'élimination totale de l'azote est constamment plus forte avec les graisses qu'avec le sucre, surtout lorsqu'on administre le sucre et les graisses en quantités isodynamiques, mais la différence est déjà très nette lorsqu'on donne ces deux aliments en quantités égales. La valeur alimentaire d'une substance n'est donc pas parallèle à sa valeur calorifique.

Mais les hydrates de carbone déterminent, en outre, une rétention des matières grasses, et les graisses peuvent aussi, à un certain degré, se déposer en nature dans les tissus.

C'est pourquoi j'ai étudié, au point de vue des poids des malades, l'influence comparée des graisses et du sucre à doses égales et à doses isodynamiques. Dans les deux cas, le poids s'abaisse constamment avec les graisses. D'ailleurs, en comparant en bloc les courbes de poids de malades recevant, avec leurs aliments, des graisses, et d'autres recevant en supplément des hydrates de carbone (sucre ou féculents), ce sont ces derniers qui, toutes choses égales, d'ailleurs, voient leur poids augmenter davantage, ainsi que leurs forces, vérifiées au dynamomètre.

Le narcyl (chlorhydrate d'éthylnarcéine)

MM. Pouchet et Chevalier. — Le narcyl est un produit chimique bien défini possédant des réactions nettement caractéristiques, fabriqué industriellement en partant de la narcéine obtenue synthétiquement en utilisant les résidus de traitement des alcaloïdes de l'opium.

Les conclusions des recherches expérimentales faites au laboratoire de pharmacologie sont les suivantes :

Le narcyl est un corps peu toxique; la toxicité peut être évaluée à 10 ou 12 centigrammes par kilogramme en injection intra veineuse chez les gros animaux.

L'action de cette substance sur le système nerveux se fait sentir surtout sur le bulbe et la moelle.

Le narcyl ne possède pas d'action hypnotique; par contre, il jouit d'un pouvoir analgésique considérable : cette analgésie est d'origine centrale. A hautes doses, il provoque une période très nette d'hyperexcitabilité cérébrale et médullaire suivie d'une période de dépression avec analgésie générale et paralysie. Son action la plus importante est celle qu'il exerce sur le pneumogastrique; il agit comme dépresseur à doses thérapeutiques, comme paralysant à doses toxiques, et cette action se fait sentir aussi bien sur les fibres motrices que sur les fibres sensitives de ce nerf.

Cette action est surtout d'origine centrale; les terminaisons périphériques sont touchées beaucoup plus tardivement; il exerce une action analogue sur le grand sympathique, mais avec une intensité beaucoup moindre. La sécrétion urinaire est conservée.

En raison de son action sur le système nerveux central et surtout sur le pneumogastrique, le narcyl paraît être appelé à donner d'excellents résultats thérapeutiques comme analgésique, comme antispasmodique et particulièrement comme sédatif de la toux.

En raison de ses propriétés se rapprochant, d'une part, de celles de la morphine, d'autre part, de celles de l'atropine, il sera intéressant de l'essayer avant la chloroformisation, afin de diminuer l'excitabilité du système nerveux central et du pneumogastrique.

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse

DISCUSSION

M. Burlureaux. — Dans l'entéro-colite muco-membraneuse, la constipation n'est qu'un épiphénomène; elle n'est pas la cause de la maladie, et c'est cette cause qu'il faut supprimer.

Parmi les malades chez qui la constipation est d'origine mécanique, il faut signaler ceux dont l'état est entretenu par une ptose abdominale. Dans ce cas, une ceinture bien faite amènera parfois, à elle seule, une amélioration extraordinaire et supprimera la constipation.

Parfois la constipation et l'entéro-colite, sa compagne, sont dues à des lésions d'organes lointains, par un mécanisme réflexe à long circuit, suivant l'ingénieuse expression de M. Mathieu (appendicite chronique, lésions utérines et annexielles). Ces cas rentrent dans le domaine de la chirurgie.

Mais si l'on met à part les cas extraordinaires d'appendicite véritablement chirurgicale, on peut dire que, le plus souvent, l'appendicite est une maladie médicale, que chez l'appendiculaire il n'y a que l'appendice malade : de là l'inefficacité relative de l'opération, si elle n'est pas suivie d'un bon traitement médical suffisamment prolongé.

Dans l'immense majorité des cas, l'entéro-colite et la constipation qui l'accompagne comme l'ombre suit le corps, sont dus à un trouble profond du système nerveux qui, avant l'apparition de l'entéro colite et de la constipation, a traduit son malaise par des plaintes variées. Le malade, avant d'en arriver à la phase intestinale, a eu une phase migraineuse, une phase céphalique, une phase stomacale. Ces diverses phases se succèdent ou coexistent.

Ordinairement, c'est un vice d'alimentation qui a provoqué la maladie, il faut même souvent la faire remonter à la plus tendre enfance.

Pour ce qui est du régime alimentaire dans l'entéro-colite muco-membraneuse, on peut dire, tout d'abord, que le lait est, en général, détestable chez les malades gravement atteints. On en guérit la moitié rien qu'en supprimant le régime lacté qu'ils s'étaient imposé ou qu'on leur avait prescrit.

Il faut les alimenter souvent, toutes les deux heures en moyenne, leur donner une alimentation reconstituante, mais non excitante; sauf, bien entendu, dans les périodes aiguës où la diète hydrique est de rigueur. Il faut leur conseiller le repos après les principaux repas, et, en général, peu d'exercice.

Chose importante, ne pas continuer longtemps le même régime; savoir le varier et arriver au régime ordinaire des gens bien portants.

Ce qui ne doit pas varier, c'est le précepte formel donné au malade de ne pas se préoccuper de sa constipation. Il lui suffit de se présenter à la garde-robe tous les matins à la même heure. Cependant, comme il faut tenir compte de son état mental, et un peu aussi de la mentalité de l'entourage, on peut autoriser un petit lavement d'eau bouillie à prendre le matin du troisième jour de présentation inefficace, à l'heure réglementaire de la présentation, lavement qui sera gardé cinq minutes seulement. On peut encore, si l'on croit devoir faire de grandes concessions, permettre, le soir du troisième jour de présentation inefficace, un lavement d'huile, non pas avec 200 ou 300 gr. d'huile, mais avec 4 ou 5 cuillerées à bouche d'huile pure, lavement destiné à être gardé toute la nuit : si l'on y ajoute une forte dose de suggestion, ce lavement aura, pour le lendemain, un effet magique.

Les pilules de belladone, d'après la formule de Trousseau, sont également recommandables; elles ont tout au moins l'avantage de ne pas être nuisibles.

Mais un agent véritablement utile, c'est le liquide orchitique de Brown-Séquard; c'est de la bouche même du savant professeur que je tiens ce renseignement et il faut remarquer que l'auto-suggestion n'a joué aucun rôle dans ses faits, car il ne s'attendait pas le moins du monde à cet effet des injections du liquide orchitique. Pour moi, utilisant ce précieux renseignement, j'ai traité et je traite encore par les injections de liquide orchitique les grands neurasthéniques

atteints de constipation opiniâtre avec entéro-colite.

Chez certains malades, le trouble abdominal est provoqué ou entretenu par un manque ou par un excès d'exercice musculaire.

Les malades les plus difficiles à guérir sont les psychiques, et ce sont malheureusement les plus nombreux. Chez eux, le trouble abdominal n'est que l'élément secondaire. Or, à la maladie psychique, il faut un traitement psychique.

Ces psychiques finissent par guérir, ou sont au moins assez améliorés pour avoir une vie acceptable. Faire disparaître leur constipation n'est qu'un jeu. Mais ceux qui font le désespoir de la médecine, ce sont les malades dont le cerveau a été ébranlé par un choc brutal : choc moral ou choc traumatique. Le choc traumatique, en particulier, crée de toutes pièces des états morbides n'ayant de véritable nom nulle part et qu'on classe, faute de mieux, sous l'étiquette de neurasthénie hystéro-traumatique.

M. P. Gallois. — Je pense que l'abus des médicaments a une part considérable dans la genèse de l'entérite muco-membraneuse. Les purgatifs salins provoquent l'hyperchlorhydrie. Les résineux, comme la rhubarbe, sont très irritants pour le rectum et l'anus. Le calomel, si employé chez les enfants et volontiers considéré comme inoffensif, me semble, au contraire, un médicament fort dangereux. M. Lyon, peu partisan des purgations, se contente, comme laxatif, du psyllium. Il m'est arrivé d'en prendre une fois, cela m'a été très désagréable. J'ai eu des selles glaireuses, des coliques et du ténesme. Quant aux suppositoires, surtout ceux à la glycérine, ils m'ont paru également déterminer une irritation parfois assez vive de l'ampoule rectale.

Je me hâte de dire que je ne proscris pas d'une façon absolue les purgatifs et les lavements ; ce que je combats, c'est l'abus qui en est fait communément.

Le traitement des entérites comprend, d'après moi, deux parties : le traitement prophylactique et le traitement curatif.

Le traitement prophylactique me paraît de beaucoup le plus important. Il est, en effet, infiniment préférable de ne pas laisser s'installer l'entérite que d'avoir à la guérir. En général, les malades préludent à l'entérite par la constipation. Celle-ci est souvent suivie de débâcles diarrhéiques ; c'est à l'occasion d'une de ces débâcles que l'entérite s'installe.

Il faut donc, d'abord, combattre la constipation, non pas par des purgatifs, des lavements ou des suppositoires, qui précipitent la débâcle dont je viens de parler, mais uniquement par le régime. Chez les enfants, cette constipation, dans la très grande majorité des cas, m'a semblé attribuable à une prolongation exagérée de l'alimentation lactée.

Chez l'adulte, c'est surtout l'abus de la viande qui est la cause de la constipation. Il sera donc important, chez lui, de prescrire un régime presque végétarien. Si la constipation persiste quelques jours, il ne faudra pas s'en effrayer outre mesure. Ce que je prescris, dans ces cas, c'est un verre d'eau pris le soir en se couchant, deux heures environ après le repas. Au besoin, j'y fais ajouter une cuillerée à soupe de glycérine. Parfois aussi je fais prendre, l'après-midi, vers 4 ou 5 heures, un demi-litre ou un litre de bière absorbée assez rapidement. Le plus que je permette couramment, c'est un peu de magnésie. Dans les grandes circonstances, je vais jusqu'à l'huile de ricin ou au sulfate de soude.

Lorsque survient une débâcle, si elle est juste suffisante, il n'y a rien à faire. Si elle est exagérée, c'est-à-dire si elle est suivie de diarrhée, il faut se garder de donner une purgation, comme cela est souvent conseillé. Il suffit généralement de mettre le malade au lait pour une journée et de lui faire prendre quelques cachets de salicylate de bismuth ; un seul suffit en général. Lorsque le malade est resté vingt-quatre heures sans aller à la selle, on lui laisse reprendre son alimentation ordinaire.

Il faudra s'efforcer d'obtenir l'amélioration des voies digestives par la seule hygiène alimentaire. Mais, pour cela, il faut bien savoir que l'entérite membraneuse peut se traduire par de la constipation ou par de la diarrhée, et que cette diarrhée n'est souvent elle-même que de la constipation déguisée.

Le fond du régime sera représenté par des pâtes alimentaires, qui peuvent être considérées comme un excellent pansement des voies digestives, et qui, au point de vue diarrhée et constipation, sont à peu près indifférentes. C'est, d'ailleurs, un aliment presque complet, puisqu'il contient à la fois des albuminoïdes et des hydrocarbures.

Comme complément, il est nécessaire d'avoir deux catégories d'aliments : les uns plutôt constipants, les autres plutôt laxatifs. On fera varier les proportions suivant l'état des fonctions gastro-intestinales.

Lorsqu'on aura besoin de substances plutôt constipantes, on utilisera soit du riz, soit des substances d'origine animale. La viande étant contre-indiquée chez ces malades, je la fais remplacer par du fromage Gervais, normand, petit suisse et même brie ou gruyère, etc.; les seuls qu'on doive interdire sont ceux qui sont rances ou trop fermentés. Je prescris assez souvent, chez les dyspeptiques, de véritables cures de fromage. Le lait est généralement contre-indiqué.

Lorsqu'on désirera obtenir des selles plus molles on aura recours soit aux substances d'origine végétale (moins le riz), soit, parmi les substances animales, aux matières grasses.

S'il est nécessaire d'avoir une action laxative plus marquée, on prescrira des légumes verts cuits. Quant aux matières grasses, le beurre très frais me paraît un excellent aliment dans ce cas. Si certains malades ne le supportent pas bien, par contre il en est beaucoup qui le digèrent mieux que les féculents ou les légumes verts cuits. J'en fais prendre, quand cela est possible, d'assez grandes quantités. Les corps gras me paraissent être également de bons pansements intestinaux, comme l'a indiqué Cohnheim, avec cet avantage, dans le cas particulier, d'être assez nettement laxatif. Il m'arrive souvent de faire prendre de véritables pâtées de beurre et de fromage. Je leur fais écraser et pétrir dans leur assiette une cinquantaine de grammes de beurre, avec une quantité à peu près égale de fromage. Cela fait un mélange agréable à prendre, très nourrissant, et bien toléré en général par l'estomac et l'intestin.

M. Mathieu. — L'usage des graisses alimentaires est considéré généralement comme nuisible chez les dyspeptiques et dans la colite muco-membraneuse. Cela n'est pas exact pour le beurre frais et la graisse de jambon, qui sont ordinairement bien digérés. Le prof. Von Noorden recommande de donner aux colitiques 100 à 150 gr. de beurre. J'ai guéri des malades en leur prescrivant un quart de livre de beurre frais par jour. La constipation disparaît, et avec elle l'entéro-colite.

Le thiol en dermatologie

M. Leredde. — Je désire parler à la Société de thérapeutique d'un réducteur depuis assez longtemps employé en Allemagne, et qui porte le nom de thiol. Il s'agit d'un corps retiré de l'huile de goudron, de lignite, qui se trouve dans le commerce à l'état de poudre sèche ou de produit liquide.

Le thiol est un réducteur faible ; son intérêt vient précisément de ce qu'en dermatologie le nombre des réducteurs faibles que nous avons à notre disposition est peu élevé. Les réducteurs faibles, aux doses convenables, ont une action décongestionnante, kératoplastique et antiparasitaire. Le thiol présente ces propriétés.

On peut l'employer sous toutes les formes adoptées en thérapeutique dermatologique, en solution pour badigeonnages, en pommades, en pâtes, en vernis, en crèmes, en emplâtres, en glycérolés, etc. Les doses habituelles sont de 5 % et 10 %.

Les indications principales du thiol se trouvent dans les eczémas et dans les affections prurigineuses. Dans l'eczéma aigu, le thiol peut être employé dès la période de déclin, lorsque le suintement est un peu atténué, sous forme de badigeonnages ou en pâtes. Dans l'eczéma chronique, on devra l'incorporer à des pâtes ou à des pommades contenant d'autres réducteurs faibles ou des réducteurs énergiques.

L'action antiprurigineuse du thiol est des plus nettes et on pourra s'en servir avec avantages dans les prurits aigus, dans les prurigos, les lésions lichénifiées, etc., etc. Cette action n'a rien de spécifique, mais on peut dire que le thiol est un des agents antiprurigineux les plus faciles à manier; s'il est moins actif que

les réducteurs énergiques, il est d'un emploi plus commode.

Je me suis servi du thiol, isolé ou associé à d'autres réducteurs, dans les séborrhéides, l'intertrigo, le psoriasis, les dermatites artificielles. Il est précieux dans les dermatoses aiguës des enfants jeunes, dont la peau est, on le sait, intolérante. Le thiol est bien supporté. Bien entendu, l'expérience du dermatologiste est nécessaire pour savoir quand et comment l'employer. Sous cette réserve, qui doit être faite pour tous les agents thérapeutiques, il mérite de passer largement dans la pratique courante.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 14 novembre

Traitement des fibromes par la méthode d'Apostoli

M. Moutier répond et réfute les objections qui lui avaient été faites dans une précédente séance par MM. Delherme et Laquerrière. Il montre qu'il préférera toujours une méthode vaginale à une méthode intra-utérine, étant donné que les résultats sont aussi bons par l'une ou l'autre méthode. Il continuera donc à préconiser les décharges d'un condensateur de courant continu, méthode aussi efficace que la méthode d'Apostoli, et souvent applicable sans danger.

Les fibromes utérins doivent-ils être toujours opérés?

M. Pichevin.— Entre les abstentionnistes systématiques et les interventionnistes inflexibles qui professent que tout fibrome, si petit qu'il soit, si silencieux qu'il puisse être, doit être toujours opéré, il y a des gynécologistes qui pensent que la tumeur fibro-myomateuse de l'utérus ne doit être opérée que dans certaines conditions et dans des cas déterminés.

Les fibromes silencieux et latents, ceux qui ne se manifestent que par des ménorragies ou des métrorragies peu accentuées, par de la pesanteur dans le bas-ventre, ne sont pas justifiables du bistouri. Mais tout fibrome doit être l'objet d'une surveillance spéciale, parce que certains symptômes persistants peuvent mettre le chirurgien dans l'obligation d'opérer.

L'hémorragie n'est pas, d'emblée, une cause suffisante pour pratiquer, dans tous les cas, l'ouverture de la cavité abdominale. Sans doute, il y a une nécessité imprévue d'arrêter les hémorragies utérines qui, à la longue, épuisent les malades et les font tomber dans la cachexie. Contre ces pertes de sang, l'hémaméline, l'hémocléine, l'ergotine, peuvent être de quelque utilité. Mais le curage de l'utérus et l'électricité donnent parfois d'heureux résultats. Le curage n'a, en règle générale, qu'une action temporaire; cependant, j'ai vu l'hémorragie cesser pendant deux ans après l'abrasion de la muqueuse utérine.

Je ne suis pas un protagoniste forcené de l'électricité, qui a ses indications et ses dangers, mais je ne puis m'empêcher de constater que l'électricité m'a donné trois merveilleux résultats. C'est donc une ressource dont il ne faudrait pas absolument se priver

Les fibro myomes doivent toujours être surveillés, ai-je dit. Ces tumeurs peuvent rester stationnaires ou ne donner lieu à aucun symptôme sérieux pendant toute la vie génitale de la femme. Mais il existe un moment où l'on se trouve en présence d'indications opératoires très nettes. On les connaît: abondance et répétition des hémorragies, qui résistent aux moyens cités plus haut; augmentation rapide de la tumeur; troubles variés de compression (intestin, vessie, uretère, nerfs, vaisseaux); hydrorrhée; soupçon et signes de dégénérescence.

Parfois il faut donc opérer. Quelle opération doit-on faire? La variabilité de l'évolution des fibro-myomes, la variabilité de leurs manifestations symptomatiques mettent le chirurgien dans la nécessité d'avoir recours à différentes méthodes opératoires.

Ici c'est la voie vaginale qui s'impose, le fibrome est engagé entre les lèvres du col, l'utérus n'est pas gros. On extirpera la tumeur par la voie vaginale.

D'ordinaire, c'est l'incision hypogastrique qui permettra de mieux attaquer la tumeur.

Trois opérations se disputent la faveur des gynécologistes: l'hystérectomie sus-vaginale, l'abdominale totale, la myomectomie. Des deux premières, je ne dirai rien aujourd'hui. Ce sont des opérations de nécessité.

La myomectomie est de nouveau en faveur. Tout fibrome, même petit, même silencieux et latent, doit être enlevé. Plus la tumeur est petite, plus tôt elle doit être extirpée, parce que l'opération est moins grave. Telle est la doctrine de quelques chirurgiens.

Les avantages de la myomectomie sont les suivants, dit-on: 1° bénignité opératoire. La mortalité n'est que de 2 à 3 %. Mais je crois que toutes choses égales d'ailleurs, l'hystérectomie n'est pas plus grave que la myomectomie; 2° celle-ci est une opération conservatrice. C'est vrai, mais n'est il pas plus conservateur encore de ne pas faire la laparotomie pour un myome qui ne se manifeste par aucun symptôme?

Contre la myomectomie, différentes objections peuvent être faites. On laisse d'autres fibromes qui échappent à l'exploration. J'ai montré dans différentes Sociétés, et je montre assez souvent, après les opérations, combien aurait été illusoire la myomectomie appliquée à certains utérus littéralement farcis de petites tumeurs fibreuses. Et de fait, la récidive a été constatée dans un certain nombre de cas après la myomectomie, et a nécessité l'hystérectomie. Ces tumeurs, laissées en place, peuvent grossir et même dégénérer. Enfin, si la tumeur a donné naissance à des hémorragies, si souvent symptomatiques des lésions de la muqueuse utérine, ne doit on pas craindre, après la myomectomie, la continuation des métrorragies?

Dans tous les cas, il existe d'évidentes contre-indications à la myomectomie: l'âge des malades (45 ans et plus); le fibro kyste, le fibrome dégénéré, la multiplicité par trop considérable, le volume excessif, la situation basse des fibromes. Quand l'utérus est transformé en un énorme fibro-myomateux, on ne peut songer à la myomectomie. Enfin, les lésions annexielles doubles, qui ne sont pas rares, contre-indiquent l'opération.

Au contraire, je crois la myomectomie bien indiquée quand, chez une femme jeune, apparaît une tumeur bien limitée, à développement abdominal, fibrome peu saignant et donnant surtout naissance à des troubles de compression (rectum, vessie, etc.). J'ai le souvenir d'avoir opéré, il y a environ 10 ou 12 ans, deux cas de ce genre. En somme, j'estime que la myomectomie est, pour les chirurgiens temporisateurs et modérés, une opération d'exception, et que l'hystérectomie doit malheureusement être appliquée, le plus souvent, aux malades dont l'existence est menacée du fait de l'évolution de la tumeur utérine.

M. Ozenne. — Puisque M. Pichevin reconnaît que les fibromes exposent à tant de complications locales et générales, on pouvait s'attendre à le voir conclure à un traitement plus actif. En effet, comment exercer cette surveillance de ces fibromes que l'on a une fois considérés comme non dangereux; les malades sont perdues de vue et on s'expose à ne plus les revoir que lorsqu'elles ont une complication dangereuse ou même un état cachectique? et comment savoir si tel fibrome, aujourd'hui inoffensif, ne déterminera pas des dégénérescences viscérales, et si l'on ne sera pas appelé trop tard pour intervenir utilement? Quant à la question de la myomectomie, elle n'a jamais été conseillée comme le traitement de choix des fibromes indistinctement, et si je la défends, c'est moins parce qu'elle présente de moindres dangers que l'hystérectomie, que parce qu'elle réalise la conservation de l'utérus et permet la maternité.

M. Moutier. — M. Pichevin pourrait il nous dire exactement comment ont été traitées les malades mortes à la suite de traitements électriques?

M. Pichevin. — A M. Ozenne je répondrai que, quand j'estime qu'il n'y a pas lieu d'opérer, je donne à la malade les conseils nécessaires et je l'informe des dangers possibles, afin qu'elle ne se laisse pas perdre de vue par son chirurgien. On ne peut faire davantage, et cela suffit pour toute malade qui a soin de sa santé. Entre l'époque où un fibrome est insigni-

fiant, et celle où il a conduit à la cachexie, il s'écoule un temps assez long et il se manifeste assez de symptômes inquiétants pour que la malade puisse consulter à temps.

Je répète que, quand une femme est jeune, qu'elle ne présente aucun symptôme dangereux, il est raisonnable, si on l'opère, de se contenter de la myomectomie, mais qu'alors il est encore mieux de ne pas l'opérer du tout, car, si peu fréquente que soit la mort après l'intervention, on ne peut y exposer une malade sans des indications précises d'opérer.

A M. Moutier je dirai que je n'ai pas connu dans leurs détails les traitements électriques suivis par les malades auxquelles j'ai fait allusion, et que j'ai vu seulement les accidents consécutifs. L'une d'elle mourut de suppuration pelvienne. Une autre vint à moi pour une hémorragie extrêmement abondante; après l'hystérectomie on put constater que la cause de cette hémorragie était une profonde ulcération intra-utérine.

M. Minet. — Il ne serait pas surprenant que le traitement intra utérin par l'électrolyse, mal appliqué, pût donner des hémorragies, car j'ai nettement observé, dans mes expériences sur l'urètre des chiens, que l'électrolyse avec des courants trop intenses est bien plus dangereuse par les énormes hémorragies interstitielles qu'elle provoque, que par la production d'eschares. M. Desnos a constaté les mêmes dégâts d'ordre hémorragique, dans des expériences sur l'électrolyse linéaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 novembre

Angine de Vincent et stomatite ulcéro membraneuse; angine staphylococcique préalable

MM. Widal et Darré. — La malade que nous vous présentons est atteinte à la fois d'angine de Vincent et de stomatite ulcéro-membraneuse. L'examen bactériologique a révélé l'association des spirilles et des bacilles fusiformes sur l'ulcération de la muqueuse de la bouche aussi bien que sur l'ulcération amygdalienne.

Cette double détermination a été précédée par l'évolution d'une angine pseudo-membraneuse aux deux amygdales et caractérisée seulement par la présence du staphylocoque doré et du bacille pseudo-diphtérique. Cette angine blanche a peut-être préparé le terrain à l'éclosion de l'infection fuso spirillaire.

On a déjà publié un certain nombre de cas montrant la coïncidence de l'angine de Vincent et de stomatite ulcéro-membraneuse fuso-spirillaire. On sait, d'autre part, que la stomatite ulcéro-membraneuse primitive isolée, qui peut être occasionnée par des germes très variés, est souvent produite par l'association des spirilles et des bacilles fusiformes, surtout lorsqu'elle est liée à l'évolution dentaire.

Le fait que la symbiose fuso-spirillaire peut occasionner une ulcération sur la muqueuse de la bouche aussi bien qu'au niveau de l'amygdale, n'est pas fait pour surprendre.

M. Vincent, en établissant le premier la réalité de cette symbiose, a montré, en effet, dès ses premières recherches, que l'infection fuso spirillaire pouvait occasionner des déterminations multiples et se localiser aussi bien au niveau de la peau (pourriture d'hôpital ou diphtérie des plaies) qu'au niveau de la muqueuse buccale.

Hérédo-syphilis du cervelet

MM. Raymond et **G. Guillain.** — Les observations de syndromes cérébelleux dépendant de la syphilis héréditaire font défaut dans la littérature médicale. Le cas que nous avons observé est, en effet, exceptionnel. Un enfant de onze ans venait consulter au mois de mars de l'année 1901, à la Salpêtrière, pour des troubles de la marche, des vertiges, etc., apparus depuis cinq mois. Nous avons alors constaté un syndrome cérébelleux typique : démarche titubante avec latéropulsion, signe de Romberg, conservation de l'équilibre volitionnel statique avec troubles de l'équilibre volitionnel cinétique, asynergie, troubles de la diadococinésie, tremblement des membres supérieurs. Les réflexes rotuliens, achilléens, les réflexes du poignet étaient exagérés; pas de clonus du pied, pas de signe de Babinski. Les pupilles réagissaient normalement, il n'y avait pas de troubles de la vision, mais du nystagmus. Aucun trouble de sensibilité.

Le diagnostic du syndrome cérébelleux était évident; l'origine de ce syndrome plus difficile à déterminer, car il n'y avait aucun signe de tumeur, de tuberculose ou de syphilis.

Toutefois, le père du malade étant un tabétique, nous avons soumis l'enfant à un traitement mercuriel. L'amélioration fut progressive. Aujourd'hui, huit mois après le début de ce traitement, il ne persiste plus aucun trouble nerveux, l'enfant est absolument guéri. Ainsi se trouve démontrée l'origine hérédo-syphilitique du syndrome cérébelleux chez notre malade.

Cette observation suggère des réflexions au point de vue de la pathologie générale, car il est évident que si le traitement mercuriel n'avait pas été institué, des lésions scléreuses définitives se seraient créées. L'on aurait alors été en présence d'une maladie pouvant rappeler les scléroses familiales du cervelet ou la maladie de Friedreich sur laquelle le traitement n'aurait plus eu d'action et, partant, dont la nature hérédo-syphilitique aurait été méconnue.

Sur une question de **M. Dufour**, M. Guillain dit qu'il n'a pas pratiqué de ponction lombaire chez ce petit malade, par crainte d'inconvénients ou même de dangers, puisqu'on a signalé des faits de mort subite à la suite de ces ponctions.

M. Widal dit qu'il a pratiqué des ponctions lombaires répétées, fréquentes, sur plusieurs malades ayant des tumeurs du cervelet et que, bien loin d'avoir éprouvé des inconvénients du fait de ces ponctions, les malades en ont presque toujours retiré un soulagement immédiat, si bien qu'ils les réclamenait eux-mêmes.

M. Guillain est bien de l'avis de M. Widal dans le cas de tumeur cérébelleuse, mais il ne s'agissait pas de cela chez son malade.

Manifestations cutanées syphilitiques dans un cas de tabes

MM. Raymond et **G. Guillain.** — Si l'origine syphilitique du tabes est aujourd'hui un fait indiscuté, l'observation clinique montre toutefois combien est exceptionnelle, chez les tabétiques, la coexistence d'accidents nettement syphilitiques, tels que les syphilides cutanées.

La malade que nous présentons a eu un chancre syphilitique il y a dix-sept ans ; depuis dix ans sont apparus les symptômes d'un tabes aujourd'hui typique (douleurs fulgurantes, ataxie, troubles oculaires et vésicaux, abolition des réflexes). En plus de ces symptômes on observe, au niveau de la main droite, des syphilides papuleuses crustacées, psoriasiformes, très caractéristiques.

Les accidents syphilitiques au cours du tabes sont très rares, si rares que Dalous, dans un travail récent, n'a pu en réunir que 21 cas dans la littérature médicale. Il est intéressant de constater que, sur ces 21 malades, 9 d'entre eux niaient la syphilis. Aussi comprend-on qu'il ne faut nullement se laisser influencer par les dénégations de certaines tabétiques au sujet de la syphilis.

Nous avons d'ailleurs remarqué que, très souvent, la syphilis, chez les tabétiques ou les paralytiques généraux, a évolué en produisant fort peu de localisations cutanées.

Nous insistons sur l'importance qu'il y a de constater des lésions syphilitiques dans des cas de tabes au début, car on peut alors avoir une action par la thérapeutique spécifique, tandis que la médication mercurielle ne semble donner que des résultats très précaires, quand le processus tabétique évolue depuis longtemps et a créé dans la moelle des lésions scléreuses graves.

J. J.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

NOMINATIONS

Sont promus dans le cadre du corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal

Les méd. de 1re cl. :

1er tour (ancienneté) M. Barbolain, en rempl. de M. Cantellauve, retr.

2e tour (choix) M. Nollet, en rempl. de M. Dufour, retr.

Au grade de méd. de 1re cl.

Les méd. de 2e cl. :

3e tour (choix) M. Lowitz, en rempl. de M. Kéraudren, retr.

1er tour (ancienneté) M. Bouteiller, en rempl. de M. Barbolain, pr.

2e tour (ancienneté) M. Lucciardi, en rempl. de M. Nollet, pr.

3e tour (choix) M. Bellet, en complément de cadre.

1er tour (ancienneté) M. Bessière, en compl. de cadre.

2e tour (ancienneté) M. Guyot, en compl. de cadre.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Pfihl, 4 Ortal, 5 Cognes, 6 Guézennec, 7 Mercier, 8 Thémoin

MM. les médecins principaux :

1 Santelli, Michel, Bourdon, Julien-Laferrière, Damany, Gauran, Durand, Bourit, Mazet, Ménier.

11 Valence, Roux, Audibert, Chastang, Laugier.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Letrosne, Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Barrat.

11 Locin, Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Tricard, Titi, Viguier, Lefebvre, Guitton, Faucheraud.

21 Durand, Barillet, Le Floch, Aubry, Barbolain, Jouenne, Baret, Castaing, Merleau-Ponty, Richer de Forges.

31 Giraud, Crozet, Abeille de la Colle, Maillin, Boy, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton, Penon.

41 Charuel, Olivier, Rolland, Chalibert, Cassien, Castex, Vialet, Donnart.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Busquet, Lestage, Quéré, Hutin, Hénault, Le Moignic, Gaubin, Janicot, Colomb, Caille.

11 Lecalvé, Dupuy, Kervern, D'Adhémar de Lantagnac.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour les prix à décerner à MM. les élèves internes de 4e année

Année 1904-1905.

Médecine

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 13 mars 1905, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 14 janvier 1905 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 14 janvier, à 3 heures, dernier délai.

A l'ouverture du concours, le 13 mars 1905, à 4 heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des candidats qui seront appelés à subir l'épreuve théorique orale dans cette séance.

Chirurgie et Accouchements

L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 9 mars 1905, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 14 janvier 1905 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 14 janvier, à 3 heures, dernier délai.

A l'ouverture du concours, le 9 mars 1905, à 4 heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des candidats qui seront appelés à subir l'épreuve théorique orale dans cette séance.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 15 novembre

Anatomie

Question : « Muscle quadriceps crural. »

17 Guiard, Josset, Moure — 15 Judet — 14 Guilbert — 13 Hubert, Dufourmentel — 12 Laden, Mlle Tochenkor — 10 Hillon, Jacobée, Dugast, Streiff, Partmann — 9 Didier, Fournier — 8 Georghiu, Duvaldestin — 7 Thuillard.

Séance du 16

Pathologie

Question : « Clinique du cœur ».

17 Belloy, Rodriguez — 15 Luzoir, Chaperon — 14 Lascazas de Saint-Martin, Baudry, Ballach, Avezou — 13 Philip — 12 Bourdeau, de Fontenay, Baron — 10 L. Lutaud, Carrère — 9 Bénard — 8 Bohric — 6 Blanc, Binet — 3 Bellin, du Coteau — 2 Cugno — 1 Courcières.

Séance du 17

Anatomie

Question : « Rapports de la vessie chez l'homme.

17 1/2 Weissenbach — 16 1/2 Volfromm, Séjournet — 16 Weill, Quenillo — 14 1/2 Rousseau — 14 Ramadier — 13 Tarrade — 12 Schneider, Roy, Verrier, Viscovici — 11 Thybaut — 10 1/2 Vinchon — 10 Wattez, Viole — 9 A. Vincent, Salès — 7 Reuyer.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 19 novembre, à 4 h. 3/4 : suite des candidats de la 2e série de la 2e moitié de la liste.

NÉCROLOGIE

M. Fidel, Saint Romain-de-Colbosc (Seine-Inférieure).

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CHIRURGIE INFANTILE

(*Hôpital des Enfants-Malades*)

M. A. Broca

Méningite auriculaire et méningite tuberculeuse

Tout récemment, j'ai eu l'occasion de vous apprendre, à propos d'une malade que j'ai trépanée devant vous, dans quelles conditions nous devons diagnostiquer et traiter chirurgicalement les méningites aiguës, consécutives aux inflammations de l'oreille moyenne. Aujourd'hui encore, le problème se pose pour une fillette que je ne crois pas, au contraire, devoir opérer. Et ces deux observations, dont le parallèle me paraît instructif, vont me permettre de vous montrer quels éléments de diagnostic et de pronostic sont fournis au clinicien par la ponction lombaire.

Je commence par l'histoire de la malade actuellement dans nos salles, et j'en rapprocherai celle de l'enfant que nous avons soignée la semaine dernière.

I

Chez cette fille de deux ans et demi, c'est une question de diagnostic que nous avons à résoudre, et pour laquelle hier soir je fus appelé d'urgence par l'interne de garde, dans les conditions suivantes :

Opérée à l'âge de neuf mois, le 6 janvier 1903, dans mon service de l'hôpital Tenon, par un de mes internes, pour une mastoïdite aiguë, l'enfant avait subi un évidement pétro-mastoïdien complet, quoique dans ces cas aigus l'ouverture de l'apophyse suffise presque toujours; mais, de proche en proche, les fongosités osseuses avaient conduit l'opérateur jusque dans la caisse, et, d'autre part, quoique l'otorrhée fût récente, ne remontant qu'au 20 décembre, elle était fétide dès le début, ce qui est, vous le savez, un caractère de chronicité. L'origine fut peut-être tuberculeuse, mais, ce qui est certain, c'est que l'ostéite fut profonde et grave, puisque le 11 février 1903 fut notée une nécrose du massif du facial avec paralysie incomplète du nerf. Néanmoins, les choses s'arrangèrent localement, et la cavité osseuse s'épidermisa, exception faite pour un petit point de muqueuse qui resta suintant, tout au fond de la caisse. Cette cavité fut tenue en très bon état de propreté par M. Weill, qui pansa régulièrement l'enfant, et l'état général était bon.

Or, hier matin, la mère vint trouver M. Weill parce que, depuis huit jours, existaient des accidents qui commençaient à l'inquiéter. Après quelques jours de constipation opiniâtre, ayant exigé des lavements répétés, de violentes convulsions avaient éclaté le 26 octobre. Depuis, l'enfant était restée somnolente, constipée, vomissant tout ce qu'elle prenait, et M. Weill, diagnostiquant à juste titre une méningite, m'envoya immédiatement la malade pour le cas où, croyant à une origine auriculaire, je jugerais utile la trépanation.

Quand je vis l'enfant, à 6 heures du soir, je confirmai le diagnostic de méningite, car la symptomatologie était presque au grand complet. Le signe de Kernig faisait défaut, mais on notait : somnolence, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, ventre en bateau, raie méningitique, respiration inégale, suspirieuse, à type de Cheyne-Stokes, pouls très inégal et irrégulier, à 65-70, température à 37°5. Il n'y avait pas de phénomènes paralytiques, pas de strabisme. Mais, pendant que l'on coupait les cheveux à la malade, elle fut prise de convulsions dans les membres droits. La paralysie faciale gauche, que nous constations, n'avait aucune valeur, puisque nous la trouvons notée dans l'ancienne observation auriculaire.

Donc, méningite à peu près certaine. Mais, tout de suite, je pensai plutôt à une méningite tuberculeuse. Je sais, sans doute, que certaines méningites auriculaires ont ces allures subaiguës, sans grande fièvre, et j'en ai publié des exemples il y a quelque dix ans, à une époque où ces faits étaient encore mal connus. Mais la cavité de l'ancienne trépanation — dont je ne fus ni l'auteur, ni le panseur — est tout à fait bien épidermisée et sèche; nulle part la pression sur le squelette n'est, à ce niveau, douloureuse, ne provoque même une ébauche de mouvement de défense. Enfin, mon diagnostic clinique est corroboré de façon à peu près certaine par un renseignement de laboratoire qui me fut donné dès hier soir: la ponction rachidienne, que M. Gaudeau voulut bien pratiquer, avait fourni 15 cc de liquide céphalo-rachidien presque clair, sans hypertension, contenant des lymphocytes extrêmement abondants et fort peu de polynucléaires.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur la valeur clinique de ces réactions leucocytaires dans les liquides inflammatoires et sur les discussions auxquelles elles doivent donner lieu. Tout le monde accorde qu'on ne doit pas poser l'équation : lymphocytose = tuberculose. Mais il n'en reste pas moins que nous possédons là un renseignement des plus utiles, qui devient de tout premier ordre quand il corrobore les données, souvent plus hypothétiques encore, de la clinique traditionnelle.

Dans l'espèce, clinique et laboratoire sont d'accord, et, dès lors, je crois le diagnostic de méningite tuberculeuse établi avec autant de certitude qu'il puisse l'être, en sorte que je n'ai pas opéré. C'est en cela que la ponction lombaire fut utile, car, sans le supplément d'information par elle apporté, il est plus que probable que je ne me serais pas abstenu. Plusieurs fois déjà — j'en retrouve trois dans mes souvenirs — je me suis vu en face de cette difficulté, à une époque où les réactions leucocytaires étaient ignorées, et vous concevez quel fut alors mon embarras : la symptomatologie était presque à coup sûr celle d'une méningite tuberculeuse, l'apophyse était extérieurement normale et indolente, mais, depuis longtemps, une oreille coulait. Aussi ai-je opéré, ce qui n'a modifié ni en bien, ni en mal, la méningite tuberculeuse, et je n'y aurais pas perdu mon temps si j'avais connu, à cette date, la cytologie du liquide céphalo-rachidien. Certes, il vous arrivera souvent, loin des grands centres hospitaliers, de ne pouvoir ni étudier vous-mêmes, ni faire étudier ces formules leucocytaires, et alors vous agirez comme nous le faisions autrefois, ne vous abstenant pas, pour peu qu'il y ait place au doute, puisque nous sommes certains que l'opération est indifférente à la méningite tuberculeuse, et qu'elle peut guérir la méningite auriculaire.

Dans quelles conditions, dans quelles formes, avec quelle fréquence cette guérison est-elle possible? Il reste encore en cela bien des points obscurs, que sûrement la ponction lombaire nous permettra peu à peu d'éclairer.

Un des plus importants sera de déterminer les rapports exacts de la « méningite séreuse », du « méningisme » avec la méningite vraie. Car le doute subsiste pour les faits publiés; il n'y a pas longtemps encore, nous intervenions un peu au petit bonheur et ne savions pas au juste comment interpréter certains cas suivis de guérison. Je m'en tiens à cette rapide indication, car je n'ai pas pour but, aujourd'hui, d'envisager la question de ce point de vue; tandis que notre deuxième observation va me permettre de vous exposer, d'après des recherches toutes

récentes de mon distingué collègue J.-A. Sicard, comment l'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien nous donne des éléments de pronostic

II

Du 22 au 29 octobre vous avez pu examiner, au n° 12 de la salle Bilgrain, une fille de quatre ans et demi, qui fut amenée mourante de chez ses parents, mais pour laquelle j'aurais eu bon espoir pendant plusieurs jours si je n'avais quotidiennement été refroidi par Sicard.

Lorsque l'enfant nous fut présentée pour la première fois, les signes de la méningite aiguë étaient assez nettement marqués pour que le diagnostic clinique fût à peu près certain. La fièvre à 39°6, le pouls à 120, l'inégalité pupillaire par mydriase à droite, la céphalalgie, la rougeur de la face, l'état de torpeur cérébrale, permettant, toutefois, quelques brèves réponses, constituaient un tableau clinique suffisant, quoique fussent absents la raideur de la nuque, le signe de Kernig, la raie méningitique. La malade était constipée; elle avait eu, au début, des vomissements, actuellement arrêtés.

Pourquoi ces accidents méningés? On en trouvait l'explication dans l'oreille droite. Par celle-ci, sans doute, rien ne s'écoulait, et extérieurement la région rétro-auriculaire paraissait normale; mais la pression sur l'apophyse était manifestement douloureuse, surtout vers la pointe, et, d'autre part, l'histoire anamnestique était claire. Au mois de juin dernier était survenue sans cause connue, chez cette fille bien portante et de bonne hérédité, une otite moyenne douloureuse, suivie d'otorrhée fétide; et si, au bout d'un mois, l'écoulement avait semblé tari, quelques gouttes de temps à autre avaient démontré la persistance d'un processus inflammatoire profond. Le 7 octobre sans motif appréciable, la température monta à 38°5, l'enfant dut s'aliter avec des douleurs de tête et des vomissements qui la firent traiter par des applications de glace sur la tête. Le 19 octobre, on pratiqua une paracentèse du tympan qui donna issue à un peu de pus, mais ne fit pas cesser les signes alarmants, sauf les vomissements; l'agitation fut, en particulier, grande dans la nuit du 21 au 22 octobre, et enfin, l'enfant me fut apportée pour que fût tentée, en dernier ressort, une intervention chirurgicale.

Du temps avait été perdu, c'est incontestable. En pareille occurrence, je vous conseille formellement de percer le tympan dès votre première visite au malade; d'ouvrir apophyse et caisse dès le lendemain si le syndrome méningé persiste. Et, dans le cas actuel, cette conduite eût probablement conduit au succès, car je ne pense pas que la méningite, encore modérément accentuée au moment de l'admission — il n'y avait ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig — ait eu alors quinze jours de date. Il y a quelques années, je n'aurais même pas osé affirmer qu'elle fût réellement constituée au jour de mon examen et que nous n'eussions pas été en présence d'une de ces « méningites séreuses » auxquelles je faisais allusion il y a un instant, c'est-à-dire, selon toute probabilité, d'une irritation de voisinage avec hypertension du liquide céphalo-rachidien, peut-être sans pénétration microbienne dans ce liquide. Car cette hypothèse, seule, rend compte des guérisons parfois remarquables que l'on obtient dans ces conditions, par évacuation du pus sans ouvrir la cavité cranienne, c'est-à-dire par trépanation de l'apophyse et même par simple paracentèse du tympan.

Était-ce le cas? Cliniquement, je ne l'espérais guère, mais je priai mon collègue Sicard de vouloir bien me fixer sur ce point par l'examen du liquide céphalo rachidien. Pourquoi ce désir de précision? Parce que, dans le doute, il eût été sage d'évider largement l'os, de mettre la dure-mère à nu, mais de ne pas inciser tout de suite cette membrane, le danger étant, à mon sens, plus grand d'ouvrir, dans une cavité septique, l'arachnoïde non infectée, que de différer un jour de plus le drainage, malheureusement souvent inefficace, d'une méningite confirmée.

Je vous donne ce conseil pour le cas où, plus tard, livrés à vos propres ressources, vous n'aurez pas un laboratoire à votre disposition. Toujours, vous devrez être en état de pratiquer une ponction lombaire et, si le liquide céphalo rachidien est trouble, vous serez sûr que la méningite suppurée existe. Mais vous savez qu'un liquide clair peut être reconnu infecté à l'aide d'instruments que vous n'aurez pas sous la main; et, alors, vous agirez en deux temps, en n'incisant la dure-mère que si les accidents persistent au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. Il est regrettable d'avoir à déplorer que, en raison de l'organisation déplorable des laboratoires dans les hôpitaux, nous soyons trop souvent obligés d'opérer ainsi à l'aveugle.

Il n'en fut rien, dans le cas présent, grâce à l'amabilité de M. Sicard : 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien furent extraits, et quelques instants après je savais qu'il contenait des éléments cellulaires en assez grande quantité, dans la proportion de 89 polynucléaires et de 11 lymphocytes pour cent. Après centrifugation, on vit sur les lames colorées, des cocci, qui ne furent pas ensuite individualisées par cultures et inoculations. Cette formule cytologique démontrait une méningite, de nature non tuberculeuse, et vous voyez comme elle s'oppose à celle de la malade examinée par nous ce matin.

Remarquez bien que je n'ai pas trépané l'enfant exclusivement à cause de cet examen cytologique; l'analyse clinique m'avait fait admettre une rétention de pus dans l'apophyse mastoïde, quoique celle-ci fût extérieurement saine, et croire qu'avec cela il y avait une réaction méningée, très probablement une méningite vraie. J'étais donc, en tout cas, décidé à opérer : la cytologie m'a déterminé à inciser tout de suite la dure-mère, en me démontrant la méningite vraie. Et mon pronostic fut des plus réservés, quoique nous soyons maintenant en mesure de guérir quelques méningites auriculaires confirmées, en associant l'incision de la dure-mère à la ponction lombaire répétée.

J'opérai donc : apophyse et caisse contenaient du pus épais; la dure-mère et la pie-mère parurent macroscopiquement saines. Et, le lendemain, j'eus beaucoup d'espoir, car, cliniquement, l'amélioration était remarquable. La température était à 39°4, mais l'enfant était éveillée, répondant bien, la mydriase de l'œil droit avait cessé; les souffrances étaient nulles, la nuit avait été calme. Le 24, à la visite du matin, l'apparence était encore meilleure, avec pouls à 100 et température à 38°. Depuis l'opération, l'enfant n'avait pas vomi; un lavement avait provoqué une selle. Une nouvelle ponction lombaire fut alors faite par Sicard, à la fois pour surveiller le processus par l'examen du liquide, et pour assurer la décompression intra-cranienne, car nous savons que dans les méningites l'hypertension du liquide céphalo-rachidien a des conséquences mécaniques graves, menaçant le fonctionnement des éléments nobles des centres nerveux; si bien même que, dans quelques infections à virulence éphémère, la ponction lombaire peut suffire à guérir certaines méningites. Et comme, après incision de la dure-mère dans le foyer pétromastoïdien evidé, la filtration de liquide céphalo-rachidien n'a pas coutume d'être abondante, la plupart des opérateurs cherchent à compléter leur

acte, les jours suivants, par une ou plusieurs ponctions lombaires.

Or, cette ponction faite et le liquide examiné, Sicard doucha mon optimisme. Certes, la purulence méningée n'avait pas augmenté, et dans le liquide, encore clair, la formule cytologique n'avait pas changé, mais le taux du glycose s'y était brusquement abaissé : de 0 gr. 52 centigr. par litre, il était tombé à 0 gr. 20 centigr. Quel est le sens de cette constatation? Voici :

On sait, depuis quelques années qu'à l'état normal le liquide céphalo-rachidien contient du glycose, et Sicard vient de montrer, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, en date du 14 octobre dernier, que le taux normal moyen étant de 0.40 à 0.50 par litre (dans la note manuscrite plus récente relative à mon malade, il donne comme chiffre 0.50 à 0.60), dans les méningites ce taux s'abaisse, en sorte qu'on a là un élément utile de diagnostic lorsque la cytologie n'est pas suffisamment démonstrative, ce qui, d'ailleurs, n'était pas notre cas. Mais on a là, aussi, un élément de pronostic, une chute du taux glycosique au-dessous de 0 gr. 25 centigr. n'ayant été constatée que dans des cas mortels.

Or, chez notre malade, le taux glycosique était de 0 gr. 52 centigr. lors de l'admission : à la deuxième ponction il était de 0.20 seulement ; à la troisième, deux jours plus tard, de 0.18. Et, à cette date, le pessimisme de Sicard était justifié : après trois jours de calme remarquable, une persistance de la fièvre entre 38 et 39° était, à vrai dire, le seul symptôme inquiétant; le 25 septembre, à 4 heures du soir, l'enfant poussa quelques cris « méningitiques », puis se plaignit de la tête, et le 26, au matin, elle était couchée en chien de fusil, avec la nuque raide, avec le signe de Kernig. Puis l'évolution symptomatique ne fut pas très violente : pas de vomissements, pas de constipation, pas de cris, température de 36.8 à 37°, pouls au dessous de 100 et régulier. Mais l'assoupissement se prononça de plus en plus, et l'enfant succomba le 1er novembre après un transport à domicile, effectué malgré notre avis. Je suis, du reste, convaincu que ce déménagement intempestif a peut-être hâté l'issue fatale de quelques instants, mais que nous n'aurions pu réussir à sauver cette malade. La dernière ponction lombaire, en date du 26 novembre, n'avait eu pour résultat que de diminuer un peu le signe de Kernig et la raideur de la nuque.

Dans la discussion de ce cas intéressant, une hypothèse doit être examinée : puisque, à la première ponction, le taux glycosique était de 0.52, c'est-à-dire normal, on pourrait admettre, d'après la communication récente de Sicard, qu'il y avait, au début, irritation méningée, « méningisme », pour employer un mot à la mode, et non méningite, c'est-à-dire infection des méninges. Dans cette hypothèse, celle-ci aurait probablement été due à l'incision de la dure-mère dans le foyer mastoïdien purulent, et il aurait mieux valu s'en tenir, en un premier temps, à une opération extra-cranienne. C'est, en effet, la conduite que j'ai toujours recommandée pour les cas où la complication intra-cranienne d'une otite est douteuse.

Mais ici, elle n'était pas douteuse. Dans le liquide, la polynucléose était intense, et malgré la teneur en sucre, M. Sicard avait été affirmatif : la méningite existait. Et ce que nous pouvons conclure, avec grande apparence de vérité, comme déjà c'était probable par l'examen clinique ordinaire, c'est que l'infection méningée était récente.

Raison de plus pour vous répéter une fois de plus : ne laissez jamais une otite passer à la chronicité ; si cela a eu lieu, occupez-vous activement de cette lésion menaçante ; si, enfin, vous n'êtes appelé qu'à l'occasion d'une poussée aiguë, assurez immédiatement un drainage à sec des cavités infectées.

HYGIÈNE SOCIALE

Isolement des tuberculeux dans les hôpitaux. Opinion de M. le prof. Grancher

La « Commission permanente de préservation contre la tuberculose » créée au ministère de l'intérieur, a nommé, pour étudier la grosse question de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, une Commission mixte dont fait partie une délégation de la Société médicale des hôpitaux composée de MM. Barth, Faisans et Triboulet.

Dans la dernière séance de cette Commission mixte, M. le prof. **Grancher** a exposé ses idées sur la question. Les voici :

Messieurs, la question de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux de Paris est d'une solution difficile, et vous en avez la preuve dans l'écart énorme qui sépare les propositions du rapport de M. Mesureur, d'avec le projet de la Société médicale des hôpitaux exposé ici par MM. Barth et Siredey.

Tandis que M. le Directeur de l'Assistance publique propose, en premier rang, une solution idéale, que j'appellerais volontiers *solution maxima*, à savoir la création d'hôpitaux destinés exclusivement aux tuberculeux, MM. Barth et Siredey demandent l'isolement dans les salles actuelles qui seraient divisées en deux, ou mieux, trois compartiments : 1° pour les maladies communes; 2° pour les douteux; 3° pour les tuberculeux. *C'est une solution minima.*

Je n'hésite pas à trouver tout à fait insuffisante la solution proposée par mes honorables collègues. Sans doute le personnel médical et hospitalier pourra éviter la contagion de son fait, par des soins rigoureux d'antisepsie tels que ceux que nous prenons dans mon service à l'hôpital des Enfants; mais les malades seront ici l'agent de la contagion, car les tuberculeux ne gardant pas le lit se mêleront bien vite aux non tuberculeux, et l'état actuel ne sera pas changé.

En outre, et c'est une considération capitale à mes yeux, le tuberculeux ne trouvera pas, dans cette combinaison, les soins spéciaux auxquels il a droit pour l'hygiène diététique avec galerie de cure, etc. Ce sera la promiscuité et l'abandon du traitement efficace, tels qu'ils existent aujourd'hui.

D'autre part, la création d'hôpitaux de tuberculeux ne me paraît pas la formule *nécessaire* de l'isolement, car la tuberculose n'est pas contagieuse comme la rougeole, par exemple, qu'un simple contact d'enfant à enfant transmet presque toujours.

Dans la tuberculose, comme le rappelait fort justement M. Barth, il faut un certain degré de cohabitation pour que la poussière de crachats desséchés ou les fragments salivaires de la toux puissent devenir agents efficaces de contagion.

Si cela est vrai, et je n'en doute pas, on est conduit naturellement à chercher un mode d'isolement qui serait aussi efficace que l'hôpital spécial et qui n'aurait pas ses inconvénients. En effet, il y a lieu de craindre que ces hôpitaux, qui ne recevront que des tuberculeux, ne soient considérés par la population et les malades comme des léproseries redoutables. Préjugé, dira-t-on, soit, mais préjugé respectable après tout, et que dans l'état actuel de nos mœurs nous ne pouvons pas négliger.

Cependant il faut aboutir, et le plus tôt possible, a ce double résultat : l'*isolement* des tuberculeux et le *traitement* des tuberculeux.

Je considère, pour ma part, ces deux termes du problème à résoudre comme étroitement liés, car si le malade non tuberculeux a le droit d'être protégé contre le danger de contagion — et l'*isolement* des tuberculeux y pourvoira — le tuberculeux à son tour a le droit au *traitement* rationnel de sa maladie S'il trouve, dans le lieu où on l'isole, des soins meilleurs et plus efficaces que ceux de la salle commune, il acceptera bien vite et avec reconnaissance de rester là où l'espoir de la guérison l'aura conduit.

Or, pour atteindre ce double but, il me semble que le quartier spécial dans l'hôpital commun est NÉCESSAIRE, mais SUFFI

sant. L'hôpital, tel qu'il est aujourd'hui, ne changerait ni de nom ni d'aspect, et le tuberculeux rentrerait à l'hôpital de la Charité, à l'Hôtel-Dieu, etc., mais il serait dirigé dans le quartier spécial réservé exclusivement à sa maladie. Du même coup, la partie de cet hôpital réservée aux maladies communes ne recevrait aucun tuberculeux et nous aurions ainsi, dans la même enceinte, un hôpital de tuberculeux et un hôpital de non tuberculeux.

Quant au traitement, il sera composé des trois formes classiques : *repos, suralimentation, aération continue*. Rien ne sera plus facile, dans la plupart des cas, que l'installation d'une galerie de cure où beaucoup de malades trouveront une amélioration notable de leur état, quelques-uns même la guérison. Sans doute, les tuberculeux arrivés à la dernière période de leur mal succomberont ; mais ceux qu'on aura pu, grâce à la consultation-dispensaire, soigner de très bonne heure, tireront de ces pavillons spéciaux sensiblement le même bénéfice que d'un sanatorium coûteux Car c'est une erreur, à mon avis, de croire que la cure d'air est impossible dans l'atmosphère parisienne. Certes, à ce point de vue, la campagne ou la montagne sont infiniment supérieures à une grande ville, et cependant, même à Paris, l'aération bien conduite rendra les plus grands services aux tuberculeux.

J'espère aussi que ce quartier d'hôpital aménagé pour la thérapeutique antituberculeuse permettra également les recherches scientifiques nécessaires à la définition plus précise des périodes initiales de la phtisie. Nous avons tous quelque chose à apprendre en matière de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire : étudiants, médecins des hôpitaux et professeurs de Faculté. A quel médecin n'est-il pas arrivé d'être surpris par l'éclosion soudaine d'un symptôme imprévu ? Et c'est peut-être parce que nous avons méconnu les légers indices du mal à son extrême début. Pour ne parler que du procédé classique de l'auscultation, j'ai la conviction, la certitude qu'elle est moins bien faite qu'il y a soixante ans. Andral et ses élèves enseignaient vers 1840 que toutes les nuances, les finesses d'auscultation sont précieuses. Eh ! bien, on ne les recherche plus aujourd'hui comme il conviendrait de le faire.

Je reconnais que, le plus souvent, le tuberculeux attend trop tard pour demander des secours et que le premier degré classique, et même le second, sont atteints lors du premier examen médical. Je reconnais aussi que l'hospitalisation actuelle des tuberculeux dans la salle commune ne rend pas facile cet examen et cette recherche des signes de la période de germination.

Mais je demande précisément qu'on change tout cela. D'une part, le dépistage des tuberculeux par la consultation-dispensaire, telle que nous la promet M. Mesureur, conduira au quartier spécial, des tuberculeux très légèrement touchés, et, d'autre part, le médecin, armé de tous les moyens de la cure, aura la satisfaction de voir que sa peine n'est pas perdue.

J'ajoute que les moyens de diagnostic autres que l'examen physique—tels la radiographie, l'agglutination bacillaire, le cyto diagnostic, la marche de la température — gagneraient à être étudiés méthodiquement; car nous sommes en pleine anarchie et quand on parle aujourd'hui du 1er degré de la tuberculose pulmonaire, on ne s'entend guère, même entre médecins. Or, ces études ne pourront être conduites à bien qu'avec les ressources d'un quartier spécial, où les tuberculeux, à toutes les périodes de leur mal, afflueront.

Messieurs, il semble que je m'écarte beaucoup de l'objet de cette commission, qui est l'isolement des tuberculeux. Je crois, au contraire, être en plein sujet, car il s'agit, en somme, de la lutte antituberculeuse. Or, j'estime que le diagnostic et la thérapeutique précoces sont tout aussi nécessaires et utiles que l'isolement des malades. Et j'estime que la création de quartiers spéciaux, réservés aux tuberculeux, emporte avec elle, par voie de conséquence, et une meilleure thérapeutique et un meilleur diagnostic, car maintenir une tuberculose à l'état fermé ou la guérir, ce qui est à peu près la même chose au point de vue social, serait le plus grand bienfait de ces établissements spécialisés que nous voulons créer pour nos tuberculeux, à Paris et hors Paris.

Encore un mot sur le fonctionnement de ces quartiers spéciaux, réservés aux tuberculeux dans l'hôpital commun.

Notre collègue M. Faisans, délégué de la Société médicale des hôpitaux, s'est beaucoup ému, et non sans raison peut-être, de la *spécialisation forcée* qu'entraînerait, pour la moitié environ des médecins des hôpitaux, la création d'hôpitaux d'isolement, exclusivement réservés à la tuberculose. La création de quartiers spéciaux écarte cette objection, car le service des tuberculeux pourrait être assuré par le partage des salles entre médecins, ou par roulement annuel, comme il arrive, à l'hôpital des Enfants, aux pavillons destinés à la scarlatine et à la rougeole, ou même par une *spécialisation libre*, telle que celle du pavillon de la diphtérie au même hôpital, pavillon réservé au même médecin pendant plusieurs années. Bref, ce fonctionnement serait affaire d'arrangement intérieur.

Ce qui importe avant tout, c'est de sortir le plus tôt possible de la situation actuelle, vraiment intolérable. Et, sans élever aucune objection de fond contre l'hôpital exclusivement réservé aux tuberculeux ou contre le sanatorium hors Paris, je pense qu'il faudrait commencer immédiatement la réforme par le *quartier spécial dans l'hôpital commun*.

Ce procédé d'isolement est, à mes yeux, *nécessaire et suffisant*.

A la suite de cette communication de M. Grancher, la Commission mixte, après une courte discussion, a adopté le système d'isolement qu'il préconise, et, aussi, le projet de créer un hôpital spécial pour tuberculeux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VIIe SESSION)

Tenu à Paris du 24 au 28 octobre 1904

(Suite et fin)

Programme d'expérimentations syphilitiques

M. Hallopeau. — Rendues possibles par la découverte de MM. Roux et Metchnikoff, elles vont être pratiquées dans tous les centres scientifiques de France et de l'étranger, particulièrement dans les pays inter-tropicaux, où les singes survivent. L'auteur expose celles qui devront, suivant lui, être faites en premier lieu.

1° La maladie n'étant que passagèrement généralisée, à quelle période le sang est-il inoculable ? Des inoculations en série permettront de l'établir et l'on arrivera de la sorte à résoudre les problèmes suivants.

2° L'immunité, si précoce contre une nouvelle atteinte, est-elle due à la production de substances vaccinantes ou à la pénétration immédiate du contage dans la circulation générale ?

3° Si cette pénétration est plus tardive, à quelle époque précise se produit-elle ?

4° Ne précède-t-elle pas l'apparition des accidents secondaires ? Ce n'est, en effet, très vraisemblablement qu'après une nouvelle incubation que les microbes passés du ganglion primitif dans les téguments y engendrent les toxines pathogénétiques.

5° A quel moment de l'évolution syphilitique cesse ce pouvoir infectant ?

6° Se produit-il de nouveau au moment où surviennent les roséoles *réduces* ou des poussées tertiaires disséminées ?

7° Il y aura lieu de rechercher, d'autre part, si le sperme est inoculable, et, dans l'affirmative, si le pouvoir infectant réside dans les spermatozoïdes ou dans le sérum, fait capital au point de vue de l'hérédité paternelle.

8° Les mêmes expériences devront être pratiquées chez des sujets atteints de syphilomes du testicule.

9° On cherchera à isoler des syphilitoxines, comparables aux tuberculines en utilisant les diverses néoplasies syphilitiques au lieu des cultures microbiennes, encore irréalisables.

10° Ces substances seront étudiées au point de vue chimique et dans leur action sur l'organisme.

11° On multipliera la quantité de matériaux d'expérimentation en inoculant à

un même animal des quantités de chancres, ou en sacrifiant simultanément plusieurs de ces animaux pendant la période secondaire.

12° On étudiera, au point de vue infectant, le sang de femelles fécondées par un mâle en évolution syphilitique; on reconnaîtra si l'immunité de Colles est due, ou non, à la filtration placentaire de toxines spécifiques; dans l'affirmative, on pourra chercher là les éléments d'un vaccin.

13° On utilisera dans le même but le sang d'un anthropoïde infecté, après l'avoir débarrassé, par centrifugation, de tout élément figuré.

Note sur les injections mercurielles dans les maladies nerveuses d'origine syphilitique

M. **M. Faure** (de La Malou). — Les injections quotidiennes ou tri-hebdomadaires de sels solubles constituent la méthode de choix, car elles permettent de doser, mieux qu'avec les autres procédés, la quantité de médicament utilisée. Les pilules et autres ingesta donnent, très souvent, aux nerveux, même à petite dose, des troubles intestinaux. Avec les frictions, l'huile grise, les injections de sels insolubles, on ne peut savoir, exactement, quelle dose du médicament va être absorbée, et en quel temps. Il en peut résulter, lorsque la limite de la tolérance est dépassée, une brusque et passagère altération de l'état général, qui laisse à sa suite une augmentation durable des troubles nerveux qu'on s'était proposé d'améliorer. En établissant une progression dans le choix des sels, comme dans les doses, on arrive à faire accepter, durant un temps limité, des médicaments qui ne pourraient être tolérés d'une façon continue.

Chez un nerveux jeune, dont l'état général est normal, dont la lésion est récente et nettement locale (telle qu'une gomme, par exemple), le traitement mercuriel peut être conduit avec la même intensité (voire la même brutalité), que chez n'importe quel syphilitique. Chez un malade d'âge moyen, d'état général médiocre, portant des lésions disséminées (telles que celles des vascularites cérébro-spinales, du tabes, de la paralysie générale), le traitement mercuriel doit être commencé avec précaution et conduit avec vigilance. En outre, le malade peut avoir des infections secondaires de la vessie, de l'intestin, etc., liées à la paralysie ou à l'atonie de ces organes. L'action médicamenteuse du mercure est nulle sur ces accidents infectieux, et la déchéance momentanée de l'état général, qui peut résulter d'un traitement mercuriel trop accentué, rend ces infections plus actives. Chez les vieillards, atteints d'accidents nerveux de la syphilis, il faudra être plus attentif encore : l'état des reins (analyse complète des urines, étude de la perméabilité rénale) sera l'objet d'une surveillance spéciale. Enfin, la durée du traitement dépendra naturellement, comme la dose, des effets obtenus, de l'état du malade, du but à atteindre, etc., et ne peut être fixée d'avance, uniformément pour tous.

La maladie de Banti existe-t-elle?

MM. A. Gilbert et **P. Lereboullet** ont réuni la plupart des observations publiées sous le nom de maladie de Banti, et montrent qu'aucune d'elles n'apporte la démonstration de la préexistence de la splénomégalie à la lésion hépatique. Dans presque toutes on peut trouver les signes d'une altération ancienne du foie, d'origine veineuse ou biliaire qui, tout en entraînant une splénomégalie précoce, est restée longtemps latente.

L'alcoolisme, le paludisme, la syphilis acquise ou héréditaire, sont dans quelques cas à son origine; dans nombre d'autres, il s'agit d'une des affections qui composent la famille biliaire; parfois c'est le diagnostic de cirrhose biliaire hypersplénomégalique ou celui d'ictère chronique splénomégalique ou hépato-splénomégalique qui doit être substitué à celui de maladie de Banti; d'autres fois, c'est celui de lithiase biliaire, et surtout celui de splénomégalie méta-ictérique ou anictérique, affections qui, toutes, s'accompagnent d'angiocholite chronique.

Pas plus qu'en clinique, l'anatomie pathologique ne permet pas d'établir de différences tranchées entre les lésions spléniques décrites dans la maladie de Banti, et celles des affections hépatiques aérées.

Kraurosis vulvæ (atrophie vulvaire

MM. Gaucher et **Louste** (Paris) rapportent deux observations d'atrophie vulvaire, affection décrite par Breiski, en 1885, sous le nom de « Kraurosis vulvæ » et dont la nature reste discutée. Dans l'une d'elles ils ont vu les lésions du kraurosis vulvæ succéder à des lésions syphilitiques récidivantes, cédant au traitement spécifique, mais causant l'atrophie vulvaire typique. Pour eux le kraurosis est une affection d'origine syphilitique.

Ils s'appuient, pour cela, sur des faits cliniques de coexistence de syphilis, comme dans leur observation ou dans celles relevées antérieurement. L'association constante de leucoplasie vulvaire avait déjà fait dire à Pilliet et Pettit qu'il n'y avait là que les deux étapes d'une même affection.

Les constatations histologiques plaident en faveur de cette hypothèse; il s'agit de lésions dermo-épithéliales portant d'abord sur le derme qui finit par se scléroser et, secondairement, sur l'épiderme qui, après hyperkératinisation, se détruit. Comme la leucoplasie, le kraurosis peut dégénérer en épithélioma.

Enfin, les auteurs ont pu voir s'arrêter les lésions chez une de leur malade soumise au traitement mercuriel.

Le kraurosis vulvæ, comme la leucoplasie, serait une lésion évidemment inflammatoire, mais de nature syphilitique.

Sur une forme clinique des paralysies de la coqueluche

MM. A. Moussous et **Cruchet** (Bordeaux). — Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi qui a été conduit dans le service de clinique pour des troubles de la motilité avec aphasie. Ces accidents sont survenus au cours d'une coqueluche déjà vieille de plusieurs semaines. Ils ont été constatés à la suite d'une violente crise de convulsions. L'aphasie a eu un début brusque; les phénomènes paralytiques généralisés aux quatre membres, au tronc et à la nuque, se sont, au contraire, établis d'une façon plus progressive. Le réflexe rotulien, d'abord exagéré, fût bientôt totalement aboli. Ler réactions électriques furent caractérisées par la disparition symétrique, pour certains muscles, de l'excitabilité galvanique et par l'apparition des réactions de dégénérescence. La paralysie n'était pas absolue; il s'agissait d'une parésie très accentuée avec incoordination motrice. La puissance musculaire et les réactions électriques normales ont mis plusieurs mois à revenir. La parole a été récupérée vers le cinquième mois.

Si l'aphasie doit être légitimement attribuée à une lésion du cerveau (foyer hémorragique ou inflammatoire), par contre, les autres accidents paralytiques rappellent, par leur distribution, leur physionomie et leur évolution, les paralysies liées aux polynévrites, que l'on rencontre dans certaines intoxications et dans certaines maladies infectieuses. Aucune de leurs causes génératrices habituelles n'étant ici en jeu, et particulièrement la diphtérie, c'est donc la coqueluche elle-même qu'il convient d'incriminer.

Traitement des gastro-entérites aiguës et chroniques des enfants par le babeurre

M. Decherf (Tourcoing) a été conduit, par son expérience, à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans les cas où les régimes et les médicaments employés en pareil cas n'avaient rien donné, le babeurre seul a amené un changement radical, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

2° En même temps qu'un médicament qui, pour certaines formes de diarrhée, paraît être un spécifique, le babeurre est un aliment qui permet aux enfants de faire les frais de la maladie et même d'augmenter de poids.

3° Le babeurre trouve ses indications aussi bien dans les formes chroniques que dans les formes aiguës graves ou non de la gastro-entérite, et même il doit être essayé dans le choléra infantile.

De la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée

M. Rocaz (de Bordeaux). — Dans les angines diphtériques à marche extensive, le bacille de Lœffler atteint souvent l'amygdale pharyngée; il s'agit là d'une diphtérie secondaire dont l'histoire cli-

nique se confond avec celle des angines graves. Dans certains cas, plus rares, mais incontestables, c'est au niveau de l'amygdale pharyngée que débute le processus diphtérique; il peut y rester cantonné pendant plusieurs jours avant de s'étendre, soit vers le pharynx, soit vers les fosses nasales. Il existe alors une véritable *adénoïdite diphtérique*, dont la symptomatologie est assez spéciale; elle n'occasionne guère, comme phénomènes locaux, que de l'enchifrènement, quelques douleurs d'oreilles, de l'adénopathie. En revanche, les phénomènes généraux sont ceux d'une intoxication diphtérique intense: l'amygdale pharyngienne offre, en effet, par sa conformation et sa structure, une surface d'absorption considérable à la toxine diphtérique. Le pronostic de cette affection est donc des plus graves.

Cette localisation se rencontre principalement chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes. Dans plusieurs cas, la diphtérie s'est développée au niveau de la plaie opératoire, consécutive à leur affection.

L'affection soupçonnée, grâce aux symptômes précédents, ne peut être diagnostiquée avec certitude que par l'examen bactériologique du mucus pharyngien recueilli très haut, derrière le voile du palais, ou par l'examen rhinoscopique postérieur. Une fois ce diagnostic porté, elle comporte une thérapeutique antidiphtérique d'autant plus sévère que ce dernier a été plus tardif.

Sol des prédestinés cancéreux

M. J. Gaube. — Tandis que le sol des prédestinés tuberculeux est caractérisé par un minimum de chlorures et par un maximum de phosphates urinaires, de phosphates terreux principalement, le sol du prédestiné cancéreux se caractérise surtout par un excès simultané de chlorures et d'acide oxalique. Chaque fois qu'un sujet présentera des urines contenant 14 grammes de chlorures environ, en même temps que de la gravelle oxalique, ce sujet sera apte à faire du cancer, n'aurait-il même jamais eu d'ascendants cancéreux. Cette aptitude peut, en effet, s'acquérir dans le cours de la vie. Mais le sol cancéreux peut s'amender comme tout autre sol humain; il suffit de le déterminer par l'analyse urinaire: sur 100 arthritiques, il y en a 8,51 qui sont des prédestinés cancéreux.

Contribution à la pathogénie de l'obésité

M. Lavaud (de Carlsbad). — Il existe une obésité de cause exogène, causée par la riche nourriture et la vie sédentaire, et une obésité de cause endogène, causée par des processus morbides, agissant sur certaines glandes vasculaires sanguines (la thyroïde, les glandes génitales), dont les sécrétions internes influencent puissamment la nutrition. L'ablation des ovaires ou de la thyroïde est suivie d'un abaissement des oxydations, alors que les produits de ces glandes les augmentent. Il existe des liens très étroits entre ces cas d'obésité et le myxœdème complet, fruste ou partiel. L'obésité, au moins l'obésité de cause endogène, devrait être classée, de même que le diabète, dans la catégorie des maladies des glandes vasculaires sanguines.

Obésité et maigreur

M. Deschamps (de Rennes). — Le régime alimentaire à prescrire aux obèses malades, cardiaques, dyspeptiques, etc., doit emprunter sa caractéristique spéciale surtout à la nature de l'affection qui est en cause et la gamme tout entière du régime lacto-végétal, depuis le régime hydro-lacté jusqu'au régime lacto-végétal complet, trouve ici ses plus heureuses indications. Tout liquide hygiénique dont la valeur alimentaire est négligeable, peut être pris comme boisson en quantité largement suffisante pour étancher la soif.

L'exercice musculaire imposé pour maigrir et, dans certains cas même, pour ne pas engraisser, a une influence le plus souvent funeste, en imposant à la fonction *cardio-rénale*, qu'il importe de ménager, un surcroît de travail.

Du régime dans les diabètes graves

M. Lorand (de Carlsbad) estime que le régime exclusif des viandes et des graisses est insuffisant; il faut y ajouter des légumes verts et une très petite quantité d'hydrocarbonés. Le régime de la viande est contre indiqué, notamment dans tous les cas où la glande thyroïde intervient dans la production de la glycosurie. Chez les Hindous pauvres, qui ne se nourrissent que de riz, le diabète n'existe pas; on ne l'observe que chez les Hindous riches, nourris de viande. On emploiera dans les cas graves le lait (2 à 3 litres), dilué dans l'eau de Vals ou de Vichy, le régime végétarien; on pourra essayer le sérum de chèvres déthyroïdinées.

M. Mossé (de Toulouse) rappelle que la cure de pommes de terre, dans le diabète, agit par la potasse qu'elle contient, c'est-à-dire comme agent de la médication alcaline: un kilogramme de pommes de terre, à cet égard, équivaut à un demi-litre d'eau de Vichy. C'est l'alcalinisation du sang qui agit dans le régime Parmentier des diabétiques.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. P.-E. Lévy. — Traitement de la neurasthénie. Dangers de la cure de repos prolongée. Avantages de l'entraînement et de la rééducation.

M. Natier (de Paris). — Surdité et consanguinité. Traitement par les exercices acoustiques au moyen des diapasons. Rééducation physiologique de l'oreille.

M. Pujo. — Tumeurs bénignes et malignes. Unité d'origine. Pathogénie. Prophylaxie. Traitement médical.

M. Benderski. — Démonstration de la percussion auscultée. Méthode facile et nette de la délimitation des organes internes.

MM. Lermoyez et *Mahu.* — Traitement des catarrhes tubaire et tubo-tympanique par l'air chaud.

M. Bernheim (Paris). — Tuberculose et blanchisseries. Le linge, véhicule du bacille de Koch.

M. Bourlier. — Traitement des plaies par accidents du travail et des dermites médicamenteuses d'origine externe.

M. Bissérié. — Radiothérapie et les néoplasies malignes.

M. Margain. — Un cas de diabète bronzé (ce cas, observé à l'île des Pins (Nouvelle Calédonie), est intéressant par la constatation du pigment ocre dans le sang et celle des pigments biliaires dans les principaux liquides organiques).

M. Bouyer fils (de Cauterets). — Sur un cas de rougeole à rechute.

M. Faivre (de Poitiers). — Opothérapie cutanée par les extraits dermiques.

M. R. Lépine (de Lyon). — Sur la glycogénie dans le dibète consomptif.

M. Danjou. — La kinésithérapie dans le traitement de l'obésité.

M. Etienne. — Un cas d'obésité infantile monstrueuse.

MM. *L. Beco* et *L. Plumier.* — Note sur la ponction lombaire pratiquée au cours de quelques observations d'hémorragie méningée ou cérébro-méningée suivies d'autopsie.

M. *Huyghe.* — Dysarthrie linguale intermittente, indice de thrombose cérébrale; symptôme à longue échéance des accidents graves du ramollissement cérébral.

Pierre Roy.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 novembre

Malformation dentaire rare dans un cas de syphilis héréditaire

M. Lesné. — Ce cas, dont le diagnostic était, du reste, rendu évident par la constatation d'une kératite interstitielle et d'une surdité bilatérale intense sans lésion du tympan, offre un grand intérêt en raison des malformations dentaires très rares qu'il présentait. La voûte palatine, ogivale, est largement perforée à sa partie moyenne, et l'orifice est presque complètement comblé par une dent molaire bien conformée. Le nez en pied de marmite ne contenait ni os propres, ni cloison. Les fosses nasales se trouvaient donc réduites à une cavité unique assez étroite, qui était à peu près complètement remplie par une molaire implantée dans la branche montante du maxillaire gauche. Il manque, en outre, plusieurs incisives et molaires, mais les dents existantes ne présentent ni cannelures, ni stries, ni érosions. A l'autopsie de ce malade, en outre de lésions tuberculeuses des sommets, on trouva une dégénérescence amyloïde très étendue du foie, de la rate et des reins. Le maxillaire est présenté et sera conservé au musée de l'hôpital Saint-Louis.

M. Ed. Fournier. — La curieuse hétérotopie de ces deux molaires, l'une palatine, l'autre nasale, jointe à l'intégrité de l'émail, permet de fixer vers le 30e ou 40e jour du développement, l'époque où s'est exercée l'influence dystrophiante du virus syphilitique. C'est, en effet, à ce moment que se forment les petits nids épithéliaux, premières ébauches des dents futures. Deux de ces nids correspondant aux deux secondes molaires supérieures, se sont trouvés déplacés et entraînés, l'un sur le maxillaire droit, vers le milieu du palais, l'autre sur le maxillaire gauche, dans les fosses nasales. Mais, vers le sixième mois, à l'époque de la formation de l'émail, l'action du virus avait, sans doute, cessé de s'exercer, de sorte que les dents, quoique déplacées, sont normales au point de vue de la structure.

M. Fournier. — Cette pièce est on ne peut plus intéressante. D'abord parce que, malgré l'extrême fréquence et l'infini variété des malformations dentaires dans l'hérédo-syphilis, je n'ai jamais observé un fait analogue à celui-ci ; il est donc d'une extrême rareté. J'attire aussi l'attention sur la dégénérescence amyloïde qui est, à mon avis, le fait de la syphilis, bien plutôt que de la tuberculose ; cette dernière maladie, du reste, termine très fréquemment l'existence des hérédo-syphilitiques et je signale, comme localisations fréquentes, la coxalgie, le mal de Pott et la phtisie pulmonaire.

Traitement des néoplasies malignes par les rayons X : 5 cas de guérison

MM. Danlos et Gaston présentent cinq malades traités et guéris par la radiothérapie. Deux sont atteints de sarcomes localisés à la joue et au cuir chevelu, trois d'épithélioma de la face ou des lèvres.

Le nombre des séances nécessaires à la guérison a varié de quinze à trente; elles avaient lieu tous les trois à cinq jours en moyenne; pour deux malades il y a eu des interruptions de douze jours et de quarante jours à la suite d'un léger érythème attribué à ce fait que la méthode d'application n'était pas encore régulièrement fixée.

La technique d'application à chaque séance est ainsi réglée. La région à traiter est placée à 0,15 ou 0,20 centim. de l'anticathode de l'ampoule, la durée de l'application est de 15 à 20 minutes. La qualité des rayons correspond à une étincelle équivalente variant de 4 à 6, au degré 5 du radiochromomètre. La quantité absorbée à chaque séance est de 5 H, mesurée au radiomètre X de Sabouraud et Noiré.

Chez un des malades atteints de sarcome, une poussée ganglionnaire, survenue en cours de traitement, a guéri par l'application des rayons pendant deux séances.

Les résultats curatifs obtenus sont remarquables par la rapidité de la guérison et surtout par l'aspect qu'offrent les parties traitées.

Deux cas de radiodermite, influence de la source électrique sur l'action thérapeutique des rayons X

MM. Gastou et Martin. — Ayant observé deux cas de radiodermite dès la seconde séance, pratiquée à l'aide d'une bobine, chez deux malades qui avaient déjà subi sans incident un grand nombre d'applications de rayons X au moyen de la machine statique, MM. Gastou et Martin ont institué toute une série d'expériences comparatives, dont ils résument ainsi les résultats : 1° toutes choses égales, d'ailleurs, la même quantité de rayons X est absorbée plus rapidement avec la bobine qu'avec la machine statique ; 2° les effets ne sont pas identiques pour une même quantité de rayons, si elle est absorbée à doses massives ou à doses fractionnées ; 3° il est possible qu'aux rayons X s'associent d'autres radiations, variables avec la nature de la source électrique alimentant l'ampoule.

Lymphangiome de la langue

M. Danlos. — Voici une femme qui présente un lymphangiome de la langue, sous la forme habituelle de petites saillies ressemblant à des grains de sagou. La lésion n'est pas douloureuse spontanément, mais les divers traitements qu'on a tentés ont été mal supportés, notamment le permanganate de potasse. Les pointes de feu sont douloureuses et sclérosent la muqueuse. L'électrolyse aurait-elle de meilleurs résultats ?

M. Brocq. — J'ai employé l'électrolyse avec succès dans un cas de ce genre, mais il s'agissait d'une tumeur en voie d'accroissement rapide, et c'est là, je crois, l'indication capitale de l'électrolyse. Étant donné que, dans les nævi, en particulier dans les nævi vasculaires, la radiothérapie a donné des résultats, à la condition d'être appliquée d'une façon intensive, il serait légitime de l'essayer ici, mais la langue supportera-t-elle ces applications intensives ?

M. Danlos. — Je n'ai pas encore essayé la radiothérapie, d'abord parce qu'elle est d'une application difficile à cause de la mobilité de la langue, puis parce que j'ai craint de provoquer une réaction douloureuse. Dans le même ordre d'idées, j'ai employé le radium dans un cas de leucoplasie et avec un certain succès.

M. Bissérié. — Les rayons X peuvent très bien s'appliquer sur la langue. Ils sont mieux supportés par les muqueuses que par la peau. Quant à la technique, il est facile de fixer la langue en la tirant au moyen d'une pince que l'on fait tenir par le malade lui-même.

Phlébite syphilitique

M. Gaucher présente un malade atteint de phlébites multiples dont l'une siège à l'avant-bras. Ces phlébites ont apparu au cours de la période secondaire.

M. A Fournier. — Cet incident n'est pas rare, mais il passe souvent inaperçu, parce qu'on ne le recherche pas. En effet, la fièvre est légère et peut cesser au bout de quarante-huit heures. L'inflammation est torpide et peu douloureuse.

M. Jullien. — La phlébite syphilitique est, quelquefois, extrêmement précoce; j'ai observé un cas dans lequel le malade, pris de malaise, s'alita avec une violente douleur sur une des saphènes, et ce fut en l'examinant que l'on découvrit une roséole contemporaine. La phlébite fut donc le premier signe par lequel s'accusa la vérole.

Dans un autre cas, le début de l'infection coïncida avec une fracture de jambe qui accapara toute l'attention ; et une phlébite, survenue de l'autre côté, ne fut interprétée comme manifestation syphilitique que longtemps après ; il est vrai que lorsque l'attention fut éveillée de ce côté, la phlébite servit de précieux commémoratif pour déterminer la date de la contamination.

Sur une petite épidémie peladique

M. L. Jacquet. — MM. Gaucher et Lacapère avaient admis que cette petite épidémie, observée à la Préfecture de police, « semblait ressortir nettement à la contagion », en se basant sur les contacts médiats, incessants et intimes, établis entre leurs quatre malades par l'intermédiaire des objets de literie du poste.

Or, une enquête minutieuse et longue a établi qu'en tenant compte de l'élimination successive des malades atteints, du renouvellement du matériel, des précautions effectives des hommes, de la rareté même de leur rencontre en conditions sérieusement suspectes et, enfin, de l'immunité absolue de leurs familles, la contagion supposée n'offrait aucune vraisemblance.

L'enquête a même révélé un pourcentage supérieur de peladiques dans une catégorie d'agents qui couchent exclusivement chez eux (1).

Lupus ulcéré et étendu du visage guéri presque complètement par l'application de la solution de permanganate de potasse

MM. Hallopeau et Norero. — Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans atteinte, depuis l'âge de cinq ans, d'un vaste lupus du visage et de la jambe droite : elle a été traitée pendant dix ans dans notre service par les applications de la solution de permanganate de potasse, le plus souvent en applications permanentes au 50e, parfois pendant un quart d'heure chaque jour en solution concentrée ; ce dernier mode d'application est préférable chaque fois que les malades peuvent le supporter, puisqu'il réduit à un laps de temps minime la durée quotidienne du traitement, et peut permettre ainsi au malade de vaquer à ses affaires.

Les lésions tuberculeuses ont presque partout fait place, chez cette jeune fille,

(1) Résumé et conclusions d'un rapport lu au nom d'une Commission composée de MM. Hallopeau, Gaucher, Jacquet et Sabouraud.

à des cicatrices de bon aloi, il ne reste qu'un nombre infime de papules, encore la nature tuberculeuse de la plupart d'entre elles est contestable ; cette médication doit continuer à prendre place tout au moins comme adjuvant, à côté de la photothérapie et de la radiothérapie.

Eczéma tuberculosorum

M. Hudelo. — Voici une jeune fille qui présente, depuis plusieurs années, sur la main, une affection occupant le dos du métacarpe et des doigts et empiétant légèrement sur la face palmaire. L'aspect est celui d'un eczéma chronique infecté; mais la longue durée de l'affection m'ayant fait soupçonner une lésion plus profonde masquée par l'eczema, j'ai fait une biopsie, qui m'a révélé, au-dessous des altérations superficielles de l'eczéma chronique, la structure habituelle du tissu tuberculeux. Les faits de ce genre mériteraient le nom d'eczéma tuberculosorum.

Dermatite bulleuse des pieds et lésions des ongles chez un homme blennorragique et syphilitique

M. Balzer. — Ces lésions cutanées et onguéales sont dues, sans doute, à l'influence des deux infections. Le rôle de la syphilis paraît avoir été, cependant, prépondérant, car les injections d'huile grise ont eu une influence excellente.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Balzer. — Tuberculides. (L'auteur a obtenu de bons effets thérapeutiques du bleu de méthylène dans deux cas de tuberculides.)

M. *Brocq* a également eu un succès par le même topique.

M. *Hallopeau.* — Sur un lupus végétant du visage confondu successivement avec une syphilide et un iodisme tubéreux. (Ce fait montre combien le diagnostic de cette forme de tuberculose peut offrir de difficultés.)

M. Darier. — Sur le vernix caséosa.

M. Danlos. — Ichtyose avec bulles.

M. Marcel Sée. — Un cas de granulosis rubra nasi. Fausse acné rosée des enfants. (Rougeur du bout du nez accompagnée d'hyperhidrose).

Dr P. Dénu.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 15 novembre

Emploi du babeurre chez les nourrissons

MM. Méry et Guillemot. — Nous communiquons à la Société un certain nombre d'observations de nourrissons dyspeptiques, qui ne supportaient plus l'alimentation habituelle et qui ont été notablement améliorés par l'alimentation au babeurre. Ces observations comprennent des faits assez disparates et il nous faudra une observation plus prolongée pour pouvoir spécifier de façon précise les indications de l'emploi du babeurre. Ce que nous pouvons dire dès maintenant, c'est qu'il est à essayer dans les cas où une alimentation plus simple aura échoué; c'est aussi qu'il faut le préparer d'une façon toute spéciale; les résultats que nous avons obtenus dans de premiers essais avaient été mauvais; nous nous sommes rendus compte qu'il ne faut pas s'adresser aux babeurres conservés ou préparés industriellement, et nous avons préparé nous-même notre babeurre de la façon suivante :

Nous soumettons le lait de l'hôpital à la fermentation lactique. Nous n'employons pas, pour cela, le bacille lactique de Pasteur, comme on le fait ordinairement; l'acidité du lait obtenue est alors trop grande; nous employons le streptocoque du lait, qui est l'agent habituel de la fermentation lactique ; il suffit, pour l'obtenir, de laisser le lait fermenter spontanément, puis d'isoler le streptocoque obtenu par des repiquages jusqu'à ce qu'on l'obtienne en cultures pures; une fois obtenu pur, ce microbe est facile à conserver et peut servir aux fermentations successives. Ce streptocoque paraît devoir être identifié à l'entérocoque.

La fermentation doit se faire à température constante. Une température trop basse rend le lait trop acide et alors il provoque des vomissements; une température trop haute l'épaissit et le rend difficile à baratter. La fermentation doit durer vingt-quatre heures.

Puis le lait est soumis, trente à quarante minutes, au barattage. Il existe des barattes de ménage en verre très commodes pour cet usage; le barattage sépare le beurre et on obtient le babeurre.

Pour l'employer, il faut le faire cuire à feu très doux et en agitant constamment après avoir eu soin d'y ajouter un peu de farine de riz et 90 gr. de sucre par litre. L'agitation perpétuelle est indispensable. Le liquide obtenu est très homogène; la caséine s'y présente en flocons extrêmement fins qui passent parfaitement par l'orifice de la tétine du biberon, et que les enfants prennent avec plaisir.

M. Variot. — Avec le lait stérilisé industriellement à 108° j'obtiens, même sur des enfants atrophiques au plus haut point et même athrepsiques, au sens de Parrot, des résultats qui n'ont rien à envier à ceux que donne le babeurre. Je vous présente un enfant de un an qui est entré à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades pesant trois kilos; il avait la figure ratatinée qu'ont ces enfants, du muguet, des ulcérations de la bouche; c'était un enfant né cependant à terme, pesant à sa naissance 3 kilos; d'abord élevé au sein par sa mère, il avait prospéré; puis envoyé en nourrice à la campagne, il avait été rendu dans cet état, ne dépassant pas son poids de naissance. Il fut d'abord mis au lait d'ânesse, puis une des nourrices, dont nous pouvons, depuis peu, disposer à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades, lui donna le sein. Malgré tout il dépérissait. En désespoir de cause, il fut mis au lait Gallia et voici qu'en un mois il a gagné 1100 gr. et a perdu l'aspect d'un athrepsique; il n'est pas encore brillant, mais le plus fort est fait; l'élan est donné et tout fait prévoir que l'amélioration va continuer. Il prend huit tétées de 100 gr. de lait par jour; c'est beaucoup plus que n'exige son poids; mais il rend des selles blanches mastic chargées de caséine non digérée qui expliquent la nécessité qu'il y a à le suralimenter.

On peut donc obtenir, avec le lait stérilisé à 108°, tout autant et plus qu'avec le babeurre. Toutefois, j'avoue que c'est la première fois que j'ai vu ce résultat dans un hôpital d'enfants. Mais ce ne sera pas le dernier. Ce résultat était impossible à obtenir à la crèche des Enfants-Malades telle qu'elle était organisée il y a peu de temps; le personnel était insuffisant en nombre et en qualité, les enfants mouraient comme tombent les feuilles, et l'habitude était tellement prise de voir ces petits athrepsiques entrer à la crèche pour y mourir, que nul ne faisait un effort pour essayer de les soustraire à la mort. Depuis la transformation de la crèche, c'est autre chose. Le personnel a été entièrement changé; les infirmières sont suffisamment nombreuses (une pour trois enfants) et guidées par une surveillante choisie et persuadée de l'utilité de son rôle; la biberonnerie est installée dans des conditions qui permettent la propreté la plus absolue; un interne provisoire est spécialement attaché à la crèche et n'a pas d'autre service. Enfin, nous avons des nourrices. Mais j'ai vu que les soins maternels du personnel, une surveillance dévouée et intelligente font plus, pour les enfants hospitalisés dans ces conditions, que le genre de nourriture, puisque sein, babeurre, lait industriellement stérilisé donnent également d'excellents résultats quand l'enfant est bien soigné.

M. Ausset. — Ces faits confirment ce que nous savons tous, qu'il y a des enfants s'accommodant très bien d'aliments qui nuisent à d'autres et inversement. Nos essais avec le babeurre n'ont pas été encourageants; peut-être est-ce dû au mode de préparation? Avec le lait simplement pasteurisé, j'ai obtenu des résultats analogues à celui que M. Variot vient de vous montrer. On ne saurait déterminer d'avance l'aliment qui convient à tel ou tel enfant.

M. Guinon. — Il est impossible de juger l'alimentation par le babeurre, d'après les faits déjà publiés, qui nous viennent surtout de Hollande, de Belgique et du nord de la France. Il s'agit tantôt de babeurre obtenu en partant du lait, tantôt de babeurre obtenu en partant de la crème. Certains babeurres ont 0,5 ‰ d'autres 1,5 ‰ d'acidité ; certains babeurres sont condensés après préparation, d'autres non; certains sont industriellement stérilisés pour être conservés, d'autres non. Les babeurres hollandais sont, la plupart, additionnés de malt, ce que n'ont pas nos babeurres parisiens. Celui qui

nous est offert par un laboratoire pharmaceutique parisien titre 1 °/₀₀ d'acidité. Pour ma part, les résultats que j'ai obtenus n'ont pas été très brillants, mais, je le répète, on ne peut conclure d'un babeurre à l'autre, et c'est pourquoi les renseignements techniques que nous ont fournis MM. Méry et Guillemot, pour préciser la préparation du babeurre, sont précieux.

Adénite pharyngée post-diphtérique

M. Apert. — Un enfant de vingt-six mois, atteint de diphtérie pharyngée, qui avait exigé 48 heures de tubage, présenta, au dix-huitième jour après le début, une petite grosseur peu mobile au devant du larynx, faisant corps avec lui dans ses mouvements, située absolument sur la ligne médiane, au niveau de l'interstice cricothyroïdien. Elle grossit rapidement, et devint fluctuante; l'incision, faite par M. Cunéo, donna issue à du pus contenant du streptocoque. La température ne monta à aucun moment au dessus de 38°. Il s'agit, évidemment, d'une adénite subaiguë du ganglion prélaryngé de Poirier. Ce ganglion, inconstant, du reste, qui reçoit les lymphatiques sous-glottiques, est habituellement indemne dans la diphtérie. Il ne faut pas comparer cette adénite, tardive et suppurée, aux adénites sous-maxillaires qui accompagnent le plus souvent toute angine diphtérique. Il s'agit plutôt d'une infection secondaire à streptocoques, suite de quelque érosion muqueuse due au tubage. L'examen bactériologique de la gaze avait, du reste, montré l'association du streptocoque au bacille diphtérique long.

M. Marfan. — Le fait de M. Apert est très particulier, et tout à fait différent des abcès prélaryngés que j'ai observés avec M. Deguy; ils sont tout à fait latents et découverts seulement au moment de l'incision pour la trachéotomie. Ils se voient dans les tubages prolongés, et c'est la connaissance de leur existence beaucoup plus que la crainte de sténoses laryngées, qui m'engage à substituer la trachéotomie au tubage, quand celui-ci doit être prolongé trop longtemps.

Chorée et hémiplégie droite avec aphasie

MM. Simon et Crouzon présentent une fillette atteinte d'hémiplégie droite avec embolie survenue au cours d'une chorée. Il ne s'agit nullement des paralysies chroniques décrites sous le nom de chorée molle, mais d'une paralysie ayant tous les caractères des paralysies par lésion corticale. Bien que le cœur ne présente, actuellement, rien à l'auscultation, il est vraisemblable qu'il s'agit d'une embolie d'origine cardiaque.

Cornage par adénopathie trachéo-bronchique

M. Guinon. — Je vous présente les pièces recueillies à l'autopsie d'un enfant entré à l'hôpital avec un cornage expiratoire qui augmentait dans la position penchée en avant et diminuait dans le decubitus. La voix était normale; il existait une voussure thoracique, une matité rétrosternale, un souffle interscapulaire, qui permettaient d'attribuer le cornage à une adénopathie trachéo-bronchique. Le père était syphilitique, la mère était tuberculeuse et avait nourri l'enfant au sein. L'enfant mourut d'hydrocéphalie aiguë. A l'autopsie, énormes ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux déformant le côté droit de la trachée; absence de tubercules pulmonaires et pleuraux.

M. Variot. — Le caractère expiratoire du cornage par compression trachéale, le distingue du stridor laryngé congénital qui est inspiratoire. Ces cas se terminent, en général, par la mort. J'ai cependant vu un enfant guérir à la suite d'une vomique; le ganglion suppuré s'était vraisemblablement ouvert dans la trachée.

Cornage par angiome cervical et rétro-sternal

M. Terrien. — Voici un nourrisson atteint de cornage et présentant au côté gauche du cou une tumeur molle, vasculaire, qui pénètre derrière la clavicule et le sternum jusque dans le thorax. Il s'agit vraisemblablement d'un énorme angiome comprimant la trachée.

M. Broca. — Cet enfant est perdu si on ne l'opère pas; quels que soient les risques d'une opération aussi étendue, qui nécessitera vraisemblablement une résection sterno-costale, il faut enlever cet angiome.

M. Comby lit un travail statistique de **M. Cordamatis** (d'Athènes), sur la fréquence relative de la méningite tuberculeuse et de la méningite aiguë en Grèce.

M. Rist est nommé membre titulaire.

E. Apert.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance de novembre

Luxation coxo-fémorale congénitale. Bassin oblique ovalaire

M. Champetier de Ribes présente le bassin d'un nouveau-né sur lequel on retrouve les déformations du bassin oblique ovalaire sans synostose sacro-iliaque, coïncidant avec une subluxation de l'articulation coxo-fémorale.

Ce fait vient à l'appui de la théorie de M. Kirmisson suivant laquelle les lésions de la luxation congénitale existeraient à la naissance. Il y avait, d'ailleurs, chez cet enfant, une attitude particulière du membre inférieur du côté malade, permettant de diagnostiquer une lésion de la hanche.

M. Pinard regrette que l'examen de la moelle n'ait pas été pratiqué. Il relève ce fait particulier dans l'observation de M. Champetier, à savoir l'attitude particulière du membre malade, qui n'existait pas dans les cas qu'il lui a été donné d'observer. Il se demande s'il ne s'agirait pas là d'un fait d'ordre différent.

M. Kirmisson. — Je ne suis pas de cet avis, et pense que s'il y avait attitude vicieuse du membre dès la naissance, cela tenait à une lésion plus marquée que d'habitude; ce n'est là qu'une question de degré.

Je profite de l'occasion pour rappeler que j'ai attribué cette luxation congénitale à une malformation de tous les éléments composant l'article, et non pas seulement à la laxité de la capsule articulaire, ainsi qu'on me l'a fait dire.

Un cas d'achondroplasie héréditaire

M. Lepage présente une femme achondroplasique chez laquelle il fit, en juillet dernier, une opération césarienne conservatrice, le bassin mesurant, dans son diamètre promonto-pubien, 5 cent. 7. Son enfant vivant, nourri au sein maternel, bien portant, présente absolument les mêmes déformations que sa mère du côté du crâne et du squelette des membres. Ces cas d'hérédité achondroplasique sont excessivement rares.

M. Potocki rappelle un cas semblable qui fit le sujet d'une communication de M. Guéniot à l'Académie de médecine.

Sur une cause de vomissements chez le nouveau-né

M. Guinon. — J'ai observé dernièrement un enfant de trois semaines, nourri au sein maternel, qui vomissait à chaque tétée la presque totalité du lait ingéré, et cela, quelle qu'en fût la quantité.

Ayant assisté à une tétée, je constatai que l'enfant, respirant avec la bouche et non avec les narines, déglutissait de l'air en même temps que le lait: c'était un cas d'aérophagie. Je suis convaincu que c'est là une cause assez fréquente de vomissements du nouveau-né. On peut y remédier en faisant retirer l'enfant du sein plusieurs fois au cours de la tétée, de façon à ce qu'il puisse éructer l'air dégluti; sinon, à la fin de la tétée, une éructation trop forte se produit, et l'enfant rejette en même temps tout le lait ingéré.

Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez le nouveau-né

M. Guinon a pu diagnostiquer et suivre plusieurs cas de cette affection peu connue. Elle débute généralement d'assez bonne heure, chez des enfants nés de mères tuberculeuses, et qui deviennent tuberculeux non seulement par hérédité, mais encore par surinfection respiratoire au voisinage de la mère.

L'affection se caractérise par de la polypnée, accompagnée d'un cornage spécial; c'est un sifflement avec léger gargouillement à petites bulles; la voix et la toux sont claires. Rapidement la dyspnée augmente avec cyanose et accès de suffocation.

A l'autopsie on trouve de gros ganglions trachéo-bronchiques caséeux.

M. Guinon apporte les pièces d'autopsie d'un de ces cas. Il y a de gros ganglions avec intégrité des poumons. L'enfant qui fait le sujet de cette observation présenta, dans les derniers temps, de l'hydrocéphalie, qui sembla à M. Guinon pouvoir être causée par un tubercule cérébral comprimant les veines de Galien ; ce qui fut vérifié et confirmé à l'autopsie.

Hypertrophie du corps thyroïde et mort du fœtus pendant la période d'expulsion

M. Lepage lit une observation de **M. Audebert** (de Toulouse), concernant une primipare de trente-trois ans, qui présenta, pendant les premiers mois de sa grossesse, une hypertrophie manifeste du corps thyroïde. Elle accoucha près du terme d'un enfant de 2000 gr., mort pendant la période d'expulsion.

A l'autopsie de cet enfant on constata, au devant du cou, une tumeur d'origine thyroïdienne, véritable paquet variqueux, du poids de 10 gr., qui permit d'expliquer la mort de l'enfant pendant la période d'expulsion, l'hyperflexion de la tête au cours de cette période ayant causé la compression de la trachée par la tumeur thyroïdienne.

De l'étiologie des fibromyomes de l'utérus

M. Pinard demande que les chirurgiens veuillent bien noter, avec grand soin, dans les observations des femmes qu'ils opèrent pour fibromes, l'âge de la puberté, celui des premiers rapports sexuels, les dates des grossesses, la stérilité volontaire possible.

Les recherches de M. Pinard, faites sur les observations de la clinique Baudelocque, lui ont permis de constater que les fibromes se rencontraient principalement chez les primipares âgées de trente ans et plus, ainsi que chez les femmes qui restent un long intervalle de temps sans grossesse, principalement lorsque cette stérilité secondaire est volontaire.

Stérilité primaire, organique, ou stérilité secondaire, volontaire, telles sont, pour M. Pinard, les principales causes de l'apparition des fibro-myomes utérins.

Grâce aux observations nombreuses que peuvent recueillir les chirurgiens, cette assertion sera à même d'être vérifiée.

M. Delestre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre

Lecture du procès-verbal. Lecture d'un rapport de prix par M. Bureau. Comité secret.

Un point, c'est tout.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Des modifications objectives du cœur consécutives aux accès d'angine de poitrine

M. Kernig (*Roussky Vratch*, 1904, nº 41), médecin des hôpitaux de Saint-Pétersbourg, dont le nom est lié au signe de méningite qu'il a fait connaître, établit que les accès d'angine de poitrine par *coronarite* sont fréquemment suivis de symptômes physiques de lésions cardiaques. Cette notion, rien moins que banale, indiquée seulement, d'après l'auteur, dans les œuvres de M. Huchard et de M. Pawinsky (de Varsovie), explique l'issue mortelle de certains accès angineux et fournit en même temps des indications thérapeutiques importantes.

Sans entrer dans les observations cliniques données par M. Kernig, à l'appui de sa thèse, bornons-nous à dire que, suivant l'expérience de cet auteur, les altérations cardiaques survenant après l'accès d'angine de poitrine, peuvent être divisées en quatre catégories distinctes.

Dans la première, on constate à la suite de la crise angineuse, une augmentation du diamètre transverse de l'aire cardiaque, en même temps qu'une fièvre légère (37,2 à 37,8) qui, n'étant liée à aucune autre cause, doit être attribuée à un processus myocardique.

Les faits du second groupe sont caractérisés par l'apparition, après l'accès sténocardique, de signes physiques de dilatation de l'un ou de l'autre ventricule, en l'absence de toute réaction fébrile.

Un troisième groupe comprend les péricardites consécutives aux accès d'angine de poitrine et bien caractérisées par leurs signes habituels. L'auteur possède actuellement cinq observations de ce genre.

Enfin, dans une quatrième et dernière catégorie, on a affaire à des cas intermédiaires entre les observations des groupes précédents et celle où l'angine de poitrine ne laisse subsister après elle aucun trouble cardiaque apparent. Chez ces malades, l'examen physique ne révèle aucune modification du côté du cœur, mais on constate cependant certaines altérations fonctionnelles, telles qu'une diminution plus ou moins marquée du taux des urines, la production d'œdèmes, etc., qui indique bien que le myocarde est atteint.

Un malade, qui vient de passer par une crise d'angine de poitrine, doit donc être maintenu au lit durant plusieurs jours. Il sera longuement surveillé par le médecin. L'auteur a la ferme conviction que le repos absolu, institué immédiatement après l'accès, constitue le moyen le plus sûr d'éviter la mort subite, si fréquente dans la sclérose des artères coronaires.

Electro-photo-cautérisation

Au dernier Congrès des médecins et naturalistes allemands, qui a siégé à Breslau, du 18 au 24 septembre, **M. Strebel** (*Münch. med. Woch.*, 15 novembre 1904) a fait une communication sur l'électro-photo-cautérisation, procédé qui remplacerait, avec avantage, les méthodes usuelles de cautérisation ignée (thermocautère, galvanocautère, fer rouge). Il consiste à concentrer, sur la partie atteinte, au moyen d'un miroir, les rayons à la fois caloriques et lumineux qui émanent de l'arc voltaïque. On peut, de la sorte, à l'encontre de ce qui se produit lorsqu'on se sert d'instruments incandescents — qui se refroidissent, s'éteignent au contact des eschares humides en lesquelles ils transforment les tissus — exercer une action destructive ininterrompue et profonde. On évite ainsi plus sûrement les récidives, alors qu'il s'agit, par exemple, de foyers lupiques ou cancéreux. M. Strebel se sert de ce procédé comme d'un moyen adjuvant dans la cure du lupus d'après la méthode de Finsen, ce qui abrégerait sensiblement la durée du traitement. Dans trois cas de radiodermite grave avec ulcération, il a obtenu, grâce à l'électro-photo-cautérisation, une guérison rapide de la plaie qui avait déjà revêtu un aspect gangréneux. D'après l'auteur, l'électro-photo-cautérisation serait surtout indiquée contre l'épithélioma cutané et dans le lupus vorax.

Étant très douloureuse, l'électro-photo-cautérisation doit être pratiquée sous le chloroforme. Cependant, en employant un compresseur spécial, refroidi par un courant d'eau, que l'auteur a imaginé, on pourrait se passer d'anesthésie générale.

Traitement de la blennorragie chronique par les rayons ultra-violets

M. Strebel a entrepris aussi de curieux essais d'application de la lumière ultra-violette au traitement des infiltrations chroniques, d'origine blennorragique, de l'urètre. A cet effet, il introduit, dans le canal urétral, un tube de Crookes en cristal de roche, muni de deux électrodes en aluminium. Traversé par un courant d'intensité suffisante, ce tube s'illumine d'une lueur violette, riche en rayons ultra-violets, par conséquent bactéricides et irritants. A chaque séance, on laisse le tube séjourner de trente minutes à une heure dans l'urètre. Ces applications photochimiques produisent une réaction se manifestant par un écoulement urétral et des troubles de la miction, phénomènes qui sont, bien entendu, passagers. Après quelques séances, les infiltrations chroniques de l'urètre se dissiperaient et la blennorragie guérirait. Il va de soi que ce mode de traitement est formellement contre-indiqué dans la chaude-pisse et même dans la blennorragie subaiguë.

Sur une névralgie chronique du larynx

Parmi les malades qui viennent consulter le laryngologiste, **M. G. Bœnninghaus** (*Deuts. med. Woch.*, 10 novembre 1904), de Breslau, a noté un certain nombre qui se plaignent de douleurs au niveau du larynx, sans que l'examen laryngoscopi-

que puisse révéler chez eux des lésions de la gorge. Ces sujets ne sont généralement pas des névropathes. A l'encontre des neurasthéniques et des hystériques qui accusent si souvent, au niveau du larynx, une sensation de corps étranger ou d'autres sensations anormales plus ou moins vagues, les malades en question éprouvent des douleurs véritables, bien que modérées, ou des sensations de cuisson, de pression. Ces phénomènes douloureux peuvent être continus ou accompagner seulement les mouvements de déglutition. En pratiquant, dans les cas de ce genre, une palpation méthodique du cou, on constate l'existence de points douloureux dont l'un se trouve latéralement entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, tandis que l'autre siège immédiatement au-dessus de la clavicule, tout près de la trachée. Le point douloureux supérieur correspond au passage à travers la membrane hyo-thyroïdienne de la branche du nerf laryngé supérieur destinée à la muqueuse du larynx. Le point douloureux inférieur est en rapport avec le nerf laryngé inférieur ou récurrent qui, en cet endroit, émerge de la cavité thoracique pour se distribuer à la région cervicale. Ce dernier point douloureux est une confirmation clinique de l'existence de fibres sensitives dans le nerf récurrent, fait qu'Onodi prétend avoir constaté anatomiquement. Des deux points douloureux dont il vient d'être question, c'est l'inférieur que l'on rencontre le plus souvent, surtout à droite.

L'auteur estime qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une névrite chronique des nerfs laryngés pouvant être mise sur le compte d'une laryngite catarrhale antérieure, la plupart de ces malades ayant commencé à éprouver des douleurs, au niveau du larynx, à la suite d'un rhume. Cette forme morbide n'est pas à confondre avec la névralgie typique du larynx, décrite par Avellis, laquelle est une névrite aiguë et se manifeste par des douleurs très violentes.

Le seul traitement efficace de la névrite chronique du larynx, que signale M. Bœninghaus, consiste à pratiquer un massage à la fois méthodique et doux au niveau des points douloureux et sur le trajet des nerfs atteints. La guérison est généralement rapide. Parfois on voit survenir des récidives qui, cependant, cèdent toujours à un nouveau traitement massothérapique.

Stries unguéales dues à la scarlatine

Les troubles trophiques des ongles ont surtout été étudiés dans les maladies chroniques (affections pulmonaires, syphilis, tabes), ceux que les maladies aiguës sont susceptibles de provoquer n'ont pas attiré l'attention dans la même mesure. Cependant Lorrain, Vogel, Wagstaffre, Heller, ont signalé la production de stries unguéales transversales, après diverses affections aiguës, telles que fièvre typhoïde, pneumonie, épididymite, parotite suppurée, scarlatine et rougeole. D'après **M. M. Feer** (*Muench. med. Woch.*, 4 octobre 1904), ces stries sont particulièrement fréquentes à la suite de l'infection scarlatineuse et alors tellement caractéristiques qu'elles permettraient de faire le diagnostic rétrospectif de la scarlatine. Elles deviendraient apparentes à partir du moment où la desquamation est terminée, sous forme d'un sillon linéaire ou d'un bourrelet peu saillant, situé transversalement près de la racine de l'ongle. Cette « ligne scarlatineuse », comme l'appelle l'auteur, peut se reconnaître sur les ongles de la main, comme sur ceux du pied, mais elle est surtout marquée aux pouces. Elle est plus prononcée chez l'adulte que chez l'enfant. Une fois formé, le sillon unguéal se déplace, avec la croissance de l'ongle, vers le bord libre de celui ci, qu'il atteint en six mois environ. Pendant cette période de temps, la strie scarlatineuse peut donc servir à reconnaître l'existence antérieure de la scarlatine (de la rougeole ou d'une autre infection aiguë), ce qui n'est pas sans importance pour le diagnostic de l'origine de certaines néphrites.

La « rectotorsion » comme procédé de cure radicale du prolapsus du rectum

Au récent Congrès des chirurgiens russes, **M. P. Wreden** (*Rousky Vratch*, 1904, n° 44) a fait connaître un nouveau procédé de cure radicale du prolapsus du rectum, au moyen de la torsion de la partie prolabée de l'intestin (rectotorsion), dont il a obtenu d'excellents résultats. L'idée d'avoir recours à ce moyen fut suggérée à l'auteur par ce fait que le prof. Gersuny traite par la torsion le prolapsus de l'urètre chez la femme. Voici en quoi consiste la technique opératoire de la rectotorsion.

Après nettoyage de l'intestin et anesthésie chloroformique, on fait, autour de l'anus, une incision circulaire, à 1 centimètre environ de la région pigmentée de la peau, et on sépare la partie ainsi délimitée jusqu'au niveau du sphincter externe. On libère ensuite, au moyen d'instruments mousses, le rectum, avec son sphincter externe et avec le muscle releveur de l'anus, du tissu cellulaire environnant, jusqu'à la limite supérieure du releveur de l'anus et de la prostate. Chez la femme, la séparation de la paroi antérieure du rectum est beaucoup plus difficile : elle n'est poussée que jusqu'au niveau de la limite supérieure du col utérin. Après avoir libéré, comme il a été dit, le rectum, on le saisit sur la ligne médiane dans une pince de Muzeux, on le réduit, puis on le tord en lui imprimant un mouvement de 180 à 270° autour de son axe longitudinal, de façon que l'orifice externe de l'anus ne laisse plus passer que difficilement l'extrémité de l'index. Dans cette position, dans laquelle les fibres du releveur de l'anus entourent en spirale toute l'étendue de la paroi rectale, le rectum est fixé au moyen de plusieurs sutures profondes et superficielles. On constipe l'opéré au moyen de l'opium. Au bout d'une semaine, on le purge et on enlève les sutures superficielles. Les sutures profondes sont enlevées le dixième ou le onzième jour.

M. Wreden a eu jusqu'ici l'occasion d'opérer, par ce procédé, six sujets (cinq hommes et une femme) atteints de prolapsus rectal. Ces opérations remontent à une période de temps variant entre un et sept ans. Dans aucun de ces cas il n'y eut encore de récidive.

Dr VLADIMIR DE HOLSTEIN.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

MUTATIONS

M. le méd. princ. de 2e cl. Labit est nommé à l'hôp. mil. Bégin à Saint-Mandé.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Donnart est dés. pour occuper les fonctions de médecin résident à l'hôp. mar. de Brest, en rempl. de M. Nollet, pr. méd. princ. et maintenu à Brest.

Composition des commissions de classement chargées, sous la présidence du ministre de la marine, de dresser les tableaux d'avancement en grade et de concours pour la Légion d'honneur des officiers du corps de santé de la marine pour l'année 1905 :

Médecins

MM. les vice-amiraux de Maigret, Touchard, Gigon, désignés par le Ministre.

M. le contre-amiral Campion, faisant fonctions de chef d'état-major général.

M. l'inspecteur général du service de santé Auffret.

M. le contre-amiral Bernard.

MM. les directeurs du service de santé Guès, Bertrand, Friocourt (membre suppl.).

Pharmaciens

MM. les vice-amiraux de Maigret, Touchard, Gigon.

M. le contre-amiral Campion.

M. l'inspecteur général Auffret.

M. le contre-amiral Bernard.

MM. les pharmaciens en chef de 1re classe Léonard, Sauvaire, Taillotte (membre suppléant).

Les travaux des commissions de classement commenceront le lundi 28 novembre 1904.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Indo-Chine.

(Départ de Marseille, le 25 décembre 1904.)

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Daneil, au 2e d'inf.

M. Fraissinet, au 21e d'inf.

A Madagascar

(Départ de Marseille le 25 décembre 1904.)

Les méd.-maj. de 2e cl. :
M. Contaut, au 3e d'art.
M. Rebout, au 8e d'inf.

En Afrique occidentale
(Départ de Bordeaux le 23 décembre 1904.)
Les méd.-majors de 2e cl. :
M. Jacquin, au 1er d'inf.
M. Letonturier, au 6e d'inf.
M. Boudriot, au 3e d'art.
Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
M. Lonjarret, au 21e d'inf.

Au Congo (en activité hors cadres).
(Départ de Bordeaux le 15 décembre 1904.)
Le méd. aide-maj. de 1re cl. :
M. Trautmann, au 22e d'inf.

Au corps d'occupation de Chine
(Départ de Marseille, le 25 décembre 1904.)
Le méd.-maj. de 2e cl. :
M. Chartres, au 4e d'inf.

En France.
Les méd.-maj. de 1re cl. :
M. Gouzien, au 2e d'inf. à Brest.
M. Bousquet, au 3e d'art. à Toulon.
M. Carrière, au 22e d'inf. à Hyères.
Les méd.-maj. de 2e cl. :
MM. Jacob, Lamarque, Mias, au 4e d'inf. à Toulon.
M. Aunac, au 2e d'art. à Brest.
M. Tedeschi, au 8e d'inf. à Toulon.
M. Laurenti, au 7e d'inf. à Rochefort.
M. Puysségur, au 2e d'art. à Cherbourg.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
M. Vallet, au 22e d'inf. à Hyères.
M. Bruas, au 3e d'art. à Nîmes.
M. Durand, au 1er d'art. à Lorient.
M. Gaillard, au 21e d'inf. à Paris.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.
Les méd.-maj. de 1re cl. :
A l'hôp. mil. de Saïgon, M. Baueur.
Au 9e d'inf. à Hanoï, M. Salanoue-Ipin.
En activité hors cadres (méd.-chef de l'hôp. mixte de Pnom-Penh), M. Doucet.
Les méd.-maj. de 2e cl. :
Au 2e tiraill. annamites (méd.-chef de l'ambulance de Chantaboum), M. Dourne.
A l'hôp. mil. de Saïgon (méd. résident), M. Marotte.
A l'amb. de Lao-Kay, M. Gaudncheau.
Au 5e d'art. à Saïgon, M. Dardenne.
Au 11e d'inf. au Cap Saint-Jacques, M. Cadet.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
Au 2e tirailleurs tonkinois (amb. de Bao-Lac), M. Lecour.
Au 2e tiraill. tonkinois à Dong-Van, M. Kernéis.
A l'hôp. mil. de Saïgon, MM. Vergne et Girard.
Au poste de Tay-Ninh, M. Bernond.
A l'amb. Samson (mission prov.), M. Sallet.
Au 3e tiraill. tonkinois à Bac-Kan, M. Arathoon.
Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :
En activité hors cadres (méd. du poste de Cantho), M. Brimont.

Autorisation de prolongation de séjour

En Indo-Chine.
M. le méd.-major de 1re cl. Pujé.
M. le méd.-major de 2e cl. Lafforre.
Les méd. aides-maj. de 1re cl. :
MM. Ledoux, Mathis, Meslin, Koun.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 30 novembre. — *M. Petitjean* : Étude statistique concernant les cas de présentation de la face ayant eu lieu à la clinique Baudelocque (1er janvier au 31 juillet 1904). — *M. Debono* : Étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate d'éthyl-narcéine (narcyl). — *M. Le Tohic* : Étude clinique sur les thromboses de la veine cave supérieure.

Jeudi 1er décembre. — *M. Ribadeau-Dumas* : Ictère, splénomégalie. — *M. Mangematin* : Les idées actuelles sur le traitement de l'épilepsie. — *M. Naud* : Du traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants par le sulfate d'atropine. — *M. Vincent* : Maladie osseuse de Paget (Revue générale). — *M. Denis* : Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire. — *M. Mougenc de Saint Avid* : Des amputations économiques du pied.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS DE L'INTERNAT
(Médecine)

La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 19 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats, devant à leur entrée dans la salle recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 11 h. 1/2.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier

M. Brochard, de Paris.

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique

M. Le Page, d'Orléans.
M. Toussaint, d'Argenteuil.

Officiers d'académie

M. Bosredon, de Brive.
M. Quastin, de Toussieu.
M. Guillemant, de Cluis (Ain).
M. Brassart, d'Arras.
M. Leunette, de Liévin.
M. Lallement, de Nogent-sur-Marne.
M. de La Chapelle, de Lalinde.
M. Mercier, de Vergt.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 18 novembre

Pathologie

Question : « Erysipèle de la face. »

19 Bernard, Bachy — 18 Dardel — 14 Fred. Bertier — 13 Bedel, Capot de Quissac — 12 Boussart — 11 Marty, Compart, Berthaud — Chambouvives, Gatin — 9 Mlle Bernchtein — 8 Belot — 7 Chanal — 6 Auboyer — 4 Cœur — 2 Chaignon, Mlle Bidaux.

Séance du 19

Anatomie

18 1/2 Wilhem, Thibout — 17 Viguerie, Samson — 16 G. Roux, Toulant — 15 Renaud, Vergne, Rol — 14 Mlle Tscherniack — 13 Serée, Robin, Trotain — 12 Molizansky — 8 Schlissinger — 6 Rondergues — 4 Thévenet.

Séance du 21

Pathologie

Question : « Etranglement herniaire ».

18 Cauhapé — 17 Coryllos, Cotoni — 16 Baisoin — 15 H. Bertier, Bechade, Compat, Bordeau — 13 Delelist — 12 Barillet — 11 Chiray — 10 Decourtieux, Abbas, Abrain — 9 Cordier, Carnot — 8 Delestre, Delaplane — 7 Boulogne — 5 Coudere.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 23 novembre, à 4 h. 1/2 ; fin des candidats de la 1re série de la 1re moitié de la liste, et 2e série de la 1re moitié.

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE INFANTILE

La syphilis héréditaire précoce et l'allaitement mercenaire

Par M. E. TERRIEN

Chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades.

Les cas de transmission de la syphilis par l'allaitement sont nombreux; elle peut se faire de l'enfant syphilitique à une nourrice saine, ou d'une nourrice syphilitique à un enfant sain. La syphilis est d'autant plus fréquente que les femmes sont plus âgées, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'elles ont eu plus de temps pour se contaminer; ce sont les multipares qui fournissent la plus forte proportion (Gailleton).

Les filles-mères donnent une proportion moins élevée, sans doute parce qu'elles sont plus jeunes.

Il faudra donc, avant de donner une nourrice à un enfant, être certain que ni l'un ni l'autre ne sont atteints de cette affection.

Comment s'en assurer? Le seul moyen consiste à examiner soigneusement la nourrice et l'enfant.

I. — L'existence de la syphilis, *chez l'enfant*, sera dépistée par la recherche des symptômes suivants :

1° *Etat général mauvais.*— L'enfant syphilitique naît souvent avant terme; son apparence est toute spéciale : il est chétif, malingre; la peau est terreuse et sa coloration rose normale a fait place à une teinte jaunâtre et bistrée. C'est à la face, en particulier, que ces manifestations s'observeront : la peau ridée, les traits accusés donnent au facies les caractères classiques de la figure de *petit vieux*. Un autre signe précurseur est fourni par les anomalies de la courbe d'accroissement. Ces anomalies peuvent survenir soit dès les premiers jours, soit plus tard.

Dans les premiers jours, on peut observer une descente trop rapide du poids : la courbe baisse brusquement de 300 à 400 gr. (au lieu de 150 à 200); et au lieu de revenir au poids primitif en quatre ou cinq jours, elle continue à baisser pendant huit, dix jours ou davantage. Et quand le mouvement d'ascension se dessine enfin, il progresse très lentement, indiquant ainsi les troubles profonds qu'a subi la nutrition (Gailleton).

Un peu plus tard, un phénomène analogue peut être encore noté : c'est une baisse de poids progressive et inexplicable. « Lorsqu'un nouveau-né montre les signes extérieurs d'une bonne santé, qu'il prend bien le sein, que le lait est suffisant comme qualité et comme quantité, la signification se précise : il n'y a guère que la syphilis qui se comporte ainsi (Gailleton) »; on devra toujours y songer lorsqu'on voit un enfant baisser de poids et dépérir sans raison, alors qu'il avait commencé par être très bien portant.

2° *Manifestations cutanées et muqueuses* à rechercher dans diverses régions :

A la face on constatera souvent l'existence de *l'alopécie des sourcils* ou d'un *coryza* accentué et persistant, accident précoce et rarement absent, car la syphilis des muqueuses est très souvent la première en date; on pourrait déjà le soupçonner à l'enchifrènement, à la gêne de la respiration nasale qu'il provoque; il s'accompagne, de plus, d'un écoulement d'abord séreux, puis purulent, qui irrite vivement la lèvre supérieure, les parties visibles des fosses nasales et détermine la production de croûtes; souvent aussi on trouve des *fissures labiales et conjonctivales* profondes, parfois recouvertes de croûtelles; elles sont surtout *commissurales*; on les rencontre aux angles des paupières et au pourtour de l'orifice buccal, au niveau de la commissure, sur la lèvre supérieure sous forme de deux crevasses parallèles et médianes, à peu près exclusivement localisées à la muqueuse, enfin, plus rarement, sur la lèvre inférieure, au niveau du bord libre, sous forme d'une crevasse antéro-postérieure.

Aux extrémités, on pourra constater *le pemphigus des nouveau-nés* localisé exclusivement à la paume des mains et à la plante des pieds, et constitué par de grosses bulles remplies d'un liquide verdâtre et purulent.

Cette manifestation sera d'ailleurs assez rarement constatée, car elle est à la fois très précoce et éphémère, apparaissant dès la naissance ou aussitôt après pour disparaître au bout de quelques jours.

Mais si les bulles ont disparu, elles ont laissé à leur place une altération, une croûte ou tout au moins une coloration rouge-vineux et de la desquamation. Sur tout le corps enfin, mais plus particulièrement sur les fesses, les cuisses et les jambes, on recherchera les diverses variétés de *syphilides* : plaques érythémateuses d'apparence cuivrée, squameuses ou non, qu'il ne faut pas confondre avec la roséole; celle-ci devrait être si précoce que son existence même a été niée par quelques auteurs dans la syphilis héréditaire; plaques papulo-érosives, surtout sur les fesses, à rapprocher des fissures anales; plaques ulcéreuses beaucoup moins fréquentes et relevant bien plutôt d'infections cutanées que de la syphilis (1).

3° *Manifestations viscérales* spéciales à la syphilis héréditaire précoce, telles que certaines *lésions osseuses* dont quelques-unes seront facilement constatées; par exemple la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot : l'impotence fonctionnelle, la douleur et le gonflement localisé attirerons suffisamment l'attention; telles sont encore l'*hypertrophie du foie et de la rate.*

4° *La syphilis des parents.* — En l'absence même de toute manifestation apparente, un enfant né de parents syphilitiques devra être considéré comme probablement infecté; il faudra lui appliquer les mêmes règles au point de vue de l'allaitement qu'à l'enfant nettement syphilitique.

De toutes ces manifestations, les plus importantes sont les lésions cutanées et muqueuses, et cela pour plusieurs raisons.

Faciles à constater, elles éveillent plus vite l'attention; manifestations secondaires pour la plupart, elles sont éminemment contagieuses; pour cette raison (accident secondaire), elles sont très précoces : elles apparaissent presque toujours dans les trois premiers mois; passé ce délai, on peut espérer avec raison que ces lésions n'apparaîtront plus.

De là cette conclusion : l'apparition de ces manifestations ne fera pas seulement reconnaître l'existence de la syphilis, elle permettra souvent d'en établir l'origine acquise ou héréditaire. Les manifestations secondaires n'apparaissant que rarement après le troisième mois, on peut être presque certain, quand on les observe chez un enfant *plus âgé*, qu'il s'agit de *syphilis acquise*.

II. — Chez *la nourrice*, le diagnostic de la syphilis s'établira :

1° *Par la recherche des stigmates visibles* : manifestations cutanées et muqueuses, syphilide pigmentaire sur le cou, ganglions cervicaux sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, perte des cheveux.

(1) Ne pas faire, par exemple, ici, l'erreur souvent commise, qui consiste à prendre pour de la syphilis un érythème papuleux post-érosif des fesses, consécutif à de la diarrhée. La topographie de ces lésions pourra aider au diagnostic : elles respectent les plis cutanés parce que, à ce niveau, la peau était moins en contact avec le liquide irritant de la diarrhée.

2° *Par les commémoratifs.* Les stigmates précédents sont inconstants; ils peuvent avoir disparu, et l'on sait, d'autre part, que la syphilis conceptionnelle peut ne se révéler par aucun symptôme.

On s'informera donc s'il y a eu *d'autres grossesses,* des fausses couches; si les accouchements se sont produits à terme; s'il y a eu des enfants morts, à quel âge et dans quelles conditions.

3° *Par l'examen de son enfant.* Les stigmates directs pouvant manquer, et les renseignements pouvant être erronés, c'est encore l'examen de l'enfant qui fournira les plus précieux renseignements.

III. — Quelle conduite faut-il tenir quand on soupçonne la syphilis soit chez la nourrice ou son enfant, soit dans la famille qui veut recourir à l'allaitement mercenaire?

A) On soupçonne la *syphilis dans la famille de l'enfant* :

1° Il faut s'abstenir dans tous les cas de donner à l'enfant une nourrice mercenaire. Cette règle s'applique non seulement aux cas où l'enfant paraît syphilitique, mais même à ceux où l'enfant, paraissant sain, est issu de parents syphilitiques (1).

2° La mère doit, dans tous les cas, nourrir son enfant; c'est l'intérêt de l'enfant hérédo-syphilitique, qui bien souvent succombera s'il n'est pas élevé au sein; cela est sans aucun dommage pour la mère ni pour l'enfant.

a) Pour la mère : *une mère saine d'apparence ne prendra pas la syphilis de son enfant syphilitique* (loi de Baumes-Colles). Il y a à cela une bonne raison : si elle ne peut prendre la syphilis de son enfant, c'est qu'elle l'a déjà (syphilis conceptionnelle).

b) Pour l'enfant : *une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant sain* (loi de Profeta). Il faut signaler cependant à cette règle une exception : c'est le cas très rare où la mère a contracté la syphilis après le septième mois de sa grossesse. Alors l'enfant peut naître réellement sain : la preuve c'est qu'il est apte alors à contracter la maladie.

En dehors de cette exception, l'enfant sain en apparence ne peut être contaminé, car il l'est déjà.

En résumé, que ce soit la mère ou l'enfant qui présente les manifestations syphilitiques, ils ne peuvent se contagionner.

B) *Enfant sain.* — Lorsqu'on choisira une nourrice, celle qu'on arrêtera devra avoir un enfant âgé de *trois mois au moins* : c'est le plus souvent, en effet, l'état de l'enfant qui permet de dépister la syphilis de la mère; or, nous avons vu plus haut que la syphilis héréditaire précoce peut tarder jusqu'au troisième mois avant de se manifester (les cas plus tardifs sont exceptionnels).

La nourrice ne devra jamais donner le sein à un autre enfant que celui qu'elle allaite; des cas de contagion ont été ainsi signalés.

C) *La syphilis se manifeste au cours de l'allaitement commencé.* — La syphilis peut alors se manifester soit chez la nourrice, soit chez l'enfant. Dans les deux cas, la conduite à tenir est identique : l'un des deux paraissant seul atteint, il faut supprimer l'allaitement au sein et, de plus, empêcher la nourrice de se replacer. Même saine en apparence, elle peut être en état d'incubation de syphilis (quand le nourrisson présente des manifestations) et elle risquerait, en se plaçant ailleurs, d'aller contaminer un autre enfant.

Pour la même raison on se gardera, si c'est la nourrice qui paraît infectée, de rechercher une seconde nourrice à l'enfant.

(1) Par exception, on pourra laisser prendre une nourrice mercenaire lorsque le père seul est syphilitique : 1° s'il est sain actuellement; 2° si sa syphilis remonte à dix ans au moins; 3° s'il n'y a eu aucune manifestation syphilitique depuis six à sept ans; 4° si elle a été bien et longuement traitée.

PSYCHIATRIE

Contribution à l'étiologie du syndrome de la démence précoce

PAR

MM. les Drs ROUBINOVITCH et PHULPIN

Au cours de recherches que nous avons faites, lors de la suppléance exercée par l'un de nous, pendant deux mois, dans les sections d'aliénés de la Salpêtrière, nous avons étudié spécialement l'état de l'appareil circulatoire chez trente et un sujets atteints de démence précoce.

Nous avons eu l'occasion de noter ainsi quelques particularités, telles que l'existence de bruits extra-cardiaques chez les deux cinquièmes environ de nos malades, et surtout l'abaissement habituel de la tension artérielle. Plus de trois quarts de nos démentes, qui n'étaient pas atteintes d'affection du cœur, des vaisseaux, des poumons ou des reins, capable d'influencer la tension artérielle, avaient une tension basse et qui, mesurée au sphygmomanomètre de Potain, oscillait entre 13 et 14 centimètres 1/2 de mercure. La tension artérielle descendait même, pour deux d'entre elles, à 12 centimètres, bien qu'elles ne fussent, ni l'une ni l'autre, suspectes de tuberculose.

Cinq seulement possédaient une tension normale qui variait entre 15 et 17 centimètres. C'est dans ce groupe que se trouvaient les trois malades qui jouissaient de la santé générale la plus satisfaisante.

Ces résultats concordent assez bien avec ce que l'on pouvait prévoir théoriquement. Le grand nombre de bruits extra-cardiaques et l'hypotension artérielle paraissent dus à la déchéance organique vers laquelle évoluent plus ou moins rapidement la plupart des déments précoces.

Notre enquête nous a permis de faire une autre constatation. Elle nous a fait trouver, parmi les trente et une malades soumises à notre examen, une série de sept cas de rétrécissement mitral *pur,* bien caractérisé par l'existence d'un roulement présystolique et par celle d'un dédoublement constant du deuxième bruit.

Bien qu'il ne soit pas rare que la sténose mitrale existe chez les jeunes filles et les jeunes femmes à l'état latent, cette proportion nous a paru assez forte pour nous faire penser qu'il y avait peut-être parfois autre chose qu'une simple coïncidence dans cette association.

Le rétrécissement mitral pur et la démence précoce sont, d'ailleurs, considérés, l'un et l'autre, par certains auteurs, comme une *maladie d'évolution.*

Nous nous bornerons à résumer ici l'histoire clinique des sept démentes précoces atteintes de sténose mitrale, dans ce qu'elle a d'essentiel.

Observation I. — P..., vingt-huit ans, taille : 1 m. 52. Poids : 42 k. 100. Entrée en février 1903 avec des troubles mentaux caractérisés par une grande excitation; un désordre très marqué dans les idées au milieu desquels on saisissait des préoccupations hypochondriaques; des hallucinations; une turbulence accompagnée de sauts, de cris, de chants, le tout entremêlé d'une façon incohérente. Pendant dix-huit mois, le tableau clinique est resté le même. Depuis la fin du mois de juillet 1904 l'excitation a disparu pour faire place à une sorte de torpeur avec lenteur extrême de l'idéation et affaiblissement notable de la mémoire. C'est une femme de petite taille, pâle. Tension artérielle : 12,5.

A l'auscultation : dédoublement du 2e bruit et roulement présystolique.

Obs. II. — B..., dix-neuf ans. Taille : 1 m. 52. Poids : 57 k. 200. Cette malade, qui traverse actuellement une période de rémission très accentuée, est entrée en

mai 1903 avec un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, alternatives de grande excitation et de torpeur, tendance à des mouvements impulsifs et refus d'aliments. Cet état était encore le même en juin 1904. A partir du mois de juillet, la malade se calme; ses hallucinations disparaissent et ses idées ont tendance à s'associer plus correctement. En septembre, l'amélioration est encore plus sensible, car elle se rend compte qu'elle a été démente et qu'actuellement son intelligence est diminuée par rapport à l'époque de sa vie antérieure au début de sa maladie.

Dans son état physique nous notons quelques stigmates de dégénérescence (front asymétrique, lobule de l'oreille droite sessile, voûte palatine légèrement ogivale). Les pupilles en mydriase sont égales et contractiles. La tension artérielle est de 12.

A l'auscultation : roulement présystolique, claquement d'ouverture de la mitrale; dédoublement constant du second bruit.

Aux poumons : submatité au sommet gauche, en avant et en arrière; respiration rude.

Dans les antécédents héréditaires nous relevons les faits suivants : mère, hystérique à grandes attaques et sœur morte à l'âge de vingt ans, de tuberculose pulmonaire. Le passé personnel de la malade comprend deux détails intéressants : inaptitude marquée pour apprendre, à l'école, le calcul et crises hystériques de rire, entre seize et dix-huit ans.

Obs. III. — B..., vingt trois ans. Taille : 1 m. 53. Poids : 41 kil. Entrée à la Salpêtrière en juin 1902, à l'âge de vingt et un ans, avec des phénomènes qui rappelaient l'hystérie et dans un état de vive excitation accompagnée d'hallucinations diverses. Telle elle est entrée, telle elle est encore aujourd'hui : elle rit ou pleure, parcourt toute nue la salle où elle est couchée, parle sans cesse tantôt en criant, tantôt à voix basse; son langage est complètement dissocié, incohérent.

Son faciès est notablement asymétrique. A l'auscultation du cœur : souffle diastolique et roulement présystolique. Dédoublement du second bruit.

L'auscultation des poumons dénote une submatité du sommet gauche dans la fosse sus-épineuse et une respiration soufflante.

Obs. IV. — R..., trente-huit ans. Taille : 1 m. 54. Poids : 47 k. 100. Début à trente ans par des bizarreries de caractère. En juillet 1897 son état mental se caractérisait par un mélange incohérent d'idées mélancoliques, hypochondriaques et de persécution; diverses hallucinations s'y ajoutaient de temps à autre. Actuellement, domine un affaiblissement des facultés; par intervalles, la malade s'excite légèrement et manifeste soit des idées de satisfaction, soit des idées d'hypochondrie ou de persécution, mais sans la moindre cohésion.

A l'auscultation du cœur : rythme mitral complet.

Aux poumons : submatité et respiration très rude au sommet droit, en arrière.

Obs. V. — P..., vingt-cinq ans. Taille : 1 m. 57. Poids : 50 kilogr. En octobre 1902 cette malade est prise d'un accès d'excitation aiguë avec idées mélancoliques, gémissements et crises de larmes. Aujourd'hui les périodes de calme sont plus fréquentes et plus longues, mais il existe une légère confusion dans les idées et la malade continue à se livrer à des actes de négativisme : se cache sous ses couvertures quand on l'approche, ferme les yeux, contracte les muscles des membres, etc...

Au cœur : roulement présystolique et dédoublement du second bruit.

Aux poumons : submatité et affaiblissement respiratoire dans la fosse sus-épineuse gauche.

Obs. VI. — L..., vingt et un ans. Taille : 1 m. 61. Poids : 61 kilogr. Malade en pleine rémission. Entrée en juin 1904, venant de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, avec le diagnostic suivant du Dr Garnier : excitation maniaque, désordre, loquacité, propos obscènes, orduriers, grimaces, rires, chants, déclamation incohérente. L'amélioration s'est déclarée en août et n'a fait qu'augmenter depuis. Aujourd'hui, L... est calme, ordonnée, paraissant en possession de ses moyens intellectuels antérieurs à l'accès. C'est une personne dont l'intelligence a été plutôt au-dessous de la moyenne.

Au cœur, roulement présystolique; claquement d'ouverture de la mitrale; dédoublement du second temps.

Aux poumons : sommet droit très suspect.

Obs. VII.— D..., trente-deux ans. Taille : 1 m. 44. Poids : 32 k. 300. Cette malade, remarquable par son peu de développement physique et dont l'aspect est celui d'une fillette de quinze ans, est entrée, en janvier 1903, pour des troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement des facultés, grande confusion dans les idées, tendance au négativisme et à la stupeur, attitudes catatoniques. Son état est le même aujourd'hui. Physiquement, à part la petitesse de la taille (1 m. 44) et l'aplasie générale, on constate un léger tremblement de la langue et des mains, une hyperesthésie cutanée, une exagération notable des réflexes rotuliens.

Au cœur : rythme mitral.

Aux poumons : diminution de la sonorité et respiration légèrement soufflante dans la fosse sous-claviculaire droite.

Dans toutes ces observations il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux. Les malades présentent un rétrécissement mitral pur, associé à une tuberculose légère du poumon. Elle se traduit seulement, comme c'est la règle dans ces conditions, par quelques modifications dans la sonorité du thorax et dans le timbre de la respiration, à l'un des sommets. Cette tuberculose est une tuberculose circonscrite et stationnaire, qui doit sa bénignité, ainsi qu'on l'admet en général, au régime circulatoire spécial sous lequel se trouve placé le poumon par la lésion mitrale.

Assez souvent, un arrêt de développement de la taille et même de l'organisme, dans son ensemble, accompagne le rétrécissement mitral; les malades restent petites et grêles. Il en est ainsi pour les jeunes femmes des observations I, III, V et VII. Leur taille varie entre 1 m. 44 et 1 m. 57; et leur poids — entre 32 kil. 300 et 50 kilogr.

Quelle signification doit-on donner à ce rétrécissement mitral pur observé chez des malades âgées de dix-neuf à trente-huit ans?

On admet généralement avec Sansom et Duroziez que le rétrécissement mitral pur, exceptionnel dans l'enfance, se révèle au moment de la puberté, spécialement chez la femme. Les mêmes auteurs font jouer un rôle considérable, dans la pathogénie de cette affection cardiaque, aux modifications trophiques générales qui accompagnent la puberté. D'après cette théorie, le rétrécissement mitral serait, chez certains enfants, précoce et latent. Il aurait pour conséquence d'arrêter le développement du ventricule gauche qui règle ses dimensions d'après l'importance de l'ondée sanguine qu'il reçoit. Or, à la puberté, tous les organes ont une tendance à augmenter de volume; le ventricule gauche participe à cette augmentation; de sa croissance résulte une disproportion entre l'orifice mitral et la cavité auriculo-ventriculaire dont la conséquence est un rétrécissement mitral indépendant d'une endocardite.

Si nous admettons cette explication, nous sommes amenés à considérer le rétrécissement mitral de nos démentes précoces comme l'effet d'une malformation cardiaque, soit congénitale, soit acquise avant l'âge de la puberté, c'est-à-dire d'une sorte de *stigmate cardiaque* d'une prédisposition pathologique, véritable stigmate de dégénérescence, ignoré jusqu'à présent dans l'étiologie de la démence précoce.

Mais, d'autre part, la tendance actuelle est d'admettre de plus en plus l'opinion soutenue pour la première fois par Pierre Teissier, que la tuberculose pulmonaire, contractée dans l'enfance ou dans l'adolescence, est la cause ordinaire du rétrécissement mitral pur et de la dystrophie générale qui parfois s'y associe. Il serait étonnant qu'une infection qui produit à la longue une lésion aussi caractérisée que la sténose mitrale, qui peut produire, en outre, un trouble de la croissance, une véritable *dystrophie tuberculeuse*, n'influençât pas dans quelques cas, à un moment donné, d'une façon analogue l'encéphale, surtout pendant

la période où cet organe complète son développement. Klippel, dans l'étude comparée qu'il a faite des lésions dans la paralysie générale et dans diverses infections et intoxications chroniques, a constaté, chez des tuberculeux, des dégénérescences des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, qui ont une grande ressemblance avec celles que l'on trouve dans les démences.

Le foyer tuberculeux peut quelquefois siéger ailleurs que dans le poumon. L'un de nous, dans une autopsie d'une démente précoce, faite l'an dernier à la Salpêtrière, a trouvé comme lésion viscérale unique, une infiltration tuberculeuse très développée des ganglions trachéo-bronchiques.

On ne saurait prétendre, avec quelques observations aussi spéciales, élucider la question complexe et obscure de l'étiologie de la démence précoce.

Les deux interprétations que nous avons développées et qui ne s'excluent pas l'une l'autre, car elles correspondent, en réalité, à des cas différents : 1° la prédisposition héréditaire ou acquise indiquée par le rétrécissement mitral pur, en tant que stigmate cardiaque de dégénérescence, et 2° la dystrophie tuberculeuse dont le rétrécissement mitral et la démence précoce ne seraient que des manifestations, ne conviennent évidemment qu'à un groupe de faits très restreint.

Elles nous paraissent avoir surtout la valeur d'une indication pour les recherches ultérieures. Peut-être arrivera-t-on à constater que la syphilis et le saturnisme, qui sont aptes à provoquer le rétrécissement mitral pur, agissent de même, dans quelques cas, en ce qui concerne la démence précoce.

La question de l'étiologie de cette affection est encore trop incomplète pour que l'élément nouveau que nous apportons trouve, pour le moment, sa place ailleurs que dans un chapitre d'attente.

Contrairement à la doctrine soutenue par un grand nombre d'auteurs en Allemagne, par quelques auteurs en France, la démence précoce ne nous paraît pas être une entité, mais un syndrome, la conséquence de toute une série de processus. Il est probable que, dans le nombre de ces processus, se trouvent des infections, des intoxications, exogènes ou endogènes, qui peuvent, comme la tuberculose dans le rétrécissement mitral, rester latentes ou frustes, ou se traduire seulement par une manifestation indirecte et éloignée.

MÉDECINE MILITAIRE

Les expertises de « la calotte médico-militaire »

Les journaux qui mènent la campagne de démilitarisation que l'on sait, prétendent que les médecins militaires disent toujours *amen* quand le commandement parle, et que nos confrères ont abandonné toute indépendance professionnelle.

Certainement la subordination absolue des médecins de corps de troupe aux chefs de corps crée à nos confrères, dans l'exécution de leur service, des difficultés de toute nature, et la situation nous semble très bien exposée dans les lignes suivantes, que nous cueillons dans une lettre d'un de nos camarades :

Il y a des supérieurs qui réduisent les médecins à l'état de parents pauvres ou d'invités dans l'armée.

Quand nous disons oui, nous sommes des auxiliaires du commandement épatants.

Quand nous disons non, parce que notre devoir est de dire non, nous sommes indisciplinés.

Quand nous parlons sans y être invités, on nous rappelle que l'ânesse de Balaam ne parla qu'une fois sans la permission du prêtre prophète et qu'elle eut tort.

Mais cette situation, pour être particulièrement délicate, n'est pas au-dessus de la conception du devoir chez les médecins militaires. Un exemple récent est bien suggestif à cet égard. Nous voulons parler de ce qu'on appelle, dans la presse, « le cas du commandant Cuignet ».

L'affaire est, en elle-même, trop connue, pour que nous ayons besoin de la rappeler. Elle a un côté politique que nous laissons totalement de côté, pour n'envisager que ce qui concerne la médecine légale.

Le silence fait autour des rapports établis par les médecins militaires chargés de se prononcer sur l'état mental du commandant Cuignet, a été généralement regardé comme un aveu tacite de la culpabilité du chef militaire qui a pris sur lui de prescrire un tel examen. Cependant commençait à se répandre le bruit que le ministre n'agissait ainsi que pour ne pas découvrir les médecins experts, qui auraient été un peu... complaisants!

Heureusement que cette nouvelle calomnie vient d'être arrêtée net par la publication, à la Chambre des Députés, des rapports des experts chargés d'examiner le commandant Cuignet.

Voici, du reste, ces rapports :

12e corps d'armée.

PLACE DE BERGERAC

N° 95 du registre à souche.

SERVICE DE SANTÉ

Hôpital mixte de Bergerac

Certificat de visite.

« En exécution des ordres de M. le ministre de la guerre, nous, soussigné, Ducros, François Xavier, médecin-major de 1re classe, médecin chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Bergerac, certifions que M. Cuignet, Louis-Benjamin, chef de bataillon au 108e régiment d'infanterie à Bergerac, né à Bergues, canton dudit, département du Nord, âgé de quarante-six ans, est doué d'une intelligence vive, d'un esprit ouvert et élevé, doublés d'une instruction supérieure et de qualités morales qui lui permettent d'accomplir normalement tous les actes de la vie ordinaire et, en particulier, de faire face honorablement et brillamment à toutes les obligations de sa profession militaire qu'il aime par dessus tout, et qu'en aucune circonstance il ne nous a été donné de constater que cet officier supérieur ait accompli un acte pouvant le faire considérer comme inconscient et irresponsable.

« En conséquence, estimons que M. le commandant Cuignet est responsable de ses actes.

« Bergerac, 1er juillet 1904.

« Signé : DUCROS. »

Certificat de contre-visite.

« En exécution de l'ordre de M. le général commandant le 12e corps d'armée en date du 30 juin 1904.

« Nous, soussigné Villiès (Gustave), médecin principal de 2e classe, après avoir visité le commandant Cuignet, ci-dessus dénommé, certifions qu'au cours d'un examen prolongé, il n'a présenté aucun signe d'altération des facultés intellectuelles; il n'a pu être saisi chez lui aucun signe objectif, il n'accuse aucun signe subjectif pouvant faire craindre l'imminence d'une maladie des centres nerveux.

« En conséquence, estimons qu'il est entièrement conscient et responsable de ses actes.

« Fait à Limoges, le 6 juillet 1904.

« VILLIÈS. »

Cette révélation du rôle réel joué par les experts dans cette affaire a le rare avantage de satisfaire tout à la fois amis et ennemis du Corps de santé.

Les premiers y voient une nouvelle preuve de l'indépendance professionnelle que nos confrères militaires savent garder, même dans les cas où elle est le plus menacée.

Les seconds, en constatant que les experts ont déclaré sain d'esprit un officier diagnostiqué irresponsable par le général André, y trouvent une preuve irrécusable que les médecins militaires forment décidément une « Calotte médico militaire. »

Dr NOEL.

HYGIÈNE SOCIALE

Les maladies populaires

Par M. le Dr Louis RÉNON

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux

Les vraies maladies populaires, les vrais fléaux sociaux, tout le monde sait leurs noms : *péril vénérien, péril alcoolique, péril tuberculeux*, et c'est l'honneur

de notre temps d'engager résolûment la lutte contre eux.

Notre collègue, le Dr Rénon, aura contribué très utilement à cette lutte en consacrant à l'étude de ces maladies populaires les leçons qu'il a professées cette année à la Faculté de médecine en remplacement de M. le prof. Bouchard. Il vient de les réunir en volume, et son livre nous paraît mériter plus qu'une courte analyse bibliographique.

En effet, une telle étude médico-sociale intéresse au plus haut point « les bergers du troupeau social », qui ont charge de lutter contre les périls sociaux. Mais les médecins doivent les guider dans cette lutte.

« Allez-vous, dit l'auteur, vous, médecins, assister les bras croisés, à tant de fléaux et à tant de misères, occupés dans votre tour d'ivoire à discuter sur les formes des microbes et les réactions chimiques des humeurs? Vous n'en avez pas le droit. Quelques esprits timorés vous diront que ce n'est ni votre rôle, ni votre affaire. C'est une erreur. A une époque où tout change, où tout évolutionne, soyez « vivicoles », suivant la belle expression de mon ami Triboulet! D'ailleurs, prenez-y garde, si vous ne dirigez pas le mouvement, si vous ne vous y associez pas, il se fera quand même, en dehors de vous et contre vous, et vous aurez perdu la situation matérielle et morale à laquelle vous, les guides naturels de l'hygiène, vous avez droit.

« Donc, messieurs, prenez résolûment la tête de ce mouvement, dirigez les ligues et les efforts de l'initiative privée, et vous arriverez à intéresser l'État à l'étude de questions qui touchent à la vie même de la nation. C'est assez vous dire que vous devez connaître les maladies populaires, et c'est pourquoi, au cours de ces leçons, si je ne néglige pas l'individu, qui crée le type morbide, vous me verrez surtout m'occuper de la collectivité qui crée les grands courants pathologiques. »

Je n'insiste pas sur les chapitres où le Dr Rénon met en plein relief l'intensité des méfaits sociaux de la syphilis, de l'alcoolisme, de la tuberculose, afin de pouvoir consacrer une plus complète analyse aux chapitres qui traitent de la prophylaxie et de la défense sociale contre chacun des trois grands périls sociaux.

La défense sociale contre la syphilis. — Les moyens médicaux peuvent y jouer un rôle très important. Il est certain que les syphilis bien traitées restent infécondes; elles meurent sur place; mais l'homme ou la femme du peuple n'ont pas les facilités suffisantes pour traiter convenablement et suffisamment longtemps sa syphilis. Les consultations vénéréologiques du soir, telles que les propose le professeur Fournier, donneraient, à ce point de vue, des résultats précieux

Mais, soigner la syphilis est insuffisant : il faut réprimer la prostitution pour venir à bout des maladies vénériennes. La réglementation, telle qu'elle existe actuellement, ne suffit pas à la réprimer. 7000 femmes en cartes ou en maisons sont seules surveillées; 40000 prostituées échappent à la surveillance, et ce sont les plus dangereuses, parce que ce sont les plus jeunes, les plus récemment syphilisées, les plus contagieuses. Il faut assimiler la prostitution des mineures à un vagabondage donnant aux tribunaux de droit commun la possibilité de les envoyer jusqu'à leur majorité dans des maisons de correction, et non les renvoyer à la rue et au ruisseau, comme aujourd'hui. La prostitution des majeures doit être assimilée à une industrie insalubre et surveillée comme telle, mais selon le droit commun, et les sanctions doivent être prononcées par les tribunaux de droit commun. Il faut établir le principe de la responsabilité, au cas de contamination vénérienne. Cette solution de la protection dans le droit commun met d'accord réglementaristes et abolitionnistes, ceux du moins que la passion n'aveugle pas. L'éducation du public en matière de prophylaxie vénérienne, telle que l'a entreprise la Société française de prophylaxie sanitaire et morale est nécessaire pour obtenir des pouvoirs publics les réformes légales propres à les sauvegarder de la collectivité et de la race.

La défense sociale contre l'alcoolisme. — L'État n'a rien fait contre l'alcoolisme La loi, dite des boissons hygiéniques, n'a pour but que d'amener l'habitant des villes à s'alcooliser avec du vin plutôt qu'avec de l'alcool; elle a été imposée par les ruraux du Midi, producteurs de vin; le projet de loi contre les bouilleurs de cru a été amputé de telle sorte par la Chambre que la loi votée n'atteint aucunement le but cherché. Des influences électorales puissantes empêchent toute réforme en ce sens. L'initiative intelligente de quelques maires, parmi lesquels le prof. Augagneur, à Lyon, a suffi pour diminuer notablement le nombre des cabarets dans leur commune. Les résultats obtenus à l'étranger par des mesures analogues montrent ce qu'on pourrait obtenir en France.

En Suisse et en Russie, le monopole de l'État, en Suède et en Norwège le monopole octroyé aux Sociétés antialcooliques ont donné des résultats qui se sont traduits immédiatement par un relèvement merveilleux de la condition du peuple dans ces pays.

En France, pour le moment, les effets portent surtout sur l'éducation antialcoolique des enfants dans les écoles, et du public par les conférences et les affiches, œuvres des sociétés antialcooliques.

L'alcoolisme fait perdre à la France, annuellement, près de deux milliards en prix d'achats, frais de répression des crimes, frais d'assistance aux alcooliques, salaires perdus. Il faut que l'opinion publique, renseignée, amène l'État à des sacrifices qui seront largement et immédiatement composés par la diminution de cette perte annuelle.

La défense sociale contre la tuberculose. — La tuberculose est celui des trois périls contre lequel on a le plus lutté; mais c'est également aussi celui qui donne le plus lieu à controverses sur les meilleurs moyens à employer. »

La lutte contre la tuberculose, sous des influences d'origine allemande, a pris d'abord la forme de créations de sanatoriums. On n'a pas tardé à se rendre compte que la lutte sous cette forme était décevante. Si le sanatorium est parfois un excellent moyen de traitement, il n'est pas un instrument de prophylaxie sociale. « Vouloir borner la lutte contre la tuberculose au sanatorium, c'est vouloir empêcher un arbre de pousser en émondant chaque année ses branches: pour tuer cet arbre, ce sont les racines qu'il faut couper. Ce que je dis du sanatorium, je le dirai de l'hôpital de tuberculeux, tel qu'il semble actuellement conçu.

Bien plus importante est la prophylaxie, qui doit avoir un double but: restreindre la contagion et fortifier le terrain. La propagande et l'éducation antituberculeuse, telles qu'elles sont appliquées dans les dispensaires type Calmette, telles qu'elles sont enseignées par la Société de préservation contre la tuberculose, par l'éducation populaire, la prophylaxie rationnelle visant la descendance des tuberculeux telle que l'a entreprise l'Œuvre de la protection de l'enfance contre la tuberculose du prof. Grancher, les œuvres des jardins ouvriers, des colonies agricoles, des colonies de vacances, tels sont nos moyens d'action, centralisés par la Fédération antituberculeuse française et le bureau international pour la lutte contre la tuberculose.

L'extinction de l'alcoolisme, la démolition des maisons insalubres, la stérilisation des locaux où des tuberculeux ont vécu sont les conditions nécessaires pour empêcher la tuberculose de naître, œuvre plus utile que la dissémination de sanatoriums sur toute la surface de la France.

Tout récemment, l'Alliance de l'hygiène sociale a groupé toutes les Associations luttant en faveur de la santé publique. Le temps n'est pas éloigné où la tache du médecin vivicole apparaîtra de plus en plus belle. « La médecine sociale est la science de l'avenir; vous en serez les pontifes écoutés, respectés et aimés, si vous comprenez la grandeur et l'étendue des nouveaux horizons ouverts devant vous. » C'est en ces termes que M. Rénon termine son livre, si utile et si attachant.

E. Apert.
Médecin des hôpitaux.

Le prix de l'abonnement annuel du **BULLETIN MÉDICAL** est de **8 fr.** pour la France et **12 fr.** pour l'Étranger. On s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Arthrite suppurée du genou radicalement guérie par le gaz oxygène

Une lésion aussi grave que l'arthrite suppurée du genou, guérie sans ankylose, est certainement un succès remarquable. Ce succès, obtenu récemment par M. L. **Stouffs** (*Presse méd. belge*, 13 novembre 1904), grâce à l'emploi du gaz oxygène d'après la méthode du professeur Thiriar (de Bruxelles), mérite d'être relaté comme une des meilleures preuves de la grande valeur de ce procédé de traitement.

Il s'agissait, dans cette observation, d'une blessure accidentelle du genou par balle de gros calibre (9 millimètres) chez un jeune garçon. Le projectile laboura le tendon rotulien et vint s'amortir sur le bord supérieur de la rotule qu'il fit éclater longitudinalement. La balle resta enclavée entre les fragments de l'os rotulien, laissant l'articulation largement ouverte. L'auteur ne vit le blessé que le lendemain soir de l'accident. Séance tenante, après s'être rendu compte, au moyen des rayons X, de la situation exacte de la balle, il procéda à l'extraction qui s'effectua sans difficulté. Cependant, malgré les pansements les plus soignés et les irrigations de la jointure avec l'eau oxygénée, on vit apparaître les signes d'une arthrite purulente du genou, qui allèrent en augmentant.

Le matin du quatrième jour, la température étant à 39°8, l'auteur pratiqua une contre-ouverture sur le côté externe de l'articulation et, par cette ouverture, il fit d'abord une irrigation abondante avec l'eau oxygénée: elle ressortait par la plaie au-dessus du genou ; il lava ainsi copieusement l'articulation et plaça un drain dans la contre-ouverture. Il adapta à ce drain le bec d'une bonbonne d'oxygène comprimé et fit passer un courant d'oxygène à travers l'articulation pendant trois heures. Au pansement du soir, la transformation était complète, le liquide qui s'écoulait par les deux drains n'était déjà plus que simplement louche, le gonflement avait diminué, ainsi que la rougeur et la chaleur de la peau; la température était tombée à 39°, le malade se sentait beaucoup mieux et n'avait presque plus souffert.

Le matin du cinquième jour, la température est à 38°, le malade a bien dormi ; nouvelle irrigation avec gaz oxygène pendant trois heures; l'état général redevient meilleur, le malade mange de bon appétit; le soir, la température est à 37°6 l'écoulement par les drains est devenu séreux. Pansement humide.

Le sixième jour, au matin, température à 37°, écoulement quasi nul, irrigation de gaz oxygène pendant trois heures; on supprime le pansement humide pour faire un pansement sec légèrement compressif, il est possible d'imprimer au genou de légers mouvements passifs sans éveiller de la douleur; le soir, température à 37°2; on supprime le pansement du soir.

Le septième jour, au matin, température à 36°9. Il n'existe presque plus de gonflement, ni d'écoulement. On raccourcit les drains et on fait une nouvelle irrigation de gaz oxygène, précédée de quelques légers mouvements passifs; pansement sec, compressif.

On continue les injections d'oxygène jusqu'au onzième jour, mais alors, les gaz ne passant plus d'une ouverture à l'autre, on supprime les irrigations d'oxygène et on fait journellement du massage et des mouvements passifs.

Trois semaines après l'accident, le blessé marchait avec une simple attelle en fil de fer pour maintenir le genou en position droite, afin de ne pas entraver la consolidation des fragments de la rotule. Les deux plaies sont fermées. On fait encore journellement du massage et imprime au genou des mouvements passifs de plus en plus étendus. Peu à peu, on permet les mouvements actifs et, cinq semaines après l'accident, le blessé marche sans soutien et plie assez bien le genou. L'amélioration a continué si bien que, il y a environ trois mois, ce jeune homme a subi avec succès l'examen médical d'admission dans le personnel des ouvriers de chemin de fer. C'est là le meilleur certificat de guérison *ad integrum* qu'on ait pu lui donner.

Nouveaux faits relatifs au traitement du cancer par la térébenthine de Chios ou l'eau savonneuse

M. **Shaw Mackenzie** (*Med. Press and Circular*, 19 octobre 1904) nous donne, sur le traitement des néoplasies cancéreuses inopérables par les injections hypodermiques de térébenthine de Chios ou d'eau savonneuse, quelques nouveaux détails à ajouter à ceux que nous avons déjà eu l'occasion de mentionner (Voir *Bulletin Médical*, 1904, n° 66, p. 759).

Ces détails concernent d'abord la technique des injections elles-mêmes.

Pour ce qui est de la térébenthine de Chios, on l'emploie en solution à 20 % (non pas à 3 %, comme une erreur d'impression nous l'avait fait dire dans l'huile d'olive stérilisée. On commence par injecter cinq gouttes de cette solution, puis on augmente progressivement la dose, en répétant les injections tous les deux jours, jusqu'au maximum de 60 gouttes par injection. Une asepsie rigoureuse s'impose, bien entendu. Il est nécessaire aussi d'assurer, au préalable, une insensibilisation locale par le chlorure d'éthyle ou simplement au moyen d'un bloc de glace appliqué sur la peau pendant quelques instants. On injectera de préférence à la fesse, en ayant soin d'introduire le liquide médicamenteux profondément dans le tissu cellulaire, mais en évitant de le pousser dans l'épaisseur des muscles, ce qui provoquerait des douleurs plus intenses.

Quant aux injections savonneuses (d'après le procédé de M. Webb (de Melbourne), on les fait aux bras ou bien au voisinage de la tumeur, tous les quatre jours. On se sert, à cet effet, d'une solution stérilisée de savon à 1 %. On commence par la dose de 5 gouttes, qu'on augmente de 5 gouttes chaque fois jusqu'à la dose maxima de 60 gouttes. La réaction locale se réduit parfois à une simple sensibilité douloureuse au point injecté; d'autres fois on voit se former des indurations inflammatoires qui, cependant, n'aboutiraient pas à la suppuration.

L'auteur relate aussi un nouveau fait de tumeur, apparemment cancéreuse, améliorée par la térébenthine de Chios en injections sous-cutanées. Il concerne un homme atteint d'une tumeur pelvienne inopérable, à marche rapide, ayant été soumise, sans succès, au traitement radiothérapique. Au moment où les injections térébenthinées furent commencées, ce malade présentait un néoplasme de consistance dure, remplissant la cavité abdominale jusqu'à l'apophyse xyphoïde. La cuisse et la jambe droites étaient énormément tuméfiées. Sous l'influence de la térébenthine, la tumeur diminua rapidement pendant que dégonflait le membre inférieur droit et s'améliorait l'état général. Actuellement, la limite supérieure du néoplasme se trouve au niveau de l'ombilic ; le ventre est redevenu souple. L'amélioration continue à se produire ; le même traitement se poursuit.

Quelques nouveaux cas d'améliorations de cancers par les injections d'eau savonneuse auraient aussi été observés. Ces observations, parmi lesquelles figurait une guérison apparente d'un cancer récidivé du sein avec métastase hépatique et ascite, seront prochainement publiées par M. Webb.

Mais, d'ores et déjà, il paraît bien établi, au dire de M. Shaw-Mackenzie, que, dans les cancers inopérables, les injections sous-cutanées, soit de térébenthine de Chios, soit d'eau savonneuse, ont pour effet constant de supprimer les douleurs et l'écoulement fétide.

La thiosinamine contre l'otite moyenne sèche

Etant donnée notre impuissance actuelle à l'égard de la sclérose de la caisse du tympan, il paraît intéressant de signaler les succès relatifs que **M. Sugar** (*Pest. Arch. f. Ohrenheilk* et *Fortschr. d. Med.*, 20 octobre 1904) dit avoir obtenu, dans dix cas de cette affection, qu'il a eu l'occasion de traiter par la thiosinamine. On sait que cette substance a pour effet de provoquer la résorption des tissus cicatriciels et scléreux (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 165, 209 et 557).

Chez les malades en question, l'auteur a pratiqué tantôt des instillations dans l'oreille moyenne, au moyen de la sonde, de 5 gouttes d'une solution glycéro-aqueuse de thiosinamine à 10 %, tantôt des injections sous-cutanées de solution alcoolique à 15 % de ce médicament, injections faites à la dose de 1/3 à 1 centimètre cube,

au niveau de l'apophyse mastoïde ou au bras, et répétées chaque jour pendant un mois.

Dans tous les cas traités de la sorte, l'acuité auditive se serait souvent améliorée. Les injections de thiosinamine furent toujours bien supportées.

Action anesthésiante de l'oxygène sur les plaies douloureuses

Ayant eu à traiter un très grand nombre d'affections chirurgicales par les insufflations d'oxygène et le pansement oxygéné, d'après la méthode du prof. Thiriar (voir *Bulletin médical*, 1903, n° 67, p. 738), **M. G. Pantens** (*La clinique*, 15 octobre 1904) a pu se convaincre que ce traitement, en outre de ses effets antiseptiques, exerce une action analgésique très nette.

Voici, à cet égard, quelques-unes des observations de l'auteur :

Une jeune fille se présente à la consultation. Elle souffre d'un panaris de l'index de la main droite, suite d'une piqûre d'aiguille ; les ganglions de l'aisselle sont engorgés ; depuis deux nuits, insomnie causée par la douleur. On fait une incision qui provoque l'écoulement d'un pus verdâtre. Les douleurs sont très vives. Lavage à l'eau oxygénée ; introduction d'un courant de gaz oxygène au moyen d'une canule en caoutchouc durci. On laisse d'abord écouler le gaz bulle à bulle, tout en augmentant progressivement la pression. A mesure que le gaz s'écoule, *les douleurs s'atténuent pour disparaître bientôt tout à fait*. Le courant reste établi pendant cinq minutes. Puis, détachant la canule, on fait, au moyen du tube, un abondant arrosage de gaz oxygène à la surface de la plaie.

Pansement à l'eau oxygénée. Pendant cinq jours on renouvelle cette opération, puis on applique le baume du Pérou. Guérison.

Une femme a une rougeur érysipélateuse envahissant toute la joue droite. Sensation de tension, de chaleur et de douleur. Arrosage de gaz oxygène pendant un quart d'heure, de toute la région hyperémiée. *Bientôt la douleur disparaît ainsi que l'excès de tension* ; la plaque pâlit à vue d'œil. Guérison complète en quelques jours.

Un homme est porteur d'un anthrax du thorax, de la grandeur de la paume de la main. Zone inflammatoire étendue ; ganglions axillaires engorgés. Phénomènes généraux. La plaie a mauvais aspect. Lavage à l'eau oxygénée. Au moyen d'une pince de Péan montée d'ouate trempée dans l'eau oxygénée, on pratique une sorte d'écouvillonnage. Extirpation du bourbillon, injection dans tous les cratères de gaz oxygène, d'abord à faible pression, puis à pression de plus en plus forte. *Les douleurs, qui étaient fort pénibles, disparaissent.*

Quatre jours après, la plaie est en pleine voie de bourgeonnement.

Insufflation de gaz oxygène à la surface, application de baume du Pérou. Guérison rapide.

Une fillette a une plaie infectée de la main droite. Le moindre attouchement est excessivement douloureux, à ce point qu'elle résiste à l'insufflation de gaz. Cédant enfin aux instances, elle accepte la petite opération, qu'elle supporte fort bien, et qui la soulage. Guérison très rapide.

Un homme, ayant un phlegmon de la main, se présente à la consultation. Ce phlegmon a été incisé. Il existe au niveau de l'incision de forts décollements ; la plaie est suppurante, de mauvaise nature. Introduction dans tous les clapiers, au moyen de la canule de caoutchouc durci, de gaz oxygène. Le malade *est soulagé par l'injection de gaz. L'introduction de la canule sans courant est douloureuse*, ce qui démontre que le gaz oxygène a une action anesthésiante.

Un autre malade a le doigt écrasé par la chaîne d'un vélo. Il souffre beaucoup. Lavage à l'eau oxygénée. Injection à forte pression de gaz oxygène à la surface de la plaie. *La douleur s'atténue.*

Un procédé simplifié de gastrostomie

Dans la séance du 9 octobre de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, **M. Van Engelen** a montré un homme opéré, il y a deux mois, de gastrostomie, par un procédé des plus simples, que voici : ouverture du ventre latéralement, un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde ; l'estomac est attiré au niveau de la plaie, une petite zone de la paroi antérieure de l'estomac — la partie la plus élevée possible, la plus près du cardia — est fixée par une suture séro-séreuse, simplement au péritoine pariétal. Et puis, au moyen de la plus fine pointe du thermo-cautère, on transperce la paroi gastrique et, dans l'orifice, on place une mince sonde de Nélaton. On suture muscle et peau, et la fistule est constituée, petite et continente.

Chez le malade présenté par l'auteur, ce procédé a donné un résultat parfait, en ce sens que la fistule gastrique est absolument continente, que les bords de cette fistule sont secs, non rougis ou digérés par l'écoulement gastrique, que l'alimentation se fait avec la plus grande facilité par le sujet lui-même, que celui-ci a gagné en poids plusieurs kilogrammes.

Pneumococcie infantile à évolution typhoïde

M. R. Blumenthal (*Journ. méd. de Bruxelles*, 15 octobre 1904) a observé, dans le service du prof. Jacques, à l'hôpital St-Pierre, à Bruxelles, un fait de pneumococcie infantile, intéressant au point de vue des difficultés diagnostiques qu'il a présentées.

Il s'agit d'un enfant de quatre ans, sans hérédité appréciable, pris d'anorexie, de vomissements, de toux, de diarrhée. Une fièvre, à courbe irrégulière, oscillant entre 38°2 et 40°2 s'institue. Il y a de l'agitation, du délire.

La séro-réaction est positive mais faible. L'agglutination est minime, mais nette après quinze minutes. Quelques jours plus tard, plusieurs selles mélaniques et, en corrélation avec elles, léger abaissement de la température jusqu'à 38°2. L'agitation s'exagère, il y a une crise convulsive.

La ponction lombaire est décidée. Elle ramène, sous faible pression, 25 cent. cubes d'un liquide clair, pauvre en éléments morphologiques, mais contenant des pneumocoques. Elle n'apaise nullement les symptômes nerveux.

L'état général de l'enfant devient mauvais, du noma apparaît et une éruption vésiculeuse envahit la peau au sacrum et à la région lombaire. Le noma aboutit à un emphysème cervical considérable, et l'enfant meurt asphyxique. La durée totale de l'affection a été de seize jours.

A l'autopsie, pas de lésions pneumoniques, pas de lésions intestinales typiques pour une fièvre typhoïde, ni de bacilles d'Eberth dans la rate. Rien d'anormal dans le cerveau et les méninges.

N'était l'examen bactériologique, on pencherait pour une fièvre typhoïde.

Un fait qui appuie les données bactériologiques, c'est le cas de la sœur de cet enfant : entrée un peu plus tôt à l'hôpital pour une affection d'allure analogue, quoique moins grave, elle a présenté une séroréaction négative, et, un jour, une vomique où le pneumocoque se trouvait en abondance. D'ailleurs, aux moments où ces deux enfants entraient dans le service, il s'y trouvait déjà, en traitement, un grand nombre de pneumonies, qui, comme eux, provenaient de la même localité.

L'autopsie ayant écarté aussi le diagnostic de pneumonie, le processus morbide doit donc être conçu comme étant le résultat d'une infection pneumococcique avec associations microbiennes. Au lieu de se localiser au poumon et d'y provoquer une maladie bien caractérisée, les pneumocoques ont envahi l'organisme et spécialement le système nerveux, en provoquant des phénomènes de méningisme. Et cela, non pas en produisant des lésions nettes des méninges, comme c'est le cas le plus fréquent chez l'adulte, mais simplement en traversant les méninges. Puis, l'organisme, débilité, est devenu le milieu de culture d'une série de micro-organismes : à la bouche, les multiples agents du noma ont pu prendre racine, tandis qu'au niveau des téguments, les staphylocoques ont provoqué l'apparition d'une éruption. Et, sous les coups répétés de ses envahisseurs, l'organisme a succombé.

V. de H.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre

Traitement des sinusites frontales

M. Sébileau. — On peut diviser les procédés de traitement de ces sinusites en trois catégories : les procédés simples, les procédés mixtes et les procédés compliqués. Les premiers ne vont pas au delà des cellules ethmoïdales antérieures; les deuxièmes détruisent toutes les cellules malades; les troisièmes s'adressent à des lésions plus étendues qu'ils cherchent à atteindre.

Il est un premier point sur lequel il faut insister, quand il s'agit de sinusites, c'est qu'un certain nombre de ces affections, de date récente, guérissent facilement par des procédés opératoires très simples, et il est probable que quelques-unes d'entre elles guériraient sans opération.

Pour les sinusites chroniques il en est tout autrement. La guérison ne peut être obtenue que par la destruction intégrale des fongosités; de plus, elle est subordonnée à deux données importantes : l'étendue variable des sinus et le degré de participation des cellules ethmoïdales au processus pathologique. Dans quelques cas il n'y a que quelques cellules antérieures en jeu, alors une intervention très simple suffit. D'autres fois la suppuration a envahi tout l'ethmoïde et la conduite opératoire est plus compliquée.

Malheureusement, il n'est aucun signe certain qui renseigne sur l'étendue de ces lésions; on reste dans le doute et c'est probablement ce doute qui a suggéré à Killian l'opération qu'il a préconisée et qui n'est indiquée que dans certains cas.

Par ce procédé l'auteur a eu pour but d'éviter la déformation, de supprimer la cavité du sinus et de détruire l'ethmoïde. Ce procédé remplit la première de ces indications; il est parfois en défaut en ce qui concerne la suppression de la cavité; d'ailleurs, il n'est pas nécessaire, pour amener la guérison, de chercher à combler le sinus. Quant à la destruction de toutes les parties malades, il y réussit parfois, mais chez certains sujets on ne peut affirmer qu'il en soit toujours ainsi.

Sans être opposé à l'emploi de ce procédé, voici comment je me comporte d'habitude. Après résection de la paroi antérieure du sinus et nettoyage de la cavité, je curette et j'enlève tout ce qui me paraît malade en évitant d'effondrer la lame criblée, car je crois que c'est à cette destruction qu'il faut rapporter la plupart des méningites survenues, puis je fais passer un drain par le canal infundibulaire. Quelquefois la guérison a lieu avec un enfoncement; actuellement, je n'en constate guère, depuis que je ne fais plus de compression par le pansement. J'ai essayé de remplacer la paroi par une plaque d'or sur un malade que je vous ai présenté l'année dernière ; le résultat se maintient. J'ai tenté le masticage de la cavité qui n'a pas réussi; cependant, je crois qu'il est à recommander.

Traitement des ruptures de la rate

M. Monod. — Dans le rapport que M. Demoulin nous a présenté sur le travail de M. Auvray, notre collègue nous a dit qu'on avait modifié et simplifié le procédé opératoire que j'ai décrit avec Vauverts, et que l'on ne s'était pas conformé à ce procédé. J'ai lu l'observation de M. Auvray et je me suis reporté à son travail, présenté au Congrès. Or, dans l'observation que contient ce mémoire, il est dit que l'opération a été faite d'après notre procédé. Quant à la dernière intervention, qui a attaqué le rebord costal, elle a été exécutée plus rapidement et du côté gauche, alors qu'on ne l'avait faite qu'à droite. Ce sont les seules différences que j'ai notées. D'ailleurs, je crois, d'une façon générale, que l'opération devra être pratiquée, ou lentement ou rapidement, suivant les circonstances.

M. Moty. — Comme document à l'absence temporaire d'hémorragie dans les ruptures de la rate, je rappellerai le fait suivant. Un jeune homme reçoit une balle de revolver qui lui traverse le corps. Il succombe à un pyo-pneumothorax, le 23e jour après l'accident. A l'autopsie, on trouve une section de la rate, sans trace d'hémorragie récente ou ancienne, mais sur la capsule, qui ne paraît pas jouer le rôle hémostatique qu'on lui a attribué, on a noté un magma formant caillot, résultant de l'écrasement produit par la balle.

M. Quénu lit une note relative à l'incision à faire dans les ouvertures de kyste hydatique du foie.

Présentations

M. Bazy. — Fillette: *Urétéro-pyonéostomie.*

M. Championnière. — Homme; *Nombreux corps étrangers de l'articulation du coude.*

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 novembre

Nutrition et thermogenèse; traitement de l'obésité par la soustraction de chaleur dans le bain

M. Deschamps (Rennes). — Chez les obèses, l'accumulation de la graisse est liée à un défaut de rayonnement calorique. Aussi, depuis quelque temps, me suis-je attaché à traiter la lipomatose par la réfrigération dans un bain tiède prolongé, procédé thérapeutique qui me donne d'excellents résultats. Le premier bain est à 33°; par la suite, on se sert d'une eau de plus en plus fraîche, sans, toutefois, descendre au-dessous de 25°. Le bain est répété tous les deux jours. Sa durée varie entre quinze et quarante-cinq minutes, suivant la susceptibilité du sujet qui demeure dans le bain tant qu'il le supporte, le quittant dès l'apparition de la chair de poule, du frisson, des tremblements. Pendant le bain, on constate une accélération du pouls et une augmentation de la température centrale, prise dans la bouche. Ce procédé de balnéation, qui agit en augmentant le rayonnement calorique, diminue rapidement l'obésité et cela sans affaiblir le malade dont la force musculaire, évaluée au dynamomètre, augmente, au contraire, d'une façon manifeste. J'associe ce traitement à un régime alimentaire qui, à lui seul, ne fait pas maigrir.

Cure radicale de la ptose abdominale par la galvano-faradisation; suppression des ceintures de contention

M. Deschamps. — La sangle constitue un mauvais procédé de traitement de la ptose qui évolue derrière la ceinture. Certains ptosiques ne supportent même aucune constriction. Ceci m'a amené à rejeter complètement la ceinture et à la remplacer par la galvano-faradisation abdominale dont je n'ai qu'à me louer. Dans chaque cas de ptose je commence par enlever la sangle, puis, journellement ou tous les deux jours, je fais, sur l'abdomen d'abord, des applications d'un courant galvanique de 30 à 40 milliampères, poussées jusqu'à l'apparition d'une rougeur intense des téguments et visant à stimuler l'excitabilité faradique des muscles, et je termine par la faradisation au moyen d'une bobine à gros fil. Le courant faradique est appliqué au point d'où il fait le plus facilement contracter les muscles abdominaux, de façon à provoquer 10 à 20 secousses par seconde et, ensuite, le tétanos musculaire. La guérison est obtenue en une dizaine de jours dans les ptoses légères, en un à trois mois dans les ptoses graves.

M. Linossier — Je trouve que M. Deschamps est trop sévère pour la sangle. Au bout d'un certain temps, les malades la quittent souvent, parce qu'ils sont déjà améliorés. D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que la paroi abdominale n'est pas seule atteinte dans la ptose. Il est des ventres-chiffons sans ptose. En retenant la paroi de l'abdomen, la sangle donne aux suspenseurs de la masse intestinale le temps de se reposer. Quand ces ligaments sont dilatés, il ne reste plus qu'à employer la sangle.

M. Laumonier. — Théoriquement, M. Deschamps a raison pour les cas de ptose où le muscle n'est pas atteint. Mais souvent la fibre musculaire est altérée, comme j'ai pu m'en convaincre en examinant des coupes histologiques de la paroi abdominale dans l'entéroptose.

M. Hirtz. — Je puis confirmer cliniquement le résultat des recherches histologiques de M. Laumonier. Chez mes ptosiques, la réaction de dégénérescence a été constatée dans plus de la moitié des cas, par des confrères, experts en électrodiagnostic, auxquels je faisais examiner ces malades. L'entéroptose aurait donc besoin d'une thérapeutique plus compliquée que la simple électrisation.

M. A. Mathieu. — Je voudrais savoir ce que M. Deschamps entend par guérison de la ptose. Est-ce une guérison subjective ou objective, et ne s'agirait-il pas, ici, d'un simple effet calmant qui supprime les sensations pénibles du malade ?

M. Bardet. — Je demanderai à M. Deschamps ce qu'il fait, dans sa thérapeutique, de la ptose des organes eux-mêmes?

M. Blondel. — Comme M. Deschamps, j'ai été frappé des mauvais résultats de la sangle dans nombre de cas de ptose, notamment dans les éventrations post-obstétricales. En pareille occurence, je me suis bien trouvé de certains procédés gymnastiques destinés à fortifier les muscles abdominaux. Je recommande aux malades de s'exercer, tous les matins, à se relever de la position horizontale sans se servir de leurs mains.

M. Burlureaux. — Le chant est un très bon exercice pour les muscles abdominaux. J'ai souvent été étonné de l'excellent état du ventre chez les chanteurs.

M. Deschamps. — Sur 200 cas de ptose abdominale grave, je n'ai jamais trouvé de réaction de dégénérescence, à moins d'avoir affaire à une polynévrite. Il s'agit donc d'un simple amaigrissement de la paroi. Immobiliser un muscle n'est pas l'entraîner. Les ptoses légères peuvent guérir, même avec la sangle, mais dans les ptoses graves il faut agir sur le muscle. On obtient de la sorte la guérison, même dans les cas compliqués de polynévrite, et par guérison j'entends non seulement la suppression des troubles subjectifs, mais la restitution de la forme primitive du ventre.

Ce que je fais de la ptose des organes? Je la traite par un régime alimentaire approprié à la circonstance.

La cure galvano-faradique, une fois terminée, je conseille à mes malades des exercices gymnastiques analogues à ceux dont M. Blondel a fait mention.

M. Bendersky (membre correspondant), lit une communication sur l'*exploration et le massage sous l'eau*, procédé qui consiste à examiner et à masser le malade, préalablement placé dans un bain, et qui facilite singulièrement toutes les manipulations massothérapiques et la palpation du ventre dans lequel « on se promène comme dans sa poche ». Ce mode d'exploration a permis à M. Bendersky d'infirmer le diagnostic de cancer de l'estomac, établi par d'autres confrères chez un homme d'aspect cachectique, présentant de l'anachlorhydrie et une rénitence au niveau de la région gastrique. A l'examen sous l'eau, on ne trouva plus trace du prétendu néoplasme. L'observation ultérieure du malade donna raison à M. Bendersky.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre

Achondroplasie fruste ?

MM. L. Galliard et F. Lévy. — La malade que nous présentons à la Société est âgée de vingt huit ans. Elle a une physionomie singulière : front bombé, et cependant un certain degré d'exorbitisme ; nez large et écrasé. Le tour de tête est de 51 centimètres.

Elle est de petite taille : 1 m. 43. Lorsqu'on l'examine au lit, on est frappé de la brièveté des membres inférieurs, mais ceux-ci n'offrent aucune déformation, aucune courbure anormale, aucune disproportion de leurs segments respectifs.

La longueur du buste, de l'échancrure sternale à la symphyse pubienne, est de 50 centimètres. Le bassin n'est pas rétréci ; pas d'ensellure lombaire.

Les membres supérieurs sont courts : 51 centimètres seulement du bord de l'acromion à l'extrémité du médius, mais les deux segments sont bien proportionnés.

L'examen de l'avant-bras permet de constater que les mouvements de supination sont très limités, et, lorsqu'en palpant on cherche à suivre le radius de bas en haut jusqu'au coude, on a de la peine à déterminer sous les masses musculaires, qui sont partout assez développées, la situation exacte de la tête radiale. L'articulation radio-cubitale supérieure semble reportée en arrière de sa position normale.

La chose s'explique si l'on considère les radiographies des membres supérieurs que nous a faites M. Vaillant. On voit d'abord l'épaississement et la courbure exagérée des deux radius, aussi bien à droite qu'à gauche, symétriquement ; ensuite l'ascension de la tête du radius jusqu'à mi-hauteur de l'olécrane. C'est cette disposition anormale de la tête du radius qui a toujours gêné la supination. Cubitus normaux.

Les radiographies montrent, en outre, un écartement anormal du radius et du cubitus au niveau de leur extrémité inférieure.

Aux mains, on remarque la brièveté anormale du cinquième doigt.

Les muscles sont partout assez développés. Le poids du corps est de 118 livres. Il y a un certain embonpoint.

Pas d'anomalie viscérale. Intelligence à peu près normale.

Quelle est la nature et quelle est la cause de ces malformations du squelette? On ne peut les attribuer à la syphilis acquise, bien que la malade ait eu deux fausses couches et un enfant décédé à l'âge de six semaines ; d'ailleurs, aucun symptôme de syphilis.

La syphilis héréditaire est possible, bien que la malade n'offre pas de malformation dentaire caractéristique. La seule notion évidente chez le père et la mère est celle de la tuberculose. Une sœur de la malade aurait, paraît-il, les jambes mal conformées.

Le rachitisme ne peut être mis en cause : il n'y a pas d'incurvation rachitique des côtes, de la colonne vertébrale, des membres. Il semblerait donc, par exclusion, que l'on est en présence d'une achondroplasie fruste.

M. Sicard. — Je ferai remarquer qu'il semble difficile de rattacher à l'achondroplasie, même fruste, le type morbide dont il s'agit. On ne retrouve, en effet, ni la macrocéphalie, ni la main en trident, ni l'ensellure lombaire, ni la micromélie rhizomélique, ni la musculature fessière, d'ordinaire si développée chez de tels malades. J'ajoute qu'il est rare qu'une achondroplasique puisse mener à bien, sans césarienne, un accouchement ; or, cette femme a accouché à terme d'un enfant mort à six semaines. De plus, l'existence de deux fausses couches ultérieures dans les premiers mois de la grossesse, l'aspect déformé du nez de cette femme m'incitent à penser qu'il s'agit plutôt d'un cas de dysostose syphilitique héréditaire.

M. Apert. — Comme MM. Galliard et Lévy, je pense qu'il ne peut s'agir ni de rachitisme, ni d'hérédo-syphilis. Les conformations spéciales que présentent cette malade ne sont nullement comparables aux déformations rachitiques ; les avant-bras sont courts, mais nullement incurvés, les épiphyses ne sont pas gonflées ; la symétrie est parfaite. Cette parfaite symétrie m'empêche également de croire à l'hérédo-syphilis osseuse ; les os ne sont pas tuméfiés, mais seulement trapus ; les os propres du nez sont courts, mais la forme du nez qui en résulte n'est nullement celle du nez syphilitique ; les incisives, loin d'être atteintes de microdontisme, sont larges, et présentent, en arrière, un tubercule saillant, conformation spéciale qui n'est pas celle des dents hérédo-syphilitiques. Il ne s'agit donc ni de syphilis, ni de rachitisme. Je ne puis non plus admettre le diagnostic d'achondroplasie pour les raisons que vient de donner M. Sicard.

Il s'agit, à mon avis, d'une malformation de même nature que celle de l'achondroplasie et de la dysostose cléido-cranienne, mais appartenant à un troisième type, non encore décrit. Ce ne sont pas là des maladies, mais des variations du type humain, analogues à celles qu'utilisent les zootechnistes et les horticulteurs, pour former de nouvelles variétés animales ou végétales. L'achondroplasie et la dysostose cléido-cranienne sont deux variations opposées, la première caractérisée par une insuffisance de l'ossification

d'origine cartilagineuse, la seconde par une insuffisance de l'ossification d'origine membraneuse. La maladie dont un exemple nous est présenté est intermédiaire entre les deux types.

Il ne faut pas s'étonner de la multiplicité des types de ces dysostoses. Il en est ainsi pour toutes les maladies familiales, et on sait combien se multiplient les types d'affections familiales du système nerveux. Il en sera certainement de même des autres affections familiales, à peine encore étudiées.

J'ai montré que l'achondroplasie est une maladie héréditaire et familiale au même titre que la dysostose cléido-cranienne. Les faits se sont multipliés depuis lors pour confirmer ce que j'avançais.

Je suis persuadé que la malformation qui nous occupe est également héréditaire et familiale, et je demanderai aux présentateurs si la malformation n'existe pas chez le père, la mère ou quelque frère ou sœur de la malade.

M. F. Lévy. — La malade dit avoir une sœur conformée exactement comme elle.

M. Variot. — Il ne me paraît pas nécessaire de recourir à l'hypothèse d'une variété de dysostose spéciale et nouvelle pour expliquer les difformités squelettiques de cette malade, mais elle a bien le facies de la syphilitique héréditaire, le nez écrasé à la racine en particulier.

Il ne faut pas oublier, du reste, que la syphilis peut produire des dysostoses tout à fait polymorphes.

M. Alex. Renault. — A mon sens, s'il s'agissait de syphilis, avec une pareille anomalie des membres, les stigmates d'Hutchinson ne feraient pas défaut.

Polymyosite infectieuse aiguë chez un enfant de neuf ans

MM. Méry, Terrien et Genevrier présentent un enfant atteint de polymyosite infectieuse aiguë primitive; il s'agit d'une affection rare puisque le nombre des cas publiés se chiffre par unités.

Les manifestations musculaires se présentent comme des tumeurs intra-musculaires, circonscrites et très dures. Il y a de la fièvre, mais absence presque complète des différents troubles observés souvent du côté de la peau, des nerfs périphériques, du sang ou des vaisseaux.

Il est facile d'éliminer d'emblée l'hypothèse de tumeur intra-musculaire, de kyste hydatique, d'une trichinose, d'une myosite ossifiante, d'une myosite infectieuse secondaire.

Le diagnostic de polymyosite infectieuse aiguë primitive est le seul possible; cependant, l'absence des troubles associés, signalés ci-dessus, distingue ce cas des formes décrites habituellement (dermato-myosite, neuro-myosite, polymyosite hémorragique); il n'est exactement comparable qu'au cas rapporté, en juin dernier, par M. Vincent. Or, cette absence de troubles associés ne permet pas, semble-t-il, d'édifier un nouveau type de la polymyosite; l'élément essentiel, c'est l'atteinte du muscle, les autres manifestations ne sont qu'accessoires; tout au plus peuvent-elles servir à distinguer des formes cliniques un peu différentes de la même affection.

Appendicite et diarrhée

MM. Soupault et P. Ménard — Nous avons l'honneur de présenter à la Société quelques observations d'appendicite avec diarrhée. On sait que la constipation est presque constante dans toutes les formes de cette affection, à telle enseigne que pour beaucoup de cliniciens la diarrhée est un argument contre l'existence d'une appendicite. Nous apportons six observations contre cette manière de voir. Dans ces faits, la diarrhée plus ou moins intense a marqué le début de la maladie, accaparant l'attention et masquant les autres symptômes de la maladie, d'ailleurs assez frustes à ce moment. Plus tard, lorsque les symptômes caractéristiques sont nettement dessinés, la diarrhée s'amende d'abord, puis disparaît, pour faire place à la constipation.

Dans quatre de nos cas l'état intestinal avait été toujours satisfaisant et la diarrhée paraissait bien être nettement créée par l'affection appendiculaire. Dans deux autres cas, les malades étaient atteints depuis longtemps d'entéro-colite: on pourrait admettre que l'infection appendiculaire a été secondaire à l'état intestinal; mais, d'autre part, il semble y avoir eu, chez eux, des poussées subaiguës d'appendicite, et on peut admettre que les accidents intestinaux étaient consécutifs à une affection chronique de cet organe. En tout cas, l'ablation de l'appendice a guéri tous les accidents.

Le pronostic de l'appendicite à début diarrhéique paraît grave. Cinq de nos cas étaient des appendicites graves, dont trois sont morts rapidement. Dans un quatrième cas, il y avait un appendice gangrené et une péritonite aiguë généralisée, qui a été guérie contre toute attente; un cinquième a provoqué l'apparition d'un gros abcès pelvien.

Dans le sixième cas seulement, les lésions étaient moins prononcées: appendicite chronique avec adhérences assez marquées, fixant l'appendice aux régions voisines mais sur une étendue assez faible. La gravité du pronostic s'accroît encore, par ce fait que la diarrhée masque au début les phénomènes caractéristiques.

En face d'une diarrhée au cours de laquelle on aura constaté de petits accidents appendiculaires, même de faible importance, il faudra, en raison de la gravité du pronostic, recourir dès le début à une intervention chirurgicale.

M. Siredey. — Je partage entièrement l'opinion de M. Soupault. Comme lui, j'ai constaté la gravité beaucoup plus grave des cas d'appendicite avec diarrhée, et on ne saurait trop répéter que diarrhée ou constipation n'ont aucune importance pour le diagnostic. Il faut s'en tenir aux signes physiques.

M. Le Gendre n'a pas constaté la gravité plus grande des cas avec diarrhée, sauf quand il s'agit de diarrhées particulièrement fétides. Il ajoute que, dans un livre publié par lui et par M. Broca, il y a dix ans, il est dit expressément que la diarrhée est aussi fréquente que la constipation dans l'appendicite chez les enfants (1).

M. Comby cite le cas personnel d'un enfant qui fut pris subitement de diarrhée et de symptômes de péritonite généralisée. Précisément à cause de cette généralisation, le point de Mac Burney ne donnait aucun renseignement spécial. M. Comby porta le diagnostic de péritonite pneumococcique. Or, on trouva un appendice complètement gangrené.

M. Vincent (Val-de-Grâce) revendique, avec preuves à l'appui, la priorité de la découverte et de la description de l'angine à bacilles fusiformes que certains auteurs allemands ont tenté récemment d'attribuer à Plaut.

J. J.

MUTATIONS DANS LES HOPITAUX

M. Souques passe de La Rochefoucauld à Ivry, et M. Dupré va à La Rochefoucauld.

REVUE DE THÈSES

I

Le paratyphus (infections paratyphoïdiques), par M. le Dr Georges Ronneaux. (Paris, H. Jouve, 1904.)

M. Ronneaux a résumé dans sa thèse presque toutes les observations de paratyphus publiées en France et surtout dans la littérature étrangère, qui est autrement riche à ce point de vue que la nôtre. De ces observations, la première en date est celle de MM. Achard et Bensaude communiquée à la Société médicale des hôpitaux le 27 novembre 1896. Ces messieurs, les premiers, ont démontré qu'il existe des états infectieux cliniquement analogues à la fièvre typhoïde et bactériologiquement très proches d'elle. Les bacilles paratyphiques sont intermédiaires entre le bacille d'Eberth et le colibacille et peuvent être rangés sous deux types, suivant qu'ils se rapprochent plus ou moins de l'un ou de l'autre. Les bacilles paratyphiques possèdent la réaction agglutinante, ils peuvent agglutiner le bacille d'Eberth et être agglutinés par lui. Il n'y aurait là qu'une question de degré dans l'action agglutinante, mais que l'auteur ne me semble pas avoir déterminé, question très importante cependant, puisque, d'après lui, elle suffirait à assurer la spécificité de la séro-réaction. La différentiation entre la fièvre typhoïde et le paratyphus ne reposerait que sur des nuances, la question mérite d'être étudiée à nouveau.

II

Des médicaments toni-cardiaques autres que la digitale et la caféine, par le Dr Cuer, pharmacien de 1re classe. (J. Rousset, Paris 1904.)

En dehors de la digitale, dont l'action

(1) Thérapeutique infantile médico-chirurgicale.

peut être continuée longtemps, et de la caféine, qui toutes les deux semblent devoir être réservés pour les cas d'asystolie, il existe un grand nombre de médicaments toni-cardiaques que passe en revue dans sa thèse M. Cibot. D'abord les plus connus : le strophantus (granules de strophantine à 1/20e de milligramme, 1 à 5 par jour), la sparteine 0 gr. 10 à 0 gr. 15 de sulfate de sparteine), la convallaria maïalis (1 gr. 50 à 2 gr. d'extrait en pilules ou sirop); d'autres moins d'usage courant : l'adonis vernalis (tannate d'adonidine de 0 gr. 01 à 0 gr. 02), la coronille, le cactus grandiflora, etc., etc., le crategus oxyacantha (aubepine), teinture préconisée par M. Huchard.

III

Du tétanos céphalique avec paralysie faciale (forme faciale de tétanos), par le Dr Ivan de Sapincourt. (Paris, H. Jouve, 1901.)

Le tétanos céphalique avec paralysie faciale est une variete assez rare de l'infection tétanique localisée au début à la région céphalique, et à symptomatologie bien caractérisée par l'apparition de la paralysie faciale. Bien qu'au résumé cette forme de tetanos ne diffère pas dans sa marche de la forme ordinaire, il importe de bien la connaitre quand ce ne serait que pour dépister de bonne heure le tetanos et appliquer la sérothérapie précoce, seule efficace dans l'espèce.

IV

Prophylaxie de la diphtérie dans les écoles, par le Dr Bourganel. (Paris, H. Jouve, 1901.)

M. Bourganel consacre sa thèse à la défense de la sérothérapie antidiphtérique preventive comme seul moyen de prophylaxie sérieuse de la diphtérie dans les écoles. Il demande l'intervention de l'Etat (toujours l'Etat!), pour imposer cette inoculation preventive. Il appuie ces nouvelles revendications sur l'innocuité et l'efficacité des injections, sur plusieurs observations d'épidémies de diphtérie, à l'école Gustave Rothschild à Paris, à l'orphelinat municipal du Rez à Saint-Étienne, qu'une inoculation en masse pratiquée à titre préventif a, en quelque sorte, jugulées. La question n'est pas mûre encore, il nous semble, et de nombreuses et légitimes objections pourraient être faites par les familles.

V

Recherches cliniques sur le glaucome primitif dans ses rapports avec l'artério-sclérose et l'imperméabilité rénale, par le Dr Henry Joseph. (Paris, J. Rousset, 1904.)

La relation qui existe entre le glaucome et l'artério-sclerose a été signalée dans tous les traités classiques et dans nombre de monographies, mais sans que les rapports qui lient ces deux affections aient été bien elucidés. Reprenant le sujet, M. H. Joseph a recherché, sur une série de dix huit glaucomateux, pris au hasard, tous les signes cliniques de l'artério-sclérose. Or, chez tous ces malades, il a trouvé des manifestations d'artério sclerose, manifestations observees soit sur l'appareil cardio vasculaire (lésions de l'orifice aortique, de la crosse, des artères périphériques, exagération de la tension artérielle), soit sur les fonctions rénales qu'on a trouvées chez presque tous les malades examinés, plus ou moins profondement altérées. Chez tous il y avait de l'hypertension artérielle. Tous les faits rapportés semblent accorder à l'artério-sclérose un rôle important dans l'étiologie du glaucome. Un index bibliographique très complet et un tableau donnant le résumé des observations achève le très intéressant travail de M. Joseph.

VI

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées, par le Dr Mourlhon. (Paris, J. Rousset, 1904.)

D'un grand nombre d'observations (43) de malades opérées par M. le professeur agrégé Gosset, observations toutes relatées dans sa thèse, M. Mourlhon arrive aux conclusions suivantes : 1° la meilleure voie pour aborder les annexites suppurées uni ou bilatérales, est la voie abdominale ; 2° l'hystérectomie vaginale doit être abandonnée ; 3° l'ablation des annexes suppurées doit toujours s'accompagner de l'ablation de l'utérus ; 4° l'hystérectomie abdominale subtotale est préférable à l'hystérectomie abdominale totale, parce qu'elle est plus simple, plus rapide, plus aseptique et plus bénigne. L'hystérectomie abdominale totale trouve son indication dans les cas de grande suppuration, où un drainage vaginal est indispensable ; 5° les divers procédés d'hystérectomie abdominale subtotale ont tous leurs mérites ; à chaque variété de lésion est appliqué le procédé qui lui convient le mieux ; 6° le succès de l'opération dépend beaucoup du soin apporté à différents points techniques : le traitement du moignon, la péritonisation, le drainage ; 7° les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées paraissent excellents.

VII

L'ensemencement du sang pendant la vie. Procédé d'investigation clinique, par le Dr Lemierre. (Paris, Société nouvelle de librairie, 1901.)

La thèse de M. Demorre est le fruit de patientes recherches faites pendant deux ans sur l'ensemencement du sang pendant la vie, et les résultats que peut donner cette méthode, peu utilisée en France pour le diagnostic des infections. La pratique en est simple : prise directe du sang dans une veine, ce qui permet d'obtenir, chose qui est nécessaire, des quantités relativement considérables de sang ; comme milieux de culture du bouillon ou simplement de l'eau peptonée à 2 %, sauf pour certains microbes particuliers (gonocoque, meningocoque), pour lesquels il est préférable de se servir de milieux spéciaux.

Par cette méthode on peut rechercher par exemple, le bacille d'Eberth, qui se rencontre d'une façon constante dans le sang pendant toute la période fébrile, ce qui donnera une meilleure indication que l'agglutination, les microbes des infections secondaires, des infections dites paratyphoïdiques, agglutinant le bacille d'Eberth.

M. Lemierre a appliqué la méthode d'ensemencement à un très grand nombre d'infections (infections à coli-bacilles, à pneumocoques, à pneumobacille de Friedlander, infections streptococciques, staphylococciques à tétragène, à gonocoque, à méningocoque, bacilles de la grippe, de la peste, de la morve, bacilles pyocaniques, diphtériques, infections à microbes anaérobies.

Les résultats fournis par l'ensemencement du sang sont très variables, ils peuvent être négatifs si les germes, passant dans le sang, sont en très petit nombre ou s'ils sont rapidement détruits dans l'état que l'auteur désigne sous le nom de bactériémie. D'autres fois les ensemencements sont tous couronnés de succès, lorsque les microbes existent en très grande quantité dans la circulation, dans l'état de septicémie bactérienne vraie. Bien qu'il soit souvent négatif, l'ensemencement du sang sera d'une grande ressource en clinique, car quand, au lit d'un malade, cette recherche aura permis d'isoler un microbe, la nature de l'infection sera un fait acquis.

VIII

Traitement des épistaxis rebelles, par le Dr Lepage. (Paris, H. Jouve, 1901.)

M. Lepage passe en revue dans sa thèse les divers moyens employés contre les épistaxis, les uns souvent insuffisants (tamponnement antérieur incomplet, injections de solution d'antipyrine, injections d'eau froide), les autres dangereux (solution concentrée de cocaïne, solution de perchlorure de fer, double tamponnement), les derniers que recommande l'auteur : cautérisation au galvano-cautère, qui exige une certaine pratique de la rhinologie, injections de sérum gélatiné mélange d'un antiseptique, tamponnement intérieur méthodique et antiseptique, irrigations d'eau bouillie à 58° et sous faible pression.

Dr Dourre.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des vulvo-vaginites d'origine gonococcique

On sait que la vulvite et la vulvo-vaginite sont très fréquentes chez les petites filles à partir de l'âge de deux à trois ans et que cette affection survient aussi bien sous l'influence des troubles de la nutrition générale qu'à la suite de la malpropreté et de l'onanisme. On sait aussi que la leucorrhée des petites filles résulte souvent de l'infection par du pus blennorragique.

Pour combattre cette vulvo-vaginite — d'autant plus fâcheuse qu'elle entraîne très souvent de la cystite aiguë et même, à un moindre degré, de la cystite chronique — de très nombreuses médications ont été préconisées. Nous rappellerons surtout les injections vaginales chaudes (35 à 38°) pendant deux à trois jours avec une solution de sulfate de cuivre à 3/1000, de sublimé à 1/5000, de nitrate d'argent à 1/3000. Or, ces injections nous paraissent devoir être rejetées *a priori* comme substances toxiques et dangereuses.

Comme substances modificatrices et antiseptiques on emploie parfois, avec un certain succès et sans aucun danger, les solutions de teinture d'iode à 1/3000e, de permanganate de potasse à 1/3000 — malgré ses nombreux inconvenients — et de chlorure de sodium à 10/1000e. Mais l'agent modificateur par excellence et éminemment bactéricide, est représenté surtout par la solution antiseptique au traumatol. C'est la vraie médication *spécifique* de la leucorrhée, à la dose progressive de 5 à 20 grammes pour un litre d'eau bouillie et filtrée.

Les irrigations vaginales traumatolées doivent être administrées à la température de 36° à 38°, matin et soir, avec un drain un peu rigide en caoutchouc, introduit à 4 centimètres de profondeur dans le vagin.

Sous l'influence des irrigations trauma-

tolées, la miction, si douloureuse, redevient vite normale et les érosions des grandes lèvres disparaissent rapidement en même temps que se modifie l'aspect si caractéristique de l'écoulement gonococcique.

D'ailleurs, on peut constater le bon résultat du traitement traumatolé, soit en faisant successivement examiner, par la méthode de Gram, les gonocoques recueillis, soit en faisant des cultures avec du sérum de lapin coagulé, soit par l'examen microscopique.

Ajoutons qu'il est très important, après les irrigations matin et soir avec 5 à 20 gr. de la solution antiseptique au traumatol, d'appliquer au devant de la vulve un petit morceau de toile bien propre, ou de gaze désapprêtée, légèrement enduite de vaseline au traumatol, et fixé ensuite par un bandage en T.

Dr A. Kaminsky.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Anatomie

Séance du 22 novembre

Question : « Les veines jugulaires internes et externes. »

18 Vuillet, Rougeot — 13 Veteau, Zwirn, de Quemper — 12 Strelesky, Puech, Sourdeau, E. Roux — 11 Vernier — 10 Voillemot, Vosy, Ravisy, Milan — 9 Maury, Rogery — 6 Montet.

Séance du 24

Question : « Le masséter et les deux muscles ptérigoïdiens. »

18 P. Merle, E. Merle — 17 A. Lévy — 16 1/2 Liébault, Morellet — 16 Marquis — 15 1/2 Perdoux — 15 Magrangeas, Mion — 14 Magron — 13 Lamy — 12 Maréchal — 11 Prieur, Leblanc — 10 Minon, Mlle Margoulès — 4 Marty.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 26 novembre, à 4 h. 3/4; suite des candidats de la 1re série de la 2e moitié de la liste; la dernière séance aura lieu le mardi 29 novembre, à 4 h. 3/4.

QUESTION DE DÉONTOLOGIE

La lettre ci-dessous que nous trouvons dans le *Temps* de ce soir, soulève une grosse question de déontologie médicale. Nous croyons devoir, pour ce motif, la reproduire à titre de document, d'autant que, vraisemblablement, la question dont il s'agit sera portée devant d'autres sociétés locales et, par suite, à l'assemblée générale de l'A. G.

Le Dr Montalègre, de Toulouse, adresse au président de l'Association des médecins de la Haute-Garonne, la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« Ce matin, en lisant un périodique de Toulouse, j'ai été écœuré de voir que, parmi les délateurs, nous avons la honte d'avoir un de nos membres.

« Plusieurs de mes meilleurs amis ayant eu à souffrir de ce procédé, aussi lâche que malhonnête, de porter ainsi atteinte à autrui sous le voile de l'anonymé, je vous prie de transmettre ma protestation au bureau de notre association. Je saisis en conséquence le conseil de la question suivante :

« M. Tranier, docteur-médecin à Toulouse, membre de la Société de médecine de la Haute-Garonne, a eu la lâcheté, sous le couvert de la franc-maçonnerie, de donner, de recueillir et de transmettre des renseignements sur la conduite privée, l'origine, les habitudes, etc., de plusieurs membres de l'armée française, et ce avec l'intention de leur nuire.

« Cet acte profondément reprochable, puisqu'il brise la carrière de plusieurs officiers, doit-il être toléré par notre association ? Quant à moi — et j'espère que tous les médecins indépendants, et ils sont la généralité chez nous, voudront bien approuver ma proposition — je ne saurais rester d'ailleurs dans une association où de telles pratiques seraient admises, si le Dr Tranier, non seulement ne recevait pas un blâme, mais n'était pas exclu de l'association.

« Agréez, Monsieur le Président, etc.

« Dr Montalègre. »

CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICALE

M. Le Gendre reprendra, le samedi 3 décembre, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, ses conférences de pratique médicale (thérapeutique et déontologie), et les continuera les samedis suivants.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

(Enseignement complémentaire.)

M. Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le mardi 6 décembre, à 3 h., son cours d'oto-rhino-laryngologie.

Ce cours sera essentiellement pratique avec maniement des instruments spéciaux, examen de malades, petites opérations, comprendra 10 leçons et durera trois semaines.

Les droits à verser sont de 50 fr. en s'inscrivant.

Prière de s'inscrire les mardi et samedi, à 5 heures, à la consultation oto-laryngologique de l'Hôtel-Dieu.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS

Les médecins inspecteurs des écoles, réunis le 17 novembre 1904, à la mairie du IVe arrondissement, ont décidé la reconstitution de la Société et après avoir voté les statuts, ils ont élu les membres du bureau pour l'année 1905 : Dr L. Gourichon, président; Drs Doury et de Pradel, vice-présidents; Dr Butte, secrétaire général; Dr G. Lévy, trésorier; Drs Biard et Meyer, secrétaires.

Le reste de la séance a été consacré à la discussion d'un projet de réorganisation de l'inspection médicale des écoles qui doit être soumis prochainement au Conseil municipal.

Le secrétaire général :

Dr L. Butte.

Vient de paraître

***Précis de radiologie médicale*, par M. L. Rocher. 1 vol. in-8 de 208 pages avec 53 figures intercalées dans le texte. (Librairie Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)**

***Le rôle du sel en pathologie*, par le Dr Ch. Achard. 1 brochure gr. in-8. Prix : 1 fr. 25. (Masson et Cie, éditeurs.)**

***Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, par H. Hartmann, avec la collaboration de MM. Cunéo, Lecène, Lebreton, Esmonet, Lavenant et Prat. 1 vol. in-8 de 105 figures, 310 pages. Prix : 15 fr. (Chez Steinheil.)**

***Electricité médicale*, par le Dr H. Guilleminot. Travail du laboratoire du prof. Ch. Bouchard. 1 vol. in-16 de XII-656 pages, avec 76 figures dans le texte et 8 planches hors texte en couleurs. Prix, cartonné : 10 francs. Paris 1905 (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.)**

***Notions nouvelles et pratiques d'allaitement, de sevrage et de traitement des maladies du nouveau né*, par le docteur Levraud, avec une préface de M. le prof. Budin. 1 vol. in-16 de 144 pages (Petite Bibliothèque médicale à 2 francs le volume. Librairie J.-Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).**

***Précis de physique biologique*, par G. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8, de 528 pages de la *Collection de Précis médicaux*, avec 543 figures dans le texte, cartonné toile anglaise souple. 7 fr. (Masson et Cie, éditeurs.**

Paris.— Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pronostic lointain des albuminuries résiduales post-infectieuses. Indications à tirer au point de vue des assurances sur la vie, de l'aptitude au mariage et au service militaire (1)

PAR

M. le prof. Teissier (de Lyon)

Il me paraît indispensable, en abordant les difficiles problèmes que comporte le pronostic lointain des albuminuries post-infectieuses résiduales, de résumer, dans un tableau d'ensemble, les caractères généraux qui m'ont semblé devoir servir de base à leur classification, et de différencier, en même temps, les modalités si variées de cette catégorie particulièrement fréquente d'albuminuries. Et cela apparaît comme d'autant plus nécessaire qu'il importe essentiellement d'avoir ces différents types bien fixés dans la mémoire pour formuler, en quelques traits précis, les principes généraux qui nous guideront dans la solution des questions très graves qui, dans la pratique, se posent constamment à leur sujet.

Classification des albuminuries résiduales survivant aux infections éteintes.

Ier GROUPE. — Albuminurie résiduale chronique permanente, *de continuité directe* (albuminurie chronique de survivance immédiate). C'est une *néphrite résiduale* se manifestant par des phénomènes variés : 1° persistance de troubles généraux de la santé (bouffissure générale ou partielle des tissus, pâleur, lassitude, inaptitude au travail et *divers troubles circulatoires*; 2° par la *persistance de troubles urinaires* bien qu'atténués (cylindrurie intermittente ou fixe, éléments cellulaires dans les dépôts, leucocytes, globules rouges); 3° par une disposition marquée aux poussées subaiguës (*recrudescences faciles*); 4° et *fréquence des réinfections*.

Trois évolutions possibles :
- 1° *Guérison définitive* et *complète*, réalisable même après quatre ou six ans.
- 2° *Guérison relative* : passage à l'état d'*alb. rés vraie* (fixe ou intermittente du groupe II).
- 3° *Passage à la chronicité définitive*, avec évolution vers *le mal de Bright confirmé* : 20 fois pour 100 (alb. rés. post scarlatineuse), 5 à 10 fois pour 100 (alb. rés. post puerpérale, post diphtéritique, post grippale, plus rarement pour les autres infections (oreillons, rougeole, etc.).

IIe GROUPE. — Albuminuries résiduales vraies (albuminuries compatibles avec un équilibre de santé satisfaisant) : Absence de phénomènes généraux marqués. *Perméabilité rénale relative ou complète malgré la présence de l'albuminurie.*

Trois modalités principales :
- 1er Type. — Albuminurie irrégulière ou *acyclique* à oscillations prononcées (*album. résiduale oscillante*) : *la lésion rénale persiste à l'état d'épine* susceptible d'entraîner des *mouvements fluxionnaires* intermittents plus ou moins passagers. Symptômes généraux *atténués* mais *décelables*. Troubles urinaires légers. Imperméabilité relative mais faible.
- 2e Type. — *Type cyclique*. La lésion est éteinte ou compensée et persiste à l'état *cicatriciel* ou *parcellaire* avec perméabilité rénale parfaite.
  - a) *Constant* :
    - Intermittent diurne (forme Pavy-Teissier).
    - Orthostatique.
  - b) *Inconstant*, avec périodes plus ou moins longues d'*analbuminurie*; exemple : type paracataménial chez la femme.
- 3e Type. — *Album. rés. fixe* : Album. à type permanent et *minima* désormais *non modifiable* et persistant avec santé parfaite et *perméabilité complète*.

IIIe GROUPE. — Albuminuries résiduales tardives (*ou de reviviscence*) réveil ou provocation d'une des modalités communes de l'alb des adolescents, méconnue avant l'infection et éteinte au cours de son évolution, ou suscitée par elle.

Mais cette description évolutive des albuminuries résiduales serait incomplète si nous ne signalions encore, avant de passer au chapitre des indications pratiques, quelques points particuliers de leur histoire pronostique, visant l'apparition tardive de certains accidents ou manifestations morbides, capables de survivre aux néphrites infectieuses guéries, alors même que l'albuminurie, c'est-à-dire leur manifestation la plus tangible et la plus durable, a depuis longtemps disparu.

C'est que l'albuminurie n'est pas tout dans l'histoire des néphrites résiduales, et ce serait un tort que de subordonner entièrement à ses caractères, ou à ses variations, le jugement à porter. L'albuminurie n'est qu'un symptôme dont la valeur sémiologique est infiniment variable, et dont la présence, nous pensons bien l'avoir démontré, n'a souvent aucune conséquence fâcheuse, puisqu'elle peut même coexister avec le maintien d'une santé parfaite.

Bien souvent, en effet, certains de ces sujets, bien que conservant de leur infection guérie une dose d'albumine permanente fixe, ou ne se manifestant plus que par des poussées plus ou moins régulières, réglées par leur état constitutionnel, ont pu tolérer sans fléchir les fatigues d'une laborieuse préparation à Polytechnique, ou les exercices physiques plus pénibles de Saint-Cyr ou de Saumur, et cela sans voir leur albuminurie augmenter. Bien des jeunes femmes, dans des conditions analogues, ont supporté les charges de la maternité et ont même allaité leurs enfants avec succès; d'aucunes même (le fait n'est pas rare) ont vu *leur albumine disparaître dans le cours de la grossesse*, alors qu'à côté, d'autres malades, guéris depuis longtemps de leur albuminurie résiduale, n'ont pu passer par les mêmes épreuves sans être sérieusement ébranlés : les jeunes femmes ont vu pendant leur grossesse éclater des accidents nerveux graves (grandes crises d'hystérie ou accès de manie aiguë, par exemple), et parmi les jeunes gens, les uns sont devenus neurasthéniques, d'autres hypochondriaques. La raison de pareils phénomènes, bien que paradoxaux en apparence, me semble d'une remarquable simplicité : c'est que, chez ceux-là, l'albuminurie existant avec un rein absolument perméable, la dépuration organique n'en était pas moins assurée, alors que chez les autres, malgré la disparition de l'albumine, survivait une ***imperméabilité relative du rein*** qui retardait ou entravait l'élimination des déchets journaliers.

On conçoit, sans qu'il soit utile d'insister longtemps, quels doivent être, d'une façon générale, les inconvénients de ces imperméabilités rénales survivant aux albuminuries résiduales disparues. Je signalerai seulement quelques-unes de ces conséquences, en les appuyant sur quelques exemples cliniques : 1° Un de nos jeunes malades voit disparaître une albuminurie post-scarlatineuse datant de plusieurs années; mais il est d'origine arthritico-goutteuse excessivement chargée; résultat immédiat : apparition d'une diathèse latente qui se serait peut-être développée seulement dans l'âge mûr; chez lui une crise de colique hépatique apparaît à quinze ans, un accès de goutte franc à seize ans. 2° Une jeune fille de neuf ans, issue de parents extrêmement nerveux (sa mère est presque une maniaque), contracte la scarlatine et conserve pendant trois ans des signes avérés de néphrite résiduale.

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Lyon, le 23 novembre 1903.

L'albuminurie disparaît à douze ans et la santé paraît complètement rétablie lorsque, brusquement, éclatent des phénomènes hystéro-comitiaux qui se répètent à intervalles plus ou moins éloignés, sans rapport immédiatement sensible avec la menstruation, mais paraissant plus directement subordonnés à l'influence des impressions émotives; à seize ans, sous l'influence de douches froides, réapparition de l'albumine, qui cède d'ailleurs assez rapidement sous l'action du repos d'un régime approprié et aussi de l'isolement à la campagne. Mais, à dix-neuf ans, retour d'accidents nerveux graves, état maniaque, phénomènes d'écholalie, etc., etc. Convaincu de l'influence possible de l'imperméabilité relative du rein sur la production de ces phénomènes, je fis pratiquer, à plusieurs reprises, la recherche de la toxicité urinaire, seul procédé réalisable au moment où j'observais; or, j'ai trouvé cette toxicité urinaire constamment diminuée, variant autour d'un coefficient urotoxique moyen de 0,255, et cela en dehors de toute autre altération appréciable.

Ainsi donc, avec la précoce apparition d'une diathèse latente, on peut voir se développer encore, comme conséquence directe, mais lointaine, des albuminuries ou des néphrites résiduales depuis longtemps guéries, des phénomènes nerveux de haute gravité. Mais il peut survenir encore un troisième ordre d'accidents; c'est le développement d'une modalité nouvelle d'albuminurie, d'interprétation assez délicate. Car il ne s'agit pas ici d'une albuminurie commune, comme celle qui pourrait naître à la faveur d'une infection nouvelle, une sorte *d'albuminurie récidivée*, ainsi que j'en observe en ce moment un exemple chez un jeune homme qui, affecté d'albuminurie résiduale post-scarlatineuse pendant quatre ans, et complètement guéri pourtant depuis trois ans, présente, sous l'influence d'une blennorragie légère, une nouvelle poussée de néphrite infectieuse. Dans les cas auxquels je fais allusion, il s'agit d'une albuminurie en quelque sorte *étrangère au rein* (albuminurie hépatique ou intestinale) qui ne se serait peut-être jamais produite si le surcroît de toxines à éliminer n'avait pas trouvé le filtre rénal insuffisant, ou si l'accumulation de ces toxines n'était venu réveiller les anciennes lésions éteintes, ainsi que cela s'est présenté dans l'observation même que j'ai déjà eu l'occasion de citer comme exemple de ce que j'ai appelé ailleurs *« l'albuminurie de rappel »*. Ce fait paraît, du reste, singulièrement suggestif : il mérite d'être rappelé.

Il concerne une malade de mon service hospitalier affectée de néphrite infectieuse, peut-être unilatérale et consécutive à une brûlure très étendue à l'âge de sept ans. Il y avait eu de l'albumine en quantité abondante jusqu'à douze ans, et à plusieurs reprises, pendant ce temps-là, de l'œdème à prédominance unilatérale. Alors l'albumine disparaît définitivement. Trente ans après, sous l'influence de crises de colique hépatique répétées et d'une cholécystite terminée par une fistule biliaire, apparition d'une albuminurie très vraisemblablement d'origine intestinale, et attribuable surtout au détournement du flux biliaire, dont l'action antitoxique se trouvait par cela même supprimée. Il est, en effet, bien permis de supposer que si le filtre rénal eût pu éliminer régulièrement les toxines accumulées en excès, dans cet intestin soustrait à l'action antitoxique de la bile, l'albuminurie ne se serait pas produite. Et cette opinion est d'autant plus vraisemblable que l'avenir semble l'avoir entièrement confirmée, puisque cette albuminurie secondaire a elle-même disparu avec le rétablissement normal du cours de la bile.

Nous aurons à revenir ultérieurement sur le mécanisme intime de cette modalité particulière d'albuminurie; je veux me borner ici à examiner les conditions pathogéniques qui paraissent régler le développement des phénomènes nerveux post-infectieux, et qui, de prime abord, paraissent bien directement subordonnés à l'insuffisance relative qui survit à la néphrite éteinte et à l'albuminurie résiduale disparue. Ce rôle provocateur de l'insuffisance rénale relative m'a été suggéré par de nombreuses observations cliniques où j'ai pu constater, aussi rigoureusement que possible, la diminution systématique de la toxicité urinaire, corrélativement au développement des phénomènes nerveux. La plupart de ces observations, d'ailleurs, ont été reproduites dans la thèse de mon élève Crespin (1) et ont servi à édifier une doctrine qui a reçu la consécration du temps; car depuis, bien des faits analogues sont venus confirmer cette conception.

Cliniquement, ces phénomènes nerveux varient à l'infini dans leurs manifestations, depuis le simple tic douloureux ou l'accès d'asthme vulgaire, le développement d'une obésité progressive ou le syndrome basedowien, les signes d'une névropathie vulgaire ou les stigmates d'une neurasthénie plus développée, jusqu'à la grande hystérie ou la crise comitiale vraie, ou enfin des manifestations psychiques variées (hypochondrie, lypémanie, manie, etc.). Mais cette variété dans l'expression des symptômes ne saurait impliquer nécessairement la diversité d'origine : tous ces accidents d'apparence disparates ont un point de départ identique, l'insuffisance de la dépuration rénale; seule l'hérédité ou les tendances constitutionnelles du sujet orientent les manifestations nerveuses dans le sens du type clinique qui cadrera le mieux avec les dispositions morbides de l'individu.

Si l'on se demande, toutefois, pour quelles raisons les substances toxiques retenues par le rein insuffisant, impressionnent le système nerveux de préférence à l'appareil cardio-vasculaire, ou tout autre système organique, nous trouverons réponse à cette question fort digne d'intérêt, dans les expériences que j'ai entreprises, il y a quelques années déjà, avec Guinard (1), dans le but de fixer les activités différentes des toxines introduites comparativement dans le système veineux périphérique ou dans la veine porte. Laissant donc de côté ce qui a trait au rôle de la glande hépatique sur l'atténuation ou l'exaltation de ces toxines par leur passage à travers le foie, nous ne retiendrons de ces expériences que ce qui touche directement au sujet qui nous intéresse, c'est-à-dire les effets différents de ces toxines, suivant qu'elles sont de sécrétion récente ou qu'elles ont vieilli dans les éprouvettes de laboratoire. Or, ce fait nous a vivement frappés : tandis que les toxines fraîches ont une action immédiate dominante sur l'appareil vaso-moteur et la température centrale, comme sur le système glandulaire, — le rein particulièrement, où elles produisent souvent des altérations durables, cause fréquente de l'albuminurie — les toxines vieillies ont des effets tout différents, semblant influencer presqu'exclusivement le système nerveux, en produisant surtout le vertige et des parésies passagères. Ces expériences, il est vrai, ont été réalisées surtout avec la toxine diphtéritique et la pneumobacilline, mais il est bien permis de penser

(1) J. Crespin. — Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses (Th. Lyon, 1891).

(1) J. Teissier et L. Guinard. — Recherches expérimentales sur les effets des toxines microbiennes et sur quelques influences capables de les modifier (*Arch. de méd. expér.*, 1896).

que les autres toxines sécrétées par l'ensemble des germes infectieux agissent uniformément. Et la conclusion pratique à tirer, au point de vue qui nous intéresse, c'est que plus on s'éloigne de la période aiguë dans l'évolution des pyrexies, plus les toxines retenues dans l'organisme ont chance d'impressionner le système nerveux, notion importante et qui nous semble compléter utilement la doctrine de l'insuffisance rénale partielle que nous avons soutenue, il y a quelques années, avec Crespin.

Mais, s'il nous est possible de nous rendre scientifiquement compte de la raison d'être et de la valeur sémiotique de ces phénomènes nerveux post-infectieux, il serait bien désirable, car infiniment utile, de pouvoir formuler une opinion assurée sur l'avenir définitivement réservé aux sujets affectés de ces insuffisances rénales relatives, *épave lointaine de la néphrite infectieuse guérie*. Nous ne sommes malheureusement pas en mesure de le faire avec certitude, ne pouvant produire aucune statistique assez solide pour assigner à ces malades le pourcentage de chances qu'ils peuvent avoir relativement au développement ultérieur du mal de Bright.

A considérer les choses de près, les diverses opinions émises sur ce point délicat de pronostic ne reposent que sur des observations isolées ayant plus ou moins impressionné les auteurs. Sans doute, les faits comme celui de Potain, où le brightisme s'est développé vingt ans après la première poussée de néphrite infectieuse, celui de Brault, où il a éclaté vingt-six ans après la poussée jugée provocatrice, les observations de Lecorché et Talamon et bien d'autres (j'ai vu moi-même le mal de Bright évoluer trente-trois ans après l'apparition d'une néphrite scarlatineuse légère), doivent être pris en très sérieuse considération. Mais cela suffit-il pour admettre que toute néphrite résiduale est la première étape du mal de Bright? comme le soutiennent Clément Ducks, Lecorché et Talamon, Jonhston, Christison et bien d'autres. Je ne le pense pas quant à moi. Et je crois devoir le répéter ici avec d'autant plus d'insistance que ce sont ces observations éparses, avec certaines statistiques américaines, dont nous allons avoir à parler plus loin, qui ont provoqué, avec l'incertitude des cliniciens, la résistance des compagnies d'assurances et entretenu leur indécision : si la grande majorité des praticiens croit encore à cette influence en quelque sorte nécessaire de l'albuminurie résiduale, quel qu'en soit le type, sur le développement lointain du mal de Bright, c'est uniquement faute d'avoir suffisamment distingué entre les faits, et d'avoir suivi assez longtemps, à travers la vie, un nombre important de ces sujets minutieusement groupés d'après le type clinique de l'albuminurie résiduale, et surtout la nature même de la pyrexie prémonitoire. Ce faisant, ils auraient vu que presque tous les cas rapportés comme exemples d'évolution tardive vers le mal de Bright concernent presqu'exclusivement des faits d'albuminurie résiduale post-scarlatineuse; ils auraient constaté encore que les albuminuries post-typhiques, post-diphtéritiques, ourliennes et surtout post-érysipélateuses, et même syphilitiques de la période secondaire, ne passent que très rarement au mal de Bright; car, lorsque ces infections mènent à la néphrite chronique, c'est le *plus souvent d'emblée* ou après avoir passé par une période d'albuminurie résiduale chronique permanente, relativement courte; lorsque ces albuminuries ont évolué régulièrement vers les types 2 et 3 du Groupe II de la classification que nous avons proposée, c'est-à-dire lorsqu'elles ont passé *à l'état d'albuminuries résiduales vraies*, à forme intermittente cyclique ou acyclique, ou encore mieux de résiduales fixes, la transformation brightique ne se produit en quelque sorte jamais.

Personnellement donc, et bien que je ne puisse appuyer mon opinion sur des chiffres formels, *impossible d'ailleurs à établir*, car combien de sujets peuvent être assez sûrs de leurs antécédents pour affirmer qu'ils n'ont jamais eu d'infection aiguë ayant provoqué chez eux une poussée plus ou moins nette de néphrite passagère, et servir en conséquence de point de comparaison à un même nombre de sujets atteints, par exemple, d'albuminurie résiduale guérie, suivis le même laps de temps et surtout dans les mêmes conditions de vie, ce qui est irréalisable? J'ai la conviction très précise et infiniment sincère, en tenant compte des faits cliniques depuis longtemps recueillis, que les sujets affectés « *d'albuminurie résiduale de guérison* », c'est-à-dire avec attributs extérieurs de la santé, circulation bien équilibrée et perméabilité rénale complète, non seulement ne sont pas plus exposés à devenir brightiques que la grande majorité des individus du même âge supposés bien portants, mais que leurs chances de survie sont peut-être plus grandes que celles des sujets affectés autrefois d'une néphrite résiduale, *aujourd'hui guérie*, toute trace d'albumine ayant définitivement disparu, *mais avec persistance d'une imperméabilité relative*, et que la plupart des auteurs ont tendance pourtant à considérer comme dans de meilleures conditions de santé. Ce pronostic lointain, il faut en convenir, est essentiellement personnel, dépendant avant tout des conditions de vie qui seront faites au jeune sujet, de son hygiène, de ses épreuves, à tel point que le plus souvent, malgré l'influence plus nocive de la pyrexie antérieure, source de la néphrite actuellement disparue (scarlatine, angine grave à streptocoque, néphrite puerpérale, par exemple), si le jeune sujet sait se soustraire à l'action des causes déprimantes ou destructives, l'homme à l'alcoolisme, à la syphilis, à la malaria, etc., la femme aux épreuves d'une maternité trop souvent répétée, il a les plus grandes chances d'échapper plus tard au mal de Bright. Car, même chez ceux qui conservent de l'imperméabilité relative, peut se faire, grâce à certaines suppléances fonctionnelles, à la mise en action de certains moyens de défense, comme une adaptation de l'organisme à la situation nouvelle créée par la miopragie rénale, et se constituer, en fin de compte, un état d'équilibre fonctionnel suffisant pour assurer la persistance de la santé.

Et cela me paraît si vrai que, si nous parcourons le dossier de nos observations de néphrites chroniques, nous n'y trouverons que bien rarement mentionnée, à titre de condition étiologique nette, l'existence antérieure d'une albuminurie résiduale vraie, ou même de ces albuminuries guéries, mais avec persistance d'un certain degré d'insuffisance fonctionnelle. Le fait n'est pas indifférent à signaler.

***

Ceci étant bien établi, nous pouvons envisager maintenant, à la lumière de ces données essentielles, les différentes déterminations qui s'imposent au médecin méthodiquement éclairé, en présence des albuminuriques de cette espèce, candidats à une assurance sur la vie, au mariage ou à une de nos grandes écoles militaires. Il y a là toute une série de questions d'un intérêt capital à résoudre et d'ordre essentiellement pratique.

Mais, avant, il est une notion majeure qui domine tout le problème et sans laquelle une réponse, vraiment fondée, ne semble pouvoir être apportée, c'est que, par dessus tout, il importe d'étiqueter exactement chaque

cas d'albuminurie résiduale soumis à l'examen, avant de formuler une opinion quelconque sur son avenir. C'est faute d'avoir pris ces précautions fondamentales que toutes les statistiques ont été faussées, et que règne encore une confusion regrettable dans les travaux pourtant si nombreux journellement publiés, sur les albuminuries intermittentes des jeunes sujets.

Un diagnostic net et méthodique est donc tout d'abord nécessaire, et il devra se baser sur deux points primordiaux : 1° *le bilan précis* et rigoureux de l'état général et local du sujet; 2° *la nature même de l'infection provocatrice*, qui devra être établie aussi soigneusement que possible.

1° L'état général sera apprécié d'après le degré de l'anémie, établi sur l'aspect extérieur, l'existence ou l'absence de bruits vasculaires et, si possible, l'examen du sang; puis d'après l'indication des symptômes cardio-vasculaires (volume du cœur, bruits de souffle ou galop, mais surtout degré de la tension artérielle).

Quant à l'évaluation de l'état local, elle sera basée sur l'aspect général de l'urine (quantité, densité, acidité) et avant tout sur les caractères de l'albumine, ses proportions, son cycle, ses oscillations, ses caractères chimiques. Les dépôts, soigneusement centrifugés, seront examinés au microscope, la présence ou l'absence des éléments figurés enregistrée avec méthode; et, si possible, le coefficient azoturique sera noté. Mais, par dessus tout, il sera indispensable de déterminer scientifiquement le degré de la perméabilité rénale. A cet égard, il serait sans doute préférable de recourir à la totalité des moyens d'exploration aujourd'hui en usage (recherche de la toxicité, épreuve du bleu et de la glycosurie phlorizique, chlorurie alimentaire, cryoscopie enfin), mais de pareilles recherches ne sont pas toujours réalisables, et l'épreuve cryoscopique, qui donne à la fois la notion de la perméabilité glomérulaire et de l'activité des échanges épithéliaux, sera considérée le plus souvent comme suffisante.

2° La détermination vraie de l'infection provocatrice est aussi d'une importance capitale. On a vu, en effet, dans le chapitre précédent, quelles grandes différences existaient dans le rôle propre à chaque infection, sur l'évolution ultérieure de l'albuminurie et l'influence prépondérante de la scarlatine. On a vu aussi que l'albumine n'était pas toujours dans un rapport constant avec l'infection qui paraît l'avoir immédiatement précédée, et que, si elle lui était souvent directement consécutive et nécessairement subordonnée, elle l'avait, au contraire, précédée dans d'autres circonstances. En un mot, la filiation même de l'albuminurie, au regard de l'infection en apparence provocatrice, devra être consignée avec le plus grand soin en même temps que la nature même de l'infection. Ces notions d'origine seront enfin complétées par une évaluation, aussi exacte que les renseignements familiaux permettront de l'établir, des dispositions héréditaires ou constitutionnelles du sujet.

L'ensemble de ces renseignements une fois bien établi, il me semble impossible de ne pas résoudre utilement les différentes questions posées. Passons donc aux indications pratiques que ces renseignements comportent :

A. *En ce qui concerne les assurances sur la vie.* — On connait l'ostracisme rigoureux dont nos grandes compagnies d'assurances ont frappé tout sujet atteint d'albuminurie, même la plus transitoire. Je me suis élevé déjà contre ce rigorisme que j'ai taxé d'illogique, d'inhumain et d'injuste. J'ai eu la satisfaction, du reste, de voir mes arguments repris et appuyés depuis, au Congrès d'Amsterdam, par l'éminent et regretté Stokwis, qui a bien voulu se ranger à toutes mes conclusions. Malgré cela, et bien que la conception des albuminuries bénignes et curables se soit considérablement répandue dans ces dernières années, la résistance des compagnies n'a pas été forcée, et l'on s'en tient toujours aux formules radicales du savant rapporteur de Bruxelles (1900), le Dr Wybaum, qui avait conclu, on s'en souvient, après quelques réserves discrètes, au *maintien de l'exclusion*, opinion partagée d'ailleurs à ce moment par la très grande majorité des médecins délégués; en considération surtout des statistiques américaines, de celle de Wasburn principalement, établissant une mortalité millénaire de 17 pour les jeunes sujets albuminuriques, alors qu'elle ne serait que de 9 pour les adolescents du même âge non atteints d'albuminurie.

Je me suis déjà appliqué à démontrer ce que ces statistisques avaient d'illusoire, étant nécessairement composées de faits fort disparates, et établies en dehors de toute catégorisation sérieuse : parmi les jeunes albuminuriques considérés comme affectés d'albuminurie simplement fonctionnelle ou intermittente, figurent nécessairement, et en grand nombre, des cas de néphrite résiduale; inversement, il n'est pas impossible que la colonne des sujets portés comme non atteints d'albuminurie, comprenne un bon nombre de sujets affectés d'albuminurie intermittente diurne, et dont les urines, examinées seulement le matin et trouvées alors physiologiques, ont permis le classement dans le groupe des plus favorisés. Combien de fois, en effet, pour mon propre compte, n'ai-je pas, depuis vingt ans, facilité l'admission à l'assurance ou à St-Cyr, de jeunes gens à albuminurie diurne, en leur conseillant de se présenter à l'inspection réglementaire le matin seulement, et dont l'état de santé a été jugé excellent, sans que ce jugement ait été démenti par l'avenir. Il est donc impossible de formuler un avis sûr, exclusivement basé sur des statistiques ainsi faussées. Mieux est de bien étudier chaque cas isolément, d'apprécier son avenir individuel et de solutionner la question suivant le pronostic sciemment porté pour chaque cas particulier.

A notre avis, cette solution variera suivant la catégorie d'albuminurie résiduale où, après mûr examen, le cas clinique aura été classé : voici les conclusions qui me semblent très raisonnablement acceptables.

a) Les malades du *premier groupe* (albuminuries résiduales permanentes chroniques) doivent être *exclus* : cette détermination est logique, car il s'agit là de vrais malades qui, dans des limites variant, nous l'avons vu, de 5 à 20 % suivant la nature de l'infection, peuvent évoluer vers le mal de Bright, et cela sans qu'il soit rigoureusement possible d'établir quels sont ceux qui évolueront dans ce sens, puisque cet avenir dépend beaucoup des infections ultérieures ou des conditions de vie qu'il n'est du pouvoir de personne de prévoir.

b) L'ajournement nous parait aussi justifié pour les malades du groupe II (albuminuries résiduales vraies) appartenant au type 1, celui des *albuminuries irrégulières* ou *permanentes à grandes oscillations*. Mais cet ajournement ne sera pas définitif comme dans le cas précédent; le sujet sera autorisé à se représenter, et si son albuminurie tend à la guérison, c'est-à-dire à l'évolution régulière et progressive dans le sens du rythme intermittent des types 2 et 3; surtout si aucun signe suspect ne vient attirer l'attention du clinicien, un tel sujet pourra être admis à l'assurance, *mais avec surprime*, car le risque parait un peu plus élevé pour la compagnie que dans les catégories restant à examiner. A la très grande rigueur, la surprime pourra être appliquée encore à certains sujets du

type 2 du même groupe (alb. rés. vraies à type cyclique inconstant ou régulier), quand il s'agit d'albuminuries résiduales post-scarlatineuses, ou de jeunes femmes susceptibles de devenir mères, et exposées, en conséquence, aux chances d'une infection puerpérale ultérieure, capable d'accentuer ou de réveiller la détermination rénale.

Mais, pour toutes les autres catégories d'albuminuries post-infectieuses du type cyclique intermittent (en dehors des albuminuries post-scarlatineuses) et même pour ces dernières, quand il s'agit du type résidual fixe, et à plus forte raison quand on envisage les albuminuries tardives du groupe III, l'admission à l'assurance *aux tarifs communs* doit légitimement être autorisée. Mais il est bien entendu que cette admission ne devra être prononcée qu'après une série d'examens successifs faits à intervalles réguliers, et à la condition expresse que le sujet ne présente aucun trouble circulatoire et aucun signe d'imperméabilité.

Cette façon de procéder me paraît assurément plus scientifique et surtout plus clinique que la méthode proposée ou acceptée par quelques compagnies à titre de solution transactionnelle, et qui consentent à accepter le candidat à l'assurance si les urines, examinées à tel jour fixé d'avance, ne présentent pas d'albumine. On conçoit tout ce que pareille manière de faire a d'*illogique* et d'*aléatoire* quand on songe aux vicissitudes de ces albuminuries, celles surtout *à grandes oscillations* qui peuvent présenter des périodes d'accalmie pendant lesquelles, à un examen insuffisamment approfondi, le candidat pourra paraître bon pour l'admission, alors qu'il est incontestablement plus enclin à évoluer vers le brightisme qu'un autre sujet présentant de l'albuminurie résiduale à type fixe et pourtant invariablement exclu.

Et, d'ailleurs, les cas soigneusement observés et suivis ne viennent-ils pas absolument à l'appui de pareilles conclusions? Déjà, au Congrès de Nancy (1896), je pouvais affirmer que pas un des sujets servant de thème à la thèse de Merley (1), sur l'albuminurie intermittente cyclique, n'avait succombé et que pas un, à ma connaissance, n'était devenu brightique; parmi les jeunes femmes devenues mères, pas une n'avait eu de crise d'éclampsie; deux seulement, pendant leur grossesse, avaient vu leur albuminurie subir une recrudescence plus ou moins marquée. Aujourd'hui, après huit ans de plus écoulés, ce qui porte pour chaque malade à environ vingt ans la période d'observation, ces résultats n'ont pas changé, un seul de ces malades a succombé à la suite d'une gastro-entérostomie, pour obstruction spasmodique du pylore, et alors que son albuminurie avait disparu depuis longtemps. Or, les sujets affectés d'albuminurie résiduale des types 2 et 3 de notre groupe II, et aussi ceux du groupe III (albumin. résiduales tardives), sont absolument dans les mêmes conditions que les albuminuries cycliques de Merley, dont certains, d'ailleurs, en y regardant de plus près, maintenant que nous sommes mieux éclairés, ne représentent autre chose que des albuminuries résiduales vraies à type cyclique. De même donc que pour ces premiers, nous avons réclamé le bénéfice de l'admission à l'assurance, il nous paraît légitime de le réclamer énergiquement pour les seconds. Car l'expérience des faits est aussi formelle, et je ne crains pas d'affirmer qu'un albuminurique de ces deux dernières catégories a beaucoup moins de chances de devenir brightique qu'un malade affecté de pleurésie en apparence légère, a celle de devenir phtisique, ou un sujet antérieurement entaché de syphilis de devenir ataxique. Et, cependant, il est exceptionnel que de pareils sujets ne soient pas agréés par les compagnies d'assurances. Il est donc temps que la sévérité des règlements fléchisse devant l'évidence des faits et la précision des connaissances nouvelles.

B. *En ce qui concerne le mariage.* — Le médecin est souvent embarrassé, et il ne sera pas inutile de lui indiquer la règle de conduite que commande une expérience un peu étendue. A ce sujet, des résolutions seront prises suivant le type de l'albuminurie constatée, suivant la nature de l'infection génératrice et aussi suivant les sexes.

En présence d'un cas d'albuminurie résiduale permanente chronique et directe, le médecin devra conseiller de *surseoir* : pour la femme cela nous paraît *indispensable*, pour le jeune homme *c'est tout au moins désirable*; étant donné, en effet, qu'il s'agit encore de sujets en imminence morbide et susceptibles de voir leur tare post-infectieuse s'aggraver par une maladie nouvelle. De plus, il est incontestable que, pour la jeune femme, dans de pareilles conditions, les dangers de la puerpéralité comportent des conséquences plus graves. Le jeune homme échappe à cette éventualité; mais, outre que la vie sexuelle peut congestionner défavorablement le rein (Potain l'a bien démontré) et aggraver réellement la situation, il y a lieu de se demander si, pour sa descendance, il n'y a pas intérêt réel à attendre? C'est tout au moins vraisemblable, bien que la preuve de cette influence du générateur, en état d'albuminurie, ne soit pas scientifiquement démontrable. Nous ne connaissons, en effet, aucun chiffre statistique précis, et nous ne possédons pas non plus des observations en série suffisante pour nous permettre d'établir dans quelles proportions et dans quelles limites l'albuminurie des parents peut influer sur la santé des produits. Nous savons bien, et l'avons précédemment démontré, que l'hérédité brightique a une portée indiscutable. Mais quelle est celle de la présence de l'albuminurie au moment même de la conception? Il nous paraît impossible de répondre avec certitude. Nous connaissons en tous cas un certain nombre d'exemples attestant que des parents, en puissance d'albuminurie, peuvent avoir des enfants doués d'une santé parfaite; mais il y a là un point de pathologie générale qu'il serait intéressant d'élucider.

Pour les sujets classés dans la seconde catégorie, le type I (albuminurie résiduale oscillante) commandera aussi une grande prudence, dès l'instant que la possibilité des recrudescences n'est pas encore complètement écartée; et pour la jeune fille il sera préférable de surseoir tant que l'état des dépôts urinaires et la perméabilité rénale laisseront encore à désirer. Pour le jeune homme on est autorisé à moins de sévérité, surtout s'il consent, suivant l'expression charmante de Potain, à être un mari prudent et « discret ».

Pour les sujets des types 2 et 3, le mariage pourra être autorisé sans arrière pensée, pour les deux conjoints, surtout s'il ne s'agit pas d'albuminurie résiduale post-scarlatineuse.

Pour les faits de la dernière catégorie (alb. résid. tardives), l'autorisation s'impose encore avec moins de restrictions. Mais, quel que soit le cas dont il s'agisse, il est bien entendu que nous maintenons toutes les réserves formulées plus haut en ce qui concerne la descendance : nous ne nous plaçons ici qu'au point de vue exclusif des sujets directement intéressés.

Ce sont là, d'ailleurs, les règles de conduite qui m'ont guidé personnellement dans ma pratique depuis ces quinze dernières années, et j'avoue n'avoir pas eu encore à regretter, que

(1) Merley. — De l'albuminurie intermittente cyclique (maladie de Pavy). Th. Lyon, 1887.

je sache, une des déterminations prises d'après ces données.

C. *La question d'admission aux écoles* comporte des considérations d'ordre un peu différent.

En ce qui concerne le groupe I, comme pour l'assurance sur la vie, *l'exclusion* me semble s'imposer d'une façon formelle : ici on ne saurait faire de la temporisation, comme pour un projet de mariage, et l'on ne peut perdre un temps précieux à observer.

Mais, en ce qui touche le groupe II, nous sommes disposé à beaucoup plus de tolérance; car, même pour la forme oscillante de ces albuminuries résiduales vraies, nous estimons qu'on n'est pas légitimement fondé à éliminer un sujet au moment des examens d'admission ou d'entrée, s'il ne présente aucun signe d'insuffisance rénale, aucun trouble de la fonction circulatoire. Le grand effort, susceptible de modifier défavorablement la fonction rénale, a été réalisé pour la préparation, ou au moment des examens, pendant la période énervante des concours, et, dans la suite, si le candidat a quelque cure de son hygiène, il a beaucoup de chances de voir sa situation s'améliorer plus tôt. Il n'est même pas rare que certaines de ces albuminuries aient disparu après l'admission.

C'est tout au plus si une réserve pourrait être faite pour les albuminuries résiduales oscillantes consécutives à la scarlatine. Mais alors j'estime que c'est surtout au médecin de la famille de prendre, en l'espèce, la responsabilité d'une détermination; c'est à lui d'éclairer le candidat, de le surveiller, de le suivre, et finalement de le conseiller lui et son entourage. A cet égard, il nous semble que si le jeune homme se destine à la carrière militaire, il devra être prévenu qu'il court plus de risques en entrant dans la cavalerie, l'exercice forcé à cheval ayant une influence congestionnante sur le rein, que nous avons déjà indiquée.

Et, pour conclure, si le jeune candidat se présente avec un avis nettement formulé de son médecin, dans des conditions de santé extérieures suffisantes, avec des analyses d'urines justifiant d'une fonction rénale régulière, attestant l'absence de poussées inflammatoires passagères et montrant, *au moins à l'épreuve de la cryoscopie*, une perméabilité normale, j'estime qu'il serait injuste de l'arrêter. Ceci s'applique à plus forte raison aux jeunes hommes appartenant au groupe des albuminuries résiduales tardives.

Mais si ces conclusions me paraissent rigoureusement applicables en ce qui concerne *le service militaire consenti*, elles ne sauraient plus convenir pour ce qui touche au *service militaire imposé*. Si un jeune homme, une fois éclairé, dûment instruit et *consentant*, peut être autorisé, pour suivre sa carrière préférée, à courir certains risques de santé et à accepter des chances possibles de surmenage dont il peut avoir éventuellement à souffrir, les mêmes risques, les mêmes aléas, ne sauraient légitimement être *imposés aux jeunes gens soumis à la conscription*. Si donc, dans le premier cas, la question doit être envisagée avec plus d'ampleur et résolue dans le plus grand esprit de tolérance, dans le second cas elle doit être jugée avec une stricte sévérité. L'Etat ne semble, en effet, autorisé à imposer une charge à l'individu qu'en faisant courir à sa santé le minimum de risques possibles; et c'est en vertu de cette considération que les sujets atteints d'albuminurie résiduale de la première catégorie nous semblent devoir être réformés sans hésitation; et pour ceux des derniers groupes, l'autorité devra se montrer aussi large que possible. A mon sens, on ne devrait prescrire *l'incorporation* que si l'on se trouve sûrement en présence d'un conscrit appartenant au troisième groupe ou, à la très grande rigueur, en face d'un cas du type 2 et 3 de notre second groupe, c'est-à-dire s'il s'agit d'un cas d'albuminurie résiduale vraie à cycle constant ou *de forme minima à taux fixe*, et se présentant avec l'apparence d'une santé excellente et une perméabilité rénale complète; encore devra-t-on exclure l'albuminurie résiduale post-scarlatineuse et se contenter d'incorporer dans les services auxiliaires.

Ces différentes considérations me paraissent répondre aux exigences d'une pratique raisonnée, aussi soucieuse des intérêts de l'individu confié à nos soins que des exigences sociales au milieu desquelles nous vivons aujourd'hui.

Pour plus de clarté, et surtout pour en faciliter le souvenir, il nous a paru utile de grouper ces notions dans un tableau synoptique qui en résume les grands traits et les principales applications.

Tableau récapitulatif des principales indications pratiques à tirer des différents types évolutifs des albuminuries résiduales post-infectieuses.

1° Pour l'assurance sur la vie.	Ier Groupe (Albuminurie résiduale chronique permanente de continuité directe), ou néphrite résiduale : Exclusion. IIe Groupe (Albuminurie résiduale vraie) : 1er *Type* permanent à grandes oscillations : ajournement d'abord. Assurance ensuite si évolution favorable, *mais avec surprime* (le risque étant plus élevé); 2e et 3e *Types* (albuminurie résiduale à cycle régulier, intermittent ou permanent). Assurance *avec surprime* pour *l'albuminurie* résiduale post-scarlatineuse du type 2. — Dans tous les autres cas et IIIe Groupe (Albuminurie résiduale tardive), le risque n'étant pas plus élevé, *l'assurance doit être consentie aux conditions communes.*
2° Pour le mariage	Ier Groupe. — *a*) Pour la femme, surseoir nécessairement. *b*) Pour le jeune homme, conditionnellement. IIe Groupe. — *Type 1* : Albuminurie résiduale vraie post-scarlatineuse à grandes oscillations : *a*) Pour la femme, surseoir; *b*) Pour le jeune homme, mariage autorisé; mais hygiène sévère. IIIe Groupe. — *Types 2* et *3* : Mariage autorisé pour les deux sexes, surtout en cas d'albuminurie résiduale non scarlatineuse. En cas d'albuminurie résiduale post-scarlatineuse, grande réserve; en ce qui concerne la femme surtout qui devra plus spécialement surveiller son hygiène.
3° Pour l'admission aux écoles.	Ier Groupe. — Exclusion formelle. IIe et IIIe Groupes. — L'admission s'impose, si le candidat est autorisé par son médecin et se présente avec une perméabilité rénale suffisante et une circulation parfaitement équilibrée.
4° Pour le service militaire « imposé ».	Ier Groupe. — Incorporation interdite définitivement. IIe Groupe. — *Type 1* : Surseoir IIe Groupe (*Types 2* et *3*) et IIIe Groupe : Surseoir ou incorporer seulement dans les services auxiliaires.

VÉNÉRÉOLOGIE

Les complications latentes de la blennorragie

Rapport présenté par M. H. Minet, ancien interne des hôpitaux de Paris, au nom de la *Société médico-chirurgicale*, à la réunion plénière des trois Sociétés (*Société de médecine de Paris, Société médico chirurgicale* et *Société de medecine et de chirurgie pratiques*) le 26 novembre 1904.

On ne peut manquer d'être frappé, à la lecture des divers auteurs, comme à celle du Rapport que nous présentons sur les complications de la blennorragie, de ce fait que, dans chaque organe dépendant de l'urètre, dans chacune des glandes qui y déversent leurs sécrétions, certaines complications sont bruyantes, d'un diagnostic positif facile, tandis que d'autres, au contraire, évoluent insidieusement, avec une symptomatologie atténuée

Or, ces complications latentes nous paraissent, à cause même de cette insidiosité, *plus dangereuses que les complications aiguës.*

Une prostatite aiguë, franchement douloureuse, un abcès de la prostate qui nécessitera l'incision périnéale, une cystite qui épouvantera le malade par son hématurie terminale ou par l'intensité du ténesme, un abcès périnéal ou cowpérien, une épididymite qui obligera le malade à s'aliter, ce sont-là des complications qui ne risquent pas de demeurer sans soins et qui inspireront au médecin la méfiance quand il s'agira d'apprécier la guérison définitive de la blennorragie. Au contraire, trop souvent, on est exposé à considérer le malade comme guéri, sur la foi de quelques examens de lamelles, ou par lassitude d'un traitement qui ne parait plus modifier, des vestiges peu apparents de la suppuration urétrale; et, dans ces cas, on ne s'adressera pas au seul traitement utile, celui qui ne vise l'urètre lui-même, mais aux organes où l'infection s'est propagée.

A ce point de vue, la méthode des grands lavages urétro-vésicaux ou celle des lavages de l'urètre antérieur — qui est, d'ailleurs, le meilleur traitement de la blennorragie — expose particulièrement à l'erreur. Tant que le malade fait des lavages, il a l'apparence de la guérison, et médecin et malade se félicitent de la terminaison prochaine du traitement; et, en effet, l'urètre guérit. Mais, que l'on cesse les lavages, que le malade s'affranchisse des précautions d'hygiène qu'on lui avait fait appliquer sévèrement, l'écoulement reparait, les gonocoques et les microbes associés pullulent de nouveau : l'urètre était guéri, les acini glandulaires ne l'étaient pas! Tantôt on voit alors reparaître un écoulement assez abondant, où les gonocoques reprennent leurs groupements intra et extra-cellulaires, et l'on serait tenté, quelquefois, de croire à une nouvelle blennorragie; tantôt c'est seulement un léger suintement qui persiste, image de la « goutte militaire » qui doit s'éterniser; et, dans certains cas, si la malchance a voulu que quelques examens microscopiques paraissent négatifs, on attribue ce suintement à l'irritation due à un traitement prolongé, aux troubles d'ordre toxique qui peuvent persister quelque temps après la blennorragie : ainsi pourront évoluer des lésions chroniques, à l'abri de tout traitement. Et, si le médecin reste incertain de la guérison absolue, c'est trop souvent le malade lui-même qui se trouve suffisamment guéri, la jeunesse aidant, pour retourner aux plaisirs dont il a été si longtemps privé.

Les complications latentes ne sont pas seulement dangereuses en ce qu'elles tiennent en réserve la contagion toute prête à envahir l'urètre, et, dans les rapports sexuels, les organes du sexe adverse. Elles constituent, en effet, une menace des complications locales aiguës, suppuratives, qui peuvent détruire les organes où elles siègent, et un danger perpétué des complications générales si redoutables de la blennorragie : arthrites, endocardites, myélites et polynévrites. De plus, leur évolution naturelle voue les organes atteints à des lésions destructives progressives. Prenons pour exemple la prostate : nous y voyons la prostatite chronique, même quand elle n'attire pas l'attention pendant des années, envahir peu à peu un plus grand nombre de lobules de la glande, les transformer en cavités suppurantes ou, tout au moins, amener la dégénérescence et la chute des cellules épithéliales. Du côté du tissu conjonctif interstitiel, c'est la sclérose qui, progressivement, succède aux infiltrations inflammatoires et qui étouffe, dans sa rétraction, les éléments nobles de la glande. Les glandes de l'urètre nous présentent des désordres aussi essentiellement destructeurs, soit que, des glandes enflammées chroniquement l'infection s'étende soudain au tissu périglandulaire et y cause des abcès, soit qu'il s'y forme des foyers de sclérose qui, bien que produisant de plus loin la sténose de l'urètre, n'en constituent pas moins une cause de rétrécissements très rebelles au traitement; soit enfin que l'infection, propagée au corps spongieux et aux couches profondes de l'urètre, y persiste indéfiniment et produise les rétrécissements que nous avons si fréquemment à soigner, en même temps qu'elle prépare les complications inflammatoires futures de ces rétrécissements.

Or, il n'est pas douteux que ces complications latentes de la blennorragie sont fréquentes, et que le traitement par les lavages antiseptiques ne les évite pas toujours, sans doute parce qu'il est généralement entrepris à une époque déjà avancée de l'urétrite. Nous trouvons la preuve de cette fréquence dans les lésions chroniques dont nous venons de parler : rétrécissements survenant chez des hommes qui se sont crus parfaitement guéris de leurs blennorragies, prostatites chroniques qui ne sont décelées que longtemps après la contagion, poussées secondaires de prostatites aiguës ou de cystites que l'on croirait quelquefois primitives, si l'on n'était averti de la longue durée du microbisme latent.

Une autre preuve, c'est la fréquence reconnue plus grande de ces complications à mesure que l'on a perfectionné la technique de recherche des complications. Ne sait-on pas que la prostatite est, pour ainsi dire, la règle dans toute blennorragie propagée à l'urètre postérieur; et cependant, tant que l'on n'a connu que la prostatite franchement aiguë, on a considéré cette complication comme assez rare. L'histoire de la spermatocystite, la Cowpérite, l'infection des glandes de Littre, a passé par les mêmes vicissitudes. Partout les complications insidieuses paraissent maintenant les plus fréquentes, et l'on peut dire que toute blennorragie récidivante, que la plupart des blennorragies chroniques et des infections post-blennorragiques, sont des blennorragies compliquées, et que la cause de cette chronicité, c'est la complication.

Il faut donc s'appliquer, au déclin d'une blennorragie, à dépister l'infection dans les glandes annexées à l'urètre, même s'il n'y a pas eu de complication aiguë. On connait les moyens habituels de recherches du gonocoque dans l'urètre : ils consistent à en réveiller la pullulation par diverses excitations : explorations, instillations de nitrate d'argent, excès de bière. Mais ces moyens, s'ils permettent de déceler la présence de gonocoques dans la paroi urétrale (et encore faut-il remarquer que certains individus supportent l'épreuve de la bière malgré la présence des gonocoques), sont souvent insuffisants quand les gonocoques sont localisés à des acini prostatiques éloignés de l'urètre, à ceux des glandes de Cowper, aux alvéoles des vésicules séminales; dans de tels cas on voit même une instillation de nitrate d'argent devenir un moyen thérapeutique et diminuer la suppuration. Il est nécessaire, toutes les fois que des filaments ou un suintement trop riche en leucocytes persistent, de les examiner au microscope à de nombreuses reprises avant d'affirmer la disparition des gonocoques; il faut répéter ces examens après épreuve de la bière et du nitrate d'argent, après coït (en prenant les précautions nécessaires pour rendre impossible une contamination extérieure). Il faut, de plus, systématiquement, examiner les produits de l'expression de la prostate, des vésicules séminales, des glandes de l'urètre. Nous allons plus loin : dans tout suintement persistant, après une blennorragie, il faut recourir aux cultures, seul moyen qui permettra de déceler la présence et de déterminer l'espèce de microbes, trop peu nombreux pour que l'examen des lamelles ait une valeur diagnostique. C'est par les cultures seules que l'on est arrivé à trouver le gonocoque si fréquemment dans les complications viscérales de la blennorragie; c'est par les cultures seules que l'on a reconnu la fréquence de la présence du gonocoque dans les prostates, dans les épididymites — sans parler ici des autres pyogènes. Il n'est donc plus permis de reculer devant de simples difficultés de technique, quand il s'agit de permettre un mariage, ou simplement de cesser le traitement d'un urètre dont la guérison n'est pas absolument évidente et confirmée par le temps.

MÉDECINE MILITAIRE

L'École de Lyon d'après le journal l' « Action »

Le journal l'*Action* vient de demander la suppression de l'École du service de santé de Lyon. Voici les raisons invoquées à l'appui :

« L'enseignement de la médecine y est un mythe, mais on y inculque, en revan-

che, aux futurs docteurs de l'armée, avec beaucoup de distinction, d'ailleurs, ce déplorable esprit de caste, si contraire aux aspirations démocratiques.

Mais, nous dira-t-on, qu'enseigne-t-on enfin, dans cette Ecole de Lyon? Voici : belles-lettres, arts, langues étrangères, instruction militaire, tir, escrime, équitation, cyclisme, exercices militaires, sans oublier les inévitables défilés commandés par les médecins surveillants! La marche de cette instruction et le fonctionnement militaire et administratif de cet établissement, nécessitent la présence permanente de quatorze médecins de tous grades, deux officiers d'administration, plusieurs professeurs civils et cinquante sous-officiers, caporaux et soldats.

En résumé, cette école n'est qu'une salle de répétition et une hôtellerie qui coûte fort cher à l'Etat et qui n'est d'aucune utilité.

Puisqu'il en est ainsi, qu'on ferme au plus tôt cette jésuitière doublée d'une pétaudière. »

Le peintre qui a fait ce tableau de l'Ecole de Lyon, a débuté par cet appel au rapporteur du budget de la guerre :

« En attendant, nous prions le rapporteur du budget de la Guerre de bien vouloir tourner ses regards vers la ville de Lyon. Il y apercevra, malgré la brume qui en ce moment l'envahit et l'enserre, la fameuse Ecole du service de santé. »

Il est probable que le brouillard lyonnais est plus épais que ne le pense le collaborateur de l'*Action*, puisqu'il l'a empêché de voir l'Ecole telle qu'elle est. Voici, en effet, la vérité sur cette école, dont le fonctionnement nous est retracé par quelqu'un qui y a vécu trois annéeset ne peut être suspecté de parti-pris, étant à la veille de rentrer dans la vie civile.

« Le dernier article de l'*Action*, sur l'École de Lyon me fait bondir. C'est honteux de discuter d'une façon pareille en dénaturant les faits.

L'École de Lyon n'enseigne pas la médecine, certes, puisque la Faculté est là, mais si on n'y enseigne pas on y fait travailler Les cliniques de l'hôpital militaire valent bien celles de l'hôpital civil. Et si les répétitions à l'Ecole n'ont point un caractère magistral, elles ont du bon, car elles forcent l'élève à travailler.

On fait des belles lettres à l'Ecole? Je ne m'en suis jamais douté; à moins que les conférences littéraires ou historiques du samedi soir soient un cours de littérature.

On enseigne les arts? Oui, à ceux qui veulent payer des leçons particulières, l'Ecole prête tout simplement le local.

Il y a des cours d'allemand, mais il faut être de bien mauvaise foi pour venir dire que le temps passé à ces cours est du temps perdu. Quel est le médecin qui n'a pas été obligé de recourir à des ouvrages allemands?

On n'apprend point à monter à bicyclette à l'Ecole; on fait de nous de modestes cavaliers, ce qui, je crois, a son utilité.

L'instruction militaire, le tir, l'escrime, les exercices militaires? On y consacre une heure par semaine, les deux premières années. Est-ce du temps perdu? Non, car c'est de bonne hygiène pour les élèves, de faire un peu d'exercice quand ils ont passé tout leur temps enfermés dans les hôpitaux ou à la Faculté.

Les défilés commandés par les médecins surveillants? Jamais ils n'ont eu lieu, et quand les élèves défilent, c'est sous les ordres du lieutenant-instructeur.

A l'Ecole « on inculque aux élèves ce déplorable esprit de caste ». Que non, et cela malheureusement, car je n'ai regretté qu'une chose pendant mes années d'école, c'est la camaraderie; elle n'existe pas, et cet esprit de solidarité qui fait la force des autres écoles militaires fait défaut à Lyon. C'est le seul défaut que je trouve à l'Ecole de Lyon.

Peut-être que si la solidarité nous unissait plus, nous, médecins militaires, la campagne menée contre nous serait déjà terminée. Heureusement que nous avons d'anciens camarades qui, guéris de l'*avaucite*, nous soutiennent avec dévouement. »

Et voilà comment on écrit l'histoire à l'*Action*.

Ce journal n'a vraiment pas de chance. Quand il dénonce des médecins militaires, les enquêtes tournent à sa confusion en démontrant qu'il a lancé des délations calomnieuses. Quand il s'en prend aux établissements du service de santé, il les décrit de telle façon que sa bonne foi serait en jeu si un brouillard providentiel n'était là pour tout expliquer.

Dr Noel.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Nouvelles recherches relatives à l'influence de la lumière rouge sur l'évolution de la vaccine

M. C. Rœsler (*Wien. klin. Woch.*, 21 novembre 1901), médecin militaire à Graz, a entrepris, sur des soldats de son régiment, de nombreux essais à l'effet d'étudier l'action exercée par la lumière rouge sur les lésions vaccinales, recherches qui confirmeraient, d'une façon générale, les résultats que M. Goldmann a obtenus récemment dans des expériences analogues (voir *Bulletin médical*, 28 septembre et 12 octobre). Cependant, M. Rœsler a trouvé que, seul, le pansement rouge constitue la condition essentielle de la réussite de ce mode de vaccination, l'inoculation dans la chambre noire, éclairée à la lumière rouge, étant une précaution inutile, ce qui simplifie grandement le procédé.

Un premier groupe de 250 hommes fut vacciné *à la lumière jour* (non pas à la lumière rouge, comme l'avait fait Goldmann). Après avoir attendu que la lymphe se soit desséchée, on badigeonnait la région inoculée avec de la teinture de cochenilles jusqu'à coloration rouge intense; on la recouvrait d'une couche de coton hydrophile par dessus laquelle on appliquait une tablette de gélatine colorée en rouge et on fixait par quelques tours d'une bande colorée également avec la teinture de cochenilles. Un second groupe de 250 soldats fut vacciné de la façon habituelle. Au bout de trois jours, les hommes du premier groupe furent réexaminés pour s'assurer de l'intégrité de leur pansement. Lorsque, le huitième et le neuvième jour après l'inoculation, on fit l'examen comparé des sujets des deux groupes, la différence entre les inoculations tenues sous le pansement rouge et celles laissées à ciel ouvert sautait aux yeux. Dans les cas du premier groupe, les pustules vaccinales, tout en étant bien caractérisées, offraient une réaction inflammatoire beaucoup moindre que chez les hommes du second groupe. Autre fait intéressant, le nombre des sujets chez lesquels le vaccin n'avait pas pris n'était que de 6 dans le premier groupe, tandis que, dans le second groupe, il était de 31.

On pouvait objecter que ce n'est pas la lumière rouge, mais bien le pansement à la fois occlusif et absorbant qui avait déterminé une évolution bénigne des lésions vaccinales. Aussi M. Rœsler pratiqua-t-il, dans un troisième groupe comprenant quarante-deux individus, de nouvelles vaccinations à la lumière du jour, comme précédemment; puis, la dessication de la lymphe une fois obtenue, il recouvrit directement les points inoculés de verres concaves fortement colorés en rouge. Le résultat fut le même que sous le pansement occlusif rouge : les pustules ne s'entouraient que d'une mince zone de rougeur, ne s'accompagnaient pas de tuméfaction des ganglions axillaires, et rétrocédaient ensuite très rapidement, mais laissaient après elles une cicatrice profonde, étoilée, bien que petite.

En conséquence, M. Rœsler estime que la lumière rouge n'exerce une action d'arrêt que sur les microbes associés à l'infection vaccinale, streptocoques et staphylocoques, sans influencer le vaccin lui-même dont l'évolution, et, partant, l'action prophylactique, ne seraient pas entravées.

Pour vérifier l'effet de la lumière rouge sur les microbes de la suppuration, l'auteur traita deux cas de morsure de cheval, lésion dont la tendance à suppurer est connue, en plaçant la plaie, sans aucun pansement préalable, sous un verre concave rouge, fixé par des bandelettes de diachylon. Le lit des deux blessés était près de la fenêtre. En outre, ces malades étaient tenus d'exposer la partie atteinte, chaque jour, vers midi, pendant deux heures, aux rayons du soleil. Ce bain solaire local provoquait des picotements au niveau de la blessure. Sous les verres rouges, les plaies se détergèrent très rapidement; en cinq jours elles étaient presque cicatrisées, sans avoir présenté de la suppuration. Il est intéressant de comparer ces deux faits aux observations analogues récemment communiquées par M. Breiger (voir *Bulletin médical*, 1901, nº 90, p. 977).

Le traitement faradique des fibromyomes utérins

Apostoli, en élaborant sa méthode de traitement galvanique de la fibromyomatose utérine, avait déjà essayé la faradisation de ces tumeurs. Sauf une cer-

taine action analgésique, il n'en obtint aucun effet favorable. De son côté, un gynécologiste allemand, Fritsch, fit une constatation analogue pour la faradisation de l'utérus myomateux au moyen d'une sonde bi-polaire. A l'encontre de ces auteurs, **M. E. Witte** (*Deutsche med. Woch.*, 3 novembre 1901) affirme que la faradisation de la matrice, faite avec une énergie suffisante et fréquemment répétée, constitue, dans les cas de fibromyomes de l'utérus, un procédé de traitement très efficace, fort commode et dépourvu de danger. Provoquant des contractions utérines intenses, que les malades ressentent comme des « tranchées », le courant faradique supprime les métrorragies, arrête rapidement la croissance de la tumeur qui, par la suite, diminue progressivement de volume pour disparaître parfois complètement, la matrice reprenant alors les dimensions qu'elle avait avant le début de la maladie.

Quant à la technique employée par M. Witte, elle consiste à introduire une sonde utérine unipolaire, munie d'une petite tige transversale, pour empêcher l'instrument de pénétrer trop profondément dans la cavité de la matrice. La partie inférieure ou vaginale, longue de 7 centimètres, de cette sonde, est aménagée de façon à pouvoir être isolée au moyen d'une couche de coton qu'on enroule autour d'elle. L'autre pôle est appliqué sur le ventre. Les séances sont quotidiennes. Chacune d'elles dure de 20 à 30 minutes. La force du courant est celle qui est supportée. A mesure que se produit l'accoutumance, on augmente l'intensité de la faradisation. On recommande à la malade de séjourner le plus possible à l'air et on la laisse vaquer à ses occupations habituelles, le traitement faradique, alors même que les séances sont répétées chaque jour, ne nécessitant aucune précaution spéciale.

L'opothérapie thyroïdienne dans la migraine ophtalmique

M. P. Consiglio (*Gazetta degli ospedali*, 20 novembre 1901) relate un fait d'action remarquablement favorable de l'extrait thyroïde, dans un cas de migraine ophtalmique. Il s'agissait d'une femme, âgée d'une quarantaine d'années, qui, depuis vingt-cinq ans, était sujette à des crises douloureuses présentant au complet le tableau de la migraine ophtalmique. Ces accès, après avoir débuté à la période de puberté, demeurèrent intimement liés aux règles, se montrant deux à quatre jours avant l'apparition du flux cataménial et ne survenant jamais au cours des périodes intermenstruelles. Lorsque, à la suite d'une fausse-couche, la malade fut prise de leucorrée vaginale avec troubles de la menstruation — laquelle se produisait maintenant toutes les deux à trois semaines — les accès de migraine prirent cette même périodicité. Le rapport des crises migraineuses avec les règles était donc ici des plus évidents.

L'auteur prescrivit à cette malade l'usage des tablettes d'extrait thyroïdien, dont l'action régulatrice sur la menstruation, surtout chez la femme approchant de la ménopause, est connue. Cet effet se produisit dans le cas présent, mais — ce à quoi l'auteur ne s'attendait pas — on vit disparaître en même temps la migraine ophtalmique. Après suspension du traitement opothérapique, la menstruation continua à se faire régulièrement, mais, au bout d'un certain laps de temps, la migraine ophtalmique se montra de nouveau, bien que sous une forme atténuée, comme intensité et comme durée. Cependant, la malade pouvait l'éviter sûrement en prenant de l'extrait thyroïde à dose modérée, et cela quelques jours seulement avant les règles.

Théorie biologique du sommeil

Dans une récente séance de la Société médicale de Genève, **M. E. Claparède** (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, novembre 1901) a développé une théorie biologique du sommeil d'après laquelle l'acte de dormir ne serait pas la conséquence d'un simple arrêt fonctionnel (par intoxication ou par asphyxie, comme l'affirment les théories courantes), mais, au contraire, une *fonction positive*. Ce n'est pas parce que nous sommes intoxiqués ou épuisés que nous dormons, mais nous dormons pour ne pas l'être.

A l'appui de cette manière de voir, et contre la théorie toxique, l'auteur invoque les faits suivants : le sommeil n'est pas proportionnel à l'épuisement; souvent, au contraire, l'épuisement produit l'insomnie; des excès de sommeil amènent la somnolence ; au moment où on est sur le point de s'endormir, on peut, s'il le faut, se relever et passer une nuit sur pied sans manifester les moindres signes d'intoxication; le sommeil peut être partiel : on dort pour certains bruits et pas pour d'autres (mère dormant à côté de son enfant malade); le sommeil peut se suggérer, etc.

Si le sommeil était dû à une intoxication, les phases de sommeil devraient se succéder très rapidement, comme c'est le cas pour les mouvements respiratoires ou pour le Cheyne-Stokes. Enfin, la courbe de profondeur du sommeil, inexplicable avec la théorie toxique, s'accorde avec la théorie qui considère ce phénomène comme une fonction nerveuse positive.

Quels sont les excitants mettant en branle cet instinct, ce réflexe hypnotique? La composition chimique du sang de l'organisme fatigué, les sensations de fatigue, l'obscurité (ou la lumière chez les animaux nocturnes), ainsi que les images associées empiriquement à l'idée du sommeil (celle du lit ou du lieu où l'on est accoutumé de dormir), sont des facteurs qui jouent un rôle important, surtout s'ils agissent de concert. Quant à la réaction produite, au phénomène lui-même du sommeil, on peut le considérer comme une inhibition qui se manifeste subjectivement par un *désintérêt* pour les choses du monde extérieur.

Au point de vue pathologique, la nouvelle théorie explique l'insomnie des neurasthéniques : celle-ci serait due soit à l'épuisement de la fonction sommeil elle-même, soit à une dissociation de l'instinct du sommeil analogue aux autres dissociations instinctives (sexuelles, etc.) que l'on constate chez les dégénérés.

M. Bard est d'accord pour faire du sommeil une fonction primordiale, mais il ne faut pas la rapprocher des instincts acquis. Elle doit faire partie des qualités actives de la vie, comme la nutrition, la reproduction.

M. Mayor. — Pour démolir une ancienne théorie il faut pouvoir en réfuter tous les arguments. Or, dire que le sommeil se manifeste par un désintérêt des choses extérieures n'est pas exact pour tout le monde. Ainsi M. Mayor s'endort souvent en lisant, au moment où il est le plus intéressé, surpris en pleine activité cérébrale. Le fait que l'on peut supprimer le sommeil par la volonté n'exclut pas l'idée d'intoxication; on peut se désenivrer volontairement. Sans être partisan de la théorie toxique, M. Mayor pense qu'il faut, néanmoins, en respecter certains arguments.

M. Claparède répond que si le sommeil résulte d'une intoxication, on peut bien comprendre que des stimulants provenant de l'extérieur puisse contrebalancer un certain temps l'influence hypnotique et empêcher l'assoupissement, mais il est inconcevable que le sommeil puisse être retardé par le fait d'un stimulant d'origine interne, comme la volonté par les substances ponogènes ou l'usure nerveuse qui, d'après la théorie toxique, atteint les centres de la volonté aussi bien que les autres centres nerveux. On ne peut pas comparer au sommeil normal celui qui résulte de l'introduction en un seul coup d'un gramme de chloral dans l'organisme ; pendant la veille, les substances panogènes s'accumulent lentement ; le sommeil se produit lorsque leur taux dans le sang a atteint un certain chiffre; on ne comprend pas pourquoi le sommeil se maintiendrait sept à huit heures, ou plus, alors que l'élimination doit certainement faire baisser très rapidement ce taux au-dessous du minimum soporifique.

V. de H.

HYGIÈNE SOCIALE

L'inspection médicale des écoles

A la Chambre des députés, dans la deuxième séance du 17 du présent mois, **M. Edouard Vaillant** a proposé un projet de résolution invitant le gouvernement à organiser l'inspection médicale des établissements d'instruction primaire publics ou privés. Il convient d'ajouter qu'à l'appui de sa proposition, l'honorable député, très complètement documenté, a exposé

d'une façon remarquable cette partie si importante de l'hygiène sociale. Dès le début, il a posé la question sur son vrai terrain.

Il est inimaginable, a-t-il dit, que nous n'ayons pas, en ce moment, une hygiène organisée des écoles, dont l'instrument nécessaire est l'inspection médicale.

Si nous considérons, en effet, la situation actuelle, nous voyons qu'en France il n'y a que quelques villes qui ont commencé communalement à organiser l'inspection médicale des écoles. Pour tout le reste du pays, pour tout le pays rural, l'inspection médicale des écoles est inexistante.

Comme conséquence, M. Vaillant signale la fréquence des épidémies scolaires et la crainte, chez les parents, d'exposer leurs enfants à un danger en les envoyant à l'école communale.

L'orateur examine ensuite ce qui a été fait à Paris.

Il y a, à Paris, 126 circonscriptions médicales scolaires avec 126 médecins qui ont droit à un traitement dérisoire de 800 francs, et qui, naturellement, avec un traitement pareil, ne peuvent donner qu'une très faible portion de leur temps à l'inspection médicale des écoles...

Lorsque le médecin-inspecteur constate qu'un élève qui, à sa visite, lui est signalé, est atteint d'une maladie infectieuse — par conséquent lorsqu'il est déjà malade — il ne prend les précautions qui correspondent à cet état de choses que lorsqu'il est déjà, le plus souvent, trop tard. Déjà l'infection s'est propagée. Il fait purement et simplement évacuer, puis désinfecter l'école; il lui est impossible de suivre les élèves atteints, et ainsi l'infection est disséminée au lieu d'être concentrée.

M. Vaillant estime que se borner à « ce service élémentaire de défense collective de la maladie infectieuse » est insuffisant, et qu'on doit y joindre « l'hygiène individuelle préventive », dont la réalisation exige que le médecin voit l'enfant dès son entrée à l'école, constitue son « livret individuel » et le suive depuis lors.

De l'inspection médicale ainsi comprise, l'orateur montre non seulement les heureux effets qu'elle produirait sur la santé et le développement physique des enfants, mais il indique aussi quel secours elle apporterait à la direction intellectuelle et morale des écoliers; et cette conception élevée du rôle du médecin mérite d'être reproduite :

Le médecin inspecteur, sachant le lien entre les modifications de la santé et des facultés et dispositions intellectuelles et morales, aidé de l'instituteur, reconnaîtra le sens et la valeur des changements de caractère, de goûts, d'aptitudes, d'attention, d'application, de dispositions de l'enfant devenu parfois inopinément, pour qui ne l'a pas médicalement examiné, sans cause apparente, rebelle à l'éducation et à l'instruction, aimant mieux, par exemple, errer dans la rue que venir à l'école...

Mais, par le fait même que vous éviterez ces déviations de l'organisme qui deviennent en grandissant, ensuite des déviations parfois redoutables des habitudes et de la mentalité, vous ferez certainement, au point de vue social et de la justice criminelle, au point de vue de la prison, tout autant que de l'assistance, une économie équivalant à dix fois la valeur de ce que coûteraient à l'État et aux communes une inspection médicale et une hygiène des écoles efficacement organisées, et qui seraient une prévention sociale et individuelle efficace à cet égard.

M. Félix Marot est venu à la rescousse. Après avoir rappelé que, le 21 juin dernier, le prof. Grancher avait signalé à l'Académie de médecine la fréquence de la tuberculose chez les écoliers parisiens, et réclamé pour eux la création d'écoles rurales, il s'est exprimé ainsi :

Parmi les nombreuses écoles qui vont être instituées, je demande à M. le ministre s'il ne jugerait pas à propos de créer, par exemple, à l'essai, deux écoles rurales de convalescents pour les tuberculeux.

Avec M. le Ministre de l'instruction publique, la question est descendue des régions élevées où elle s'était tenue jusqu'alors. Il a renvoyé M. Marot à la Commission extra-parlementaire de la prophylaxie de la tuberculose. A M. Vaillant, qui évoquait l'avenir de la race, il a répondu : circulaire et exercice illégal de la médecine.

Que M. Vaillant, a-t-il dit, me permette de lui dire qu'autant que lui j'ai le souci des questions d'hygiène à l'école. J'en ai donné la preuve en répandant par des circulaires affichées dans les écoles la connaissance des moyens de prophylaxie destinés à éviter les maladies contagieuses.

Je puis lui indiquer que, dans le programme des écoles normales, dont la revision se prépare en ce moment, on se propose de donner aux maîtres des enseignements d'hygiène et de *médecine* pratiques, en un mot, les notions nécessaires pour donner les premiers soins et pour reconnaître les premières manifestations du mal.

C'est ainsi que cette question, où, suivant l'expression de M. Vaillant, l'avenir de la race est en jeu, *desinit in piscem !*

GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 novembre

Sur l'inoculation du cancer

(Note de **M. Mayet**, présentée par M. Bouchard).

Le 5 juin 1893, j'ai eu l'honneur de faire savoir à l'Académie que j'avais réussi à faire développer, chez un animal, un néoplasme cancéreux par une méthode nouvelle, qui consistait à introduire sous la peau ou dans le péritoine les principes solubles des tumeurs malignes de l'homme.

Depuis, des expériences poursuivies chez un très grand nombre d'animaux m'ont confirmé que les principes solubles des néoplasmes séparés de tout élément solide par le filtre de porcelaine, produisaient chez un petit nombre de rats blancs des néoplasmes, soit épithélioïdes dans le rein, absolument semblables au cancer de cet organe, soit épithélioïdes et alvéolaires absolument semblables au cancer de la mamelle dans la tunique sérofibreuse du foie, ou de nombreux noyaux sarcofilamenteux dans les replis du péritoine.

Chez un grand nombre d'animaux de la même espèce soumis aux mêmes injections ou à l'introduction en nature de tissu cancereux de l'homme dans le péritoine, on ne trouve, à l'autopsie, aucun néoplasme, mais des lésions ulcéreuses ou kystiformes du rein, dont j'indiquerai ultérieurement la signification.

Chez un grand nombre d'autres, il ne se produit aucune lésion semblable.

Les produits solubles ou néoplasiques expérimentés ont été empruntés, soit à des cancers de nature certaine, soit à des tumeurs déclarées bénignes par des histologistes expérimentés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre

La vaccine dans l'Afrique occidentale

M. Kermorgant présente à l'Académie un rapport très intéressant du **Dr Houillon**, médecin des troupes coloniales, sur la variole et la vaccine en Afrique occidentale française, en 1903.

On sait que toutes les peuplades de religion musulmane pratiquent la variolisation, espérant, par l'inoculation du virus d'une variole discrète, donner une maladie légère mettant à l'abri des formes graves d'une affection qui les décime.

Jusqu'à présent, il a été impossible d'enrayer cette pratique dont on connaît les dangers et les effets désastreux, parce que malgré tous les essais tentés, la vaccination n'a pu être implantée dans l'intérieur de l'Afrique que pour un temps très limité, la lymphe vaccinale perdant très rapidement sa virulence.

Pour remédier à cet état de choses, qui est un des principaux facteurs de dépopulation dans nos possessions africaines, le Dr Houillon a été chargé d'étudier les voies et moyens à employer pour arriver à faire bénéficier nos administrés de l'immunisation jennérienne.

Parti de Saint-Louis (Sénégal) le 24 novembre 1903, il remonta jusqu'à Tombouctou et descendit ensuite par le Fouta Djallon pour gagner la côte à Conacry (Guinée française). Il a vacciné en cours de route, a distribué du vaccin aux administrateurs et aux médecins, puis a inoculé en même temps des génisses et

des gazelles. Les résultats ont été très bons pendant deux mois; après ce laps de temps, la lymphe avait perdu sa virulence. On peut, néanmoins, espérer qu'en allant vite et en détachant au service de la vaccine un certain nombre de médecins, l'on arrivera à faire bénéficier les indigènes de l'Afrique des bienfaits de la vaccination.

M. le Directeur de l'Assistance publique a demandé à l'Académie de nommer une commission chargée de donner son avis sur l'emplacement qui lui paraîtrait le meilleur pour construire, aux environs de Paris, un hôpital pour tuberculeux.

Cette commission est ainsi composée :

MM. Brouardel, Chauffard, Josias, Landouzy, Netter, Roux, Vallin (1).

La commission des associés libres est ainsi composée :

MM. Debove, Joffroy, Lucas-Championnière, Reclus, Saint-Yves Ménard, Prunier, Galippe et Hamy.

G.

(1) Il s'agit d'un hôpital de 800 lits qui serait appelé à jouer un rôle de régulateur par rapport aux tuberculeux.

Les trois emplacements entre lesquels la Commission devra émettre un avis sont situés à Ivry, à Vaucresson (aux anciens haras) et à Bondy (à l'ancienne voirie).

La Société médicale des hôpitaux a été appelée également à donner son avis. Elle a désigné, dans ce but, une commission composée de MM. Barth, Letulle et Soupault.

REVUE DE TRAVAUX

Luxations traumatiques de la hanche. Manœuvres de réduction dans le décubitus ventral

Le principe fondamental qui s'impose pour la réduction d'une luxation traumatique de la hanche, c'est de tirer la cuisse en flexion à angle droit sur le bassin. L'application de ce principe est relativement difficile, à cause de la contracture musculaire et de la mobilité du bassin qui suit les mouvements imprimés au membre inférieur.

M. Delanglade rapporte deux observations de luxation iliaque dans lesquelles les manœuvres de réduction ont été faites dans le décubitus ventral. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fillette de six ans; dans le second, d'un homme de vingt-deux ans, très fortement musclé. Dans ce dernier cas, à la troisième tentative, la réduction fut obtenue sans anesthésie, malgré une très forte contracture.

M. Delanglade attribue ces deux résultats relativement faciles à la position en décubitus ventral.

Dans le décubitus dorsal, en effet, le malade ne repose, sur le sol ou sur la table d'opération, que par une très petite zone du sacrum, convexe de haut en bas et transversalement, et il est très difficile aux aides de maintenir le bassin immobile en appuyant sur ses saillies. De plus, dans cette position, le chirurgien se fatigue rapidement, puisque ses efforts sont employés à *tirer* sur le membre pour vaincre la contracture et opérer la réduction.

Dans le décubitus ventral, le malade, dont le membre luxé pend verticalement en dehors de la table d'opération, s'appuie sur un trépied fixe, constitué par la symphyse pubienne et les deux épines iliaques antero-supérieures. Dans cette position, le membre sain est parfaitement étendu, par le seul fait de son appui sur la table sur toute sa longueur et cette extension absolue du membre sain favorise encore la fixation du bassin. Enfin, dernier avantage, l'opérateur ne tire plus pendant la manœuvre de réduction, *il pousse*, et le poids du membre augmente ses efforts. La traction en flexion est bien assurée par le genou du chirurgien placé au creux poplité du membre luxé, une main tient la jambe et imprime à la cuisse les mouvements d'adduction et de rotation, tandis que l'autre main pousse directement sur la tête fémorale.

« En résumé, dit M. Delanglade, il semble que l'attitude du blessé « à plat ventre » sur une table d'opération, facilite les manœuvres et puisse notamment dispenser de l'anesthésie dans certains cas ou elle aurait été sans cela nécessaire. » (*Marseille médical*, 1er août 1904).

Tumeur blanche du genou chez les jeunes enfants. Application des appareils de marche à son traitement

M. A. Benoit, après avoir rappelé les avantages des appareils de marche dans le traitement des fractures de jambe, déclare que les enfants porteurs d'ostéoarthrites tuberculeuses doivent largement bénéficier d'un essai d'application d'appareils plâtrés, permettant la locomotion, ainsi qu'il a pu l'observer dans deux cas qu'il rapporte.

L'appareil de marche, en cas de coxalgie au début ou d'arthrite tuberculeuse du pied, doit réaliser les conditions suivantes: assurer à l'articulation une immobilité absolue, supprimer toute pression osseuse pendant la marche, être à la fois solide et léger.

Pour la confection de cet appareil, les objets nécessaires sont: de l'ouate hydrophile; 5 ou 6 bandes de tarlatane de 6 à 8 mètres de long sur 8 à 12 centimètres de large; un kilog de plâtre à mouler et une lame de zinc. Cette lame, qui constitue la charpente de l'appareil, doit posséder une rigidité en rapport avec le poids de l'enfant et une épaisseur aussi faible que possible. Elle doit avoir une longueur suffisante pour descendre depuis la partie moyenne de la cuisse jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessous de la plante du pied, former un étrier et remonter le long de la malléole externe jusqu'à la hauteur du point initial. Deux ou trois centimètres de largeur sont suffisants, sauf au niveau de l'étrier, qui doit présenter une largeur supérieure. Cette lame de zinc s'appliquera exactement sur le membre à immobiliser. On peut l'alléger en y perforant des trous.

La technique décrite par l'auteur est la suivante: le membre entier est recouvert d'une couche uniforme et mince d'ouate, sauf à la face antérieure du genou qui doit rester visible. On fait coudre en forme de manchon un assez large morceau de molleton qu'on applique au dessus de la couche ouatée, à l'endroit exact ou porteront les pressions, c'est-à-dire à la racine du membre. On enroule ensuite sur le membre des bandes plâtrées, en respectant la face antérieure du genou. Quand cette première couche de plâtre est suffisante (5 à 6 tours de bande), on met en place la lame de zinc et on continue l'enroulement des bandes plâtrées. En bas, huit ou dix tours de bande sont nécessaire; dix ou douze en haut pour que l'appareil soit assez solide. Pour permettre la marche de l'enfant sans claudication, il suffit de rehausser la chaussure du côté sain de 4 à 5 centimètres.

M. Benoit reconnait à cet appareil l'inconvénient d'être un peu pesant, mais il insiste sur l'avantage qu'il présente de ne pas compromettre l'état général des enfants, comme les appareils ordinaires qui les condamnent au repos absolu. (*Revue de thérapeutique*, 15 août 1904).

Dr G. Berruyer.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

MUTATIONS

M. le méd. de 1re cl. Letrosne emb. sur le *Dupetit-Thouars* à Toulon.

A été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de méd. de 2e cl.

M. Briand, méd. de 2e cl. démiss.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

Ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. de réserve.

(Pour prendre rang du jour de leur admission à la retraite.)

Les méd.-maj. de 1re cl. :

MM. Tréguier, Pierre, Laborde, retr.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de réserve

(Pour prendre rang du 25 novembre 1904.)

M. Barot, méd.-major de 2e cl. démiss.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital Beaujon)

M. le prof. Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures dans l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Béhier (femmes) et Sandras (hommes).

Tous les vendredis, à 10 heures, démons-

trations de dermatologie, par M. le Dr Jeanselme, agrégé.

THÈSES

Mercredi 7 décembre. — *M. Wagon* : L'appendicite chronique d'emblée. — *M. Ruthon* : Sur un nouvel anesthésique : la stovaïne. — *M. Thomas* : Les indications de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Jeudi 8 décembre. — *M. Lemaire* : De l'unité des stomatites. — *M. Cathala* : Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique — *M. Ollivier-Beauregard* : Contribution à l'étude du placenta malin. — *M. Ollivier* : Quelques considérations sur les luxations de l'appendice xyphoïde au sujet d'un cas de luxation irréductible traité par la résection. — *M. Nicod* : L'appendicite rétro cœcale.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 25 novembre

Pathologie

Question : « Appareils plâtrés. »

19 Gastinel — 18 Mlle de Jong — 17 Brocq, Guiard — 16 Aumaître, Bonhoure — 14 Baghdassarian — 13 Brisson, Fenard — 12 1/2 L. Durand — 12 Bourquelot, Guilbert — 11 Huchot — 10 Boutier, Boulet, Jonquières — 9 Chevrel — 8 Demouchy — 4 Jacobie.

Séance du 26

Anatomie

Question : « Surface articulaire, capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale. »

18 Luzoir — 17 Le Grand — 16 Perron, Piot, Mornard — 15 Mlle Læser, Mora, Moriez, Peré — 14 Miginiac, Mauville, Laroche, Lesbroussart — 12 Phelip, Le Roy des Barres — 11 L. Lutand — 10 1/2 L. Loiseau — 9 Ch. Lutaud, Mar.

Séance du 28

Pathologie

Question : « Moyens hémostatiques. »

20 Josset Maire — 17 Guerrero — 16 Fassou, Gauchery — 15 Fabre de Parrel — 14 Gaujoin, Laden — 13 Gendreau, J. Durand — 12 Didier, Dufourmentel, Guillaume, Deniau, Duvaldestin — 11 Girauld — 10 Frick, A. Demouchy, Dormoi — 8 Mlle Feldmann — 2 Mlle Frison.

La prochaine séance aura lieu aujourd'hui 30 novembre, à 4 h. 1/2 ; suite des candidats de la 2e série de la 1re moitié de la liste et les candidats excusés.

Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a élu, par 54 voix sur 57 votants, M. Dastre, professeur de physiologie à la Sorbonne, membre titulaire dans la section de médecine-chirurgie, en remplacement de M. Marey, décédé.

LE SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE FRANCE

Ce Syndicat, qui a déjà cinq ans d'existence, n'a jamais fait parler de lui, et c'est bien, je crois, la première fois que j'en dis un mot dans ce journal.

Mais s'il a peu parlé et omis de faire gémir la presse, il a beaucoup et régulièrement travaillé. C'est précisément pour cela qu'il a vu grossir rapidement le nombre de ses adhérents. Ils sont aujourd'hui environ 250, et, à chaque séance, pour ainsi dire, se produisent de nouvelles candidatures.

L'activité de ce syndicat se porte sur toutes les questions qui intéressent la bonne tenue et la prospérité des stations thermales et climatiques françaises. Hygiène de ces stations, amélioration des hôtels, des établissements thermaux et des moyens de communication ; assainissement des voitures de chemins de fer ; régime des malades, etc., tels sont les points principaux qui ont particulièrement retenu son attention et suggéré des rapports toujours très documentés, parfois tout à fait remarquables. Maintes questions délicates de déontologie ont été également traitées, maints différents entre confrères ou entre confrères et compagnies, ont été aplanis à l'amiable Enfin, l'année dernière, par les soins du même syndicat, était rédigé, imprimé, tiré à 25 000 exemplaires et adressé aux principaux médecins de France et de l'Etranger, un « Index médical des principales stations thermales et climatiques de France » (1). C'est, sans nous vanter, ce qu'il y a de plus complet, de mieux fait et de plus pratique sur la matière.

Mais tous ces excellents résultats n'auraient jamais pu être obtenus sans le zèle, l'activité inlassable, la direction et, aussi, les nombreuses et hautes relations, du président du Syndicat depuis l'origine : M. Albert Robin. Il a été l'inspirateur de cette fédération et il en est resté l'âme.

C'est pour lui exprimer, sous une forme modeste, leur reconnaissance, et pour fêter aussi en famille sa cravate de commandeur, que tous les membres du Syndicat présents à Paris (une soixantaine), lui offraient hier, au restaurant Voisin, un dîner intime, au sortir de l'assemblée générale annuelle. Cette petite fête a conservé le caractère familial et discret qui était dans le désir de celui à qui elle était offerte. Pas de toasts ! « On n'en porte pas — s'est borné à dire, au champagne, M. le secrétaire général Boursier — dans les dîners de famille. Aussi nous contenterons-nous de lever nos verres à la santé de notre cher président ».

Ce qui fut fait.

J. JANICOT.

Un concours s'ouvrira le 20 décembre 1904 à la Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine), pour l'internat dudit établissement.

Sont autorisés à concourir les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans et pourvus de 12 inscriptions.

La liste des candidats sera close le dimanche 11 décembre 1904.

Nota. — La durée de l'internat est fixée à trois ans.

L'allocation accordée aux internes est : pour la 1re année, de 1500 fr.; 2e année, 1600 fr.; 3e année, 1700 fr.

CONCOURS

Pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de cliniques obstétricale et ophtalmologique à l'école de médecine d'Alger.

Ce concours s'ouvrira le 4 mars 1905 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) Edité chez Gainche, 15, rue de Verneuil. Un vol. petit in-8° de 400 pages avec plan.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier avant le 4 février 1905, délai de rigueur.

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTES.

REVUE GÉNÉRALE

Du diagnostic précoce de la tuberculose par les procédés de laboratoire

Par M. Joseph Genévrier
Interne des hôpitaux.

(Travail du service de M. le prof. Grancher.)

Nous tendons de plus en plus à combattre dans la tuberculose une maladie familiale et sociale : pour retirer de ce combat quelque avantage, il ne nous importe plus seulement de savoir où est le danger, il ne nous suffit plus de soigner ceux qui ont été frappés, il faut aussi tout mettre en œuvre pour préserver ceux qui sont menacés. On peut, certes, attendre beaucoup d'un traitement énergique institué en temps voulu, mais quels résultats plus heureux encore ne sommes-nous pas en droit d'attendre de mesures préventives par lesquelles l'enfant sain encore sera retiré d'une famille contaminée, par lesquelles le collégien ou le soldat suspects seront retirés de la collectivité où ils vivent, dès la première période de la germination tuberculeuse!

Les merveilleux résultats obtenus grâce aux méthodes thérapeutiques nées des travaux de Pasteur, firent entrevoir, après la découverte du bacille de Koch, une ère prochaine où l'on aurait contre la tuberculose un vaccin ou un sérum spécifiques. L'enthousiasme des premiers jours a passé; on n'a pas trouvé le moyen d'agir directement contre le bacille ou contre ses produits de sécrétion : aussi, ce n'est plus aux seuls savants qu'il appartient de chercher le remède de la tuberculose. Chaque médecin doit entreprendre, dans sa sphère d'action, de lutter contre la diffusion du mal. Il se doit à cette œuvre, riche en problèmes à résoudre, mais dont la nécessité s'impose : retirer des milieux contagieux les individus sains; ne pas placer dans des milieux sains des individus contagieux.

La première condition, pour arriver à un résultat utile, est d'être en possession de moyens permettant de poser un diagnostic précoce.

Une fois le bacille de Koch connu, on eût entre les mains un élément sûr de diagnostic; mais l'expectoration de crachats bacillifères, pour être un signe évident de l'affection, n'en est pas moins un signe trop tardif. Quand furent mieux connues les propriétés biologiques ou chimiques des microbes, on découvrit de nouvelles réactions propres à ces organismes; on peut aujourd'hui reconnaître leur existence sans constater directement leur présence dans les humeurs ou dans les sécrétions d'un individu. Ces procédés nouveaux d'investigation seront-ils habituellement utilisables par les médecins qui auront à découvrir des tuberculoses précoces, ou, au contraire, à affirmer l'intégrité absolue des poumons d'un individu?

***

La *tuberculine-réaction* et le *séro-diagnostic tuberculeux* sont les deux méthodes qui paraissent capables de fournir le plus tôt possible les meilleurs renseignements sur le développement de la tuberculose. Avant d'examiner ces méthodes et les résultats qu'elles ont fournis, il importe de rappeler les efforts faits dans d'autres voies pour arriver à déceler de bonne heure la tuberculose pulmonaire.

La technique de l'examen des crachats a été perfectionnée (1). H. Meunier (2) va, avec la sonde œsophagienne, les chercher dans l'estomac de l'enfant trop jeune pour expectorer. Marchetti et Stefanelli (3) indiquent des milieux nutritifs sur lesquels le bacille de Koch pousse rapidement et électivement. Mais toutes ces recherches ne sont intéressantes que pour une période du développement de la tuberculose qui suit de loin la période de germination.

L'*inoscopie* de Jousset (4) permet de déceler les bacilles dans les liquides pathologiques, dont la nature ne pouvait être auparavant connue que par l'inoculation aux animaux. Malheureusement, cette excellente méthode ne s'applique qu'aux cas où l'on a un liquide suspect à examiner; et la plupart de nos tuberculeux au début n'auront pas une pleurésie pour nous permettre de découvrir le bacille pathogène.

Quelques procédés de laboratoire, qui avaient donné pour d'autres affections des résultats souvent heureux, ont été appliqués avec plus ou moins de succès pour la tuberculose. Holmes (1) a cherché, dans la morphologie du sang et spécialement des leucocytes, des caractères propres à la tuberculose : son travail n'est guère qu'une longue dissertation théorique, et il indique le problème plus qu'il ne le résout. L'épreuve du vésicatoire, suivant la méthode de Roger et Josué, n'a donné à Hobbs (2) de résultats que dans les cas de tuberculose aiguë ou avancée. La diazo-réaction d'Erlich n'est positive que dans les mêmes cas (3). Enfin, la présence de leucocytes éosinophiles dans les crachats n'aurait, pour Hildebrand (4), aucune valeur diagnostique.

La découverte de Röntgen suscita, dès son apparition, un grand enthousiasme; beaucoup espérèrent avoir, grâce aux rayons X, un moyen de surprendre les moindres modifications survenues dans le plus profond des organes, ce qui faisait dire à H. Claude, dans son rapport au Congrès de la tuberculose de 1898 : « Si certains médecins ont vu s'implanter cette nouvelle méthode avec quelque tristesse, redoutant à juste titre pour l'art médical les procédés d'investigation trop « *simplistes* » qui réduisent l'initiative et le jugement des cliniciens, nous tenons à affirmer ici que l'exploration par les rayons X ne sera jamais qu'un moyen d'exploration délicat qui, pour être non seulement utile, mais non nuisible, ne devra être employé que par des médecins exercés. » Pourtant la radioscopie est capable de rendre quelques services. Claude, comme Béclère au même Congrès de 1898, reconnaissent que souvent on pourra observer de la diminution de la clarté pulmonaire à l'un des sommets; on pourra surtout se rendre compte de la diminution de la capacité physiologique du poumon atteint, par son défaut d'expansion, traduit sur l'écran par le moindre abaissement de la moitié correspondante du diaphragme. Mais souvent ce sont-là des nuances délicates à percevoir et « on peut dire qu'une bonne radiographie ressemble à un tableau de Turner; sans intuition ou sans étude préalable, l'un est aussi incompréhensible que l'autre.. » (5). L'auteur anglais est, comme on le voit, bien sévère pour le peintre de

(1) Conratte-Armande. — Nouv. méth. pour la recherche des bacilles de Koch dans les crachats (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 7 déc. 1902).

(2) H. Meunier. — Congr. de la tuberculose, Paris 1898.

(3) Marchetti et Stefanelli — *Rivista critica di clin. med.*, août 1904.

(4) Jousset. — *Arch. méd. exp.*, 1903; Soc. méd. hôp., 1903, etc.

(1) Holmes. — *Med. record*, sept. 1896.

(2) Hobbs. — *Pr. méd.*, 25 fév. 1903.

(3) Francis Carter Wood. — Valeur pronostique de la diazo-réaction dans la tub. pulm. (*Med. News*, 1903, p. 631). — Pelloux. — Thèse Paris, 1904.

(4) Hildebrand. — *Münch. med. Woch.*, 1904.

(5) F. Halls Dally. — Des rayons X dans le diagnostic des maladies du poumon (*Lancet*, 27 juin 1903).

la lumineuse Venise et pour le savant physicien de Vienne.

***

Deux méthodes nous restent à examiner. Nous devrons nous y arrêter plus longuement, car elles ont donné lieu à un grand nombre de travaux et de controverses, et aussi parce que les résultats qu'elles ont fournis sont des plus intéressants. Ce sont la tuberculine-réaction et le séro-diagnostic tuberculeux.

On n'a pas oublié les débats retentissants qui marquèrent l'apparition de la lymphe de Koch. Au Congrès international des sciences médicales, le 4 août 1890, le professeur de Berlin annonçait qu'il avait en sa possession un médicament capable de guérir d'une manière certaine la phtisie commençante. Puis, dans une communication ultérieure, il disait : « La plus importante des qualités du médicament est son action spécifique sur les processus tuberculeux, de quelque genre qu'ils soient. On a observé les phénomènes de réaction chez tous les malades tuberculeux auxquels nous avons fait des injections. Il n'y a pas un seul cas où le liquide en question n'ait manifesté son action toujours identique. Voilà pourquoi je crois pouvoir dire que dans l'avenir ces injections nous serviront comme un moyen précieux de diagnostic. De ces expériences je puis conclure que l'on guérit d'une manière certaine une phtisie commençante à l'aide du médicament. »

Mais, employée comme curatif, la lymphe aboutit à une « déroute complète ». On cite des complications pulmonaires, rénales, cardiaques, des cas de généralisation au péritoine, aux méninges. Ces accidents effraient tellement, que c'est très timidement qu'on cherche à utiliser la propriété attribuée par Koch à sa lymphe, son pouvoir réactionnel spécifique vis-à-vis d'une tuberculose, même très discrète ou latente.

D'ailleurs, la nature de ce produit avait été tenue cachée par Koch dans ses trois premières communications; et l'on ne manqua pas de tenir rigueur au savant allemand de garder, par devers lui, un secret de telle importance pour le bien de l'humanité. Mais les réactions provoquées par cette lymphe indiquèrent assez aux chercheurs dans quelle voie ils devaient pousser leurs investigations, et Roux ne tarda pas à produire une tuberculine ayant les mêmes propriétés que celle de Koch. Avec Metchnikoff, il publia dès 1891, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, les résultats de ses travaux; et, non sans avoir adressé à Koch de vifs reproches d'avoir fait tant de mystère autour d'un produit si facile à réaliser, il donna explicitement la manière d'obtenir la tuberculine : culture en milieu liquide glycériné d'un bacille tuberculeux de provenance quelconque, voire même de bacille aviaire; évaporation au bain-marie jusqu'à réduction au dixième du volume; et enfin filtrage.

C'était, en effet, la manière de procéder de Koch pour obtenir sa fameuse lymphe : c'était avec ce liquide qu'on devait obtenir la tuberculine-réaction.

Les premières expériences publiées en France furent celles de Nocard et d'Arloing, au Congrès de la tuberculose de 1891. Le dernier de ces auteurs, ainsi que Courmont et Rodet, refusait à la tuberculine toute valeur, même comme moyen de diagnostic. Le professeur d'Alfort apportait, au contraire, des résultats favorables au procédé : « J'ai pu, disait-il, réunir 27 observations suivies d'autopsies; sur les 27 bovidés, dont chacun a reçu 20 à 40 centigr. de tuberculine, 9 ont éprouvé, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'injection, une élévation de température supérieure à 1°, et qui pour certains a approché de 3°. Des neuf sujets qui ont réagi, huit étaient tuberculeux à des degrés divers; un seul n'était pas tuberculeux... » Ces résultats sont confirmés au Congrès de 1893 : « Sur 192 animaux, 124 avaient éprouvé la réaction caractéristique : à l'exception d'un seul atteint de pseudo-leucémie, ils ont tous présenté à l'autopsie des lésions tuberculeuses. Le plus souvent les lésions étaient discrètes, peu nombreuses, peu importantes...; tous les assistants étaient émerveillés qu'une lésion si minime eut été dénoncée avec une pareille précision ! »

Les vétérinaires de Berlin émettent, en même temps, quelques doutes sur cette valeur diagnostique, que confirment, au contraire, les statistiques américaines.

Sur les enfants, la tuberculine est d'abord éprouvée en Allemagne par Hénoch (1), qui constate de grandes variations individuelles de la réaction, puis par Schreider (2), Epstein (3) et Escherich (4), qui jamais n'ont pu provoquer la réaction chez des enfants bien portants, même en injectant les doses énormes de 5 cent. cubes de tuberculine ! Les tuberculeux, au contraire, réagissent à des doses minimes, ne devant pas excéder 1 millim. cube.

En France, Péan (à l'hôpital Saint-Louis), en Amérique Deuver, en Angleterre Springthorpe font de timides essais. Strauss et Teissier, en 1893, obtiennent la réaction chez des syphilitiques; Landouzy, en 1894, provoque des poussées congestives graves, et il a à déplorer quelques cas mortels.

Peu à peu, cependant, on reconnait que la méthode employée prudemment offre peu de dangers; sa technique se précise; les résultats obtenus sont plus constants : la tuberculine employée devra être fraîche, la dose injectée sera d'abord d'un quart, puis d'un demi-milligramme. Exceptionnellement on dépassera 1 milligr. Dans les cas positifs on assistera à une réaction débutant, en moyenne, six à dix heures après l'injection, mais souvent plus tard : la température montera de 1° ou 2°; localement on pourra observer des phénomènes congestifs; en quarante-huit heures tout devra être rentré dans l'ordre.

Gaffié (1), dans sa thèse, rapporte 20 observations recueillies dans le service de M. Hutinel : 11 enfants ont réagi. Parmi ces derniers, deux ont succombé dans la suite; on a trouvé chez eux des lésions tuberculeuses. Chez les autres la marche de la maladie a permis d'affirmer ultérieurement l'existence de la tuberculose. L'auteur affirme « que la tuberculine employée avec la sage prudence de M. Hutinel est inoffensive. » La lecture de ses observations montre cependant que plusieurs de ses enfants ont réagi très violemment à la tuberculine.

En 1900, Mettetal (2) donne une nouvelle statistique : il injecte 78 enfants qui réagissent de diverses façons. Mais ayant pratiqué l'autopsie de 18 de ces enfants soumis à la tuberculine, il constate que 6 d'entre eux, qui n'avaient pas réagi, n'ont pas de tuberculose. Les 12 autres, qui avaient réagi, sont, au contraire, porteurs de lésions tuberculeuses. Et il conclut également à l'inocuité de la méthode, à la condition qu'on fasse usage d'une dose faible de tuberculine, et que celle-ci ne soit pas altérée. Mais la lecture des observations de Mettetal montre, comme d'ailleurs celle des observations de Gaffié, que beaucoup de malades eurent, après l'injection, des symptômes

(1) Hénoch. — Mittheilungen ueber das Koch. Heilverfahren gaz. Tub. (*Berlin. klin. Woch.*, 1890).

(2) Schreider. — Ueber das Koch. Heilverfahren *Deut. klin. Woch.*, 1891).

(3) Epstein. — *Prag. med. Woch.*, 1891, nos 1 et 2.

(4) Escherich. — *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1892, vol. 33, p. 368.

(1) Gaffié. — Th. Paris, 1896.

(2) Mettetal. — Th. Paris, 1900.

alarmants, et que plusieurs succombèrent alors que l'affection ne paraissait pas, par son évolution normale, devoir se terminer aussi rapidement.

La statistique donnée l'année suivante par Madison (1) est beaucoup moins favorable. Elle porte sur 400 cas. Voici quelques-unes des conclusions de l'auteur :

« Les malades peuvent réagir sans qu'on trouve de lésions tuberculeuses à l'autopsie. »

« La réaction peut manquer dans des tuberculoses certaines. »

« L'emploi de la tuberculine n'est pas sans danger. »

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces faits? Aurons-nous, par la tuberculine, un procédé sûr, nous permettant d'être absolument affirmatif en ce qui concerne une tuberculose au début? Il est certain que chez un sujet en apparence sain, qui réagira après une injection d'un demi ou de 1 milligr. de tuberculine, nous pourrons croire à l'existence de la tuberculose. Mais quel est le médecin qui, de parti pris, emploiera un réactif d'un maniement aussi délicat sur tous les sujets pour qui il serait intéressant d'affirmer ou de nier l'existence de la tuberculose? La seule crainte de provoquer une poussée aiguë, peut-être grave, au cours d'une affection jusque-là latente et silencieuse, ne suffira-t-elle pas à l'arrêter?

***

La réaction provoquée par l'injection de tuberculine amena un certain nombre d'auteurs à étudier l'effet des injections d'autres produits chez les tuberculeux. En 1895 d'abord, Hutinel (2) constate que l'action pyrétogène n'appartient pas en propre à la tuberculine; des ascensions thermiques sont observées après des injections de sérum artificiel, de sérum anti-diphtérique, de solutions de peptones, d'hétéro-albumoses et de deutéro-albumose. La réaction est moins constante qu'avec la tuberculine, mais elle encourt le même reproche : « Elle s'accompagne parfois de poussées fluxionnaires péri-tuberculeuses qui ne sont pas toujours sans danger. » Bertherand (3), dans sa thèse, aboutit aux mêmes conclusions.

Debove (4), Sirot (de Beaune) (5), Combemale (1) remarquent, après les injections de sérum artificiel, une réaction caractérisée par une semblable élévation thermique; Sirot accorde à cette réaction une certaine valeur diagnostique; Debove et Combemale la jugent peu sûre et capable d'induire en erreur.

(1) Madison.— *American med.*, 20 décembre 1901.

(2) Hutinel. — Soc. méd. hôp., 1895.

(3) Bertherand. — Th. Paris, 1899.

(4) Debove. — Soc. méd. hôp., 1895.

(5) Sirot. — *Sem. méd.*, 1897, n° 53.

Landouzy (2), dans le même but, préconise l'emploi de l'iodure de potassium; administré avec précaution, ce médicament détermine des poussées congestives au niveau des foyers latents de tuberculose pulmonaire, et permet de les déceler.

***

Le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont a reçu, dès son apparition, un accueil bien plus favorable que la tuberculine-réaction ; et pourtant son emploi ne s'est guère plus généralisé, pour ce qui est de la pratique courante tout au moins. Cette fois, ce n'est plus la crainte de nuire aux malades, provoquée avec quelque raison par la tuberculine, qui a arrêté les praticiens; ce sont les difficultés mêmes de la méthode et l'impossibilité où l'on se trouve de l'appliquer loin d'un laboratoire et sans un matériel soigneusement entretenu.

Indiquée aux Congrès de la tuberculose de Paris et de Berlin, en 1898 et en 1899, la méthode d'Arloing et Courmont a donné naissance à une très nombreuse littérature; nous ne pourrons rapporter ici que les statistiques et les opinions de quelques-uns de ces nombreux auteurs (3). Rappelons d'abord brièvement la technique de ce séro-diagnostic : on verra par ce simple exposé (nous empruntons les paroles mêmes d'Arloing et Courmont) que « l'application de la méthode en clinique réclame une période de tâtonnements et d'éducation pour chaque observateur... Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode de Widal a habitué les chercheurs à une facilité très grande qu'il ne faut pas s'attendre à retrouver ici... »

Toute la difficulté de la méthode consiste à obtenir et à conserver des *cultures homogènes de bacilles de Koch en milieu liquide*. Voici le procédé indiqué par Arloing :

(1) Combemale. — V° Congrès méd. Int., 1899.

(2) Landouzy. — In Th. Bertherand. Loc. cit.

(3) Lagriffoul (*Montpellier méd.*, 1903) a donné, dans un excellent et très documenté travail sur le séro-diagnostic tuberculeux, une bibliographie complète, trop longue pour être reproduite ici et à laquelle on pourra se rapporter. Nous n'y ajouterons que les publications récentes d'Arloing et Courmont à la Société biologique (18 mars 1904) et dans le *Lyon médical* (21 avril 1904).

Cultiver sur pomme de terre glycérinée des colonies rapprochées, luxuriantes, faciles à émulsionner. Puis s'efforcer d'acclimater ces colonies dans les milieux liquides appropriés.

Pour arriver à ce résultat, on immerge doucement dans l'eau glycérinée à 6 %, contenue dans la partie inférieure des tubes à culture, les tranches de pomme de terre déjà riches en colonies; les bacilles les plus superficiels vont être entraînés dans l'eau glycérinée.

Ces bacilles, désagrégés par l'eau glycérinée, sont transportés dans un bouillon de bœuf peptoné à 1 ou 2 % et glycériné à 6 %. Après une ou plusieurs tentatives les bacilles continuent à cultiver dans ce nouveau milieu ; il est nécessaire, pour conserver l'homogénéité de cette nouvelle culture, d'agiter les ballons plusieurs fois par jour; plus tard cette agitation ne sera plus nécessaire qu'une ou deux fois par vingt-quatre heures.

Voici comment cette culture homogène sera utilisée pour pratiquer le séro-diagnostic : on aura soin d'abord de n'employer que des cultures jeunes. Celles-ci pourront être renouvelées par repiquage d'une culture mère homogène. Mais pour avoir des résultats comparables, on devra prendre soin d'ensemencer dans une quantité invariable de bouillon (50 cc par exemple), des quantités *égales*, de cultures mères de même *richesse* et à peu près de même *âge*, sans manquer d'agiter au moins une fois par jour ces cultures jeunes. Avant de les employer, on devra vérifier leur valeur par l'emploi d'un *sérum étalon* dont le pouvoir agglutinant sera connu et déterminé.

L'agglutination, une fois ces cultures préparées, est des plus simples à rechercher : on mélange dans des petits tubes de 5 à 7 millim. de diamètre le sérum et la culture; on peut préparer trois de ces mélanges aux titres de 1/5, 1/10 et 1/20. On les agite fortement.

Le séro-diagnostic pourra être déclaré *positif*, à un taux donné, quand on constatera à l'œil nu la formation nette de flocons et la clarification complète du liquide. L'examen microscopique ne fera que confirmer les résultats observés à l'œil nu, sans en augmenter la valeur.

Le séro-diagnostic a donné d'excellents résultats entre les mains de ses auteurs ou de leurs élèves. La première statistique publiée par Arloing et Courmont, au Congrès de Montpel-

lier en 1898, donnait 94 résultats positifs pour 100 tuberculeux examinés; la seconde statistique des mêmes auteurs, au Congrès de Paris, donnait encore 93 % de résultats positifs; enfin, ils rapportent une nouvelle série de 352 cas, en 1900, dans la *Gazette des hôpitaux*, avec 88 % de résultats positifs: voici quelques-unes des conclusions tirées de ce grand nombre d'observations:

« Pour les cas de tuberculose pulmonaire peu avancée, le pouvoir agglutinant du sérum est presque constant, mais à des degrés divers : il varie de 1/5 à 1/20 et plus... Le pouvoir agglutinant chez les tuberculeux paraît en raison inverse de la gravité de l'infection ou de l'étendue des lésions. »

« La séro-réaction permet de déceler un grand nombre de tuberculoses latentes. »

« Par conséquent, en pratique : une *séro-réaction positive*, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale ; une *séro-réaction négative* n'aura qu'une valeur moindre puisque l'agglutination fait défaut chez un certain nombre de tuberculeux. Mais l'absence de séro-réaction se rencontre surtout chez les tuberculeux avancés où l'on n'a plus besoin de séro-diagnostic ; elle pourra dans certains cas confirmer un pronostic défavorable. »

« En résumé, la séro-réaction tuberculeuse paraît constituer un procédé rapide, inoffensif pour le malade, et d'une grande valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose, surtout chez les sujets suspects de lésions pulmonaires au début. »

Buard (1), Ilvento, Kasarinov, Descos, Hawtorn obtiennent des résultats également heureux de la méthode d'Arloing et Courmont. Mais elle est très discutée par bon nombre d'auteurs : Fränkel, Beck et Rabinovitch, Koch de Grazia, Thellung, Romberg (2) lui refusent même toute valeur. Eisenberg et Keller (3) sont également sceptiques : « La spécificité du réactif Arloing et Courmont est très discutée. Les résultats de ce procédé sont inconstants. » Ils obtinrent, en effet, deux séro-diagnostics négatifs sur 17 tuberculeux avérés et 30 résultats positifs sur 52 sujets sains. Dans une autre série de 91 cas, suivis d'autopsie, ils trouvèrent 28 tuberculeux dont 8 n'avaient pas agglutiné, et 63 non tuberculeux dont 37 avaient agglutiné.

(1) Buard. — Th. Bordeaux, 1900.

(2) Toutes les indications bibliographiques concernant ces auteurs se retrouvent dans l'article de Lagriffoul (loc. cit.).

(3) Eisenberg et Keller. — *Centr. f. bact. et parasit.*, Band 33, Heft VII.

De Nobele et Beyer (1) n'admettent pas non plus que l'agglutination reconnaisse pour cause unique les propriétés acquises par le sérum à la suite d'une infection tuberculeuse ; ils l'ont constatée, en effet, chez les animaux réfractaires à la tuberculose, lesquels doivent être considérés comme non tuberculeux; chez des animaux réceptifs, trouvés sains à l'autopsie; chez des malades typhiques, goutteux, et chez un certain nombre de personnes valides qu'on ne peut pas *à priori* considérer toutes comme atteintes d'un processus actif de tuberculose.

Schwartzkopf (2) n'a trouvé la réaction que dans la moitié des cas où elle aurait dû exister.

De multiples raisons ont été données pour expliquer ces divergences; les auteurs ont pu considérer comme sains des tuberculeux latents; les résultats ont pu également être faussés par l'administration de médicaments; l'état de l'organisme, l'ancienneté de la tuberculose ont été invoqués par Ilvento.

Une publication récente d'Arloing et Courmont peut aider à comprendre ces contradictions, en donnant la raison des insuccès; d'autant plus que la plupart des statistiques, très favorables à leur procédé, furent établies par des expérimentateurs ayant entre les mains des cultures homogènes provenant de cultures mères de leur laboratoire; voici les conclusions de ce travail (3) :

« Certaines cultures homogènes de tuberculose ne sont pas agglutinables par les sérums de tuberculeux... elles ne peuvent servir au séro-diagnostic.

« Les cultures homogènes qui sont agglutinables le sont quelle que soit leur origine, vis-à-vis de tous les sérums agglutinants. »

« La méthode du séro-diagnostic est donc applicable à toutes les tuberculoses, quelle que soit leur origine, à condition d'avoir une culture bien agglutinable. »

***

Nous sommes donc aujourd'hui en possession de méthodes précieuses qui pourront nous aider à établir le diagnostic précoce de certaines tuberculoses; mais de certaines tuberculoses seulement, de celles qui, par exemple, se dissimulent derrière un ensemble symptomatique qui donne lieu de croire à une toute autre affection; dans ces cas à diagnostic très difficile, où le traitement sera modifié du tout au tout suivant l'existence ou la non existence de la tuberculose, le séro-diagnostic ou la tuberculine-réaction pourront rendre de grands services.

(1) De Nobele et Beyer. — *Ann. Soc. méd. de Gand*, 1902.

(2) Schwartzkopf. — *Münch. med. Woch.*, 1901.

(3) Arloing et Courmont. — *Lyon méd.*, 24 avril 1904.

Mais, dans l'immense majorité des cas, le problème sera moins compliqué; la tuberculose s'installera insidieusement, il est vrai, mais sans revêtir un autre aspect que le sien propre; dès la toute première période de germination bacillaire, le poumon décèlera, par des signes physiques perceptibles, l'affection qu'il importe tant de ne pas méconnaître; les modifications du timbre, de la force, du rythme de la respiration, recherchées attentivement, seront le plus souvent reconnues sans grande peine, si l'on a soin de suivre, dans l'examen du malade, les indications précises données par le prof. Grancher.

Les méthodes de laboratoire supplanteront-elles jamais cet examen clinique? Elles pourront le suppléer dans des cas à diagnostic particulièrement ardu. Mais, dans l'état actuel, il paraît impossible, à cause de leur technique compliquée et délicate, de les voir appliquer aux innombrables malades que chaque praticien aura à examiner : pour être des méthodes d'exception, elles n'en sont pas moins très intéressantes et utiles à connaître.

FAITS CLINIQUES

Hématologie dans un cas de phlegmon iliaque suppuré d'origine obstétricale

Par M. Henry Reynès

Chirurgien des hôpitaux, professeur suppléant de chirurgie et obstétrique à l'École de médecine de Marseille

La question de l'hématologie chirurgicale fait tous les jours de nouveaux progrès : grâce aux perfectionnements apportés à la technique microscopique, nous assistons à un véritable et lumineux rajeunissement de l'ancien humorisme : les études de cytologie moderne, d'ailleurs simples, nous montrent l'intérêt considérable qui s'attache à la connaissance précise des variations chimiques ou cellulaires des humeurs à l'état normal ou pathologique : c'est une sorte de nouveau chapitre qu'on pourrait appeler : le néo-humorisme ou le cellulo-humorisme. Sang, pus, liquide céphalo-rachidien, exsudats pleuraux, articulaires ou intra-abdominaux, épanchements de toute

nature, liquides de kystes, d'hydrocèles, tout a déjà été exploré.

Ces questions ne sont pas seulement intéressantes au point de vue de la doctrine scientifique pure : sur le terrain pratique (1), l'hématologie et la cytologie modernes viennent, dans des cas cliniquement obscurs, apporter des éclaircissements d'une haute valeur.

L'observation, ci-dessous rapportée, en est un nouvel exemple : elle montrera, une fois de plus, que, quand un foyer de suppuration s'est localisé quelque part dans notre corps, on en doit trouver le contre coup dans une modification portant sur toute la masse du sang : en pareil cas, le nombre des globules blancs, qui est d'ordinaire de 7500 à 8000 par millimètre cube, s'élève à 15 ou 20000. Le nombre des polynucléaires neutrophiles, qui est d'environ 65 à 70 % leucocytes, s'élève également à 80 ou 90 %. On observe ainsi une formule hémo-leucocytaire anormale qui comporte la signification d'une suppuration.

En octobre 1903 j'avais l'honneur de suppléer, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, mon honoré maître M. le professeur Combalat, dans sa chaire de clinique chirurgicale. Entra dans le service une jeune femme de trente-deux ans, qui avait accouché deux mois avant : elle avait eu jusque là une assez bonne santé ; mais les suites de couche n'avaient pas été bien naturelles ; les lochies avaient eu de l'odeur ; une fièvre se déclara, témoignant d'un certain degré d'infection puerpérale. Au lieu de se rétablir, l'état s'aggrava peu à peu, si bien que le Dr Bartoli, appelé à voir la malade, jugea bon de la faire transporter à l'hôpital, estimant qu'il s'agissait peut-être d'une annexite suppurée.

Je touchai la malade ; mais l'exploration vaginale, ou abdomino-vaginale, ne me donna pas des signes cliniques suffisants pour conclure à une inflammation annexielle ou périmétritique.

Pourtant, en palpant le ventre, à droite, sans localisation précise au point de Mac-Burney (dont la constatation, pour le dire en passant, ne me semble pas comporter la valeur absolue qu'on est habitué à lui accorder comme signe d'appendicite) on sentait une masse empâtée, diffuse et douloureuse ; la douleur se limitait à l'épine iliaque, à l'arcade crurale, s'effaçait peu à peu vers en haut et vers la direction de l'ombilic. Toucher rectal négatif. Vessie rien.

A gauche, le ventre était souple, non douloureux. La fièvre était moyenne, ne dépassait pas 39°.

Je refusai d'intervenir par voie vaginale ou abdominale, attendant, sous le couvert d'une médication antiphlogistique, que les phénomènes s'accusent plus franchement, ou qu'une résolution se produise.

(1) Le Congrès de chirurgie de 1904 a fait figurer à son ordre du jour la question de : « l'examen du sang en chirurgie », pour laquelle M. le prof. agrégé Tuffier a été rapporteur.

Quelques jours après, un œdème et de la douleur apparurent à la jambe droite, nous faisant craindre un début de phlébite. Température 38 ou 38°5.

Sur ces entrefaites, M. le prof. Combalat, reprenant le service, vit la malade ; il rejetta toute idée d'annexite ou de pelvi-péritonite et formula le diagnostic de phlegmon iliaque profond.

Nous décidâmes alors de faire pratiquer un examen hématologique ; M. le Dr Raybaud, chef du laboratoire des cliniques, s'en chargea, et me remit la note suivante : en regard des chiffres rencontrés chez notre malade, je fais figurer les chiffres normaux.

ANALYSE HÉMATOLOGIQUE

	Chez la malade	Etat normal
Globules rouges..	4.154.000	4.500.000
Globules blancs..	16.000	6 à 7000
Sur 500 leucocytes :		
Polynucléair^es neutrophiles.......	452 s^t 90.4 %	65 à 70 %
Lymphocytes.....	23 » 4.6 »	25 à 30 »
Mononucléaires...	23 » 4.6 »	4 à 6 »
Eosinophiles.....	1 » 0.2 »	1 à 3 »
Mastzellen......	1 » 0.2 »	0 à 0,5 »

Il y avait donc une hyperleucocytose intense : sans doute plusieurs examens successifs eussent été désirables pour apprécier si cette hyperleucocytose était en augmentation ou en diminution ; sans doute aussi il eut été intéressant de connaître la teneur du sang en hémoglobine qui varie normalement de 75 à 80 %, et descend, dans certains cas pathologiques, bien au-dessous de 50 et de 20 %. Néanmoins, les résultats acquis nous confirmèrent dans le diagnostic de suppuration.

En effet, M. le prof. Combalat incisa dans la fosse iliaque et trouva une grosse collection suppurée, qui s'évacua, fut drainée, et se tarit peu à peu, en amenant la guérison de la malade.

Ce phlegmon iliaque, d'origine obstétricale, était dû à l'infection puerpérale, et avait probablement pris naissance autour de quelque ganglion contaminé par les lymphatiques de l'utérus infecté.

MÉDECINE MILITAIRE

La réforme n° 1 et la tuberculose osseuse

Par M. le Dr Degrave (de Lagrasse, Aude).

Le nommé B... A., de L..., Aude, s'engage à dix-neuf ans dans un régiment d'artillerie à N... *Au bout de trente-quatre mois de service*, descendant les escaliers et en service commandé, *il tombe* contre une marche qui contusionne sa région lombaire. *Certificat d'origine* constatant les faits. Réengagé, rempli d'ardeur pour le métier, car il suivait les cours préparatoires de l'école de Versailles, croyant à la bénignité des douleurs qui suivirent, ce jeune soldat ne voulut pas se faire porter malade, d'autant plus qu'il remplissait alors les fonctions peu pénibles de comptable en sa qualité de fourrier. Il fit de lui même quelques badigeonnages à la teinture d'iode, prit quelques bains.

Promu maréchal des logis, ses fonctions devenant plus fatigantes, les souffrances s'accentuant, ce fut quatre mois après l'accident qu'il consentit à se présenter à la visite. En cinq mois il s'y présenta au moins vingt fois. On le traita pour des douleurs nerveuses. Encouragé dans cette opinion que ces douleurs n'étaient pas graves, et toujours mû par le désir de parvenir, B... continua son service.

Enfin, quinze mois après l'accident, j'eus l'occasion de voir B... en congé. Il me parla de ses douleurs. Après examen je fus absolument stupéfié d'aboutir au diagnostic d'abcès par congestion, à source vertébrale. Je conseillai vivement à B... de demander à passer la visite à son entrée à N...

Quelques jours après, à l'hôpital de N..., le diagnostic est définitivement établi *d'abcès par congestion, mal de Pott*. B... est alors proposé pour la réforme n° 1 avec pension de retraite par la Commission de réforme de N... Cinq mois après, B... reçoit notification du *rejet de la demande de pension*. Sitôt après, proposé pour la réforme n° 2 qui est ajournée depuis, par suite de pourvoi devant le Conseil d'Etat.

Pour compléter l'observation, j'ajouterai que B... a été opéré par M. le prof. Forgue pour un abcès ossifluent des vertèbres lombaires.

Cette histoire vous semble banale sans doute. Elle vous intéressera pourtant, je le crois, si vous voulez bien l'examiner au point de vue de l'origine de la maladie. En un mot, doit-on, oui ou non, accorder une retraite au soldat B...?

B... n'a que de bons antécédents héréditaires. Ceci peut être vérifié et mériterait qu'on s'en occupe. Des deux grands-pères, l'un est mort à quatre-vingt deux ans, l'autre à quatre-vingt-trois ; une grand-mère vit encore, âgée de quatre-vingt-deux ans ; l'autre est morte à soixante-dix ans d'insuffisance mitrale. Père, cinquante-six ans, facteur des postes ; mère, quarante-huit ans, couturière ; tante paternelle, cinquante-deux ans ; deux oncles maternels, cinquante-quatre et quarante-cinq ans ; tous bien portants.

B... n'est donc pas un *prédisposé héréditaire*.

A-t-il acquis cette prédisposition avant d'être incorporé ? Non, car B... n'a que de bons antécédents personnels. D'ailleurs n'est-il pas admis que les six premiers mois de la vie militaire constituent déjà une période d'épreuve à laquelle ne résistent pas les prédisposés, les « latents » de la tuberculose ? Or, B..., passé

d'abord au crible du Conseil de revision, a supporté les fatigues des trois premières années de service *sans être jamais malade*. B... n'était donc pas un « latent », à moins que l'on désigne par là tous les individus qui, un jour ou l'autre, deviennent tuberculeux.

B... n'était donc pas *prédisposé acquis* avant son incorporation.

Mais admettons qu'il le fût, B... ne serait toujours qu'un prédisposé acquis *occasionnel*, car cette prédisposition ne s'est révélée et affirmée qu'à partir du jour où il est tombé. Les premières douleurs ont suivi la chute. Légères et intermittentes au début, elles ont augmenté progressivement en durée et en acuité C'était donc bien le début lent et sournois de l'ostéite tuberculeuse. C'était si bien le début que B..., grâce à son énergie, pût continuer encore son service durant quinze mois. C'etait si bien le début qu'on lui disait que ce n'était rien et qu'on lui laissait continuer ce service. Certes, on ne pouvait, à ce moment, se douter de la nature de ces névralgies symptomatiques, précisément parce que c'était tout à fait le début de la maladie.

Son origine date donc bien du jour de l'accident.

Ceci est d'autant plus fondé que les lésions se sont développées dans la région traumatisée. Avouez que, s'il n'y avait pas là une véritable relation de cause à effet, il y aurait certes une coïncidence et une concordance de temps et de lieu bien extraordinaires.

La maladie de B... résulte donc de sa chute.

A moins de vouloir rejeter, *sans exception*, toute demande de pension pour un cas de tuberculose, les considérations qui précèdent et sont *des faits authentiques* ne sont-elles pas autant d'arguments qui établissent que B..., sans tare ancestrale, de bonne santé antérieure, a contracté sa maladie au régiment et à l'occasion de sa chute.

Dans tous les cas, de par les faits que je relate, je suis autorisé à dire que la maladie de B... ne se serait jamais peut-être produite en dehors des fatigues de la caserne et sans sa chute; ou du moins que son évolution aurait été retardée.

J'en conclus, de tous côtés, qu'il y a eu un préjudice grave, et que, en toute justice, ce préjudice doit être réparé.

J'ignore les motifs pour lesquels on a rejeté la demande de réforme n° 1. Je crains qu'on ait invoqué, de préférence aux faits, des considérations plus ou moins abstraites de pathologie générale tendant à n'incriminer, en fait de tuberculose, que la seule prédisposition héréditaire. Bien que, sur cette matière, il ne soit pas encore permis d'édifier aucun dogme intangible puisque « la pathogénie de la tuberculose n'est pas encore exactement élucidée », il est néanmoins indiscutable que la prédisposition s'acquiert par toutes fatigues et surmenages. Il est non moins établi que le germe attend que cette prédisposition soit acquise, et que ce germe commence par envahir les organes rendus faibles, non seulement de par l'hérédité, mais de par tous traumatismes. Cette thèse, qui est en ce moment la plus raisonnable, a été encore soutenue par Kelsch, en pleine Académie de médecine, le 5 avril 1904, quand ce savant s'est défendu d'avoir jamais voulu nier la contagion de la tuberculose.

Au nom de la pathologie générale, aussi bien que par les faits, je puis donc soutenir que B... a acquis la prédisposition à la suite des fatigues de ses trois premières années de service; et que cette prédisposition ne s'est révélée que lorsque le traumatisme a eu créé un lieu de moindre résistance.

Et c'est ainsi que, de quelque côté que je me tourne, mon gros bon sens m'amène à justifier la demande de pension concernant B... Et je n'examine la cause qu'au point de vue médical. Que serait-ce si je la considérais sous son aspect humanitaire et social?

Au point de vue clinique, cette observation n'en est pas moins intéressante, car elle s'éloigne beaucoup du type classique de tuberculose pottique telle qu'elle est communément décrite dans nos auteurs.

Si je prends mon malade à la date du mois d'avril 1903, date à laquelle j'établis mon diagnostic, je constate :

1° *Absence de gibbosité postérieure* chez un jeune homme robuste, bien musclé: mais inclinaison latérale droite, rapprochant le rebord costal de la crête iliaque correspondante; cette scoliose me paraît régie par la contracture des muscles lombo-abdominaux de ce *versant* droit.

2° A la palpation profonde de la fosse iliaque droite, je trouve une tuméfaction *reculée*, étalée, en arrière des intestins (sonorité). C'est l'*abcès ossifluent* en voie de progression.

3° *A la percussion, même forte, des apophyses épineuses, je ne détermine aucune douleur.* C'est que l'ostéite n'est pas *vertébrale centrale*, mais bien périphérique, érodant la surface des vertèbres. Aussi ces vertèbres pouvaient-elles *alors* se mouvoir l'une sur l'autre, sans douleur tout d'abord, sans trop de douleur ensuite. C'est ce qui explique que le sujet pouvait se fléchir en avant pour ramasser un sou jeté sur le sol; il pouvait même se retourner sans déplacer ses pieds. Bref, c'est ce qui explique que ce jeune soldat ait pu continuer son service, monter à cheval, etc.

« Chose frappante, m'écrivait au mois « d'août 1903, mon maître, le prof. Forgue, de Montpellier, voyez ce gros tuberculome, évoluant insidieusement, au « point de permettre à ce malade de marcher, monter les escaliers, éprouvant « seulement un peu de gêne dans la « jambe droite. »

Comment s'étonner, après tant de signes négatifs, que les douleurs en ceinture qu'éprouvait le malade aient pu être traitées comme étant purement névralgiques?

Nous avons publié d'autant plus volontiers l'article ci-dessus, que nous partageons complètement la manière de voir de l'auteur.

Nous avons le souvenir d'un chasseur à pied, arrivé à la fin de sa troisième année de service, sans avoir été jamais malade, qui se présenta à la visite le jour de la rentrée des manœuvres de montagnes — manœuvres longues et fatigantes — avec une arthrite tuberculeuse du genou. Notre proposition pour faire attribuer à ce chasseur la réforme n° 1 fut écartée par le Conseil d'Etat et la réforme n° 2 fut prononcée.

Nous connaissons d'autres faits du même genre et il n'y a pas un médecin militaire qui ne puisse en citer de pareils. Les archives du Comité de santé sont à cet égard une mine précieuse, car elles permettent de se rendre compte que le Conseil d'Etat, malgré son incompétence dans les questions d'étiologie, les tranche avec sérénité, et arrive aux résultats ci-dessus.

GRANJUX.

HYGIÈNE SOCIALE

L'inspection médicale des écoles

J'ai lu avec intérêt l'article paru dans le *Bulletin médical* du 30 novembre sur l'inspection médicale des écoles. M. E. Vaillant a, comme député, repris le projet qu'il avait conçu et présenté, il y a une douzaine d'années, au Conseil municipal où il siégeait alors. Nous partageons ses idées quand il dit que le service de l'inspection médicale n'est pas fait en France et qu'il n'existe que dans quelques grandes villes comme Paris, Lyon (1), Bordeaux, où, d'ailleurs, les attributions du médecin sont insuffisantes pour établir une hygiène rigoureuse et avoir la direction sanitaire des enfants qui fréquentent les écoles communales. Mais nous ne pensons pas que la création du livret individuel, comme le croit M. Vaillant, puisse mettre un terme aux difficultés que nous rencontrons ou même inculquer les moindres notions « d'hygiène individuelle préventive ».

Ce livret compliquerait inutilement le service et ne saurait avoir de sanction effective. Tout d'abord, il serait fort délicat et difficultueux d'obtenir sur chaque enfant les renseignements nécessaires pour l'établir au point de vue de l'hérédité. Certains parents s'y refuseraient totalement et même s'opposeraient à l'examen particulier de leurs enfants. En admettant leur acquiescement, la besogne serait considérable, étant donné le nombre de la population scolaire à Paris. Il faudrait, de plus, tenir à jour ce dossier sanitaire, noter les incidents pathologiques, la durée et la cause probable (car le diagnostic exact est exceptionnel) des absences, les variations de poids, de la taille, etc...

Mais si l'enfant vient, pour une cause quelconque, à changer d'école, d'arron-

(1) A Lyon, les médecins inspecteurs ont 1500 fr. d'indemnité.

dissement, à quitter la classe pour l'atelier, que deviendraient la fiche et le secret professionnel? Serait-il admissible de la faire circuler entre plusieurs mains et de montrer que tel enfant est atteint, par exemple, d'hérédo-syphilis ou de tuberculose probable?

Cette création du dossier sanitaire individuel est grosse de conséquences. La Société des médecins inspecteurs des écoles de la Ville de Paris n'est pas restée indifférente à cette question qui est encore actuellement à l'étude et n'a pas reçu de solution. Elle serait, disions-nous plus haut, sans sanction effective, comme hygiène préventive. Le diagnostic de scrofulose est porté; le cas est signalé à la famille comme nécessitant des soins particuliers. Quel peut être le rôle du médecin-inspecteur? A Paris, il est très difficile, sinon impossible, d'obtenir des parents les soins les plus élémentaires de la tête, de la bouche, des yeux, etc., alors que, dans certains arrondissements, des soins et des médicaments sont donnés gratuitement. Les préjugés, le mauvais vouloir, l'indifférence paralysent les meilleures volontés et ne sauraient prévaloir contre nos conseils répétés. Nous ne pouvons cependant pas, en dehors de l'école, soigner les malades; la liberté de la famille et les droits du médecin traitant doivent être respectés.

Notre rôle est de protéger la collectivité contre les éléments contagieux qui peuvent s'y introduire, veiller à l'hygiène des locaux, à l'appropriation du matériel scolaire, à l'éclosion des maladies transmissibles, à l'application de la nouvelle loi sur la santé publique, par des visites fréquentes et l'examen des enfants, et nous pensons que cette tâche, qui s'impose au médecin-inspecteur des écoles, est amplement suffisante, sans y ajouter de nouvelles charges qui nous paraissent impraticables.

Dr Henri Gourichon.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Cure de l'hydrocèle au moyen de l'injection d'adrénaline dans la vaginale

Après lecture du récent mémoire de M. Barr, sur l'emploi de l'adrélanine pour empêcher la reproduction d'épanchements dans les cavités séreuses (voir *Bulletin médical*, 1904, n° 23, p. 261), **M. J. Rupfle** (*Muenchener med. Wochenschr.*, 23 novembre 1904) fit un essai d'application de la méthode de ce chirurgien anglais dans deux hydrocèles invétérées ayant résisté à des ponctions multiples et même, chez l'un des malades, aux injections d'alcool, de teinture d'iode et d'acide phénique. Dans ces deux cas, l'auteur, après ponction préalable, injecta dans la cavité vaginale 2 cc d'une solution d'adrénaline à 1/5000e. Cette injection provoqua de très vives douleurs et, les jours suivants, une réaction inflammatoire légère, accompagnées d'un épanchement modéré, vite absorbé, et qui ne se reproduisit plus. Jusqu'ici, il n'y eut pas de récidive de l'hydrocèle.

Drainage capillaire d'abcès sous-cutanés

Dans une récente séance de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, M. **Depage** (*Le Scalpel*, 27 novembre 1904) a fait une communication sur le drainage capillaire des abcès sous-cutanés, lequel, dans certains cas, remplacerait avec avantage les larges incisions.

C'est dans le but d'éviter la production de cicatrices disgracieuses qu'il y a intérêt à se limiter à cette petite intervention. Au moyen d'une longue aiguille de matelassier, on passe dans la région suppurée un crin de Florence que l'on fait ressortir en tissu sain; un nœud sur un coussinet de gaze assure la persistance du drainage. M. Depage s'est particulièrement bien trouvé de ce procédé dans les phlegmons diffus de la loge parotidienne et sous-mentonnière, où la guérison a été rapidement obtenue et sans aucune cicatrice apparente; le pus suinte le long du fil, les phénomènes généraux cessent immédiatement, ainsi que la douleur, et le drainage est assuré d'une façon plus efficace et plus constante que par les drains ordinaires.

Lésions cornéennes dans l'érythème polymorphe

En fait d'affections oculaires accompagnant l'érythème polymorphe, on ne connaissait jusqu'ici que la conjonctivite. Or, il faut y ajouter désormais une forme particulière de *kératite minima*, que **M. A. Trenta** (*Grèce méd.*, 1904, nos 17-18) a eu récemment l'occasion d'observer.

Il s'agissait d'un malade, âgé de vingt-deux ans, qui souffrait d'un érythème polymorphe; il y avait fièvre (39°), malaise général, inappétence, douleurs aux articulations du genou et du coude. Des plaques exanthématiques rouges violacées occupaient la face, surtout le front et les joues. De plus, on notait cette conjonctivite double qui se localise à la partie de l'œil exposée à l'air pendant l'ouverture des paupières et qui est si caractéristique pour l'érythème polymorphe. La surface de la portion enflammée de la conjonctive paraissait enduite d'un stroma de pellicules sèches, comme s'il y avait un état xérotique léger. Ce qui, dans ce cas, était singulier, c'était l'état de la cornée. Après instillation d'une goutte d'une solution de fluorescine à 2 %, on y apercevait des lésions minimes, colorées en vert.

Ainsi, chez ce malade on a pu voir, à la cornée gauche, en haut, sur le limbe, quelques points plus ou moins ronds; à la cornée droite, au contraire, pas de points, mais à la partie supéro-externe, vers la périphérie, à 2 millimètres du bord de la cornée, une petite ligne recourbée à concavité tournée vers le centre de la cornée, très fine, seulement perceptible à la loupe.

Après cinq jours, toutes ces infiltrations avaient disparu, mais elles furent remplacées par quelques lignes régulières grises, très fines, allant du bord vers le centre de la cornée, inaltérables aux déplacements forcés de la paupière et non colorables par la fluorescine. En même temps, à la cornée gauche, vers la périphérie, en bas et en dedans, on apercevait deux paires de points colorés par la fluorescine et quelques lignes colorées recourbées en croissant vers le centre. En quelques jours ces lésions disparurent à leur tour. Entre temps, l'état de la conjonctive s'améliorait progressivement. La maladie a évolué en cinq semaines jusqu'à la guérison. A aucun moment il n'y eut de photophobie, fait qui tient, sans doute, à ce que les lésions cornéennes étaient minimes.

V. de H.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre

Traitement chirurgical des anévrysmes

M. Arrou. — Le fait que M. Monod vous a signalé sous mon nom à la dernière séance, concerne un homme de quarante-six ans, qui avait eu, vingt ans auparavant, un chancre induré, suivi d'accidents qui furent insuffisamment traités. Au mois d'août dernier, il fut pris de vives douleurs dans la jambe et d'un gonflement de la région poplitée. Deux mois plus tard je constatai une tumeur qui offrait les signes caractéristiques de l'anévrysme poplité avec cette particularité que, s'il était bien limité à la partie supérieure, il semblait se prolonger en bas dans la jambe, sans limites précises. A cause des douleurs j'ai dû intervenir, non par la ligature, mais par l'extirpation. L'opération a eu lieu sans incidents et j'ai dû poser ma ligature inférieure à deux centimètres au-dessous de l'émergence de la tibiale antérieure. Il n'en est cependant survenu aucun accident et le malade, que j'ai opéré le 25 octobre, est actuellement guéri.

A propos du mécanisme de la propagation du cancer du sein

M. Tuffier. — La propagation du cancer du sein peut se faire d'après deux mécanismes, qui sont bien connus, mais il en est un qui n'a pas été décrit; il est applicable à ces petits noyaux cancéreux que l'on voit réapparaître à une certaine distance de la cicatrice; ces noyaux se développent dans l'épaisseur de la peau et sont complètement indépendants du système lymphatique.

J'ai pu, avec mon préparateur, isoler et examiner un de ces grains néoplasiques, et nous avons constaté que l'épiderme était intact et que dans le follicule

pileux se trouvaient des cellules cancéreuses glandulaires. La malade avait eu un cancer ulcéré du sein, et c'est probablement par l'intermédiaire du pansement qu'elle s'appliquait que la propagation s'est faite au follicule pileux.

M. Lejars. — L'un de mes élèves a étudié cette récidive nodulaire dans sa thèse et en a discuté la pathogénie, mais sans envisager celle que vient de signaler M. Tuffier. Je me demande si l'on ne peut pas expliquer autrement le mécanisme de l'inoculation et supposer que cette inoculation du follicule s'est faite de dedans au dehors, au moment de l'ablation du cancer.

Hydronéphrose intermittente par conformation vicieuse congénitale du bassinet

M. Bazy. — Je désire compléter l'observation de l'enfant que je vous ai présentée dans la séance précédente. Il s'agit d'une fillette de dix ans qui, depuis de nombreuses années, présentait des crises douloureuses intermittentes dans l'hypochondre gauche. En septembre, ces crises se multiplièrent, et le 29 octobre une nouvelle crise apparut subitement le soir, avec une tuméfaction considérable. Dans la nuit, la malade eut une émission d'urine de 410 grammes. Cependant j'ai fait le lendemain la laparotomie transpéritonéale. J'ai trouvé une tuméfaction constituée par le rein, qui contenait 27 grammes d'urine, et par le bassinet, à la partie inférieure duquel l'uretère adhérait sur une certaine étendue. Ce canal était épaissi. Sauf une tuméfaction douloureuse survenue le troisième jour et due à de la rétention de liquide sanguinolent; les suites de l'opération ont été bonnes.

Traitement palliatif des récidives de cancer et des cancers inopérables de la région mammaire par les rayons X

M. Lejars. — Je vous présente une femme, que j'ai opérée en 1881 d'un cancer du sein. Deux ans après elle a été atteinte d'une première récidive que j'ai enlevée, et cinq mois plus tard d'une deuxième récidive ulcérée très étendue inopérable. La malade a été soumise pendant huit mois à la radiothérapie, et actuellement les ulcérations sont cicatrisées. L'examen histologique des ulcérations n'a pas été fait.

M. Béclère. — Outre cette malade de M. Lejars que j'ai traitée, j'ai l'honneur de vous en présenter une autre atteinte depuis cinq ans d'ulcérations cancéreuses en nappe; je l'ai traitée par la radiothérapie. Les ulcérations sont cicatrisées, mais une tumeur dure persiste dans la glande.

J'ai ainsi traité 44 femmes qui m'ont été adressées par des chirurgiens ou par des médecins, dont les malades avaient été jugées inopérables par des chirurgiens : 23 d'entre elles étaient atteintes de récidive et 21 n'avaient pas subi d'opération; parmi ces dernières 16 avaient été jugées inopérables pour différentes raisons; plusieurs autres étaient au début de leur affection.

J'ai noté que les récidives s'étaient présentées sous différentes formes, noyaux fixes et indurés de la peau, noyaux mobiles sous la peau et ulcérations. Les rayons X ont toujours amené la disparition des noyaux et produit la cicatrisation des ulcérations, mais dans ces derniers cas ce n'était qu'une guérison locale, car la généralisation est survenue dans la suite.

Pour les malades inopérables j'ai observé à peu près les mêmes résultats, sans noter une diminution de volume des ganglions et en constatant que la radiothérapie ne faisait qu'enrayer la marche du cancer. En résumé, je crois que l'indication de la radiothérapie réside dans la contre-indication de l'opération.

M. Delbet. — Deux de mes malades ont subi le même traitement sans avoir été réellement améliorées.

M. Tuffier. — J'ai fait ainsi traiter un certain nombre de malades et j'ai vu que la radiothérapie amenait la cicatrisation des ulcérations, mais ne faisait pas disparaître les noyaux cancéreux situés au-dessous. Quant aux tumeurs non ulcérées, si elles ne siègent que dans la peau, elles peuvent disparaître sous l'action des rayons; si, au contraire, elles sont développées profondément, elles persistent.

Présentations

M. Mauclaire. — Deux malades : *tumeurs perforantes de la dure-mère à évolution régressive.*

NOMINATIONS DE COMMISSIONS

Correspondants étrangers : MM. Richelot, Demoulin, Routier, Quénu.

Correspondants nationaux : MM. Michaux, Chaput, Rochard, Jalaguier.

Prix Marjolin-Duval : MM. Delbet, Lejars, Arrou.

Prix Laborie : MM. Schwartz, Ricard, Faure.

Prix Ricord : MM. Kirmisson, Bazy, Rieffel.

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 25 novembre-2 décembre

Deux cas d'hémorragie méningée

Depuis l'introduction de la ponction lombaire en clinique, les hémorragies méningées, dont le diagnostic était jadis entouré de difficultés, et qui, souvent, ne se montraient que comme des trouvailles d'autopsie, apparaissent aujourd'hui comme relativement fréquentes et faciles à reconnaître. En l'espace de quelques mois, il a été donné à MM. **Letulle** et **A. Lemierre** d'en observer plusieurs. Deux de leurs observations sont particulièrement intéressantes.

La première concerne une jeune fille de vingt ans qui fut prise, en pleine santé, d'un ictus, suivi de crises épileptiformes et de coma sans hémiplégie. La ponction lombaire donna issue à un liquide sanglant. La mort survint au bout de dix jours. L'autopsie démontra une hémorragie méningée extrêmement abondante. « On voit, disent les auteurs, de quelles difficultés était entouré le diagnostic. Malgré l'absence de myosis et l'élévation de la température nous avons pensé tout d'abord à de l'urémie; mais l'examen des urines a montré l'absence d'albumine. Les symptômes méningés (contractures, ralentissement du pouls) coïncidant avec une température de 38°, nous ont fait pencher vers une méningite tuberculeuse ou autre, à début brusque. Nous comptions sur la ponction lombaire pour nous éclairer et celle-ci nous a apporté un autre diagnostic inattendu, mais irréfutable. Les symptômes étaient bien ceux d'une hémorragie méningée classique; cela paraissait très simple après coup; mais comment y songer à un premier examen, chez une fille de vingt ans, jusque-là parfaitement bien portante ?

« Notons, en passant, un petit point de détail qui a son intérêt; c'est l'absence absolue du signe de Kernig. On sait que ce symptôme est habituel dans les hémorragies méningées; il est étonnant qu'il ait fait défaut dans ce cas où le canal rachidien était envahi du haut en bas par un caillot volumineux.

« Dans ce cas l'hémorragie a été formidable, ainsi que l'autopsie l'a démontré. La numération des globules rouges contenus dans le liquide céphalo-rachidien, le lendemain de l'ictus, a donné un chiffre de 230000 globules par millimètre cube.

Quelle a pu être la cause de l'hémorragie ? Nous avons dit que la malade ne présentait aucune trace de syphilis acquise ou héréditaire. L'examen anatomo-pathologique nous a montré l'intégrité parfaite des artères de l'encéphale, même au voisinage du point où s'est produit l'hémorragie. Nous n'avons pu malheureusement découvrir le point exact où s'est effectué la rupture vasculaire; peut-être aurions-nous pu dépister une lésion précise à ce niveau. Une cause signalée d'hémorragie cérébrale ou méningée chez les jeunes est la leucémie. Nous n'avons pas fait l'examen du sang circulant du vivant de la malade, mais l'examen histologique du sang épanché dans la cavité sous-arachnoïdienne, celui du caillot, l'absence de transformation de la rate et des ganglions lymphatiques permettent de conclure à l'absence de cette affection.

A noter que l'hémorragie méningée a coïncidé, chez la malade, avec l'apparition des règles.

La seconde observation peut se résumer en quelques mots : un homme, alcoolique avéré, est frappé brusquement d'un ictus suivi de crises épileptiformes et d'une hémiplégie avec déviation conjuguée de la tête et des yeux. La ponction lombaire donne issue à un liquide céphalo-rachidien extrêmement sanglant. Au

bout de dix jours l'hémiplégie a disparu et le malade peut être considéré comme guéri.

Le tableau clinique et le resultat de la ponction lombaire avaient fait porter immédiatement le diagnostic d'hémorragie cérébrale, avec inondation ventriculaire. Les quelques cas semblables, que MM. Letulle et Lemierre avaient antérieurement observés, s'étaient tous terminés rapidement par la mort, même avec un liquide beaucoup moins sanglant. Aussi avaient-ils porté un pronostic fatal. L'amélioration rapide du sujet, la disparition de l'hémiplégie en dix jours, les obligea à modifier leur diagnostic : on avait eu affaire, en réalité, à une hémorragie méningée, à épanchement probablement très abondant.

On comprend que dans des cas semblables la ponction lombaire peut agir puissamment en décomprimant les centres nerveux et en aidant l'effort accompli par l'organisme pour débarrasser les espaces sous arachnoïdiens des globules rouges accumulés.

Une autre particularité clinique mérite d'être relevée chez ce malade : c'est la déviation conjuguée de la tête et des yeux, symptôme rare dans l'hémorragie méningée.

Appendicite toxique, sans douleur de ventre, et avec diarrhée cholériforme. Laparotomie trente six heures après le début des accidents. Guérison

Dans cette observation, de **MM. Moizard** et **Segond**, il s'agit d'un enfant de dix ans, qui fut pris d'appendicite sans avoir jamais présenté, ni spontanément, ni à la pression, la plus petite douleur.

Les seuls symptômes consistèrent en trois vomissements et une diarrhée, si intense qu'il y eut plus de trente selles dans les trente-six heures qui précédérent l'opération. Celle-ci fut pratiquée au milieu de symptômes d'intoxication tellement graves que la mort paraissait inévitable.

On intervint, du reste, sans avoir pu faire un diagnostic. Et même, au moment de l'opération, l'appendice avait semblé si peu malade qu'on se demanda s'il était bien la cause des accidents, et si on n'avait pas affaire à une toxi-infection intestinale d'origine alimentaire, hypothèse considérée comme probable au début. Mais le résultat, très rapidement favorable, de l'ablation de l'appendice, prouva d'une façon indiscutable qu'il était bien la cause de tous les symptômes et qu'il s'agissait d'une toxi-infection aussi formidable qu'anormale, d'origine appendiculaire. L'examen histologique de l'appendice montra combien sérieuses étaient ses lésions ; d'autre part, les recherches bactériologiques et expérimentales prouvèrent l'extrême virulence de l'association bactérienne qui avait déterminé ces lésions.

« Au point de vue clinique, concluent les auteurs, cette observation montre donc qu'il est une forme d'appendicite aiguë dans laquelle la douleur spontanée ou provoquée, la défense musculaire, l'hyperesthésie cutanée, au niveau du point de Mac Burney, ou dans toute autre région de l'abdomen — tous symptômes classiques et considérés comme constants — peuvent faire complètement et absolument défaut. En raison de la violence de la diarrhée et de ses caractères, la dénomination d'appendicite toxique, cholériforme, pourrait convenir. En tous cas, il semble bien que l'absence de tous les symptômes locaux, *dès le début de l'affection*, soit le fait de l'intensité des phénomènes d'intoxication générale; et on ne peut s'empêcher de la comparer à l'indolence, si caractéristique également, de certaines formes de péritonite septique, presque toujours irrémédiablement mortelles. La disparition très rapide et complète de la diarrhée chez ce petit malade, après l'ablation de l'appendice, semble prouver une origine réflexe. Nous ne connaissons ni l'un ni l'autre d'observation semblable.

« Enfin, si l'état de notre malade était tel qu'une intervention rapide pouvait seule le sauver — dans l'hypothèse, qui s'est réalisée, d'une appendicite hypertoxique — son extrême gravité, qui nous le faisait considérer comme irrémédiablement perdu, et la guérison complète et rapide obtenue, prouvent qu'il ne faut jamais désespérer, et que, malgré les symptômes les plus alarmants, l'intervention chirurgicale peut donner des succès inespérés. »

M. Soupault fait remarquer que, chez ce malade, on a déjà trouvé, au bout de trente six heures, des lésions histologiques très marquées de l'appendice, et que si l'intervention eût été retardée de quelques heures, la gangrène et la perforation de l'appendice eussent amené une péritonite grave. Il faut donc, dit-il, opérer de très bonne heure les appendicites débutant par une abondante diarrhée.

Accidents causés par les hirudinées

M. Mantel (St-Omer) fait une communication sur les accidents déterminés par les sangsues. Un homme de trente-quatre ans, très vigoureux, part pour la Tunisie, où il séjourne pendant plusieurs mois, buvant les eaux malpropres du pays. Au bout de quelque temps, crachements de sang quotidiens, vomissements, méléna, cachexie rapide. On pense à la phtisie, au paludisme, etc. Cependant, l'auscultation est négative.

L'examen de la gorge montre une tumeur qui paraît douée d'expansion. Un nouvel examen, avec bon éclairage, permet de reconnaître une grosse sangsue du genre *limnatis nilotica*, qu'il fut facile de retirer avec une pince à griffe. Aussitôt, tous les troubles morbides disparaissent et le malade revient rapidement à la santé.

Il y a, dans la littérature médicale, une quarantaine d'observations du même genre.

Deux cas d'anévrysmes de l'aorte

M. **André Petit** présente, avec son interne M. **Lafosse**, des pièces anatomiques relatives à deux cas d'anévrysmes de l'aorte ouverts, le premier à la peau, au niveau de la région antérieure droite du thorax, le second dans la plèvre droite.

Le premier malade, ancien syphilitique, présentait, dans la région comprise entre la deuxième et la sixième côtes droites, vers le bord sternal, une tumeur arrondie pulsatile, avec mouvements d'expansion coïncidant avec la systole cardiaque ; à ce niveau la peau était tendue, luisante, rouge violacé, et donnait la crainte d'une rupture imminente, dès le mois de mars 1903.

Ce n'est, cependant, qu'au mois de mai suivant que cette rupture eut lieu, précédée, deux jours auparavant, d'un léger écoulement sanguin par une éraillure située au sommet de cette poche anévrysmale. La rupture fut accompagnée d'un flot de sang soulevant le tamponnement maintenu à la surface de la tumeur et le malade succomba brusquement.

L'autopsie montra, comme la radiographie l'avait fait présumer, l'existence d'une seconde poche anévrysmale intrathoracique du volume d'une orange communiquant, d'une part, avec la poche sous-cutanée et profondément avec une troisième tumeur constituée par une dilatation de l'aorte ascendante du volume des deux poings environ.

Le second cas a trait à un malade âgé de cinquante-cinq ans, également syphilitique, et chez lequel un volumineux anévrysme de l'aorte ascendante se rompit d'abord dans le médiastin postérieur et secondairement dans la plèvre droite qui renfermait, à l'autopsie, plus de deux litres de sang.

Les cas de ce genre sont assez rares pour que Boinet, sur une statistique de 267 cas d'anévrysmes aortiques relatés dans les Bulletins de la Société anatomiques de 1826 à 1898, n'ai constaté que neuf fois la perforation à la peau, et neuf fois également la rupture dans la plèvre droite. La rupture sous la peau, mais sans perforation de celle-ci, a été relevée sept fois, dans la plèvre gauche trente et une fois. Depuis 1898, le « Bulletin de la Société anatomique » ou de la Société des hôpitaux ne renferment aucun autre cas du même genre. M. Sicard a relaté un cas de rupture à la peau dans la *Presse médicale* en novembre 1903.

La guérison apparente de l'hydropneumothorax tuberculeux

M. L. Galliard. — Le pronostic des pleurésies consécutives au pneumothorax est spécialement grave parce que le pneumothorax leur fournit un lit très vaste et leur livre un poumon rétracté, emprisonné dans les fausses membranes, sans défense. Lorsque nous faisons une enquête sur les antécédents des phtisiques chez qui nous observons les grands empyèmes chroniques, nous trouvons généralement, comme point de départ, un

pneumothorax; et nous ne pouvons pas toujours accuser la thoracentèse d'avoir introduit des germes susceptibles de faire suppurer la plèvre, car quelques-uns de ces malades n'ont jamais été ponctionnés.

L'hydrothorax, consécutif à l'hydropneumothorax, peut-il se résorber d'une façon complète? Plusieurs auteurs l'affirment. Aux observations sur lesquelles ils s'appuient, j'ai ajouté moi-même celle d'un phtisique, âgé de quarante et un ans, soigné à l'hôpital Saint-Antoine, en 1897, et guéri, au bout de quatre mois, non seulement du pneumothorax, mais de l'hydrothorax consécutif.

Or, une telle guérison peut être apparente et non réelle. Pour s'en convaincre, il faut suivre les malades pendant un temps assez long. C'est ce que j'ai fait pour un homme de trente et un ans, tuberculeux, admis à Lariboisière avec un pneumothorax du côté gauche qui s'était déclaré le 23 décembre 1903, et présentant les signes de ce que j'ai appelé la *pleumo-pleurite aiguë grave* : orthopnée nécessitant la thoracentèse d'urgence, épanchement rapide d'un liquide louche (pas de microbes à cultiver néanmoins), réaction fébrile à 40° et 40°6. Au bout de quelques jours, l'état s'améliorait, la température commençait à baisser pour descendre, à la fin de janvier, aux environs de 37°. Le 10 février 1904, le malade quittait l'hôpital avec une collection de sérosité qui remplissait complètement la plèvre gauche.

Ayant repris son travail malgré mes conseils, il revenait trois mois plus tard, et je commençais alors le traitement de l'hydrothorax par les évacuations partielles et successives : un litre le 14 mai, un litre le 17 mai, 1600 grammes le 21 mai, un litre le 29 mai. Pas de récidive du pneumothorax; diminution progressive de la collection séreuse. Enfin, le 6 juin, ayant pratiqué des ponctions sur trois points différents sans obtenir de liquide, je considérais la cure comme terminée, bien que la radiographie montrât encore une ombre épaisse à la base gauche et un refoulement manifeste du cœur vers la droite.

D'ailleurs, le malade voulait partir. Il n'a consenti à se soumettre à mon examen que le 30 octobre dernier. J'ai constaté, ce jour-là, dans la plèvre gauche, une collection purulente qu'on peut évaluer à plus de deux litres. Les cultures faites avec le liquide prélevé n'ont pas donné de résultat.

Comme l'état général reste bon, comme le malade refuse d'entrer à l'hôpital, même un jour, je ne puis instituer le traitement par les injections d'oxygène, que je tenterais volontiers dans ce cas.

Purpura systématisé par intoxication salicylée

M. Ramond communique une observation de *purpura systématisé par intoxication salicylée.*

Le salicylate avait été donné pour une arthrite blennorragique. Il ne fit rien, dans ce sens, mais un purpura systématisé se produisit. Comme il survint immédiatement après la prise du médicament, et que l'analyse des urines montra que le médicament ne s'éliminait pour ainsi dire pas par cette voie, on est autorisé à penser que l'éruption dépendait bien réellement du salicylate.

Statistique de diphtérie

M. Detot communique la statistique du pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, dirigé par M. Marfan, du 1er mai 1903 au 1er mai 1904. A ce propos, **M. Marfan** fait les observations suivantes :

Comme vient de l'indiquer M. Detot, ce qui caractérise cette statistique de 1903-1904, c'est la diminution de la mortalité. Cette diminution est rendue évidente par le tableau que je mets sous vos yeux, tableau qui permet de comparer la mortalité de cette année à celle des années précédentes (1).

	1901-02	1902-03	1903-04
Mortalité globale.	21 %	15,8 %	14,2 %
Mortalité réduite.	12,3 »	11,1 »	9 »
Sur 100 décès, les angines malignes en ont déterminé	37	24	18

Il est intéressant de rechercher quels sont les facteurs principaux de cette diminution de la mortalité.

La mortalité de la diphtérie dépend surtout de quatre choses : la fréquence des angines malignes, le nombre des croups nécessitant une intervention, la fréquence de la broncho-pneumonie, le traitement employé.

Nous pouvons laisser de côté l'influence du traitement, car il a été à peu près le même durant ces trois années, la sérumthérapie en représentant toujours la partie essentielle. En ce qui concerne les croups ayant nécessité une intervention et les broncho-pneumonies, une remarque suffira à faire voir qu'ils ne sont pour rien dans la diminution de la mortalité : leur nombre a augmenté en 1902-03 et en 1903-04, années marquées justement par la réduction du chiffre proportionnel des décès. Il reste donc que la diminution de la mortalité est due avant tout à la rareté de plus en plus grande des angines malignes. D'après nos statistiques, les angines malignes, telles que nous les avons définies dans une étude présentée à notre Société le 11 juillet 1902, déterminent la mort dans la moitié des cas. Le tableau précédent montre dans quelle proportion elles sont entrées dans le chiffre de la mortalité globale des trois dernières années; il met en lumière leur influence prépondérante parmi les facteurs de cette mortalité.

De ces remarques, il résulte donc que, dans le milieu où nous observons, la mortalité dépend, avant tout, de la fréquence des angines malignes. C'est un fait dont il faudra tenir compte dans l'appréciation des statistiques, particulièrement lorsqu'on voudra juger de la valeur d'un traitement.

Nous pouvons dire qu'envisagées à ce point de vue, nos statistiques sont tout à fait favorables au sérum; en effet, dans notre plus mauvaise année, la mortalité a été de 21 %, alors qu'avant le sérum, elle dépassait habituellement 50 %, dans les deux hôpitaux d'enfants de Paris (hôpital des Enfants-Malades et ancien Trousseau).

J. J.

(1) Benjamin Weil. — *Bulletin de la Société médicale des hôp.*, 12 juin 1903; Lienhard: *id*, 22 janvier 1903.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance de novembre

Les derniers Congrès, l'abondance d'autres matières, etc., ne nous ont pas permis de rendre compte, en novembre, des principaux travaux présentés pendant ce mois à la Société de biologie. Nous réparons aujourd'hui cette omission involontaire. Nos lecteurs auront remarqué que nous nous limitons, pour ces analyses de la Société de biologie, aux communications appropriées à ce que cherche le lecteur dans un journal de médecine générale.

J. J.

Mécanisme régulateur de la rétention de l'urée et indice de rétention uréique dans le mal de Bright

MM. F. Widal et A. Javal. — On sait que chez le brightique en état d'imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium, le sel s'accumule d'une façon continue dans le tissu interstitiel tant que dure le barrage rénal. Le bilan des chlorures témoigne de cette accumulation.

On sait, au contraire, que chez le brightique, après ingestion d'un surcroît d'albuminoïdes, on observe souvent, au début, un déficit dans l'élimination de l'azote, et que, après quelques jours, l'équilibre azoté s'établit spontanément.

L'analyse chimique du sang, répétée fréquemment et d'une façon systématique chez des brightiques soumis à une alimentation albuminoïde toujours exactement connue, montre que cet équilibre azoté se rétablit grâce à un mécanisme régulateur d'une précision surprenante. Il permet au rein d'améliorer son fonctionnement, et pendant de longues périodes de la maladie de retrouver exactement la perméabilité qui lui est nécessaire pour assurer le libre passage de l'urée qu'il est chargé d'éliminer.

Le fait que la teneur du sang en urée, pour une même dose d'albuminoïdes ingérés, se fixe à un taux différent suivant le brightique en observation, est la notion importante sur laquelle nous désirons insister. C'est elle qui nous permet de dégager, chez certains brightiques, un *indice de rétention uréique* dont les deux termes sont fournis par le chiffre de l'urée sanguine d'une part, et de l'autre par

la quantité d'albumine contenue dans le régime fixe suivi par le malade.

La comparaison de ces deux termes, qui varient d'un malade à l'autre, permet d'apprécier d'une façon sensible, chez le brightique, le degré de la rétention azotée.

Vaccination du mouton contre la rage à l'aide des mélanges de virus et de sérum

M. Remlinger. — On sait que l'injection sous-cutanée d'une quantité suffisante de virus fixe et de sérum antirabique met le lapin et le cobaye en état de supporter l'épreuve sévère de l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil. Nous nous sommes demandé si,de ces propriétés du sérum antirabique, on ne pourrait pas tirer, pour la vaccination du mouton et des herbivores en général, un procédé d'immunisation plus simple et plus rapide que l'inoculation intra-jugulaire. De fait, à la dose de 60 cc, le mélange de virus fixe et de sérum antirabique est encore capable de préserver le mouton trois jours après l'inoculation intra-oculaire. En tenant compte de la sévérité de cette épreuve et de la gravité beaucoup moindre de l'inoculation par morsures,on peut espérer que le traitement des animaux mordus réussira s'il est entrepris six à huit jours après l'accident. La méthode virus-sérum nous paraît donc appelée à devenir le procédé de choix pour la vaccination contre la rage.

Influence du temps sur la résistance du virus syphilitique

M. P. Salmon. — Les syphiligraphes ne sont pas, actuellement, d'accord sur cette question : le pus syphilitique, retiré hors de l'organisme humain, peut-il conserver longtemps sa virulence ? En d'autres termes, le virus syphilitique apparaît soit comme un virus fragile, sensible aux influences extérieures, soit, inversement, comme un virus capable de résister à ces mêmes influences.

Pendant la période d'incubation de la vérole chez l'homme, pendant les semaines qui séparent l'instant de l'infection et l'apparition du premier accident visible, le chancre, des causes multiples de contamination accidentelle possible viennent compliquer la question ; rien de plus difficile, pour les cliniciens, que de préciser exactement à quel moment avec quelle source de virus, s'est produite l'infection initiale.

Pour résoudre le problème, nous avons eu recours à la contamination expérimentale, à l'inoculation au singe, au macacus sinicus, espèce assez sensible à l'infection syphilitique.

Le virus utilisé a été recueilli sur l'homme. Un de nos malades avait un chancre peu suintant; chez l'autre malade, au contraire, l'ulcère était recouvert d'une fausse membrane facile à détacher, en apparence source abondante de virus.

Sur les arcades sourcilières d'un singe, on inocule, par scarifications intra-épidermiques, du côté droit : le virus frais, immédiatement après sa prise sur le chancre humain, et, à l'arcade gauche : le virus du même malade, retiré depuis six heures.

Ce virus datant de six heures avait été recueilli sur des lancettes stérilisées,lancettes placées dans des boîtes de Petri, et le tout laissé à la température ordinaire, au mois de juin.

Chaque singe reçoit donc deux sortes de virus, l'un frais, l'autre desséché, et chaque singe correspond à un malade différent.

Seul, le virus frais inoculé a provoqué l'éclosion de l'accident initial syphilitique, apparu au point d'insertion. L'incubation avait duré dix-sept jours dans un cas,trente-huit jours dans le deuxième cas.

En résumé,deux macacus sinicus,après avoir reçu le pus du chancre induré de deux malades différents, contractent la vérole.

Mais, tandis que le virus inoculé peu de temps après la prise sur l'homme a permis d'obtenir un résultat positif, le virus retiré depuis six heures s'est montré stérile, dépourvu de toute action pathogène; ce virus a subi l'influence nocive du temps.

Nous ne nous attarderons pas à expliquer les raisons de la perte rapide de virulence du pus syphilitique : parasite englobé dans des albumines coagulées, rôle empêchant d'une sensibilisatrice, influence de la dessication, etc.

En pratique, il semble que l'on ne peut utiliser l'influence atténuante du temps comme procédé de vaccination, avec un contage syphilitique de virulence diminuée.

Cette fragilité du virus retiré hors de l'organisme humain constitue peut-être l'obstacle qui s'oppose à la culture du parasite de la vérole.

Les expérimentateurs devront utiliser du pus fraîchement recueilli et non du pus transporté à distance depuis quelques heures et ainsi rendu inactif. C'est la pratique suivie par M. Metchnikoff pour obtenir une inoculation positive de la syphilis.

Cette notion de l'influence destructive du temps n'intéresse pas seulement l'étude de la syphilis poursuivie dans les laboratoires, mais aussi la prophylaxie des maladies vénériennes. Dans la vie courante, les cas de contagion syphilitique médiate, à distance, doivent être exceptionnels. Fréquentes sont, au contraire les véroles transmises par contact direct, immédiat, presque instantané, les syphilis d'origine vénérienne par exemple. Le fait expérimental s'accorde donc avec les observations des hygiénistes (*Travail du laboratoire du professeur Metchnikoff.*)

La pilocarpine dans le traitement de la rage et des maladies infectieuses

M. Remlinger s'est demandé si la sudation et la salivation provoquées par la pilocarpine en injections sous cutanées ne pourraient pas avoir une influence heureuse sur la marche des maladies causées par des agents ultra-microscopiques, comme la rage, ou sur l'évolution des affections où les toxines jouent un rôle important, comme la diphtérie.

Les résultats de l'expérimentation ne sont pas du tout en faveur de l'utilisation de la pilocarpine et de la sudation dans le traitement des maladies infectieuses. La rage n'est influencée ni dans son incubation, ni dans sa durée, par le traitement pilocarpiné. D'autre part, si on injecte à des cobayes une dose mortelle de toxine diphtérique et qu'on les tienne ensuite sous l'influence de la pilocarpine à l'aide de petites doses convenablement espacées, ils meurent constamment avant les témoins.

D'autre part, de nombreuses expériences de l'auteur ont démontré que la salive recueillie chez les animaux enragés, après injection de pilocarpine, n'est pas virulente. Sur 63 animaux et 438 c.c. de salive, il n'a pas été observé un seul cas de rage.

Action du radium sur les épithéliomes bénins

MM. Rehns et Paul Salmon. — La valeur thérapeutique des rayons Röntgen et des radiations émises par le radium est incontestable, en ce qui concerne un grand nombre de tumeurs malignes superficielles; la cellule cancéreuse se montre parfois si sensible à l'influence modificatrice, destructive de ces rayons, que certains observateurs ont parlé d'une action thérapeutique spécifique.

Nous avons recherché si les cellules épithéliales des tumeurs bénignes sont aussi aisément, aussi nettement influencées par l'action de ces radiations.

Le radium employé était contenu dans une boîte en ébonite à lamelle de mica; la boîte contenait tantôt 10, tantôt 50 milligrammes de bromure de radium pur.

Les tumeurs utilisées peuvent être ainsi classées par ordre de gravité décroissante : 1° épithéliome développé sur un point de leucoplasie syphilitique de la lèvre, chez un vieillard, épithéliome sans tendance à accroissement rapide; 2° épithéliome perlé de la paupière et de la conjonctive chez une jeune femme; 3° verrues séniles et crasse séborrhéique; 4° corne de la face greffée sur épithéliome; 5° papillome de la lèvre; 6° verrues juvéniles; 7° molluscum contagiosum.

Ces néoplasmes bénins, après des séances uniques ou répétées, des temps d'application variables, ont été nettement influencés. En général, la tumeur épithéliale est tombée en masse, comme si son pédicule ou sa surface d'insertion se mortifiait. L'ulcération superficielle sous-jacente s'est rapidement cicatrisée. Du reste, pendant la durée de la réaction inflammatoire qui succède à l'application du radium, pendant une à deux semaines, on pansait la plaie irritée avec de la pommade au calomel ou de la vaseline boriquée. La cicatrice finale apparaît

superficielle, souple, blanchâtre et quelquefois entourée d'une légère pigmentation, non disgracieuse.

Dans une observation clinique d'épithéliome perlé de la paupière, les grains épithéliaux récidivaient sans cesse malgré un traitement par les pointes de feu au galvanocautère. Au contraire, sous l'influence du radium, les perles d'épithéliome semblent avoir disparu définitivement.

Certaines de ces petites tumeurs siégeant sur la muqueuse palpébrale, on pouvait craindre une réaction inflammatoire, dangereuse, du globe oculaire situé au voisinage du radium appliqué sur la lésion épithéliale. Cependant, l'œil n'a pas souffert; on a observé simplement une fugitive et légère conjonctivite Il est remarquable que, sans avoir pris de précautions spéciales pour protéger le globe oculaire, la boîte de radium, laissée vingt minutes en place, n'a pas produit de troubles inquiétants du côté de l'œil. Du reste, si l'on craint de produire une réaction dépassant la zone malade, rien de plus aisé que de protéger la peau, le tissu sain périphérique, avec une lame de plomb découpé.

Le radium constitue donc, au point de vue pratique, un procédé de choix, le moyen le plus simplifié d'utiliser des radiations actives sur les épithéliomes. Son mode d'emploi exige le minimum d'instrumentation. Nous ne nous sommes servis d'aucun moyen de mensuration, d'aucun radiochromomètre. Nous n'avons pas observé d'accidents, de radiodermites, mais une cicatrisation assez rapide. Et, cependant, nous faisions des applications prolongées de substance radio-active, des applications dépassant une heure sur un même point. Ceci l'application prolongée est plus indispensable pour les tumeurs cornées, kératinisées, relativement peu sensibles au radium, que pour les épithéliomes cancéreux.

La sensibilité maxima s'observe avec les cellules épithéliales jeunes, dans les tumeurs malignes par exemple. L'action du radium est moins rapide dans le cas de cellules cornées Elle est moins facile encore s'il s'agit de molluscums graisseux, de nœvi pigmentaires, de tumeurs congénitales...

En résumé, le radium permet d'obtenir la guérison des tumeurs épithéliales bénignes. Cette action thérapeutique est banale; l'on ne peut affirmer qu'elle est élective, spécifique, pour certaines cellules, certains parasites, certaines variétés de tumeurs.

Action du foie sur les graisses

On sait que le foie joue un grand rôle dans l'adipogénèse; l'apport incessant du sang portal riche en glycérine et acides gras puisés dans l'intestin, la faible teneur en graisses des veines sus-hépatiques, la richesse de la glande en corps gras, tout semble le prouver. Aussi a-t-on voulu attribuer au foie trois fonctions principales: adipopexique, adipogène et adipolytique. Malheureusement, l'expérimentation n'a pas fourni jusqu'ici des preuves péremptoires de ces actions du foie sur les graisses; et à part la fonction adipopexique signalée par Cl. Bernard, puis étudiée par Gilbert et Carnot, Mlle Deflandre, on ne sait rien de précis sur les autres fonctions.

Pour essayer de combler en partie cette lacune, **M. Félix Ramon** a entrepris une série de recherches qui tendent à prouver que le foie seul est capable de dédoubler les graisses injectées par la veine porte, mais que cette action est grandement favorisée par l'apport des sécrétions internes du pancréas, et peut-être aussi de la rate, des ganglions mésentériques et de l'intestin. Ces vues de l'auteur s'appuient sur des constatations d'ordre chimique et d'ordre histologique.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :

1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :

1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Pfihl, 4 Ortal, 5 Cognes, 6 Guézennec, 7 Mercier, 8 Thémoin

MM. les médecins principaux :

1 Santelli, Michel, Bourdon, Julien-Laferrière, Damany, Gauran, Durand, Bourit, Mazet, Ménier.

11 Valence, Roux, Audibert, Chastang, Barbolain, Nollet.

MM. les méd. de 1re cl. :

1 Dubois, Vincent, Defressine, Lallement, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Barrat, Lorin.

11 Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Tricard, Titi, Viguier, Lefebvre, Guitton, Faucheraud, Durand.

21 Barillet, Le Floch, Aubry, Jouenne, Barret, Castaing, Merleau-Ponty, Richer de Forges, Giraud, Crozet.

31 Abeille de la Colle, Maillu, Boy, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton, Penon, Charuel, Olivier.

41 Rolland, Chalibert, Cassien, Castex, Viallet.

M. les médecins de 2e cl. :

1 Bosquet, Lestage, Quéré, Hutin, Hénault, Le Moignic, Gaubin, Janicot, Colomb, Caille.

11 Lecalvé, Dupuy, Kervern, D'Adhémar de Lantagnac.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Séance du 29 novembre

Anatomie

Question : « Muscle psoas iliaque. »

18 Manne — 17 Mlle Montreuil, Monin — 15 Landau — 14 1/2 Nachmann — 14 Marcou, Lecœur, Mateias, Mégeville, G. Lévy — 13 Moutrier, Lulainbacher — 12 Peraldi, Tixier, Mairesse — 11 1/2 Lascassagne Saint-Martin — 11 Maligne — 10 Massonière — 9 Pottier, Mitrany — 8 Pélissier — 5 Liouggas.

Séance du 30

Pathologie

Question : « Chloroformisation. »

18 Gauducheau — 17 Garsaux, Dupont — 16 Gery, Dubus, Jolivet, Dabs — 15 Judet, Ferry — 13 Hartmann — 12 Hubert, Georghiu Hillion, Dugast, Guillermond, H. Grenier, Feuillette — 11 Goldenstein, Fournier — 6 Henry.

Séance du 2 décembre

Pathologie

Question : « Luxation de l'épaule. »

18 1/2 Duhamel — 17 Degrenier — 15 1/2 Giron — 14 Hassan — 13 1/2 Garcin — 13 Gougelet — 12 Denet — 9 Fau — 6 Laffont — 5 Duval.

Lundi, à 5 h. 1/2 séance pour la nomination du premier.

COLLÈGE DE FRANCE

M. le prof. Charrin commencera son cours de pathologie générale et comparée le mardi 6 décembre, à 5 heures (étude des variations des poisons nés dans l'organisme.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. Maygrier, agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale (amphithéâtre Potain) le jeudi 8 décembre 1904, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL LAENNEC

Conférences de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux

M. E. Barié, médecin de l'hôpital Laënnec commencera ces conférences le mercredi 7 décembre 1904, à 10 heures, dans l'amphithéâtre des cours et les continuera tous les mercredis à la même heure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Bureau pour 1905.

Président : M. Guiter (Cannes).

Vice-présidents : MM. Vivant (Monte-Carlo), Sardou, Moriez et Barety (Nice).

Secrétaire général : M. Hérard de Bessé (Beaulieu).

Trésorier : M. Bonnal (Nice).

Secrétaires des séances : MM. Bar, Bridoux, Mignon (Nice).

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Le tabes familial

On sait que plusieurs membres de la même famille sont parfois frappés d'ataxie locomotrice. Pour la question, toujours débattue, des rapports de la syphilis avec le tabes, ces faits présentent un intérêt tout particulier. **M. W. Croner** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 5 décembre 1904), assistant de la policlinique médicale de la Faculté de Berlin, a eu l'occasion de relever le tabes familial dans deux groupes parallèles de cas, comprenant chacun trois frères.

Du premier groupe, il n'a vu qu'un malade, homme, âgé de cinquante-huit ans, qui se présenta à la consultation hospitalière avec les symptômes caractéristiques de la maladie de Duchène. Deux de ses frères aînés étaient morts tabétiques. Le malade ignore s'ils avaient eu la syphilis. Quant à lui, il affirme avoir eu, il y a une trentaine d'années de cela, un chancre induré, suivi d'accidents généraux pour lesquels il subit, avec succès, un traitement spécifique.

Les trois malades du second groupe qui, actuellement, sont tous morts, furent observés dans la clientèle privée de l'auteur. Chez l'un d'eux seulement l'existence antérieure de la syphilis fut établie avec certitude. Mais en admettant même que tous les malades de ces deux groupes avaient été syphilitiques, il ne s'en suit nullement, comme le fait observer l'auteur, que la syphilis ait été ici l'unique agent pathogénique du tabes. On peut, au contraire, supposer, avec autant, sinon avec plus de droit, que c'est en raison d'une prédisposition familiale que le tabes est apparu dans ces cas, la syphilis n'ayant joué ici que le rôle de cause occasionnelle. S'il en était autrement, pourquoi ces malades sont-ils tous devenus tabétiques, au lieu de présenter d'autres manifestations de la syphilis viscérale, telles qu'un anévrysme de l'aorte, une gomme du foie, etc.? Il n'est guère possible, dit l'auteur, de répondre à cette question qu'en admettant une prédisposition familiale, héréditaire, de la moelle au tabes, prédisposition que divers facteurs morbigènes peuvent mettre en jeu : d'abord la syphilis, qui n'en demeure pas moins la cause occasionnelle la plus fréquente du tabes, mais aussi les traumatismes et l'influence prolongée, intense, du froid. Ainsi s'expliquent, d'une part, les insuccès fréquents du traitement mercuriel chez les tabétiques, et, d'autre part, les faits, dûment constatés, de tabes survenant en l'absence d'antécédents syphilitiques.

La suralimentation sucrée chez les tuberculeux

M. Toulouse engraisse, comme on sait, les aliénés et les neuropathes amaigris, en leur faisant ingérer de grandes quantités de sucre (voir *Bulletin médical*, 1904, n° 50, p. 592). Ce même procédé vient d'être appliqué, avec succès, par **M. Massalongo** (*Nuova riv. clin. e terapeut.*, novembre) à la suralimentation des phtisiques. A ces malades, en plus d'un régime alimentaire ordinaire, mais substantiel, notre confrère fait prendre du sucre, à la dose moyenne de 300 à 400 gr. par jour, dans du lait ou du café.

On peut masquer le goût trop sucré de ces liquides, s'il est désagréable au malade, par l'adjonction d'une certaine quantité de teinture amère. Par l'ingestion de sucre en excès, M. Massalongo a obtenu, chez ses phtisiques, une augmentation rapide du poids du corps, parfois de 150 à 250 gr. par jour. Elle est surtout considérable dans les premiers temps. Par la suite, elle se ralentit, mais n'en continue pas moins à se produire d'une façon progressive, atteignant, dans quelques cas, 8 à 15 kilogr. en l'espace de deux à trois mois. Chez certains tuberculeux, l'augmentation quotidienne du poids dépassait la dose journalière de sucre ingéré. Il va de soi que la suralimentation sucrée ne donne pas les mêmes résultats à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire. Elle est particulièrement efficace chez les phtisiques non fébricitants ou ne présentant qu'une légère fièvre vespérale. Le sucre en excès, généralement bien toléré par les tuberculeux, ne provoque ni troubles digestifs, ni glycosurie ; le taux de l'élimination de l'azote par les urines diminue sous son influence. On peut le considérer comme un excellent succédané de l'huile de foie de morue.

Insensibilisation par l'adrénaline cocaïne pour perinéorraphie post partum

Pour une femme qui vient de subir les souffrances de l'enfantement, l'application, fort douloureuse, de points de suture sur une déchirure du périnée est un véritable tourment. Cependant, comme il s'agit là d'une intervention chirurgicale minime, on n'aime pas avoir recours à l'anesthésie générale. Dans ces conditions, **M. E. Wormser** (*Correspondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er décembre 1904) se trouve fort bien de l'insensibilisation locale qu'il réalise par l'« infiltration » du derme et de la muqueuse vaginale (injections intra-dermiques et intra-muqueuses) avec une solution de cocaïne à 1 %, additionnée, par 100 cc, de 5 gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 : 1000. Une stérilisation soignée de ce mélange qui, étant ensuite conservé en tubes scellés, ne se décompose pas, permet de se passer de l'adjonction d'acide chlorhydrique libre et de chlorétone, substances irritantes pour les tissus de l'organisme, que Parke, Davis, etc. ajoutent à leur adrénaline à l'effet de la rendre stable. L'injection elle-même est pratiquée au moyen d'une seringue dont la canule, coudée en baïonnette, se laisse facilement manœuvrer dans l'épaisseur des tissus. On pique, à l'un des angles antérieurs de la déchirure périnéale, en pleine plaie, mais près du bord, enfonçant l'aiguille d'un quart ou d'un demi-centimètre. En pressant sur le piston de la seringue, on provoque en ce point la formation d'une phlyctène ou cloque. Puis, tout en continuant à faire sourdre, goutte à goutte, la solution analgésique, on pousse de plus en plus l'aiguille le long du bord cutané de la plaie dans la direction de l'anus, de façon que toute cette étendue soit infiltrée de liquide. Ensuite, on retire l'aiguille jusqu'au niveau de la piqûre primitive, mais sans l'extraire, et on l'insinue maintenue le long du bord muqueux (vaginal) de la déchirure, qu'on « infiltre » sur toute sa longueur. Ceci fait, on retire complètement l'aiguille et on recommence, sur la lèvre opposée de la plaie, la manœuvre qui vient d'être décrite. Dès lors, l'application des points de suture, non seulement ne provoque aucune douleur, mais elle se trouve encore singulièrement facilitée par la suppression de tout écoulement sanguin.

V. DE H.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 14 décembre. — *M. Perret* : Essais de thérapeutique expérimentale. Influence de l'alimentation sur l'évolution de la tuberculose chez les animaux. — *M. Delmer* : Contribution à l'étude de l'éclampsie vitulaire. Ses rapports avec l'éclampsie puerpérale de la femme. — *M. Etling* : Contribution à l'étiologie des anévrysmes de l'aorte : traumatisme.

Jeudi 15 décembre. — *M. Clavaud* : Essai sur le régime et la thérapeutique des hépatiques; revue générale. — *M. Courtellemont* : Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples. — *M. Cousinou* : De l'extension de la méthode hypodermique. — *M. Le Gambier* : La mort dans la diphtérie. Contribution à l'étude clinique de la mort tardive. — *M. Beaillon* : De l'endocardite tuberculeuse simple. — *M. Bose* : Intoxications médicamenteuses chez l'enfant. — *M. Cendrain* : L'eau oxygénée et ses applications thérapeutiques. — *M. Vaillant* : Prothèse nasale par les injections de paraffine. Nouvelle indication thérapeutique. — *M. Passier* : Traitement des hémorragies du tube digestif par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium.

Vient de paraître :

Chirurgie de l'appareil génital de la femme, par M. Robert Proust, 1 vol. in-8 de 244 pages, 250 figures dans le texte, 4 fr. 50. (Masson et Cie, 120, bd Saint-Germain, Paris.)

Précis élémentaire d'anatomie pathologique, par le docteur Poulain, préface du docteur Legry, 1 vol. in-8 carré de 368 pages avec 68 figures, 5 francs. (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1905.)

Formulaire et consultations médicales, par G. Lemoine et Er. Gérard, 1 vol. in 18 de 780 pages, cartonné, peau souple, 6 fr. (Vigot frères, édit., 23, place de l'École-de-Médecine, Paris).

TRAVAUX ORIGINAUX

Action thérapeutique des ferments métalliques

Par M. Albert Robin.

Cette note est le développement de travaux faits avec G. Bardet et présentés en mars dernier à l'Académie des sciences (1). Elle comporte des faits et des hypothèses. Les *hypothèses*, j'en fais bon marché. Vérifiées ou non, elles n'ont que la valeur d'une incitation au travail. Quant aux *faits*, ils sont si extraordinaires qu'ils ne manqueront pas d'incrédules. Mais comme je ne doute pas qu'ils ne finissent par s'imposer, en ouvrant à la thérapeutique des horizons inattendus, je me tiens à la disposition de tous ceux qui voudront les étudier, les discuter ou les contester.

I

Bredig et ses continuateurs ont montré qu'en faisant passer un petit arc électrique entre des électrodes métalliques immergées dans l'eau distillée, on obtenait de véritables solutions renfermant, par centimètre cube, de neuf centièmes à deux dixièmes de milligramme du métal employé (2). Les mêmes auteurs ont constaté que ces solutions possédaient certaines réactions des diastases organiques et que ces réactions pouvaient être *accélérées* ou *inhibées* par les agents capables de la même influence sur les diastases.

J'ai poursuivi cette comparaison chez l'homme. Qu'on injecte sous la peau des solutions contenant quelques dix-millièmes de gramme d'un métal, tel que le palladium, le platine, l'or, l'argent, etc., et l'on observera des effets chimiques considérables et qui sont de tous points similaires à ceux obtenus avec des diastases extraites des levures.

Ces effets sont :

1° Une augmentation de l'urée, qui peut s'élever de plus de 30 %, et atteindre des quantités telles que, par l'addition directe d'acide nitrique à l'urine on voit parfois se déposer plus ou moins rapidement au fond du verre un gros culot de nitrate d'urée. Cette élévation du taux de l'urée, variable dans son intensité, est presque constante dans tous les cas, sauf chez les cancéreux avancés et les cachectiques en général.

2° L'augmentation du coefficient d'utilisation azotée ;

3° L'augmentation de l'acide urique qui peut atteindre des chiffres considérables (jusqu'au triple de la quantité initiale) ;

4° Une véritable décharge d'indoxyle urinaire;

5° Une diminution dans la quantité d'oxygène consommé total, sans abaissement parallèle de l'acide carbonique formé, d'où élévation du quotient respiratoire ;

6° Une élévation temporaire de la tension sanguine;

7° A la suite de ces injections, j'ai observé encore, avec P.-Emile Weil, de profondes modifications dans les éléments figurés du sang.

L'injection est suivie pendant quelques heures d'une leucocytose véritable, légère chez un individu sain, intense dans des infections s'accompagnant normalement de leucocytose.

La diminution des leucocytes commence au bout d'une à deux heures et dure un temps variant d'un jour à deux. Elle est remplacée souvent par une augmentation secondaire du nombre des leucocytes, ou bien le retour à l'état antérieur se produit.

La destruction leucocytaire se fait aux dépens des polynucléaires neutrophiles; en même temps s'observe une augmentation des mononucléaires, dont les formes volumineuses, exerçant la fonction macrophagique, apparaissent en quantité très grande. Quand le retour à l'état antérieur ou à un état normal survient, il n'est pas rare de voir apparaître ou augmenter l'éosinophilie.

Le nombre des globules rouges ne paraît pas subir de notables modifications ; ces modifications sont dans la limite des erreurs ou sont susceptibles d'interprétations diverses.

II

De ce premier ordre de faits découlent les conséquences bio-chimiques suivantes :

1° Confirmation expérimentale de la célèbre formule donnée par Armand Gautier pour expliquer le mode de désintégration vitale de l'albumine et la formation de l'urée, en dehors de tout apport d'oxygène extérieur et par hydratation et oxydo-réduction, puisque la quantité d'oxygène consommé total baisse, quand l'urée subit, au contraire, une si notable augmentation:

2° Preuve que l'indoxyle urinaire n'est pas seulement engendrée par les fermentations gastro-intestinales, mais qu'elle est encore le témoin des processus organiques d'hydratation et d'oxydo-réduction;

3° Preuve du rôle que l'on attribue aux diastases organiques dans les phénomènes chimiques de la désassimilation;

4° Possibilité d'assimiler les métaux en solution extrêmement étendue à ces diastases, d'où le nom de *ferments métalliques*, que je propose de leur donner.

A des doses presque infinitésimales, des métaux dissous dans l'eau sont donc capables d'une activité très grande, et sauf quelques différences que j'exposerai plus tard, la nature du métal importe peu dans la genèse des phénomènes physiologiques si intenses qui viennent d'être résumés. Les mêmes effets sont obtenus avec des solutions métalliques, et notamment des solutions de cuivre et de manganèse (1) qu'a bien voulu nous préparer M. A. Trillat (2) et qui sont obtenues en précipitant un sel métallique par un alcali, en présence d'un colloïde, comme l'albumine, la gélatine ou même la gomme.

Jusqu'à un certain point, on peut comparer cette extrême division des métaux à l'état de la matière contenue dans le tube de Crookes. On sait que le vide détermine, dans les ampoules utilisées en radiologie, un état particulier de la matière que le chimiste anglais a dénommé *état radiant*, et dans lequel les atomes de l'air sont extrêmement écartés, ce qui leur permet des mouvements simples et les rend capables de mieux utiliser leur énergie. Dans les solutions précédentes, les atomes du métal, séparés à l'extrême, sont, en quelque sorte, libérés, autonomes dans leur activité et susceptibles ainsi de développer plus d'énergie. Il semble que ce ne soient pas l'or, l'argent, le palladium, le platine, etc., qui agissent en temps que corps spécifiques, mais bien de la *matière métallique à*

(1) Albert Robin et G. Bardet. — Action des métaux à l'état colloïdal et des oxydases artificielles sur l'évolution des maladies infectieuses (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 22 mars 1904).

(2) Les solutions d'or contiennent de 0 gr. 00009 à 0 gr. 0002 de métal par centimètre cube. Ce titre est plus fort du double environ pour les solutions d'argent, et plus faible pour celles du palladium.

(1) Les solutions de manganèse et de cuivre n'ont pu être obtenues encore par voie électrique, mais seulement par voie chimique. Celles de manganèse sont plus concentrées que les solutions métalliques électrolytiques. Leur titre est environ duodécuple de celles-ci.

(2) A. Trillat. — Influence activante d'une matière albuminoïde sur l'oxydation provoquée par le manganèse; *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 30 novembre 1903 et 11 janvier 1904. — Sur le rôle d'oxydases que peuvent jouer les sels manganeux en présence d'un colloïde. *Ibid.*, 1er février 1904.

l'état radiant. Absolument comme dans les ampoules électriques, il importe peu que le gaz soit de l'air raréfié ou de l'oxygène. La seule chose décisive, c'est que le vide soit poussé aussi loin que possible et que les atomes du gaz soient à leur maximum d'écartement.

Puisque je suis sur le terrain des hypothèses, pourquoi ne pas ajouter que ces notions font entrevoir le rôle jusqu'ici obscur, des traces de corps simples combinés à la matière organique dans les tissus vivants? Armand Gautier a trouvé de l'arsenic dans un grand nombre d'organes comme dans la plupart de nos aliments; l'iode est le métalloïde du corps thyroïde; le cuivre existe normalement dans le foie, le manganèse dans le sang, pendant que le fer se montre dans la plupart des éléments et des tissus, et que les plus récentes recherches semblent démontrer la présence d'un métal dans tous les ferments organiques.

On conçoit que ces corps simples, même aux doses si minimes auxquelles on les rencontre, soient capables d'influencer les réactions chimiques de la nutrition élémentaire. Il n'en faut pas davantage pour soulever un très petit coin du voile qui obscurcit l'œuvre de la vie et donner, si peu que ce soit, un certain corps au vieil emblème de la force vitale!

De même, l'action si énergique de ces métaux à l'état de traces infiniment petites permet de comprendre les effets thérapeutiques si remarquables de certaines eaux minérales dont la composition n'explique pas l'activité, et dans lesquelles M. Garrigou a rencontré des traces de métaux divers.

Et ne peut-on pas discuter encore si la présence du métal, infiniment divisé, n'est pas parallèle à de multiples fonctions vitales, et si cet état physique particulier de ce métal n'est pas l'un des intermédiaires qui unissent la matière organique à la matière organisée et même à la matière vivante?

III

Mais laissons les hypothèses et venons aux faits.

L'action dominante des ferments métalliques se résumant, pour l'instant, en une stimulation des phénomènes hydratants et oxydo-réducteurs corrélatifs d'un certain nombre d'actes vitaux, je me suis demandé si ces ferments n'étaient pas aptes à exercer des effets thérapeutiques dans les cas où ces actes sont compromis ou insuffisants.

Il importait donc de déterminer d'abord les états morbides où cette modalité du métabolisme se rencontre et de fixer ainsi le rôle de ces phénomènes hydratants et oxydo-réducteurs dans les évolutions pathologiques.

Parmi ces états morbides, je n'envisagerai aujourd'hui que la pneumonie.

Dans la *pneumonie infectieuse*, à terminaison fatale, le coefficient d'utilisation azotée tombe, en moyenne, à 68-73 °/₀, et la production d'urée est plus ou moins diminuée. Dans les cas qui guérissent, le coefficient varie de 77 à 82 °/₀ à la période d'état. Il s'élève, ainsi que l'urée, un peu avant la défervescence thermique (*décharge précritique*), pour croître encore au cours de celle-ci.

Comme, au même moment, l'oxygène total consommé diminue et que le quotient respiratoire augmente, ainsi que je l'ai observé avec Maurice Binet, il en résulte que la crise pneumonique coïncide avec une exagération des actes chimiques oxydo-réducteurs — traduisant l'énergie que l'organisme met dans sa défense — et que ceux-ci sont l'une des conditions de cette crise salutaire.

La similitude existant entre les phénomènes chimiques de la crise pneumonique spontanée et ceux provoqués par les ferments métalliques, légitimait la tentative d'une médication fonctionnelle destinée à mettre en train, à aider ou à accroître, à l'aide de ces ferments métalliques, les actes chimiques corrélatifs de la crise naturelle de la pneumonie.

Chimiquement, les résultats de l'injection sous-cutanée de cinq à dix centimètres cubes d'une solution métallique renfermant de 0 mm. 05 à 0 mm. 2, de principe actif, sont très nets: augmentation de l'urée, du coefficient d'utilisation azotée, de l'acide urique, décharge d'indoxyle.

Cliniquement, la défervescence thermique se produit six fois sur dix avant le septième jour. Elle est brusque dans huit cas sur dix, avec une chute variant de 1°6 à 2°5. Dans deux cas sur dix, elle est suivie, deux à trois jours après, d'une nouvelle poussée thermique, cédant aussitôt à une nouvelle injection.

Les signes physiques des lésions de la pneumonie montrent que celle-ci continue son évolution, malgré la chute de la température. La crise polyurique de la convalescence paraît retardée de quelques jours.

Je n'ai pas assez d'observations pour justifier une statistique: sur quatorze cas traités, il y a eu treize guérisons. Celui de mes malades qui a succombé avait fait sa défervescence le sixième jour. Il commençait à manger et ne se plaignait de rien, quand, le dixième jour, en se levant pour qu'on fît son lit, il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva de gros caillots obturant l'artère pulmonaire. Le cœur était mou, surchargé de graisse, sans lésions valvulaires. Le poumon était encore hépatisé; le foie était volumineux et congestionné.

Les ferments métalliques n'ont pas d'action sur la lésion pneumonique. Ils stimulent la réaction de l'organisme contre l'infection et ses produits toxiques. Leur utilité consiste dans l'aide qu'ils apportent aux procédés normaux de défense puisqu'ils superposent à ces réactions vitales et personnelles une activité parallèle qui se traduit par une plus rapide disparition des symptômes corrélatifs de l'infection.

Réduit à ce rôle de corroborant de la *vis medicatrix*, et aidant simplement la nature à se guérir, ce traitement fonctionnel ne saurait résumer le traitement de la pneumonie, puisqu'il ne sous-entend pas les diverses médications nécessitées par la survenance d'une complication, par une anormale prédominance symptomatique ou par les particularités de la lésion elle-même.

Au point de vue de la physiologie pathologique, il a fait ses preuves. Aux cliniciens de dire, après plus large emploi, s'il doit entrer régulièrement dans la thérapeutique de la pneumonie.

J'ai employé aussi les ferments métalliques dans un certain nombre de maladies infectieuses et dans quelques maladies de la nutrition. Mais les résultats de s'étant pas présentés aussi nettement que dans la pneumonie, j'en réserve l'étude pour une communication ultérieure; à ce moment, je pourrai joindre à mes propres recherches celles entreprises par quelques-uns de mes confrères.

IV

Avant de terminer, qu'il me soit permis de soulever une hypothèse.

J'ai traité quinze cas de pneumonie par le sérum anti-diphtéritique, le sérum normal du sang de cheval, le lacto-sérum de R. Blondel et les réductases extraites de la levure. Il y a eu treize guérisons et deux morts, l'une par abcès du poumon et péricardite, l'autre par néphrite pneumococcique. Dans ces cas, les effets de ces diverses préparations sur les réactions urinaires et sur la température furent calqués sur ceux des ferments métalliques, avec une intensité maximum pour le sérum antidiphtéritique et minimum pour le lacto-sérum.

S'il était démontré par des recherches plus nombreuses et plus approfondies, que les effets de ces sérums et des ferments métalliques sur le métabolisme sont identiques, ne serait-il pas préférable d'employer ces derniers dans le traitement des maladies justiciables de la médication fonctionnelle par hydratation et oxydo-réduction?

On peut se demander encore si les divers sérums ne doivent pas, en partie, leur action aux diastases hydratantes oxydo-réductrices qu'ils renferment; et si cette hypothèse passait à l'état de fait, il faudrait rechercher si les effets oxydo-réducteurs de celles-ci ne sont pas aussi fonction d'un métal dont il y aurait lieu de déterminer la nature et les proportions.

Devant l'imprévu et l'apparence presque paradoxale des faits que j'apporte, quelques critiques pourraient, de prime abord, être tentés de supposer que ces faits et les hypothèses qui tentent de les expliquer se rattacheraient aux vieilles rêveries métaphysiques avec lesquelles la médecine n'a rien à faire. Or, je ne pense pas que ces recherches démontrent l'existence d'une vertu médicatrice latente dans un médicament, non plus que la libération de cette vertu par l'extrême dilution.

J'ai été guidé par les phénomènes physiques récemment découverts (radioactivité, ionisation, mise en évidence de l'énergie atomique) et par des faits biologiques de haute importance (action des diastases et zymases, action des métaux divisés, phénomènes catalytiques). Par conséquent, loin de me livrer à la spéculation, je n'ai fait qu'une tentative d'application clinique des données nouvelles que la physique et la chimie ont introduites dans la science.

Je conclus :

1° Que les métaux divisés à l'extrême sont capables d'actions physiologiques considérables et hors de proportion avec la quantité du métal employé;

2° Que ces métaux, agissant à des doses que la thérapeutique considérait jusqu'à présent comme inactives et inutiles, impressionnant profondément des actes chimiques de la vie dont les déviations sont conjuguées à de nombreux états morbides, sont probablement destinés à prendre une place importante dans l'arsenal de la thérapeutique fonctionnelle.

FAITS CLINIQUES

Susceptibilités médicamenteuses

Par le Dr A. Melnotte

Ex-interne des hôpitaux de Nancy, aide major à Tabarka (Tunisie)

La succession en un bref délai de trois cas d'idiosyncrasies médicamenteuses chez trois sujets atteints d'affections dissemblables attira notre attention au mois de février : les deux premiers ne sont pas rares, mais le troisième a pu nous faire réfléchir un instant.

1° Cantharidisme. — Emile S..., âgé de douze ans, est atteint de broncho-pneumonie double, prédominante du côté gauche. Le traitement consiste en l'administration de sirop mêlé à la poudre d'ipéca, en l'application de ventouses scarifiées sur les points de broncho-pneumonie.

L'état va s'améliorant peu à peu : la fièvre commence à tomber. L'idée nous vient, au bout de quelques jours, de traiter particulièrement un point récalcitrant à gauche : un minuscule vésicatoire (5 centimètres sur 4) est appliqué en l'endroit à 10 heures du matin et laissé en place huit heures durant; la précaution élémentaire : saupoudrage à la poudre de camphre et au bicarbonate de soude a été prise auparavant.

Le vésicatoire est retiré; les cloques sont percées, l'épiderme coupé au ciseau. Le soir même, à 7 heures, l'enfant se plaint d'ardeur à la miction et de picotements à l'extrémité du gland.

Appelé à 5 heures le lendemain matin, j'apprends que la nuit a été très mauvaise : pollakyurie, urine très rare, sanguinolente, remplie de longs filaments; dysurie et ténesme considérables. Le jeune malade est couché en chien de fusil et se plaint très vivement de douleurs à la région lombaire. Pouls accéléré à 130 et respiration agitée. Quatre sangsues sont appliquées à l'endroit du périnée.

Le soir, sur l'insistance des parents, je suis sur le point de sonder : l'enfant souffre énormément à la région hypogastrique, indiquant lui-même le dessus du pubis comme centre de douleurs; température 38°5, grande sécheresse de la gorge.

La percussion de la vessie dénotant de l'anurie, l'idée du sondage est vite abandonnée. Suivant les conseils de Gübler, je prescris immédiatement le camphre à l'intérieur, selon la formule des hôpitaux de Paris.

Camphre pulvérisé...	0 gr. 50
Gomme pulvérisée...	5 gr.
P. gomm...........	125 gr.

par cuillerées toutes les heures.

Applications réitérées sur la surface désépidermisée, de pommade au camphre et au bicarbonate de soude : bains de siège à l'amidon toutes les trois heures; absorptions répétées, mais peu abondantes à la fois, d'eau de Vichy mêlée d'un peu de vin blanc, de tisane d'orge; dans chaque verre de boisson est surajoutée une pincée de bicarbonate de soude.

Le lendemain à midi, c'est-à-dire 36 heures environ après le début des accidents, la miction se fait sans trop de douleurs, peu abondante; l'urine renferme encore des filaments. A 4 heures, disparition des douleurs lombaires ainsi que des sensations de chatouillements à l'extrémité de la verge.

Le soir, à 8 heures, miction normale; plus de douleurs hypogastriques. Deux jours après ce jeune garçon, guéri, et de sa cystite et de sa broncho-pneumonie, entre en convalescence. L'urine, examinée huit jours après, ne présente ni filaments ni albumine.

2° Copahisme. — Marie R..., âgée de dix-huit ans, est atteinte de bronchite chronique suspecte depuis deux mois : quintes de toux assez fréquentes, longues, pénibles, se répétant matin et soir. Depuis quelque temps l'expectoration est singulièrement abondante et légèrement fétide; à de certains moments, assez rares, cependant, la toux n'amène que des crachats spumeux. L'auscultation dénota, des deux côtés de la poitrine, des râles ronflants et sibilants, des râles muqueux à grosses bulles, des râles en corde basse. Pas de fièvre.

Sans parler des médications précédentes, je prescris, le 13 février, la préparation suivante :

Copahu..............	ãã 0 gr. 30 centigr.
Essence térébenthine.	
Goudron...........	

pour un bol n° 30. Prendre un bol à chaque repas.

Le 14 février, 2 capsules sont ingérées; le 15 février, deux également. Le 16 au matin, en arrivant, je perçois sur les physionomies de l'entourage une grande déconvenue : on me parle de scarlatine.

La malade, examinée, présente une éruption roséoliforme localisée exclusivement à la paume des mains et à la plante des pieds. Ce sont de petites taches érythémateuses, sans relief, de la dimension moyenne d'une pièce de cinquante centimes, assez rapprochées, mais non confluentes, pâlissant légèrement au frottement du doigt, et ne dépassant nullement, dans leur répartition, les bords des faces de flexion. Pas de démangeaisons ni de picotements. Il n'y a pas eu d'intolérance gastrique : quelques rares éructations. Quoique cette personne ne se soit pas plainte des reins, les urines prélevées le soir sont examinées : pas d'albumine.

Interruption nette du traitement par les bols. Le 17 au matin, la malade, revue, présente une desquamation superficielle; l'éruption a fortement pâli et les contours des macules ne sont plus très nets : le 17 au soir, elle a complètement disparu.

Est-il permis de parler ici d'accumulation? Les 5 bols absorbés représentent 5×0 gr. 30 = 1 gr. 50 de copahu. Or, ce

balsamique se donne, on le sait, à la dose journalière minima de 1 à 2 gr.

Quoi qu'il en soit, ce qui nous a paru le plus curieux en cette occasion, c'est la localisation exclusive de l'éruption à la paume des mains et à la plante des pieds.

3° Iodisme. — Le troisième cas concerne un chasseur de la 1re compagnie du 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. A..., âgé de vingt trois ans, nous a signalé, à la visite d'incorporation, des antécédents syphilitiques; l'accident initial remonte à six ans, le traitement a été suivi assez régulièrement. Au pénitentier A... prenait encore, un mois sur trois, une cuillerée à bouche de sirop de Gibert. Son nom et son histoire médicale ont été, dès son arrivée, consignés sur un carnet individuel tenu sous clef, comme il est prescrit.

A partir du 20 décembre 2 pilules de protoiodure de mercure à 0 gr. 05 sont prises quotidiennement pendant vingt jours.

A...venant à la visite, le 20 février, comme il le lui a été prescrit, l'examen de la bouche dénote deux petites plaques muqueuses ulcérées dont l'une à la face interne de la joue gauche et l'autre a la commissure labiale droite. Le traitement consiste en attouchements au nitrate d'argent et en l'administration d'un gramme d'iodure de potassium le premier jour, 2 gr. le second jour.

Le 21 février même, à 4 heures du soir, c'est-à-dire le deuxième jour de la cure iodurée, je suis appelé en toute hâte au camp : le chasseur A... suffoque, me dit-on.

A mon arrivée, cet homme offre, en effet, un aspect inquiétant : face rouge violacée, exophtalmie considérable avec injection vasculaire des conjonctives; le nez est tuméfié, les narines suintantes et érythemateuses.

L'ouverture de la bouche, assez pénible à pratiquer, laisse entrevoir une luette énorme plongeant en arrière dans le pharynx, œdème accentué du voile du palais et des piliers. Ni glossite, ni gingivite. Respiration accélérée (24 à la minute) avec tirage et cornage; pouls à 84, régulier, égal, mais de faible intensité; température normale.

Après une courte enquête, nous reconnaissons là les manifestations de l'iodisme aigu, et nous nous remettons de nos inquiétudes.

A..., revu à 8 heures le soir, n'a plus que 20 respirations à la minute ; la teinte vineuse du visage a disparu, l'exophtalmie est moins prononcée et le pouls normal. Le lendemain, 22 février, à 8 heures du matin, cet homme présente son aspect accoutumé.

Notons ici l'absence de toute éruption acnéique. Il eut été intéressant de savoir si, comme on le prétend classiquement, les deux tiers des 2 gr. d'iodure ont été, le cas échéant, éliminés par les urines à l'état d'iodure de sodium. L'élimination nous a paru ici être surtout oculo-naso-pharyngée.

Peu confiant en l'administration de doses élevées d'emblée, moyen donné par quelques auteurs, pour éviter ces accidents de l'iodisme dus aux petites doses, nous avons préféré interrompre brutalement la cure iodurée.

Quelques jours après, le traitement mixte a été institué et, chose curieuse, n'a pas occasionné d'accidents, comme au pénitentier, d'ailleurs, avant l'incorporation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de novembre

Les échanges nutritifs dans quelques dermatoses

MM. A. Desgrez et J. Ayrignac poursuivent depuis plusieurs années, dans le service de M. Brocq, une série de recherches relatives aux modifications des échanges nutritifs dans les dermatoses. Les malades sur lesquels ont porté leurs investigations étaient, pour la plupart, des femmes d'âge, d'origine, de conditions sociales et d'antécédents morbides différents. Les lésions cutanées présentaient un caractère de gravité et une étendue qui étaient de même très variables. Les malades étaient placées dans des conditions d'hygiène identiques, soumises à un régime alimentaire constant comme qualité, mais dont la composition était rigoureusement déterminée par les analyses.

Or, les auteurs ont constaté que le degré de corpulence de ces sujets ne dépassait la moyenne que dans un tiers environ des cas. Il n'en était pas de même de l'adiposité, qui a été trouvée notablement accrue chez 53 %. Ce résultat, fourni surtout par les eczémas, constitue un nouvel argument en faveur de la parenté existant entre l'obésité et ces dermatoses. L'excitation catalytique était, de même, supérieure à la normale dans 89 % des cas. Il y avait, en outre, abaissement du rapport azoturique dans 50 % des cas étudiés. Parmi les produits azotés incomplètement détruits, les dosages assignèrent, en général, à l'acide urique, une place prépondérante.

Le diagnostic expérimental de la rage avec les centres nerveux putréfiés

Le diagnostic expérimental de la rage, si facile à réaliser dans les conditions normales par l'inoculation des centres nerveux de l'animal suspect, sous la dure-mère ou dans l'œil du lapin, est rendu souvent impossible par suite de l'envoi au laboratoire de cadavres d'animaux putréfiés. Cet accident se produit toutes les fois que cet envoi est fait tardivement. Dans les pays chauds, la putréfaction est si rapide en été qu'elle ne peut être alors pratiquement évitée. Les lapins inoculés avec de tels produits meurent généralement en un à quatre jours, de phénomènes septiques ; plus rarement, ils maigrissent, se cachectisent et finissent par succomber lentement.

C'est pour avoir maintes fois constaté ces résultats que **M. Charles Nicolle** (de Tunis) a eu l'idée de mettre à profit les propriétés, à la fois conservatrices vis-à-vis du virus rabique et antiseptiques vis-à vis de la plupart des autres germes, que présente la glycérine.

Les résultats qu'il a obtenus par l'application de ce procédé, quoique peu nombreux encore, lui paraissent assez concluants pour mériter d'être publiés. En effet, pendant cette période, sur 7 cerveaux parvenus à son laboratoire dans un état de putréfaction souvent très avancée et inoculés dans l'œil ou sous la dure-mère du lapin, après un séjour de quarante-huit heures dans la glycérine, un seul a déterminé la mort de l'animal par septicémie. Dans 5 cas, l'inoculation fut suivie de l'apparition de symptômes rabiques caractéristiques ; dans un cas, le diagnostic fut négatif.

Ces résultats l'ont amené à adopter pour le diagnostic expérimental de la rage une règle nouvelle. Il ne pratique jamais l'inoculation immédiate au lapin des centres nerveux de l'animal suspect ; il fait subir à ceux-ci, dans tous les cas, une immersion préalable de quarante-huit heures dans la glycérine stérilisée. Cette méthode, très simple, lui paraît devoir rendre des services en pratique.

Sur l'action cardiaque directe du nitrite d'amyle, indépendante de la dépression artérielle

Il résulte des expériences entreprises depuis longtemps par **M. François Franck** sur ce sujet, que si le nitrite d'amyle agit comme vaso-dilatateur sur les vaisseaux périphériques, il agit de même, *et d'une façon indépendante*, sur le cœur, pour y provoquer, par une action également périphérique, la tachycardie, associée à d'autres modifications fonctionnelles. Par suite, M. François Franck déclare ne pouvoir partager sur ce point les idées émises par M. Vaquez, et d'après lesquelles la tachycardie nitro-amylique serait subordonnée à la dépression artérielle nitro-amylique. C'est donc à une action myocardite indépendante qu'est due la tachycardie amylique. Au surplus, ajoute l'auteur, « le cœur isolé, recevant du sang défibriné normal et fonctionnant dans un milieu où circulent des vapeurs nitro-amyliques, se comporte exactement comme quand le nitrite d'amyle est mélangé au sang qu'il reçoit. »

Tuberculose expérimentale de l'endocarde

Jusqu'ici, Michaëlis et Blum sont seuls parvenus à provoquer expérimentalement la tuberculose de l'endocarde. En associant à l'injection intra-veineuse de bacilles un traumatisme des valvules aortiques réalisé par la voie intra-carotidienne, ces auteurs ont déterminé une « endocardite verruqueuse » ; la lésion consistait en des végétations verru-

queuses tendres, de la grosseur d'une lentille, contenant des bacilles de Koch; dans un cas, un follicule typique existait au milieu de la néoformation.

Or, **MM. L. Bernard** et **M. Salomon** ont obtenu des lésions tuberculeuses de l'endocarde, *sans traumatiser les valvules des orifices*, par injection directe du bacille de Koch dans les voies artérielles.

Voici les conclusions de leurs recherches.

1° Sans traumatiser les valvules, on peut reproduire expérimentalement la tuberculose de l'endocarde, soit par l'injection directe du bacille dans le cœur, soit par l'injection carotidienne après suppression fonctionnelle d'un rein; 2° les lésions expérimentales de l'endocarde n'ont pas, malgré leur aspect macroscopique, la constitution histologique typique des formations tuberculeuses. Elles se rapprochent, par là, de celles qui ont été constatées dans la tuberculose de l'endocarde chez l'homme, car des faits récents semblent montrer que le bacille de Koch provoque sur l'endocarde une réaction inflammatoire, fibrineuse, et non une réaction spécifique, folliculaire; 3° cette réaction particulière de l'endocarde au bacille de Koch est mise en pleine lumière par ce fait que, dans les mêmes expériences, le même bacille a provoqué sous le péricarde et dans le myocarde (sans doute par inoculation au cours du traumatisme) des follicules tuberculeux typiques. Chaque milieu organique réagit donc à sa manière au bacille de Koch.

L'hépatalgie diabétique

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet. — Longtemps considéré comme normal chez les diabétiques, le foie est pourtant fréquemment altéré. Or, parmi les symptômes hépatiques dans le diabète, l'hépatalgie nous semble particulièrement significative, bien que n'ayant pas, jusqu'à présent, suffisamment retenu l'attention. Certains médecins, comme Lécorché, comme Glénard, ont bien noté que le diabétique accusait, dans certains cas, une sensation de pesanteur et d'endolorissement dans la région du foie, et que, quelquefois, l'exploration de cet organe provoquait une douleur plus ou moins marquée, mais cette notion n'est pas devenue classique.

Les faits que nous avons relevés nous portent, au contraire, à penser que parmi les symptômes du diabète, et surtout parmi les symptômes hépatiques, l'hépatalgie mérite d'être bien connue.

La douleur a une intensité très variable; souvent, c'est une simple fatigue, une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit qu'accusent les malades. Ils disent « sentir leur foie ». Cette pesanteur peut remonter à de longues années en arrière et précéder les premiers symptômes du diabète; plus souvent, elle est d'apparition plus récente. Vient-on, dans ces cas, à palper le foie, la palpation provoque ordinairement une certaine sensibilité, d'autant plus appréciable qu'au niveau de l'hypocondre gauche il n'existe rien de semblable.

Dans d'autres cas, la douleur est plus accentuée. On note parfois, alors, une sensibilité de la région, assez vive pour gêner l'exploration du foie et empêcher sa délimitation exacte. Cette sensibilité peut égaler par son intensité la douleur de la congestion hépatique d'origine cardiaque, tout en restant communément moins vive.

L'état du foie peut n'être pas très modifié.

L'hépatalgie diabétique n'est donc pas douteuse, et la pénurie des symptômes objectifs au cours du diabète donne à sa constatation une signification spéciale.

Deux hypothèses peuvent être émises pour expliquer cette hépatalgie. Elle peut être la conséquence de l'altération hépatique préalable au diabète; elle peut être directement en relations avec le travail excessif imposé au foie par le diabète.

La rate hépatique

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet. — Parmi les causes susceptibles d'entraîner des modifications de volume de la rate, les maladies du foie occupent une place considérable. Toutefois, on leur fait jouer souvent un rôle plus restreint que celui qu'elles ont en réalité, soit que l'on soutienne que les lésions de la rate marchent de pair avec celles du foie sous l'influence d'une même cause morbide, soit que l'on admette le caractère primitif de la splénopathie et qu'on place sous sa dépendance l'affection hépatique. Pour nous, au contraire, l'observation des faits permet d'étendre le rôle du foie dans la production des affections de la rate et de décrire une rate hépatique.

Les *symptômes* qui la traduisent varient suivant les cas et le degré de la réaction splénique, mais non suivant la nature de l'affection hépatique. Le plus souvent il y a *splénomégalie* légère ou très marquée, parfois énorme. Elle s'accompagne souvent de modifications dans la consistance de l'organe, qui devient plus tendu, plus dur, quelquefois même de consistance pierreuse.

Parfois la splénomégalie est indolente et c'est l'exploration seule qui la fait constater. Plus souvent elle s'accompagne de gêne, de pesanteur dans l'hypocondre gauche; quelquefois le malade accuse un véritable *point de côté splénique*. La palpation, ordinairement facile et indolente, peut être gênée par la *splénalgie*, lorsque celle-ci est prononcée.

La splénomégalie peut aller en augmentant avec le progrès de l'affection hépatique causale. Elle peut, aussi, après avoir acquis un certain volume — souvent hors de proportion avec l'hépatomégalie — rester stationnaire. Mais elle se modifie souvent aussi brusquement, soit du fait d'une affection intercurrente, soit surtout du fait d'hémorragies gastro-intestinales.

Les lésions de la rate hépatique varient suivant l'ancienneté de la splénomégalie. Si l'hypertrophie est récente, ce sont les lésions congestives qui dominent; dans le cas contraire, ce sont les lésions fibreuses. Il y a donc deux étapes successives d'un même processus.

Les affections hépatiques qui entraînent ces altérations de la rate sont très nombreuses, mais ce sont surtout celles qui ont leur point de départ dans une altération veineuse ou biliaire.

La congestion passive est l'élément dominant dans la production de la rate hépatique.

Le sérum antituberculeux exerce-t-il une influence sur la marche de la température au cours de la tuberculose expérimentale?

M. F. Arloing. — Diverses théories ont été émises pour expliquer la fièvre au cours de l'infection tuberculeuse aiguë. L'une des plus généralement adoptées est celle qui fait de ce symptôme l'aboutissant de l'action pyrétogène de la tuberculine sur l'économie du tuberculisé, du moins dans les cas de tuberculose pure, sans adjonction de microbes pyogènes ou saprophytes. Nous nous sommes proposé, en conséquence, d'observer quelle action exercerait, sur la température d'un animal rendu expérimentalement tuberculeux, un sérum antitoxique vis-à-vis de la tuberculine, c'est-à-dire un sérum antituberculineux (sérum du prof. Arloing). Le produit que nous avons employé dans ces expériences a été préparé par nous au moyen d'injections répétées sous-cutanées de bacilles tuberculeux faites à des vaches et à des chèvres; il était doué, *in vitro*, d'un fort pouvoir antitoxique pour la tuberculine. Or, malgré ses propriétés antitoxiques et neutralisantes vis-à-vis de la tuberculine, *il n'a exercé aucune influence modificatrice du tracé thermique* dans deux cas d'infection tuberculeuse expérimentale aiguë, pure de toute contamination saprophytique ou pyogène.

Bien qu'il ait été inoculé à la dose totale de 10 cc, donnés soit par fractions quinze fois répétées de 2 cc, soit à dose massive de 10, et que le traitement sérothérapique ait été poursuivi par périodes sériées, correspondant au développement de l'infection chez le sujet, ou à l'évolution des lésions tuberculeuses expérimentales, jamais l'acmé thermique initiale ou le plateau de la période d'état n'ont été influencés.

Le sérum s'est montré également inactif sur le développement des lésions tuberculeuses.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 décembre

Radiothérapie

M. Bissérié. — Les insuccès de la radiothérapie dans les tumeurs profondes sont

dus exclusivement à ce que les rayons ne pénètrent pas suffisamment. Expérimentalement, les rayons 1 à 5 ont produit identiquement les mêmes effets que les rayons 5 à 10; ils ne provoquent pas plus d'irritation cutanée.

M. Sabouraud. — C'est la somme totale des rayons absorbés et non leur degré de pénétration qui les rend plus ou moins nocifs. Quant aux tumeurs profondes, elles sont rebelles uniquement parce qu'on ne peut pas y faire pénétrer une dose suffisante de rayons. Si ces mêmes tumeurs étaient situées superficiellement, elles guériraient facilement.

M. Darier. — Cette assertion ne me semble pas justifiée. Je ne nie pas l'influence possible des rayons X sur les tumeurs du sein, mais je ne crois pas que toutes les formes d'épithélioma se comportent de la même façon sous l'influence de la radiothérapie. Tous les cas de guérison dont j'ai connaissance avaient trait aux variétés baso-cellulaires et neuro-cellulaires. Au contraire, dans l'épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques, ou cancroïde vulgaire, je ne connais pas un cas de succès.

M. Bodin. — J'ai obtenu une guérison complète dans un cas d'ulcus rodens à globes épidermiques.

M. Darier. — Les globes épidermiques ne suffisent pas à spécifier le type auquel je fais allusion : je veux dire le type spino-cellulaire.

M. Jacquet demande où en est la question des cancers de la langue.

M. Balzer. — J'ai en ce moment une femme atteinte de mastite épithéliomateuse, M. Nélaton hésite à l'opérer, parce que, en pareil cas, les récidives sont immédiates, quelle ligne de conduite doit on tenir?

M. Béclère. — J'ai soigné quarante-cinq cancers du sein, et je puis affirmer que toujours la radiothérapie a été bienfaisante; si elle n'a pas amené la guérison, du moins elle a soulagé les souffrances, amélioré l'état local et adouci la fin des malades. Si les résultats ne sont pas plus brillants dans les cancers profonds, c'est uniquement parce que les rayons ne pénètrent pas en quantité suffisante. A 4 ou 5 centimètres de profondeur, ils ne pénètrent plus que le quart de la dose qui atteint la peau. En pareil cas, il faut employer des ampoules dures et filtrer les rayons au moyen d'une plaque d'aluminium d'un millimètre qui arrête les rayons les moins pénétrants.

M. Bissérié. — Dans les cancers de la langue les résultats sont très médiocres.

M. Béclère. — J'ai pourtant un cas de guérison, mais il s'agissait d'une tumeur petite et pédiculée que j'ai enlevée à l'anse galvanique avant de faire agir les rayons X.

M. Bodin montre les photographies de deux cas d'épithélioma du type ulcus rodens, complètement guéris par les rayons X. Dans les teignes et le favus il obtient aussi des résultats excellents, il se sert de protecteurs en plomb à orifice rectangulaire, ce qui permet de raccorder beaucoup plus facilement les surfaces traitées dans les séances successives. On évite ainsi les zones d'alopécie définitive qui se produisent quelquefois quand on emploie des plaques à fenêtre ronde, et qu'il y a chevauchement partiel de deux cercles d'application consécutifs.

Lichen plan corné d'origine émotive

M. Gaston. — Il s'agit d'un malade qui, s'étant frotté au savon noir, fut atteint d'une éruption presque généralisée. Sur ces entrefaites, il eut une émotion violente et huit jours après il était couvert de lichen plan typique. Quatre semaines après, à la suite d'une nouvelle émotion, il vit se développer de larges placards de lichen corné.

M. Darier. — J'ai vu des cas de lichen corné où il n'y a jamais eu d'éléments de lichen plan. Au point de vue histologique, les deux affections présentent des différences notables, si bien que je me demande si le lichen corné est une simple variété du lichen plan ou s'il constitue une maladie distincte.

M. Brocq. — J'ai déjà posé la question dans mon article « lichen » de la « pratique dermatologique ». Je crois aussi que le lichen corné peut se développer sans qu'on puisse constater aucun élément de lichen plan.

Maladie de Duhring-Brocq

MM. Hallopeau et Norero. — Deux particularités sont à noter chez cette malade : le développement des bulles à liquide limpide, sans trace de réaction à leur pourtour, et leur direction en série oblique dans la région dorsale; ces deux faits conduisant à considérer comme très vraisemblable l'origine tropho-névrotique de cette maladie. On ne conçoit guère une intoxication intense, comme l'indiquerait la grande abondance de l'éruption sur toutes les parties du corps sans troubles de la santé générale; d'autre part, les éruptions bulleuses par toxémie ne sont pas, d'habitude, aphlegmasiques ; au contraire, on voit se produire dans le zona, maladie tropho-névrotique, des vésicules sans trace de rougeur à leur pourtour. Il s'agit donc, vraisemblablement, d'une tropho-névrose.

M. Darier. — On attribuait, autrefois, à l'apparition des bulles sur la peau saine un caractère de gravité. Cette hypothèse ne se vérifie pas dans le cas actuel. Quant à la topographie de l'éruption, j'ai déjà observé sur le thorax cette disposition vestimentaire en forme de boléro, peut-être est-elle en rapport avec l'origine nerveuse de la maladie.

M. Brocq. — Je n'ai observé que rarement un aspect aussi eczémateux et impétigineux dans la maladie de Duhring. Quant à la disposition en bandes sur le thorax, elle existe dans beaucoup de dermatoses, notamment dans la syphilis et les toxi-infections.

Parakératosis variegata

M. Hudelot. — La maladie a débuté chez cette femme, il y a six ans, sous l'apparence de lésions eczémateuses des mains et des bras; mais leur fixité, leur résistance à tous les traitements, leur donne une allure bien spéciale. Actuellement, il existe des taches rouges prurigineuses, quelques-unes avec un bord circiné et saillant rappelant le psoriasis. Une biopsie montre que les lésions sont très légères ; elles consistent surtout en dilatations vasculaires de l'extrémité des papilles et en infiltrations de lymphocytes dans une sorte de tissu réticulé. On ne peut admettre, en somme, ni le diagnostic de psoriasis, ni celui de lichen ; et, la syphilis étant éliminée, nous pensons qu'il s'agit d'une forme un peu spéciale se rattachant aux para-psoriasis de Brocq et à la parakératosis variegata de Unna.

M. Brocq. — Les faits pour lesquels j'ai proposé le nom de parapsoriasis, lichen variégatus des Anglais, parakératosis variégata de Unna, présentent trois variétés : lichénoïde, papulosquameuse et érythémato-squameuse en larges plaques. C'est au premier de ces types qu'appartient le fait de M. Hudelo. Le lichen plan ne me paraît guère admissible et l'aspect lichénoïde est bien plutôt dû à une lichénification secondaire. En somme, c'est l'histologie qui doit prononcer en dernier ressort.

M. Darier. — L'infiltration lymphocytaire et l'aspect réticulé pourraient faire penser au mycosis.

M. Brocq. — Cette remarque est très importante, car on sait que plusieurs des faits qui ont été étiquetés parakératosis variégata ont finalement abouti au mycosis.

Iodisme ou tuberculides

M. Hudelo. — Ce malade a été présenté à plusieurs reprises à la Société pour des lésions hémorragiques siégeant avec prédilection sur le sommet des articulations des doigts. M. Hallopeau a déposé, au Muséum, un moulage de la main sous le nom de iodisme purpurique et scléreux. Ce diagnostic vient d'être confirmé, car le malade a eu une poussée intense après l'application d'un petit pansement à l'iodoforme. Néanmoins, l'aspect objectif qui rappelle de si près l'angiokératome et l'histologie un peu spéciale des lésions nous font penser qu'il s'agit de tuberculides et que l'iode n'intervient que comme cause occasionnelle de l'éruption.

Hérédo-syphilis

M. Danlos. — Voici une jeune fille qui présente une syphilide mutilante du nez. Or, elle est vierge et nous ne retrouvons, chez elle, aucune trace d'accident primitif ou secondaire. Au contraire, il y a des présomptions en faveur de l'hérédo-syphilis. La syphilis pigmentaire qui se

voit sur le cou est-elle inconciliable avec cette hypothèse?

MM. Brocq et **Renault** n'ont jamais vu la syphilis pigmentaire chez les hérédo-syphilitiques.

Amélioration rapide et considérable d'un lichen plan cutané et buccal par le permanganate de potasse

MM. Hallopeau et Norero. — Les plaques laiteuses de la langue et des joues que l'on observe dans cette maladie sont des plus rebelles au traitement; elles ont résisté jusqu'ici à toutes les médications locales, y compris les cautérisations avec le nitrate acide de mercure et l'acide chromique. L'amélioration constatée par les auteurs a été telle chez cette malade que l'on est en droit d'attribuer au permanganate une action spécifique sur l'agent pathogène encore indéterminé de cette maladie.

Dr P. Déhu.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 28 novembre

De la prostatectomie

M. Desnos. — La période d'hésitation est passée et cette opération est entrée dans la pratique. Les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet au dernier Congrès d'urologie ont permis de fixer les indications et de bien connaître les résultats. Si la majorité des prostatiques reste encore justiciable de la sonde, un grand nombre trouvent un soulagement dans une opération radicale.

Une prostatectomie préventive est rarement indiquée. En enlevant de bonne heure l'obstacle prostatique,on met, il est vrai, la vessie à l'abri d'une distension et de ses conséquences; mais beaucoup de vieillards vivent longtemps avec une grosse prostate, sans que leur état local ou général en soit vraiment menacé. On ne pourrait justifier cette opération, très precoce, que s'il était démontré que les dégénérescences cancéreuses sont fréquentes dans l'hypertrophie et qu'il soit possible d'empêcher le développement et la généralisation du cancer par une prostatectomie hâtive.

Un état général mauvais crée une contre-indication; cependant, un prostatique dont la vessie est distendue, infectée ou non, se relève souvent lorsque des soins locaux ou généraux lui sont donnés dans de bonnes conditions; le degré des lésions rénales doit surtout être déterminé avec exactitude.

La rétention est considérée, ordinairement, comme l'élément principal de la décision opératoire: cela est trop absolu, et il faut considérer la marche de cette rétention. Si elle est récente, surtout si elle s'est produite brusquement, il faut attendre, car elle peut céder spontanément. Au contraire, les rétentions chroniques commandent la prostatectomie lorsque la vessie commence à se distendre, quand le malade souffre ou supporte une gêne mictionnelle considérable. Dans ces cas, on peut opérer, même avec une rétention légère, bien que les symptômes mictionnels soient très douloureux et résistent à des traitements rationnels.

Il faut, d'ailleurs, faire la part des cas où l'opération s'impose et ceux où elle est facultative. Dans bien des cas le cathétérisme paraît suffisant; on peut attendre, mais il ne faut pas temporiser trop longtemps car on risque de laisser passer l'âge où une opération aurait été possible, et de voir tout à coup apparaître des accidents qu'une opération précoce aurait sans doute conjurés. L'infection de la vessie rend les indications plus urgentes, et lorsqu'on voit qu'elle résiste à une antisepsie convenablement dirigée,il faut opérer. Les difficultés du cathétérisme rendent la prostatectomie obligatoire dans bien des cas. Eux aussi peuvent quelquefois être évités par des manœuvres de petite chirurgie; mais le fait est rare et une prostatectomie, tout au moins partielle, doit être pratiquée quand l'introduction de la sonde reste laborieuse.

Dans tous ces cas, la prostatectomie est efficace et procure guérison ou soulagement. La grande majorité des observations nous montre que la rétention cesse et avec elle la fréquence et la douleur; l'état général se relève. La mortalité, d'après la statistique de Watson, qui est la plus étendue et qui porte sur 530 cas, est de 6 %.

La plupart du temps, la génitalité disparaît après ablation totale de la prostate, mais la conservation d'une certaine partie du tissu prostatique obvie à cet inconvénient.

M. Pichevin demande s'il n'y a pas des contre-indications en ce qui concerne les voies urinaires supérieures, s'il n'y a pas des altérations rénales méconnues suivies d'accidents graves.

M. Guillon — Les indications de la prostatectomie peuvent être limitées; il est certain que, dans certains milieux, chez un malade aisé qui peut se faire soigner selon toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, l'indication est très restreinte; chez d'autres, et notamment dans la classe pauvre, elle est formelle. D'autre part, il est reconnu aujourd'hui qu'à la suite de la prostatectomie, la génitalité diminue dans la majorité des cas

M. Minet croit que la prostatectomie est formellement indiquée dans les rétentions complètes chroniques, de même qu'à la suite de récidives de calculs après lithothrities. On n'a pas insisté assez sur l'indication tirée de la suppuration chronique de la prostate: cette suppuration s'étend et crée une cause permanente d'infection ascendante; les uns ont des abcès latents, les autres des suppurations urétrales chroniques. Il y a, dans ces cas, une indication des plus nettes.

M. Berthod demande le temps nécessaire pour la guérison après la prostatectomie, et la mortalité consécutive.

M. Desnos. — Les prostatiques dont les reins sont pris sont ceux auxquels il ne faut pas toucher; ces mauvais fonctionnements des reins peuvent être facilement décelés par l'analyse chimique des urines, par la cystoscopie et par la clinique.

Les abcès chroniques de la prostate sont bien des indications formelles de la prostatectomie, car il faut donner issue au pus.

Après l'opération, il faut à peu près quatre semaines pour avoir la fermeture complète. La mortalité opératoire est, en moyenne, de 7,5 %.

Dr Gidon.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 1er décembre

Un cas de poliomyélite curable

MM. Raymond et Guillain présentent un malade qui est actuellement guéri, mais qui a présenté des symptômes nerveux qui ont pu faire craindre, au début, des accidents très graves. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui s'adonnait avec excès aux exercices et aux concours de gymnastique. Il fut pris, au mois de janvier 1904, en quelques jours, sans maladie infectieuse ou intoxication antérieure, d'une paralysie des membres supérieurs, surtout de la racine des membres. Quand nous avons examiné, quelques semaines après, ce malade, nous avons constaté la paralysie absolue des muscles de la région antérieure et postérieure de l'avant-bras, la paralysie des muscles deltoïdes et de la ceinture scapulaire des muscles pectoraux.

L'atrophie musculaire avait été rapide, les membres avaient diminué de 7 à 8 centimètres depuis quelques semaines. Aux membres inférieurs les quadriceps fémoraux étaient très amaigris, la marche était difficile. Les réflexes rotuliens, achilléens, les réflexes des membres supérieurs étaient complètement abolis. On voyait des contractions fibrillaires sur les différents muscles en voie d'atrophie.

Ajoutons qu'il n'y avait aucun trouble de la sensibilité, pas de signes de paralysie bulbaire. Tous ces symptômes semblaient indiquer l'existence d'une atrophie musculaire à marche rapide, d'une poliomyélite ou d'une polynévrite. On pouvait porter un pronostic grave. Au bout de deux mois, l'amélioration fut progressive. Aujourd'hui le malade a repris un aspect normal, les réflexes sont devenus normaux, les muscles ont repris leur grande puissance ancienne.

Dans ce cas, les produits toxiques créés par la fatigue ont, sans doute, amené une intoxication soit des cellules de la corne antérieure de la moelle, soit des nerfs périphériques, soit des muscles, et ont

créé le syndrome constaté chez le malade.

On peut donc observer des formes curables de poliomyélonévrites chez certains sujets qui présentent en apparence une symptomatologie grave.

Myopathie hypertrophique consécutive à la fièvre typhoïde

M. Babinsky présente une jeune fille qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, il y a cinq ans, a été atteinte d'une affection du membre supérieur droit, qui se serait atténuée depuis le début, mais qui est encore fort gênante et se manifeste par les phénomènes suivants. Une hypertrophie musculaire vraie occupant tout le membre, sauf la main, prédominant à la racine et s'associant à l'avant-bras avec une atrophie de quelques muscles de la région postérieure. Une augmentation de la consistance des muscles, qui sont plus durs que du côté sain. Une déformation du membre, qui paraît liée à l'atrophie des muscles qui étendent la main sur le bras, à la raideur et à l'hypertrophie des autres muscles. Une diminution de la contractilité électrique des muscles sans D R. Une hyperexcitabilité musculaire vis-à-vis des incitations volitionnelles, d'où dérive une exagération de la synergie physiologique. Une augmentation de la puissance des muscles, sauf de ceux de la région postérieure de l'avant-bras et de la main; l'adduction du bras en particulier, est bien plus intense à droite qu'à gauche. Une gêne dans l'accomplissement de la plupart des mouvements, qui est facile à interpréter en ce qui concerne les mouvements d'extension de la main sur l'avant-bras, mais qui paraît paradoxale pour les mouvements qu'exécutent les muscles du bras et de l'épaule qui sont hypertrophiés et dont la vigueur est augmentée; ce trouble paraît principalement dû à l'exagération de la synergie physiologique, à la contraction excessive des muscles antagonistes dans les mouvements volitionnels.

Il s'agit, dans ce cas, non d'une hémiplégie ou d'une monoplégie brachiales liées à une lésion du système nerveux central, mais bien d'une myopathie, primitive ou consécutive à une altération vasculaire typhique,à laquelle il convient de donner l'épithète d'hypertrophique.

Hémiplégie spasmodique infantile (paralysie post-spasmodique)

M. Babinski présente une jeune fille, âgée de vingt-six ans, atteinte, depuis l'âge d'un an, de troubles de motilité occupant le côté droit du corps. Ce qui frappe surtout l'attention, c'est, d'une part, une atrophie du membre inférieur avec déformation du pied en varus équin, rendant la marche très difficile; ce sont, d'autre part, des mouvements involontaires du membre supérieur, apparaissant sous forme d'accès d'une durée de 5 à 10 secondes, et caractérisés par des spasmes donnant lieu tour à tour à de la rotation en dedans et en dehors, ainsi qu'à de l'abduction et de l'adduction du bras, à de la flexion et à de l'extension de l'avant-bras sur le bras, du poignet sur l'avant-bras, et des doigts sur la main. Les doigts s'écartent parfois les uns des autres et prennent alors une attitude qui rappelle celle de l'athétose. Ces mouvements s'opèrent avec rapidité, sont violents, et certains d'entre eux, en particulier l'extension de l'avant-bras sur le bras, peuvent persister plusieurs secondes.

Il s'agit d'un cas d'hémiplégie spasmodique infantile, et il existe des signes qui permettent de dire que le système pyramidal est atteint dans une certaine mesure.Mais, et c'est là le point le plus intéressant de cette observation, la paralysie du membre supérieur a des caractères qui la distinguent des paralysies vulgaires liées à une altération du système pyramidal; la fluctuation dans l'intensité de la paralysie, la prolongation du temps de réaction volontaire, l'état des réflexes tendineux qui ne sont presque pas exagérés lui donnent un cachet spécial; comme on l'a vu, elle semble subordonnée aux spasmes, et on peut, pour ce motif, lui donner la dénomination de paralysie post-spasmodique.

Sclérose en plaques juvénile

MM. Dupré et **Garnier** rapportent une observation de sclérose en plaques, à marche subaiguë, ayant débuté il y a six mois, sans aucun antécédent familial ou personnel saisissable, chez un jeune garçon de dix-neuf ans. Début par crampe dans l'avant-bras droit et apparition successive du tremblement intentionnel, de la parésie spasmodique des membres inférieurs, des vertiges, de la dysarthrie,etc. Actuellement, accentuation de ces troubles avec nystagmus, amblyopie, asynergie cérébelleuse, diadokokinésie, démarche cérébello-spasmodique. Pas de troubles de l'équilibre volitionnel statique.

Au syndrome de la sclérose en plaques s'ajoutent des troubles hystéro-neurasthéniques et phobiques qui compliquent le tableau morbide (exagération de l'émotivité, staso-basophobie, etc.) et rendent difficile, dans l'analyse de l'état mental, l'évaluation exacte d'un déficit démentiel qui semble manifeste. Etiologie muette, évolution rapide, terrain juvénile, associations psychopathiques multiples, telles sont les particularités intéressantes de ce cas de sclérose en plaques.

Torticolis mental ou torticolis spasmodique

MM. E. de **Massary** et S. P. **Tessier** présentent une malade souffrant d'un torticolis ayant tous les caractères du torticolis mental, particulièrement la possibilité pour la malade elle-même de replacer sa tête dans une situation normale par un subterfuge, geste antagoniste; cette malade est une nerveuse, obsédée par le souvenir d'un ancien torticolis chez une amie; tout concorde donc à prouver l'origine mentale de l'affection actuelle; mais les réflexes sont exagérés des deux côtés, sans clonus du pied. S'agit-il d'une généralisation à tous les muscles d'un état de contracture légère, d'une exaspération purement fonctionnelle qui a pour conséquence forcée une exagération visible de tous les mouvements réflexes? (Brissaud). S'agit-il, au contraire, d'un spasme consécutif à une irritation des faisceaux pyramidaux, irritation de nature indéterminée? (Babinski, Destarac). La ponction lombaire, pratiquée pour élucider cette question, ne ramena qu'un liquide clair, sans leucocytes: argument peu péremptoire, d'ailleurs, en faveur de l'origine mentale.

Cette discussion sur le diagnostic comporte une sanction pratique, car, si vraiment il s'agit de torticolis mental, cette malade sera guérie par la méthode de Brissaud employée si souvent avec succès par Meige et Feindel; si, au contraire, il s'agit d'un spasme, une intervention opératoire peut être discutée.

Stasobasophobie chez un psychasténique

MM. Raymond et **Guillain** présentent un homme de vingt et un ans, qui est dans l'impossibilité de se tenir immobile dans la station debout. Il a une rétropulsion telle qu'il se trouve même projeté à terre. Durant ces phénomènes, les muscles de la région postérieure de la jambe sont durs, douloureux, contracturés.

La rétropulsion, chez ce malade, est apparue il y a huit mois,en même temps, d'ailleurs, que des troubles des membres inférieurs dépendant d'une maladie organique. Ces troubles consistent en une parésie avec amyotrophie des muscles de la région antéro-externe de la jambe,une parésie avec contracture et hypertrophie apparente des muscles de la région postérieure de la jambe. Ces muscles sont douloureux spontanément et à la pression; le nerf sciatique est, aussi, douloureux à la pression. Les réflexes rotuliens et les réflexes des tendons d'Achille sont abolis. Aucun trouble de la sensibilité.

Les auteurs discutent le diagnostic de ce malade: la myopathie, la polynévrite, l'atrophie musculaire type Charcot-Marie, la myosite.

Ils pensent à l'existence possible d'une altération infectieuse ou toxique des nerfs et des muscles, à une neuro-myosite ou à une myopathie.

C'est à l'occasion de cette altération des muscles et des contractures douloureuses que sont apparus les troubles de la station et de l'équilibre, troubles exagérés par l'état mental de ce malade qui, dans le cours de son existence, s'est toujours montré un psychasténique.

Polynévrite lépreuse unilatérale du bras gauche

MM. Brissaud et **Rathery** présentent un malade qui fit de nombreux séjours au Tonkin et qui présente une griffe très nette de la main gauche avec atrophie musculaire notable; il existe de la dissociation syringomyélique,de la sensibilité

sur tout le bord cubital de la main et de l'avant bras, mais cette dissociation est incomplète. On note, de plus, des crises extrêmement douloureuses à type névralgique, dans tout le bras gauche, et une nodosité du nerf cubital gauche.

MM. Brissaud et Rathery présentent un malade atteint d'une ostéopathie atrophique d'origine tabétique. Le tabes est, dans ce cas, purement sensitif et trophique. Il s'est greffé sur ces lésions de l'ostéopathie hypertrophique du grand trochanter et de l'ischion, très probablement d'origine tuberculeuse.

M. G. Ballet présente une psychasténique ayant eu des crises épileptiformes et qui offre le phénomène psychologique du « déjà vu » ou de la fausse reconnaissance.

AUTRES COMMUNICATIONS

MM. *L. Lévi, Bonniot* et *Taquet*. — Contribution à la pathologie bulbo-cérébelleuse.

M. Roussy. — Un cas de poliomyélite.

MM. L. Lévi et *Wormser*. — Névrite sensitivo-motrice des extrémités par abus de la bicyclette.

J. Roubinovitch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre

Contribution à l'étude de la tuberculose en Normandie

M. Deshayes (Rouen). — La tuberculose pulmonaire comporte un grand nombre de points sur lesquels tout le monde est aujourd'hui d'accord, tels : le bacille, l'évolution, la virulence, l'inoculabilité, l'unicité. Il n'en va plus de même à certains autres points de vue, tels : la contagion, l'hérédité, le traitement, le choix du sanatorium, etc.

Que la tuberculose soit contagieuse, la chose est certaine (Villemin), mais dans quelles proportions cette contagion s'opère-t-elle? Est-elle aussi fréquente qu'on semble le craindre?

A cet égard, les opinions diffèrent considérablement.

D'après feu Leudet, de Rouen, la contagion dans les hôpitaux n'est pas démontrée; elle est, au moins, très restreinte. Debove, au contraire, déclare que les infirmiers fournissent un nombre considérable de poitrinaires Vallin, de même, et beaucoup d'autres. Il semblerait que la dite contagion *varie* suivant les milieux et sous certaines conditions.

Ainsi, des auteurs d'une valeur reconnue arrivent, sur ce sujet, à des conclusions absolument contraires.

M. Mosny, par exemple, dans une récente étude sur la tuberculose, pose ainsi la question : « L'hôpital est-il vraiment une source de contamination? » Et concluant affirmativement, il donne, comme preuves indirectes, entre autres, l'extrême fréquence de la tuberculose chez les malades qu'une affection chronique oblige à des séjours fréquents et prolongés à l'hôpital; tels les cardiaques, les tabétiques, les cirrhotiques.

Voilà déjà un premier point bien discutable, ou, tout au moins, en contradiction avec ce que nous observons à Rouen. « On peut encore, dit M. Mosny, invoquer l'extrême fréquence de la tuberculose dans le personnel des gardes-malades des hôpitaux, qui, d'après Landouzy, y meurent tuberculeux dans la proportion de 36 %, très supérieure à celle de la mortalité tuberculeuse dans la population parisienne. »

Or — à Rouen, du moins — ces chiffres sont exagérés.

Il y a plus. Cette fréquence de la tuberculose, dit Mosny, est bien pire encore parmi les religieuses Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui, d'après M. Letulle, succombent à la tuberculose dans la proportion colossale de 80 %.

Naturellement, M. Mosny conclut à l'isolement.

Dès l'année 1882, au Congrès international d'hygiène de Genève, le professeur Corradi (de Pavie) traitait longuement cette question et se montrait partisan et de l'isolement et de la contagion.

J'accompagnais mon maître, le professeur Leudet, dont le grand sens clinique était bien connu. A plusieurs reprises Leudet me fit remarquer qu'il y avait là une grande exagération : que la tuberculose, contagieuse dans certaines conditions, l'était beaucoup moins, notamment à l'hôpital, que ne l'affirmait Corradi, et que ses observations, recueillies à l'Hôtel-Dieu de Rouen pendant vingt ans, lui démontraient que, infirmiers et personnel religieux ne mouraient pas plus tuberculeux que le reste de la population. Enfin, n'est-ce pas Lancereaux lui-même qui a dit qu'on ne mourait pas plus tuberculeux à l'hôpital qu'ailleurs?

Depuis cette époque, la question a marché, et tous les esprits, en présence de faits confirmatifs, ont adopté la théorie de la contamination à outrance. Moi-même je m'y suis rallié, mais, en vérité, n'a-t-on pas, et de beaucoup, exagéré les faits?

J'ai demandé à M. Le Hénoff, directeur des hôpitaux de Rouen, dans quelles proportions infirmiers et religieuses de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice général, les unes recluses, les autres libres, sont morts du fait de la tuberculose pour une période de trois années.

De sa réponse, il résulte que la tuberculose est une des causes les plus rares de la mortalité parmi les infirmiers et les religieuses. C'est ce que prouve la statistique des hôpitaux de Rouen.

A Rouen, pendant les trois années 1901, 1902 et 1903, la mortalité, par tuberculose, du personnel hospitalier, tant à l'hospice général qu'à l'Hôtel-Dieu, n'a pas atteint 1 %.

Contagion par les aliments. — Quant à la crainte de l'infection par ingestion (viande ou lait), démontrée par Chauveau et généralement admise, elle ne nous paraît pas fréquente — à Rouen et en Normandie *tout au moins*.

Clifford, en Angleterre, nous fournit à cet égard une assertion concluante :

Il se soumit, lui, les siens et plusieurs de ses clients, à l'usage d'un lait matériellement farci de tubercules, et il n'en résulta aucun accident fâcheux.

De plus, dans une vacherie de S. M. la reine Victoria, à Windsor, dans la crainte qu'il ne pût y avoir quelques vaches tuberculeuses parmi les 40 bêtes qui fournissaient depuis longtemps le lait à la famille royale, on essaya la tuberculine : des 40 vaches, 36 réagirent. D'où il résulte que l'ingestion du lait provenant d'animaux en puissance de tuberculose donne *rarement* la maladie à l'espèce humaine (*Revue internationale de la tuberculose*, Dr Simon).

Ainsi se passent les choses en Normandie. Dans nos fermes à gros pâturages, à l'herbe abondante, sur nos plateaux *élevés* et boisés, il est rare de rencontrer des vaches tuberculeuses. Il n'en est pas de même dans les vallées.

Bien des obscurités planent encore sur la tuberculose des bovidés, et sans admettre avec Koch la dualité du tubercule, il faut bien reconnaître cependant que la tuberculose se comporte différemment chez la vache que chez l'homme. Il est un fait qui doit mettre nos esprits en éveil, à savoir que la vache tuberculeuse présente toutes les apparences de la santé générale, embonpoint, œil vif, etc., alors que l'homme, entaché de tuberculose, s'amaigrit aussitôt et devient cachectique.

De même que pour l'espèce humaine, les vaches nées et nourries dans les campagnes normandes, à une certaine altitude, sont le plus souvent indemnes de tuberculose. Celles qu'on y rencontre sur les marchés ou dans les abattoirs proviennent généralement des contrées voisines. Donc, point ou peu de tuberculeux à la campagne, dans l'espèce animale et dans l'espèce humaine. Que si, par hasard, il s'y rencontre quelques phtisiques, ce sont toujours des émigrants, des citadins ayant vécu de la vie rouennaise ou parisienne, et revenus au foyer paternel demander au climat natal la guérison d'une infection contractée *intra urbes*.

Il est un autre point sur lequel le corps médical est divisé, celui de l'endroit à choisir, du local à adopter, pour le traitement et la guérison des tuberculeux.

Tous préconisent la suraération et la suralimentation; mais la suraération, où l'appliquer?

Pour être profitable, la cure doit se faire à l'air libre; d'où le nom de cure d'air. C'est cette cure que le Dr Brunon, depuis plusieurs années, par son enseignement et ses écrits, a tant contribué à faire adopter des familles dans la Normandie. Ce sera « l'aérium » si elle se fait

dans une cour voisine de l'hôpital: ce sera le « sanatorium de fortune » si elle se fait à la campagne; ce sera, enfin, le vrai sanatorium, à une certaine altitude. Nous enverrons donc nos tuberculeux à la campagne, nous gardant bien des hôtels somptueux, de ces *tuberculoseries*, comme les a qualifiés Grancher.

C'est à tort, disait aussi mon regretté maître A. Proust, que la majorité des médecins croient pouvoir installer un sanatorium au premier endroit venu.

On pourrait faire, croyons-nous, pour les tuberculeux, ce que les Belges ont fait pour leur aliénés : confier à une famille de cultivateur, jouissant d'une habitation saine, bien orientée, un malade atteint de tuberculose latente; mais plus l'altitude sera élevée, à 1000 ou 1200 mètres, et mieux cela vaudra.

M. Albert Robin donne communication du travail que nous publions en tête du journal.

La commission académique, chargée de dresser la liste des candidats à la place vacante d'associé libre, fait les présentations suivantes :

En 1re ligne, M. Voisin; en 2e ligne (par ordre alphabétique), MM. Chamberland et Maurice de Fleury; en 3e ligne, MM. Capitan, Castex, Pierre Janet.

G.

THÉRAPEUTIQUE

Les hypophosphites et la tuberculose

Sans contester le moins du monde l'importance du repos, de l'alimentation et de l'aération dans la tuberculose pulmonaire, il n'en est pas moins vrai qu'il faut souvent associer à ces trois choses un reconstituant de l'organisme, un médicament compensant la dénutrition des sujets.

Cette dénutrition se traduit surtout par une perte anormale de phosphates. Aussi est-on unanimement d'accord pour mettre en première ligne la médication par le phosphore. Mais comme il est à peu près impossible d'administrer ce métalloïde à l'état naturel, à cause de son action aussi dangereuse que variable, on est obligé de se servir de ses composés. Ceux-ci peuvent se diviser en deux classes bien distinctes: celle des sels de l'acide phosphoreux et hypophosphoreux, et celle des dérivés de l'acide phosphorique. La différence — et c'est là le point capital — entre ces deux ordres de médicament, consiste en ce que les premiers sont au minimum d'oxydation, surtout les hypophosphites (sels de l'acide hypophosphoreux), et que, par suite, ils peuvent fournir à l'économie le phosphore à l'état oxydable, c'est-à-dire actif, en aussi grande quantité qu'il est nécessaire.

C'est ce qu'avait parfaitement compris le Dr Churchill qui, après de longues études et de nombreuses expérimentations, trouvait enfin le médicament de choix contre la dénutrition tuberculeuse par élimination exagérée de phosphates, et, *à fortiori*, contre toutes les maladies caractérisées par de la faiblesse. Ce médicament, on le sait, est l'*hypophosphite de chaux*, dont les deux éléments constitutifs, phosphore et calcium, ont dans l'économie humaine l'importance que l'on sait et qui se trouvent, sous la forme la plus assimilable, dans les préparations du Dr Churchill.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Médecine

Le jury de ce concours est ainsi constitué : MM. Lion, Gaucher, A. Renault, Babinski, Lamy, Thiéry, Chaput, Marion, P. Berger, Macé.

MM. Gaucher et P. Berger n'ont pas encore accepté.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Epreuve supplémentaire

Pathologie

Question : « Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

19 Vuillet — 18 Pierre Merle — 17 Josset-Moure.

Liste des candidats reçus par ordre de classement :

1 Vuillet, Merle, Jossé-Moure, Cotoni, Thibout, Rouget, Manne, Le Grand, Bachy.

11 Bernard, Gastinel, Weissenbach, Bello y Rodriguez, Latil, Wilhem, Coryllos, Samson, E. Merle, Brocq, J. Petit.

21 Mlle Montreuil, A. Lévy, Garsaux, Guiard, M. Ferry, Weill, Luzoir, Baisoïu, Dupont, G. Richard.

31 G. Roux, Bardet, Mlle Læser, Wolfromm, Mornard, Tison, Toufant, Baumgartner, Monin, Boukoure.

41 Quenille, Delivet, Landau, Margrangeas, Renaud, Mlle de Jong, Duhamel, Séjournet, Giron, Dureux.

51 Fidelin, Marquis, Fasson, Weber, Lesbroussart, Gauducheau, St-Girons, Nachmann, E. Rousseau, G. Levy.

61 Carrié, de Quemper de Lanascol, Dufour, Gaujoin, Perron, H. Bertier, Jadet, Moreez, Vergne, Brodin.

71 Gery, Miégeville, Migniac, Mlle Tschernach, de Grenier, Guerrero, Morellet, P. Chevallier, Perdoux, Laporte.

81 Chauvet, Strauss, Artault, Avezou, Mion, Bechade, Coulan, Chaperon, Trotain, Liebault.

91 Baghdassarian, Guenio, Magrou, Manville, Marcou, Levit, Aumaitre, Dehs, Gauchery, Cambaé.

101 Mutel, Fenard, Vosy, Abbas, Chamard, Gendreaux, Laroche, Lecœur, Boltach, Montrier.

111 Serée, Dubus, Fabre de Parrel, Ferry, Smolizansky, Jolivet, Lutenbacher, Strelesski, Colombe, Piot.

121 Peré, Beaussart, Guilbert, Rabourdin, François, Zwirn, Baudry, Fred, Bertier, Ladon, Ray.

131 Vivicorsi, Veillemot, Schlissinger, Gougelot, Mlle Trechtchenkov, Lascazas de Saint-Martin, Milan, Vigerie, A. Demouchy, Berthaud.

141 Baron, Infournentel, Hubert, Veteau, Phelips, Schneider, Verrier, Thyriont, Bouttin, A. [illegible]

151 Poirot, Belpech, Garrin, Mlle Bernchtein, [illegible], Bresseau, Crozet, Donet, Demian, Faure Beaulieu.

161 H. Grenier, Guillermond, Mairosse, Peraldi, Tixier, Brisson, Minon, Streiff, Couput, Rousseau.

171 Lebarber, Guillaume, L.-G. Loiseau, Mesa, G. Besnard, Carnot, Leveuf, Canu, Tarrade, Compard.

181 Girauld, Bardet, Bourquelot, Feuillette, Vinchon, Bedel, Debelut, Hartmann, Massonié, Vattez.

191 Rogery, Rol, Huchot Boulongue, Lamy, Camboulives, Jonquières, E. Roux, Sourdeau, Goldensteins.

201 Dugast, Billion, Violle, Hassan, R Loiseau, Molleplate, Blanc, Ramadier, Mlle Feldmann, Robin.

211 Guitton, Le Roy des Barres, Tissier, Clermont, Leblanc, L. Lutaud, Maiègne, Prinar, Vernier, Didier.

221 Mitrany, Pottier, A. Vincent, J. Durand, Rouyer, L. Durand.

CONCOURS DU PRIX FILLIOUX

Jugement des mémoires :

30 Wicart, Leroux.

L'épreuve clinique aura lieu le 9 décembre, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Lille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Minet, Pinchart, Arquembourg, Bernard, Legrain et Paul Butruille. — Interne provisoire : M. Patou.

Une place d'interne sera vacante le 1er janvier prochain à l'hôpital de Saint-Quentin; les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés et reçoivent un traitement de 800 francs par an.

Les candidats de nationalité française doivent prendre l'engagement écrit de rester au moins deux ans.

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

TRAVAUX ORIGINAUX

La voltaïsation cutanée positive dans le traitement des anévrysmes

Par le Dr Alfredo Britto

Professeur titulaire de clinique propédeutique et directeur de la Faculté de médecine de Bahia (Brésil).

Dans une séance de la Société médicale de Bahia, en 1890, résumant en une proposition conclusive les opinions que j'avais soutenues dans un long débat, je m'exprimai de la manière suivante : « La méthode qui présente actuellement les meilleurs résultats pour le traitement des anévrysmes internes est celle que contient la triade : repos absolu, régime lacté et iodure de potassium, à la dose de 1 à 4 et même 6 gr. par jour » (1).

Plus tard, à la Société de médecine et de chirurgie, en 1896 (2), et dans mon livre : *Aneurismas da aorta na Bahia* (Anévrysmes de l'aorte à Bahia), en 1897, après avoir justifié et corroboré mes idées, j'ajoutais encore « qu'en règle générale les grands résultats ne s'obtiennent guère qu'avec ces dernières doses et que, lorsqu'après de réels avantages obtenus au moyen de la plus élevée, les améliorations semblent rester stationnaires, ou que des aggravations s'annoncent, on ne doit éprouver aucun scrupule à la porter à 8 gr., ainsi que le faisait Peter, et l'on verra bientôt le mieux reprendre son premier cours » (3).

Aujourd'hui, après une longue expérience acquise, je n'hésiterais pas à écrire 10 gr. au lieu de 8.

En ce qui touche la méthode de Vizioli, c'est-à-dire l'application extérieure de courants continus, je me bornais, cependant, à ces simples questions : « Est-elle applicable à tous les anévrysmes internes ou même au plus grand nombre ? Est-elle facilement exécutable sur un malade quelconque par n'importe quel praticien et en quelque endroit que ce soit ? A-t-elle déjà reçu la sanction générale? Obéit-elle à une technique précise et rigoureuse A-t-elle fait définitivement ses preuves ou se trouve-t-elle encore dans ses périodes d'essai, destinée (qui sait?) à mourir à bref délai, comme celles de Baccelli et Ciniselli, bien plus retentissantes et d'un éclat beaucoup plus vif, quoique entièrement éphémères? » (1)

Et deux pages plus loin, après d'autres considérations, j'en arrivai à hasarder l'affirmation qu'elle n'avait pas encore atteint « la période de cristallisation définitive qui autoriserait sa jonction à une formule générale et positive de traitement pour tous les cas sans exception, d'accord avec le but que je me suis proposé dans ma dernière conclusion » (2).

Sept ans se sont écoulés. Aujourd'hui, avec une expérience qui s'appuie sur une centaine de cas environ, je considère comme un devoir et je me crois en mesure de répondre aux interrogations formulées, en exprimant mon opinion avec franchise et d'une manière décisive, quoique sous une forme succincte et résumée, autant que me le permet l'espace réservé à cette courte note.

Dans son beau *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, Huchard dit, au commencement de son chapitre sur le traitement des anévrysmes aortiques : « Le problème à résoudre est complexe. Il ne s'agit pas seulement de chercher à favoriser la coagulation du sang dans l'intérieur des anévrysmes, il faudrait encore agir sur la paroi pour empêcher son extension progressive. Or, jusqu'ici, toutes les méthodes thérapeutiques n'ont visé que la première indication et n'ont pas suffisamment tenu compte de la seconde. On s'est beaucoup occupé du contenu, pas assez du contenant; de là, beaucoup de déceptions et d'insuccès » (3).

Puis il passe en revue les principales médications préconisées jusqu'à ce jour, et bien qu'il n'hésite pas à reconnaître que l'action due à l'iodure de potassium — de toutes les médications la plus importante, sans aucun doute — amène les deux effets désirés, puisque les expériences de Schleich, confirmées par Heinz, en 1890, démontrent que la migration des leucocytes est plus grande et plus active surtout aux points où les troubles circulatoires sont les plus accentués, il conclut : « Jusqu'à ce jour, on est resté presque hypnotisé sur l'indication de favoriser la coagulation intra-anévrysmale; on n'a vu qu'une poche à remplir de caillots, et on ne s'est pas suffisamment occupé de la paroi anévrysmale à fortifier ou à protéger contre l'effort incessant du liquide sanguin. De là tant d'insuccès » (1).

Reconnaissant, toutefois, qu'il n'y a aucun remède capable de fortifier la tonicité considérablement diminuée de la paroi, il se borne à conseiller une médication qui la protège contre les causes incessantes de son affaiblissement et de son insuffisance, ce pourquoi il importe d'empêcher à tout prix l'hypertension artérielle.

Or, comme les bases établies par Huchard sont vraies et incontestables, on comprend aisément quelle valeur exceptionnelle aurait une médication capable de réaliser les *desiderata* qu'il formule si clairement.

C'est indubitablement au Dr Arthur Silva, médecin à Rio-de-Janeiro, que revient le mérite d'avoir contribué, dans la plus large mesure, à faire connaître les avantages qu'on peut retirer de l'application des courants continus dans le traitement des anévrysmes et à les vérifier au Brésil.

Les premières tentatives en ce sens ont été faites, croyons-nous, par les Drs Martins Costa, Barbosa Romes et Ribeiro de Mendonça. J'ignore si cette méthode, tout d'abord préconisée par Vizioli sans grand succès, continue à jouir, à Rio-de-Janeiro, de l'accueil qu'elle mérite. Quoi qu'il en soit, depuis plus de dix ans je l'ai employée systématiquement, quand cela m'a été possible, sur tous les malades que j'ai soignés (et ils se comptent par dizaines), et je puis affirmer qu'en obéissant, dans l'application, aux règles indispensables de technique et aux indications qui résultent d'un diagnostic positif — toujours vérifié par la radioscopie, infaillible, comme on sait, dans les anévrysmes thoraciques — le résultat a été merveilleux.

La réduction graduelle et évidente de la tumeur, visible à l'œil nu, lorsque l'anévrysme est extérieurement apparente, ou examinée à la lumière de Röntgen dans le cas contraire; la diminution et la disparition successive des différents phénomènes subjectifs et objectifs qui accompagnent d'habitude cette affection; l'effet analgésique rapide et sûr dans les cas les plus douloureux, sont des faits courants dans l'observation clinique de cette méthode thérapeutique.

Je n'hésite pas à regarder la guérison comme possible par son emploi — aidée toujours par la triade dont il a été parlé — si cette méthode est appliquée et continuée pendant un temps suffisant. Cela ne peut, toutefois, être affirmé sur des faits absolument posi-

(1) *Gazeta med. de Bahia*, page 522, vol. de 1890-1891.

(2) *Ibid.*, vol. de 1895-1896, 1896-1897 et 1897-1898.

(3) Alfredo Britto.— *Aneurismas da aorta na Bahia*, p. 158 et 159.

(1) *Ibid.*, p. 153.

(2) *Ibid.*, p. 155, *in fine*.

(3) Huchard.— Op. cit., t. II, 1899, p. 481.

(1) *Ibid.*, p. 519.

tifs, car les malades, en général, dès qu'ils se sentent délivrés des souffrances qui les torturaient, ne consentent plus à se soumettre au traitement dans toute sa rigueur et sous les yeux du médecin.

Le fait de ce genre le plus ancien à Bahia, où il est connu de tout le monde, a trait à un malade qui a commencé son traitement il y a six ans. Sa situation était déplorable, autant par l'extrême gravité du cas que par les souffrances atroces qu'il endurait. Aujourd'hui, il est en pleine activité, dégagé de toute gène consécutive à son anévrysme, quoi qu'il commette chaque jour les plus graves imprudences. Et depuis plus de cinq ans c'est lui-même qui continue à faire ses applications.

Ceux que j'ai vus mourir ont, ou bien suspendu le traitement après avoir obtenu quelques améliorations, se sont livrés à des excès, ont commis des imprudences, ou bien ont succombé à une asystolie, à une insuffisance rénale ou à d'autres complications d'artério-sclérose concomitante. Il en est quelques-uns dont les douleurs ont été tellement aiguës qu'ils ont été obligés de garder le lit pendant plusieurs semaines, et qui, ayant suspendu leur traitement depuis trois ou quatre ans, n'en restent pas moins affranchis de toute indisposition.

De ceux qui ont constamment fait usage des courants galvaniques selon la méthode indiquée, je n'en connais aucun dont la mort fut la conséquence directe et immédiate de l'anévrysme par compression ou rupture. Et je puis ajouter que je n'ai jamais entendu parler d'aucun décès de cette nature, si ce n'est un cas unique du type récurrent.

Lorsqu'il s'agit d'une maladie comme celle qui nous occupe, d'une gravité si désolante et contre laquelle les moyens à employer sont rares et presque tous fort peu efficaces, il me semble que de pareils résultats donnent droit à une situation distincte et spéciale à la médication dont je parle, insuffisamment connue en général. Je regrette que l'exiguïté de la place que comporte un article de journal ne me permette pas de documenter mes assertions en exposant minutieusement toutes les observations soigneusement enregistrées.

Mais quel est le *modus agendi* de ce traitement? Satisfait-il aux conditions exigées par Huchard dans les citations reproduites?

Oui, certainement.

La galvanisation externe des anévrysmes agit simultanément sur le contenant et le contenu. En même temps qu'elle renforce la paroi du sac et la fait contracter, en décongestionnant les tissus voisins ou en combattant l'inflammation dont ils sont le siège, elle concourt puissamment à la coagulation intra-anévrysmale du sang.

Connaître cette multiplicité d'action n'est pas chose difficile. En réfléchissant attentivement sur les effets biologiques du pôle positif, tout s'explique et s'éclaircit. Contrairement au cathode qui, appliqué sur les tissus vivants, est excitant, hyperhémiant et hypertrophiant, l'anode, dans les mêmes conditions, est calmant, ischémiant et atrophiant, ainsi que le démontre la méthode polaire. De là, l'effet analgésique ou profondément sédatif du catode sur les névralgies anévrysmales, effet dû, d'une part, à son action directe sur les nerfs irrités de la région et, d'autre part, à ce qu'il affranchit les nerfs de l'influence compressive par la réduction de la tumeur et par le décongestionnement des tissus voisins, y compris la gaîne névrilemmatique des nerfs intéressés.

L'influence coagulante de la galvanisation sur le contenu n'est pas moins certaine. La rétraction de la paroi vasculaire crée elle-même des conditions favorables à la coagulation par des processus physio-pathologiques bien connus. Par l'électrolyse chimique, le pôle positif exerce, en outre, une action coagulante directe sur le liquide sanguin, en déterminant la formation de caillots actifs, adhérents et rétractiles, et en fixant l'acide chlorhydrique séparé de son alcali ou base métallique attirée par le pôle négatif. La séduisante théorie du transport des *ions* appliquée au corps humain comme conducteur vivant électrolytique, d'où partent les *anions* et les *cathions* respectifs vers les électrodes correspondantes, pourrait encore trouver là une application et fournir une explication.

L'action révulsive, enfin, déterminée dans la paroi vasculaire et son voisinage par le passage du courant, ne produira-t-elle pas une espèce d'endartérite curative analogue à celle que Larat [1] a indiquée pour expliquer la manière d'agir de l'électricité dans la méthode de Ciniselli au traitement par la galvano-puncture? Le but qu'on a voulu atteindre brusquement en une seule ou en un petit nombre de séances, en suivant cette méthode dangereuse, s'obtient lentement et graduellement par l'emploi de la méthode dont il s'agit ici. Le procédé est le même, et elle ne fait courir aucun danger. Malheureusement, s'il est vrai que son application rigoureuse, obéissant aux règles précédemment formulées, aboutit dans tous les cas à un effet palliatif sûr et infaillible, surtout au point de vue analgésique, en délivrant le patient de la plus douloureuse de ses souffrances, de celle qui presque toujours, le pousse à la morphinomanie, quand ce n'est pas au désespoir; son efficacité, en tant que moyen curatif proprement dit, dépend de certaines conditions ou plutôt d'indications qu'il importe de préciser.

D'après ce que nous avons dit précédemment, l'efficacité sera d'autant plus prononcée et plus sûre que le sac ou le vaisseau malade (dans les cas d'aortite simple avec ectasie) sera lui-même plus rapproché de la paroi thoracique ou abdominale. Les anévrysmes récurrents, de tous les plus redoutables, sont justement ceux qui, par leur position centrale, presque équidistante des parois thoraciques antérieure et postérieure, peuvent tirer un moindre profit de la méthode, au point de vue curatif.

Dans le cas auquel j'ai fait allusion, le seul qui se soit terminé par la rupture du sac déterminant une hémorragie foudroyante, le malade se sentait si bien soulagé par la disparition absolue des douleurs qui le torturaient, qu'il était fermement convaincu que la guérison approchait. Je ne m'étais cependant jamais fait illusion à son égard. En effet, la veille de son départ — projeté à cause de nombreuses hémoptysies attribuées à tort à la tuberculose et qui lui avaient fait prendre la résolution de partir pour l'intérieur du pays — je l'avais soumis à un examen radioscopique, lequel m'avait révélé son anévrysme et montré, en même temps, la position médiane de la tumeur (plus développée d'ailleurs que ne le sont habituellement celles de ce genre), et, par suite, sa nature récurrente, confirmée, comme je l'ai su et vérifié plus tard, par d'affreux accès d'œdème aigu du poumon et de trachéisme, accompagnés de véritables phénomènes de strangulation.

Lorsqu'il n'existe pas de battements visibles ou palpables qui permettent de reconnaître de quel côté l'anévrysme est le plus rapproché de la paroi thoracique, l'examen radioscopique est le moyen le plus sûr. La proximité de la tumeur sera du côté où l'ombre de projection se montrera moins ample et plus dense. Cette vérification est fort importante, indispensable même.

[1] Larat. — Traité pratique d'électricité médicale, 2e édition, 1901, p. 616.

la rapide esquisse physio thérapeutique précédemment exposée relativement à l'action polaire, a montré jusqu'à l'évidence que l'application fréquente de l'électrode négative sur la tumeur ou dans son voisinage amènerait des conséquences désastreuses.

L'efficacité curative de la méthode est aussi relativement diminuée — je dirai même très diminuée — lorsqu'il s'agit d'anévrysmes abdominaux qui se dirigent en avant, dans l'intérieur de la cavité, à cause de l'interposition de la masse intestinale.

Je m'abstiens de parler des anévrysmes externes où l'application serait des plus faciles, car l'intervention chirurgicale, moyen rapide et expéditif, est une ressource à portée de la main. Je rappellerai, toutefois, que j'ai réussi à maintenir stationnaire, pendant de longs mois, un anévrysme de la carotide primitive gauche, dont l'accroissement, rapide au début, avait d'abord sensiblement régressé tant que le repos avait été complet et les applications quotidiennes. Ayant conseillé au malade de se faire opérer, j'ai suspendu le traitement après l'avoir convaincu de la nécessité de l'opération. La ligature a été faite par le prof. Reclus avec le plus grand succès.

Il n'y a aucun inconvénient, soit dit en passant, à employer, en même temps, un des moyens thérapeutiques nouveaux récemment conseillés, telles les injections de gélatine par la méthode de Lancereaux. J'en ai fait usage, non sans profit, quoiqu'elles aient fréquemment provoqué certains phénomènes d'excitation, de la fièvre et des douleurs plus ou moins intenses. Je ne parle que pour mémoire des cas répétés de tétanos survenus en différents endroits et cités par quelques auteurs : je n'en ai observé aucun. On peut encore administrer le chlorure de calcium; il y a tendance aujourd'hui à attribuer à la présence de cet agent dans les gélatines du commerce l'efficacité du sérum gélatineux en tant que coagulum.

Outre les préceptes généraux, communs à toutes les applications électrothérapeutiques, il importe, dans le cas qui nous occupe surtout, de ne faire usage que d'instruments d'une force suffisante et de grande précision. La préférence doit être donnée aux machines galvaniques à collecteurs, qui permettent de prendre les éléments un à un, afin d'éviter les changements brusques de potentiel, ce que l'on évitera mieux encore avec un bon rhéostat à liquide. Les éléments devront ordinairement être au nombre de 24, avec une intensité de 40 à 250 milliampères, cette dernière étant préférable pour obtenir un fonctionnement d'une durée plus prolongée avec un moindre nombre de paires en action et, par suite, un voltage moins élevé avec un ampérage plus grand. On choisira un galvanomètre apériodique, indépendant, ayant une échelle moyenne de 50 milliampères, avec un *shunt* pour 250 si possible, afin de pouvoir vérifier l'état de la charge et la puissance de chaque élément, et avec des divisions d'un degré par milliampère. Les plaques métalliques devront être doublées de chamois imbibé d'eau tiède, non salée, afin d'éviter la décomposition électrolytique du chlorure de sodium, ce qui les endommagerait facilement et irriterait la peau du malade. La plus petite, de 0 m. 08 × 0 m. 11 ou 0 m. 11 × 0 m. 16 en moyenne, selon la dimension de l'anévrysme, servira d'électrode positive; la plus grande, de 0 m. 16 × 0 m. 24, d'électrode négative.

La première plaque (positive) étant placée comme électrode active ou différente sur la tumeur ou sur la partie la plus voisine qui la recouvre, on place la seconde (négative) comme électrode indifférente sur un point diamétralement opposé. Si ce point est le siège de vives douleurs, on éloignera la plaque du point douloureux, par en haut ou par en bas, selon les circonstances. On pratique ensuite toutes les liaisons et on fait passer le courant, en l'augmentant très lentement, sans quitter des yeux le galvanomètre, jusqu'à ce qu'il atteigne 30 milliampères, en moyenne, en tenant compte de la tolérance et de la sensibilité du malade. Vingt minutes après, environ, on diminuera graduellement le courant avec la même lenteur et l'on ne retire les plaques qu'après que l'ampèremètre est arrivé à zéro.

Je n'emploie jamais moins de 20 milliampères, ni moins de dix minutes, à chaque application, quelle que soit la résistance que, par peur ou par sensibilité, le malade oppose, excepté pendant les premiers jours, et cela bien rarement, car c'est le minimum efficace. Par contre, lorsque le malade est très résistant, ferme et courageux, je ne pousse jamais au delà de 50 milliampères et n'excède en aucun cas, quant au temps, le laps de trente minutes, afin d'éviter la production d'un érythème intense ou d'une escarre, qui imposerait la suspension du traitement pendant un temps prolongé, les lésions d'origine électrolytique étant longues à se réparer.

Je fais des applications quotidiennes jusqu'à ce que l'amélioration soit nettement accusée, ce que je n'ai jamais attendu plus de deux mois (et cela même une seule fois); les améliorations se manifestent habituellement au bout de huit à douze jours. Je ne consens à réduire les applications à trois par semaine qu'après la disparition complète des douleurs ou des autres symptômes graves ou gênants. Il va sans dire que les applications faites au domicile du malade sont bien plus avantageuses et bienfaisantes, car elles ne troublent pas le repos absolu qui lui est indispensable.

En vue d'un traitement palliatif, ayant pour but d'obtenir des améliorations prononcées ou la disparition des principaux symptômes, je fais habituellement une série de 20 à 60 séances. Mais il y a là, souvent, un grave inconvénient : celui de donner aux malades l'illusion de la guérison et, comme conséquence, de les empêcher, pour leur malheur, de continuer à se soumettre aux exigences de la médication. Je conseille alors, si le malade ne peut continuer le traitement électrique, de prendre de l'iodure pendant un espace de deux à quatre ans, de suivre un régime lacto-végétarien, mitigé ou mixte, et le plus grand repos relatif, selon le degré des améliorations obtenues. Si les symptômes antérieurs reparaissent, ou s'il s'en présente de nouveaux, le retour au traitement électrique est immédiatement indispensable, et il doit être suivi dans toute sa rigueur, pendant longtemps, et même prolongé bien au delà de l'époque où les améliorations se manifesteront de nouveau.

On est généralement obligé d'adopter cette pratique, tout au moins dans la plupart des cas, car on se heurte presque toujours à la résistance du malade, qui se refuse, dès que ses souffrances ont cessé, à continuer pendant longtemps son traitement. Mais lorsque la chose est possible, lorsqu'on vise à une guérison complète, l'application de l'électricité devra être poursuivie pendant un temps indéfini, conjointement avec la triade mentionnée au commencement de cet article, sauf la légère modification précédemment indiquée en ce qui touche la diète et le repos.

Aux malades intelligents on pourra permettre, ainsi que je l'ai fait quelquefois, de continuer seuls leur traitement chez eux, lorsqu'ils auront acquis l'habileté nécessaire pendant la première phase du traitement. Mais, jusque là, la présence du médecin est

indispensable, attendu que c'est à son tact clinique, à son expérience, à ses connaissances générales d'électrothérapie qu'échoit le devoir de faire face aux incidents qui peuvent se produire pendant l'évolution morbide et la durée du traitement, comme aussi de faire les applications auxiliaires ou subsidiaires, susceptibles de contribuer à la rapidité des améliorations, parfois dans une large mesure. C'est ainsi que, la plaque négative étant maintenue dans sa situation antérieure, le pôle positif, appliqué pendant dix minutes de plus sur le trajet des nerfs douloureux, par exemple dans les névralgies cervico-brachiales, occipitales, intercostales, lombo-abdominales et crurales, dues à la compression anévrysmale) avec une petite électrode d'environ 60 millimètres de diamètre et d'une intensité moyenne de 10 milliampères, rendra les meilleurs services.

Loin de moi la pensée de prétendre apporter, par ces considérations rapides, une idée nouvelle ou originale, car, je le proclame sans détours, le sujet dont je m'occupe a eu sa première consécration à Rio Janeiro. Mon seul but a été de contribuer à vulgariser une méthode dont le mérite et les avantages réels sont, jusqu'à présent, trop insuffisamment reconnus.

M. Huchard lui-même, dans le livre que j'ai cité, dit en note (1) : « On a proposé (*Vizioli?*) d'appliquer des courants continus à la surface extérieure du sac. Mais l'application d'un rhéophore sur une peau tendue et luisante peut avoir des inconvénients et cette méthode n'a donné aucun succès. »

Or, on ne doit d'abord pas attendre que la peau se trouve dans les conditions indiquées d'un cas *in extremis* pour commencer le traitement; en second lieu, tout ce qui vient d'être dit, appuyé par des preuves et des raisonnements, proteste contre la sentence finale prononcée par M. Huchard, à qui, peut être, l'occasion d'une expérience personnelle de la méthode en question a manqué.

Je dois, toutefois, ajouter que j'ai été appelé à donner mes soins à un malade atteint d'un anévrysme de la crosse devenu saillant par suite de la destruction totale de la première pièce du sternum. Sur cet anévrysme, au plus léger contact, on sentait nettement la fluctuation, tant la peau était tendue, luisante et amincie. Je pratiquai, dans les premiers jours, la voltaïsation cutanée avec les soins les plus méticuleux, dans la crainte que, par suite de son adhérence, la peau ne se déchirât au moment du retrait de la plaque. Il me fut alors donné de voir et de suivre chaque jour la formation d'un revêtement intérieur, qui devenait de plus en plus épais par une stratification graduelle de couches successives. Au bout de quelque temps, il rendit tout à fait solide la tumeur, qui se réduisit peu à peu et finit par disparaître dans l'intérieur du thorax. Ce malade, quoique septuagénaire et athéromateux, vécut encore six ans, en appliquant lui-même son traitement chez lui, et il n'est pas mort de son anévrysme.

(1) Huchard.— Op. cit., vol. 2, p. 560.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nosologie des œdèmes aigus essentiels

Par M. E. Apert

Médecin des hôpitaux de Paris

Il y a quelques séances, j'ai communiqué, à la Société médicale des hôpitaux, l'histoire d'une famille atteinte d'œdème aigu circonscrit de Quincke. A cette occasion, je me suis livré, relativement à cette maladie, à des recherches bibliographiques, dont est ressorti clairement pour moi la nécessité de reviser la nosologie des œdèmes aigus essentiels, ou, pour mieux dire, la nécessité de revenir, *mutatis mutandis*, aux anciennes classifications des œdèmes aigus, telles qu'elles ressortaient des descriptions des auteurs avant la publication de Quincke. Quincke a eu le grand mérite d'isoler une forme particulière d'œdème aigu, nosologiquement très distincte des formes décrites avant lui ; il n'a jamais prétendu faire plus. Ce sont les auteurs ultérieurs, tant français qu'allemands, qui, en attribuant le nom de maladie de Quincke à tous les œdèmes aigus essentiels sans distinction, ont créé la confusion que je voudrais faire cesser. Il importe de continuer à décrire, à côté de l'œdème aigu de Quincke, les œdèmes aigus tout différents qui avaient été décrits avant lui sous divers noms et que les ouvrages classiques, ainsi que les récentes monographies sur la question (1) paraissent, sinon ignorer, tout au moins assimiler sans raison à la maladie de Quincke.

Je rappelle d'abord la description de Quincke. Voici la traduction des parties importantes de son travail princeps, paru dans le numéro de juillet 1882 du *Monatshefte fur pracktische Dermatologie*, courte note qui occupe à peine deux pages de ce recueil.

« Sous le nom d'œdème aigu circonscrit de la peau, je désire, dit-il, décrire une affection cutanée, qui ne paraît pas être très rare, mais dont quelques cas seulement ont été décrits, surtout comme curiosités... Elle se manifeste par la survenue de tuméfactions œdémateuses de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, de localisation circonscrite, ayant 2 à 10 centimètres et plus de diamètre. Ces tuméfactions se montrent surtout *aux extrémités*, habituellement aux alentours des articulations, mais aussi *au tronc* et *au visage*, plus particulièrement aux lèvres et aux paupières. Les parties de peau tuméfiées ne sont pas nettement limitées à leur périphérie ; *leur couleur ne diffère pas de celle des parties voisines*; leur pâleur et leur transparence sont égales; plus rarement elles sont un peu rosées. Habituellement les malades ressentent seulement quelque tension, rarement des démangeaisons. *De semblables tuméfactions peuvent en même temps apparaître sur les muqueuses, notamment sur les lèvres, le voile du palais, le pharynx et l'aditus laryngien*, parfois à un tel degré qu'une anhélation considérable en résulte. L'estomac et l'intestin, d'après les symptômes gastriques et intestinaux observés dans un cas, pourraient également présenter ces tuméfactions circonscrites. En un cas existaient des épanchements séreux articulaires.

« *Ces tuméfactions arrivent subitement, habituellement en plusieurs endroits à la fois, atteignent en une ou quelques heures leur maximum, pour disparaître avec la même rapidité après avoir duré quelques heures à un jour. Pendant leur disparition, de nouvelles éruptions surviennent en un autre point éloigné, de telle sorte que le mal peut durer de plusieurs jours à plusieurs semaines.*

« *L'état général n'est habituellement pas atteint*; dans quelques cas, en plus d'une sensation de mal-être (Unwohlsein) prodromique, survient, pendant l'éruption, un malaise (Krankheitsgefuhl) général, un léger mal de tête, de la soif et de la raréfaction des urines. *On n'observe jamais d'élévation de température.*

« *Quand l'œdème aigu est survenu une fois chez un individu, il survient facilement de nouvelles attaques et habituellement avec les mêmes localisations. Leur retour se fait tantôt à intervalles irréguliers, tantôt selon un type régulier annuel ou parfois hebdomadaire.*

« Comme cause occasionnelle, on peut parfois relever le refroidissement cutané et la pression en un point du corps.

« La maladie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Les individus atteints étaient antérieurement sains, quelques-uns seulement un peu nerveux. Un malade dont les attaques revenaient à intervalles à peu près réguliers, transmit à son fils la maladie qui se manifesta, chez ce dernier, dès les premières années de la vie. »

La note se termine par des considérations diagnostiques, pathogéniques et thérapeutiques.

J'ai tenu à reproduire la description de Quincke ; elle est à la fois très précise et très complète. Les observations ultérieures de maladie de Quincke légitime répondent identiquement à cette description et n'y ont rien ajouté. Elles ont seulement mis en relief plus intense l'importance primordiale de l'influence congénitale et familiale dans l'étiologie de

(1) Crépin. Les œdèmes neuro-arthritiques (th. de Paris, 1903). — Le Calvé. De l'œdème aigu [illegible], maladie de Quincke (th. de Paris, 1904). — Cassirer. Die vasomotorisch trophischen Nevrosen, monographie, Berlin, 1901.

cette maladie, indiquée seulement dans les dernières lignes de Quincke.

La maladie de Quincke ainsi définie est une affection nosologiquement bien délimitée, dans laquelle il est impossible de faire rentrer les autres œdèmes aigus; elle s'en distingue par une série de particularités : la participation fréquente des muqueuses, le peu de durée et la mobilité des œdèmes, l'absence de douleurs, l'absence de modification bien sensible de couleur de la peau, enfin le mode de retour des accès qui continuent à apparaître autant que dure la vie du malade, et qui semblent faire partie de sa personnalité biologique. Au contraire, les autres œdèmes aigus essentiels sont des affections accidentelles, survenant par crises isolées ou par série isolée de crises successives, parfois récidivant pendant une période de la vie du malade, mais disparaissant à un moment donné avec la cause accidentelle qui les a produits. Inversement, les malades de Quincke ne semblent trouver qu'en eux-mêmes la cause de leur mal.

Dans les auteurs, depuis Stoll (1) et Huxham (2), jusqu'aux monographies les plus récentes, on trouve décrits des cas d'œdème aigu, dont la minorité seulement se rapporte à la maladie de Quincke.

Autrefois décrits sous le nom d'œdèmes rhumatismaux, de fluxions séreuses sous-cutanées rhumatismales (Ferrand), de nodosités éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané (Davaine), ils ont été ultérieurement désignés (en totalité ou *pro parte*) sous les noms d'œdèmes spontanés (Vintras), œdèmes angioneurotiques (auteurs anglais), œdèmes éphémères arthritiques (Salles), œdèmes neuro-arthritiques (Crépin), œdèmes aigus toxi-névropathiques (Le Calvé), grippes œdémateuses (Le Clerc). Parmi les observations relatées par ces auteurs, il en est un certain nombre, parmi les plus anciennes, qui seraient maintenant classées sûrement dans les œdèmes deutéropathiques, tels que les œdèmes hystériques, les œdèmes secondaires à des lésions vasculaires ou nerveuses, les œdèmes de cause infectieuse ou toxique locale, etc. Nous ne retiendrons que les œdèmes protopathiques. Parmi eux, un type fréquent mérite surtout d'être distingué comme s'écartant le plus du type de Quincke. C'est celui que les anciens auteurs décrivaient plus spécialement sous le nom d'œdème rhumatismal. Voici comment il se présente : un individu, le plus souvent à la suite d'une fatigue, d'un excès alimentaire, d'une légère infection (grippe, furoncle, etc.) ou d'une légère intoxication ou, quelquefois, sans cause préalable, est pris de sensations pénibles dans les muscles, les os et les articulations, comme après une marche forcée; il s'y joint parfois de la céphalalgie, de l'anorexie, un léger état fébrile. Ces phénomènes peuvent, du reste, être assez peu accentués pour que le malade n'y ait prêté qu'une attention insuffisante. Ce même jour, ou le lendemain, il s'aperçoit qu'une jambe, une main ou un point quelconque du corps se met à enfler c'est un œdème rénitent, où le doigt ne laisse pas un godet; la peau est tendue, lisse, luisante, parfois rosée, parfois blanche; il dure quelques heures, un jour, deux jours, puis disparaît, soit définitivement, soit pour reparaître ailleurs. Des récidives peuvent se faire, soit spontanément, soit quand le malade se lève pour la première fois, ou quand il reprend son travail; la maladie peut se prolonger ainsi des semaines ou des mois. Mais quand elle est guérie, elle est bien finie, très différente en cela de la maladie de Quincke.

Qu'est-ce que ces œdèmes et comment faut-il les classer ? Il est impossible de ne pas voir l'analogie de leur évolution avec celle des poussées pétéchiales du purpura exanthématique, qui surviennent dans les mêmes circonstances, avec les mêmes douleurs, évoluent de même, présentent le même orthostatisme, et guérissent de la même façon. Parfois, l'analogie est pour ainsi dire signée par l'alternance de poussées œdémateuses et de poussées purpuriques. En voici un exemple:

Enfant de onze ans, se plaignant de fièvre et de douleurs passagères erratiques ; œdème étendu et élastique sur le flanc gauche. Le lendemain, l'œdème a disparu à cette région, mais le front est devenu œdémateux. Plus tard, la face et les membres présentent également des suffusions séreuses. Température 37°7, pouls 140, respiration 28. Puis des taches de purpura apparurent et la maladie évolua comme un purpura rhumatismal (lisez exanthématique) et le petit malade fut bien guéri, six semaines après le début (Edward Mackey, *The british medical journal*, 1886).

Dans des cas plus fréquents l'œdème coïncide avec le purpura, ou à chaque poussée d'œdème répond une poussée pétéchiale, tantôt sur la plaque œdémateuse elle-même, tantôt en d'autres points du corps. De nombreux faits de ce genre sont signalés dans le travail de Couty (1), dans la thèse de Soyer (2) et dans la thèse d'Adam (3), inspirée par M. Sevestre.

L'observation I de la thèse de Davaine (4) est un exemple d'œdèmes blancs rénitents ambulatoires, avec douleurs rhumatoïdes et état gastrique, alternant ou coïncidant avec des poussées d'érythème papuleux et plus tard avec des poussées purpuriques.

Parfois l'œdème est plus fixe, d'abord blanc et rénitent, puis congestif, enfin purpurique. En voici un exemple que j'ai recueilli à la consultation de l'hôpital Tenon.

Homme d'une trentaine d'années, vigoureux et de bonne santé habituelle. A la suite de fatigues, il est pris de malaise, de courbature, de sensations pénibles dans les membres. Le lendemain au réveil, il sent sa jambe droite lourde et tendue, et s'aperçoit qu'elle est enflée considérablement. Il vient à notre consultation de Tenon. Le dos du pied et la région malléolaire sont le siège d'un œdème qui remonte jusqu'au tiers inférieur de la jambe, la peau est blanche et tendue et présente des placards et des traînées rougeâtres. Le malade entre dans le service de mon collègue Caussade. Malgré le séjour au lit, la jambe devient de plus en plus rouge et tendue, et le lendemain des sugillations purpuriques forment une traînée derrière chaque malléole. Le surlendemain, l'œdème décline, puis la rougeur disparaît, et les taches hémorragiques pâlissent peu à peu, le malade peut se lever sans inconvénient au bout de quatre ou cinq jours.

Le rapport des œdèmes accompagnant le purpura avec les œdèmes décrits comme œdèmes rhumatismaux ou arthritiques a été bien vu par les auteurs qui se sont occupés de la question. Adam écrit : « Ces œdèmes (des purpuriques) procèdent à la façon des congestions que l'on voit chez les arthritiques; comme elles, ils sont mobiles et fugaces, et peuvent se manifester par poussées successives. »

Davaine écrit dans sa thèse : « Des faits précédents (d'œdèmes ambulatoires) on pourrait rapprocher un certain nombre d'observations publiées sous le titre de purpura exanthématique. Des poussées d'œdème aigu se montrent, en effet, souvent dans le cours de cette affection et paraissent appartenir en propre à la forme rhumatismale du purpura exanthématique. »

Mathieu et Veil (1) sont plus précis encore : « A notre sens, disent-ils, il n'y a pas de limites entre ces faits (d'œdèmes) et ceux où l'on trouve du purpura, de l'érythème noueux, des plaques d'érythème papuleux ecchymotique, dans lesquels, en un mot, on diagnostique la péliose rhumatismale. »

Comment se fait-il que des faits aussi connus, il y a une trentaine d'années, et décrits si explicitement, ont cessé d'être classiques, ont disparu de la nosologie? Cela tient certainement à ce que la dénomination « œdème rhumatismal », sous laquelle ces faits étaient connus et que justifiait leur parenté avec la péliose rhumatismale, a cessé d'être adéquate à l'objet qu'elle désignait, quand on a cessé d'appliquer le mot de rhumatisme à autre chose que la polyarthrite aiguë fébrile spécifique. On n'a plus su alors

(1) Stoll. *Ratio medendi in nosocomio practico Vindobonensi.* (Vienne, 1772).

(2) Huxham. *De aere et morbis epidemicis observationes annorum*, 1727-1748, Londres, 1752, cités par Ferrand.

(1) Couty. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1876.

(2) Soyer. — De l'œdème pourpré fébrile (Th. de Paris, 1879).

(3) Adam. — De l'œdème dans le purpura (Th. de Paris, 1892).

(4) Davaine. — Nodosités éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané (Th. de Paris, 1879).

(1) Mathieu et Veil. — *Arch. gén. de méd.*, 1884 et 1885.

comment désigner ces faits; la disparition du nom a entraîné l'oubli du type morbide, ou sa fausse interprétation; il est nécessaire de le restaurer sous un nom nouveau qui rappelle son indéniable parenté avec l'ancienne péliose rhumatismale, devenue péliose rhumatoïde, purpura myélopathique, et aujourd'hui purpura exanthématique. Le nom d'œdème exanthématique, qui rappellerait le parallèle avec le purpura exanthématique, ne convient pas parce que le terme exanthème entraîne l'idée d'un changement de coloration de la peau, ce qui n'existe pas toujours. Et je crois que le meilleur terme est celui d'œdème péliosique qui marque le mieux les parentés de l'affection.

Comme le purpura exanthématique, l'œdème péliosique est un incident morbide; il peut consister en une série de poussées successives, mais il ne dure pas toute la vie comme la maladie de Quincke. Il y a entre la maladie de Quincke, maladie familiale, et l'œdème péliosique, maladie occasionnelle, la même différence qu'entre l'hemophilie, maladie familiale, et le purpura exanthématique, maladie occasionnelle.

Ces différences peuvent se schématiser dans le tableau suivant :

Maladie de Quincke	Œdème péliosique
Maladie chronique à manifestations aiguës récidivantes, se reproduisant aussi longtemps que dure la vie de l'individu.	Maladie aiguë accidentelle, se manifestant par une poussée unique ou une série isolée de poussées successives rapprochées, et guérissant ensuite définitivement.
Maladie héréditaire et familiale, parfois dans un seul sexe (habituellement alors le sexe mâle).	Maladie non héréditaire ni familiale, sans prédominance sur un sexe. Influences saisonnières; petites épidémies.
État général non altéré; à peine quelques sensations de malaise précédant la crise; jamais d'élévation de température.	Poussées précédées par des courbatures, des douleurs rhumatoïdes, de l'état gastrique; habituellement élévation modérée de la température.
Tuméfactions œdémateuses paraissant et disparaissant avec une grande rapidité; œdème blanc, rarement rosé, jamais pétéchial.	Tuméfactions œdémateuses plus fixes; il y a tous les passages entre l'œdème blanc rénitent, l'œdème rouge simulant le phlegmon, l'œdème pourpré avec suffusions sanguines. Parfois il y a alternance de poussées d'œdème aigu blanc et de poussées d'érythème papuleux ou de purpura.
Les muqueuses sont fréquemment atteintes.	On n'observe pas l'œdème des muqueuses.

On voit combien sont distincts ces deux types cliniques d'œdème aigu essentiel. Je ne dis pas qu'ils soient les seuls. Je ne dis pas que tous les œdèmes aigus puissent rentrer dans l'un ou dans l'autre de ces deux types; il y a même des cas rares qui participent de l'un et de l'autre, comme les curieux faits d'œdème aigu essentiel récidivant des paupières. Mais les formes types, qui sont les plus fréquentes, sont tellement distinctes, qu'il s'impose de ne plus les confondre sous le nom de maladie de Quincke, en donnant à ce terme une extension contraire à la description de Quincke lui-même.

MÉDECINE MILITAIRE

Solidarité !

Cet été, quand l'impatience des plus exaltés eut fait éclater avant l'heure la conspiration — car c'en était bien une — des officiers d'administration, et dévoilé l'état d'âme des meneurs, nous avons écrit, ici même, que pour triompher d'une coalition ne reculant ni devant la délation, ni devant la calomnie, il fallait, avant tout, l'union la plus complète des médecins militaires.

Aujourd'hui, le silence s'est fait ou à peu près. D'aucuns y voient la fin de la campagne, tandis qu'en réalité, devant l'indignation générale provoquée par les délations érigées en système, il y a simplement, chez nos adversaires, changement de tactique et recueillement pour des attaques nouvelles.

Les jeunes, parmi nous, ne s'y sont pas trompés, et ils ont bien compris que l'union était maintenant plus nécessaire que jamais. L'un d'eux vient de nous adresser un appel à la solidarité. Il est arrivé très à propos, et nous le publions avec plaisir, convaincu qu'il sera entendu.

D^r N.

Des points d'orage ont fini par mettre une ombre dans le bleu de notre sérénité. Les moins assoupis ou les plus avisés d'entre nous ont senti s'ébranler leur quiétude robuste. Sans tapage et sans ostentation, un rameau modeste, dissimulé, de notre organisation épanouie, a fait lente provision d'énergie vitale et n'aspire à rien moins qu'à supplanter le tronc principal. Maîtres aujourd'hui de notre activité, de notre initiative, nous serons peut-être, demain, les auxiliaires, les agents des officiers d'administration.

Après la vigoureuse campagne du docteur Noël, je ne répugne pas à exprimer ici mon admiration à la partie adverse, laissant dans l'oubli la violence d'un polémiste excessif. En s'érigeant comme une menace de nos intérêts moraux et matériels, les officiers d'administration, nos subordonnés, donnent un exemple de cohésion, de solidarité, de force, sur lequel nous pouvons méditer avec fruit. L'impression de leur mérite s'affirmera davantage si l'on essaie d'examiner l'étendue et la variété des ressources de lutte avec lesquelles leur faiblesse originelle n'a pas craint de se mesurer.

Quelles armes notre démocratie place dans les mains du médecin militaire pour défendre son prestige et rayonner son influence!

L'esprit enrichi par une culture de choix, orienté par l'habitude vers l'effort de penser, il établit sa supériorité dans un milieu où la force continue d'avoir la préséance, mais où l'idée creuse chaque jour son sillon. Il est habituel que le médecin, dans un régiment, soit placé, de l'avis commun, parmi l'élite intellectuelle du groupe. Et pour ce flot national qui vient à la caserne apporter sa soumission à une rude discipline, il est le refuge des défaillances, le préposé à la sauvegarde du bien le plus cher à l'individu : la santé. Qu'on ne récrimine pas; avec un tact et une patience faciles, le médecin régimentaire attire vers lui tout ensemble l'estime du commandement et l'affection reconnaissante de la troupe.

Ces sentiments s'accuseront encore par le bienfait de conseils répandus tous les jours, dans les mille contacts de la vie collective, et dont la dispersion constitue le rôle social du médecin militaire, vulgarisateur incomparable d'idées saines et profitables. Ainsi notre initiative ira porter ses fruits et exercer son prestige jusque dans la nation où les opinions prennent racine, où les réputations grandissent.

Le médecin se fera apprécier encore par des rapports plus directs avec le pays. Des relations inévitables s'établissent entre lui et les familles solliciteuses ou inquiètes; et le médecin est le conseilleur qui persuade, c'est-à-dire est respecté, le confident qui dispense de la pitié, c'est-à-dire est aimé. Je sais, en outre, par plus d'une appréciation, l'impression produite sur le haut personnel administratif et les divers représentants de la nation, par la dignité morale et la culture intellectuelle des médecins de conseils de revision.

Ainsi, par l'exercice même de notre profession, par la propagande nationale de l'hygiène, nous pouvons vulgariser dans le pays, suivant le même chemin que notre œuvre sociale, le respect, j'oserai dire l'amour du médecin militaire.

D'autres voies sont ouvertes pour établir notre notoriété et recruter des amitiés: notre effort de travail pour garder et accroître la place de la médecine d'armée dans l'œuvre scientifique; une fusion cordiale avec nos camarades de la réserve et de la territoriale, qui ne sont nulle part nos rivaux et peuvent devenir nos défenseurs.

Je crois qu'il n'est pas dans l'armée nationale, où l'humanité voisine de plus en plus avec la discipline, le sentiment avec la force, une personnalité plus apte que le médecin à exercer un plus grand bien et recueillir une plus grande sympathie.

Quel profit tirons-nous de cette situation privilégiée ? Comment des adversaires inégaux ont-ils pu menacer nos positions ? Pourquoi n'avons-nous pas groupé en une troupe compacte et imposante ces forces éparpillées ? Une incurie de jouisseurs aurait-elle frappé d'inhibition notre énergie et notre clairvoyance ?

Après les efforts batailleurs de nos devanciers ou nos anciens, qui nous ont libéré de la servitude et ont semé de l'or sur nos manches, nous avons peut-être trop goûté la joie de vivre et considéré la partie comme définitivement gagnée. Insouciants, n'avons-nous pas piétiné sur place, tandis que la poussée menait au combat les énergiques? Et puis, réfractaires à la tâche peu attrayante de mener la carriole administrative par les sentiers arides du règlement, quelques-uns parmi nous ont peut-être abandonné trop souvent les rênes à des mains auxiliaires, compromettant leur droit en allégeant leur devoir.

Avons-nous sucé au sein de la faculté le poison de l'*invidia medicorum* et la désunion nous réduit-elle à l'impuissance?

Parmi les plaisirs malsains, celui de dauber sur le chef est particulièrement irrésistible. Chez nous, les petits accusent volontiers les grands de s'enfermer dans un égoïsme de parvenu, sévères aux chétifs, indulgents pour les forts, médiocrement préoccupés de la collectivité. Je me garderai bien de souscrire à ce reproche vilain. Mais il est certain que la solidarité, dans la hiérarchie médicale, est soumise à des épreuves périlleuses, si le « chef » n'en descend pas volontiers les échelons et s'il n'est pas sollicité de temps en temps par ce mobile et ce ressort, facteur d'énergie et agent de progrès : l'esprit de corps. Dans un régiment, le travail de chacun concourt visiblement au succès du groupe; le sous-lieutenant et le colonel ont un intérêt identique et tangible qui mettra dans leur travail et leurs rapports une synergie de l'intelligence et du cœur. Dans le corps de santé aux membres éparpillés, les efforts individuels ont besoin, pour concourir à l'intérêt commun, d'être favorisés et groupés par l'affectueuse initiative des puissants et la bonne volonté de tous. Il faut que nos chefs entourent l'esprit de corps de la sollicitude d'une sage prophylaxie.

Des divisions d'un autre genre viendraient encore lézarder notre œuvre de défense. Les maîtres de nos écoles ont encouru, dans des temps qui ne sont plus, le reproche de s'envelopper dans les plis dédaigneux du professorat et de rayonner vers le troupeau plus de condescendance que de cordialité. Cet état d'âme reposerait sur une erreur fondamentale que ces esprits distingués n'ont pu commettre. Ce serait par illogisme et grave maladresse que prétendre abriter, sous la coupole du Val-de-Grâce, les mérites et les aspirations, les ressources et la force de la médecine militaire.

L'œuvre médicale, dans l'armée, est chaque jour davantage un travail de lutteur mêlé inévitablement aux tribulations de l'armée. Son efficacité et son prestige résident, avant tout, dans le labeur des médecins de régiment, et non pas dans l'isolement des laboratoires, de la même façon que l'âme de la victoire souffle en fin de compte sur la ligne des tirailleurs et non pas dans l'agitation des arsenaux. Le médecin militaire par excellence est ce sujet non spécialisé, encyclopédiste, qui doit conseiller, augurer, décider sur toutes choses avec compétence, tact, autorité.

Mais les brebis du troupeau comprendront aussi qu'on doit sauvegarder la réputation scientifique du corps par une sélection et une spécialisation honorées d'égards et de titres. Et puis, leur bouderie ne peut nourrir l'espoir de renverser d'une chiquenaude le culte français du mandarinat.

Faisons l'effort d'observer et de réfléchir. Comme ces femmes inquiètes et résolues qui ont le courage d'inventorier devant le miroir les sillons tracés par l'âge ou les veilles et s'efforcent de restaurer leur prestige, ainsi faisons l'inventaire de nos ressources et de nos faiblesses pour consolider l'avenir.

Il faut, à cet examen de conscience, une large amplitude pour que surgisse la vérité et s'imposent des résolutions. Je me garderai bien d'augurer le résultat d'une telle consultation; mais j'ai la pensée qu'elle nous révèlerait une grande puissance inutilisée parmi nos avantages, et parmi nos faiblesses une lamentable désunion. Essayons de prendre conscience de notre force et de l'exploiter pour notre bien.

Notre isolement, dans l'éparpillement des garnisons, n'est pas fatalement frappé de stérilité, si l'idée du sort commun vient stimuler son énergie et si l'on veut bien, par des moyens à discuter, réaliser une cohésion plus effective.

Il faut secouer notre indifférence et mettre en action les forces vives de la solidarité. Il n'y a pas de trêve dans le combat pour la vie. Si nous ne voulons pas être des lutteurs aujourd'hui, nous serons des vaincus demain.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

L'opothérapie de la maladie de Basedow

La *Medizinische Klinik*, grand journal hebdomadaire, qui paraît à Berlin depuis le commencement de ce mois, publie, dans son premier numéro, une leçon clinique intéressante du professeur **E. von Leyden** sur l'opothérapie de la maladie de Basedow.

Après avoir rappelé que c'est à MM. Ballet et Enriquez que revient la priorité de ce procédé de traitement, encore peu usité en France, mais très en vogue au Danemark et de plus en plus employé en Allemagne, l'auteur relate les succès remarquables que, pour sa part, il en a obtenus. Dans les observations de M. von Leyden, une amélioration considérable de tous les symptômes basedowiens survenait souvent en trois à quatre semaines, résultat que ne sauraient, assurément, donner les anciens procédés de traitement du goitre exophtalmique. Fait remarquable, tous les produits opothérapiques destinés au traitement de la maladie de Basedow, tels que le sérum d'animaux éthyroïdés et leur sang délayé dans la glycérine ou bien séché, pulvérisé et mis en tablettes, ainsi qu'un extrait de lait de chèvre éthyroïdée, se sont montrés également efficaces chez les malades de l'auteur.

Pour tous les détails concernant le traitement opothérapique des basedowiens, nous pouvons renvoyer au mémoire de M. R. Sainton et B. Pisante : « Trois cas de goitre exophtalmique, traités par le sang et le sérum de mouton éthyroïdé », paru quelques jours avant l'article de M. von Leyden, dans la *Revue neurologique* du 30 novembre. Nous y relevons des conclusions identiques à celles du professeur allemand. La supériorité de l'opothérapie sur les autres procédés de traitement de la maladie de Basedow paraît de la sorte bien établie.

Procédé perfectionné de confection d'attelles plâtrées pour fractures

Il y a une trentaine d'années, M. E. Beely, de Kœnigsberg, avait recommandé de se servir d'attelles plâtrées pour le traitement des fractures simples des membres. Malgré les avantages multiples que présente cet appareil (contrôle facile de la partie lésée, qui demeure à découvert; impossibilité de la gangrène par constriction excessive; solidité et légèreté du bandage lui-même, etc.), son emploi ne s'est pas généralisé. Cela tient, sans doute, au procédé, assez compliqué et long, que Beely employait pour la confection de ces attelles. Or, **M. H. Nettel** (*Wien. klin. Woch.*, 1er décembre 1904), médecin militaire autrichien, fait connaître un moyen expéditif de préparation d'attelles plâtrées, procédé dont on se sert actuellement d'une façon courante à la clinique chirurgicale du prof. A. von Eiselberg, à Vienne, et qui fut imaginé par un servant de ladite clinique, M. J. Broger.

On prend un paquet d'écheveaux de chanvre qu'on peigne pour le démêler et le débarrasser des impuretés qu'il peut contenir. On l'introduit ensuite à l'intérieur d'une sorte de boudin en tricot (long d'un mètre environ et large de 6 à 8 centimètres, s'il s'agit d'une attelle pour immobiliser tout le membre supérieur), fermé à l'un de ses bouts, l'autre bout étant ouvert. Par ce dernier, après y avoir placé un entonnoir, on verse, par portions successives, un litre environ de plâtre délayé dans autant d'eau chaude avec adjonction d'une petite poignée de sel de cuisine. Ceci fait, on obture, avec la main, le bout ouvert du manchon, on étend ce dernier sur une table, on le malaxe pour bien faire pénétrer le plâtre dans les interstices de l'écheveau de chanvre, puis on exprime l'excès de bouillie plâtrée en exerçant, sur le manchon, avec le rebord cubital de la main, des effleurages dirigés du bout fermé vers le bout ouvert. Le manchon est ensuite appliqué sur le

membre fracturé (préalablement bien graissé et maintenu dans la position dans laquelle il doit être immobilisé) ou on le fixe avec des tours de bande. Au bout de une à deux minutes le plâtre devient chaud, mais, à ce moment, l'appareil est déjà suffisamment solidifié pour qu'on puisse l'ôter. On l'enlève donc et on le laisse sécher encore. Il ne reste plus alors, pour s'en servir comme d'une attelle, qu'à le munir d'une doublure molle.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre

De l'ablation des tumeurs du gros intestin (le rectum excepté)

M. Hartmann. — Dans la communication que je vous ai faite sur ce sujet, le 2 novembre, j'ai rapporté 14 observations. Je puis en ajouter trois autres. L'une m'est personnelle ; il s'agit d'une tuberculose, qui simulait un néoplasme et occupait la région iléo-cæcale. J'en ai fait l'ablation et j'ai pratiqué l'iléo-colostomie latérale ; la malade a guéri. Le deuxième fait appartient à M. Lecène, qui a suivi la même conduite, sur un homme de quarante-trois ans, atteint d'une semblable tumeur. Enfin, dans le troisième cas, recueilli chez un homme de trente-sept ans, également atteint de tuberculose, la tumeur était dure, mobile, et remplissait le flanc droit. Notre confrère, M. Cunéo, a dû exciser le cæcum, le colon ascendant et une partie du colon transverse et de l'iléon, et l'opération a été suivie de guérison.

Lorsque je vous ai entretenus de l'ablation de ces tumeurs, ma communication a pu manquer de précision sur certains points, car c'est sur la demande de notre président que je l'ai faite à l'improviste. Je n'ai eu en vue que les tumeurs du gros intestin à l'exclusion de celles du rectum, et, d'après ce qui a été écrit sur ce sujet, je m'étais cru autorisé à dire que la question n'avait pas encore été traitée avec détails. M. Quénu a rappelé dans la dernière séance que plusieurs mémoires avaient été lus à cette tribune sur la même question.

J'ai parcouru ces divers travaux et j'ai vu, en effet, qu'on avait rapporté neuf observations, mais qu'en réalité on n'avait publié aucun travail d'ensemble. Aussi je continue à prétendre qu'avant ma communication la question n'avait pas été discutée.

Notre collègue m'a reproché de confondre, sous le nom de tumeurs, les néoplasmes et les tumeurs tuberculeuses. C'est à dessein que je l'ai fait, car le diagnostic en est souvent fort difficile et si, histologiquement, la différence est possible, cliniquement les uns et les autres sont justiciables de l'intervention. En préconisant l'extériorisation de la tumeur, je n'ai pas inventé un procédé, mais seulement suivi l'évolution des procédés opératoires, imaginés pour l'ablation de ces tumeurs, et je ferai remarquer que ma manière de faire diffère de celle de Volkmann, qui exécutait la résection dans le ventre, alors que je la pratique au dehors. C'est une garantie contre l'infection. Cette méthode n'est pas seulement applicable lorsque le néoplasme est mobile ; il suffit, dans le cas contraire, de sectionner le méso et les brides, ce qui mobilise la tumeur qu'on extériorise et qu'on résèque ensuite. Quant à l'opération en un ou deux temps, la première est préférable pour les tumeurs du cæcum et la seconde pour les tumeurs des colons, à moins qu'il ne soit aisé d'opérer en un seul temps.

M. Quénu. — Je répéterai, à propos des trois nouvelles observations de tuberculose, que M. Hartmann vient de rapporter, que, suivant moi, il y a une une distinction à faire entre ces tumeurs et les néoplasmes. Notre collègue considère comme quantité négligeable les travaux qui ont été communiqués ici à intervalles éloignés et qui ne rapportaient que quelques faits de même ordre, non suivis de discussion. Ce n'est pas une raison pour qu'on n'en tienne pas compte.

Dans l'argumentation que j'ai présentée, je me suis surtout attaché à établir une différence entre les tumeurs accompagnées d'obstruction et celles qui n'en présentent pas et à insister sur la nécessité de s'abstenir de manœuvres pouvant compliquer la situation. Quant à la mobilisation de la tumeur, je ne m'en suis pas occupé, car il n'en avait pas été question. C'est un nouveau point qu'on vient d'aborder.

A propos de l'extirpation de la rate

M. Demoulin rappelle qu'à l'occasion de son rapport sur une observation qui a été communiqué par M. Auvray (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 974), il a insisté sur l'utilité de la résection du rebord cartilagineux du thorax pour aborder la rate. S'il tient à mentionner que MM. Lannelongue, Calot, Monod, Vanverts et Pauchet ont décrit et mis en pratique ce mode opératoire, il tient également à rappeler que M. Auvray l'a étudié avec plus de détails et a décrit un procédé différent et spécial, plus rapide et donnant plus de jour.

M. Michaux. — J'ai eu l'occasion d'intervenir sur la rate un certain nombre de fois, et, en pratiquant deux incisions, l'une suivant le bord externe du muscle droit et l'autre parallèle au rebord costal, j'ai pu ainsi tracer un large lambeau et soulever ainsi la cage thoracique assez pour arriver jusqu'au pédicule de la rate. Ce procédé est simple et n'expose à aucune complication.

La Société se réunit en *Comité secret urgent* à 5 h. 1/2.

Ozenne.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 novembre

Guérison de l'entéro-colite par le traitement gastrique

M. G. Bardet. — Je suis partisan convaincu de l'étiologie gastrique de l'entéro-colite muco-membraneuse. Partageant les idées si souvent défendues par M. Albert Robin, je considère la colite comme une maladie secondaire, jamais primitive, de sorte que le traitement me paraît devoir être toujours gastrique.

J'ai en ma possession, depuis six ans seulement, onze observations de malades, atteints de colite muco-membraneuse, que j'ai suivis pendant de longues années.

Sept d'entre eux ont été soignés au cour des quatre premières années de cette série, à une époque où, malgré mon opinion déjà faite sur l'origine gastrique de l'affection, je trouvais bon d'instituer un traitement local, assurément bénin, mais cependant encore assez complet; lavages fréquents, massage doux, douches chaudes, etc. le tout, bien entendu, accompagné du traitement de l'estomac, suivant la méthode préconisée par M. Albert Robin pour les dyspepsies hyperesthéniques. Ces malades ont rapidement vu les phénomènes intestinaux s'amender ; ils sont restés des dyspeptiques, mais les troubles du genre *colite* ont cessé de se manifester de manière chronique. Ils ont eu seulement à souffrir de crises aiguës passagères, caractérisées surtout par du spasme douloureux du gros intestin et une constipation momentanée, difficile à vaincre.

Je n'insiste pas sur cette première série de sept malades, car le traitement institué comporta une partie intestinale importante et, par conséquent, ne prouve pas complètement que la guérison fut obtenue par le traitement de l'estomac. Au contraire, les quatre malades dont je vais parler maintenant furent uniquement astreints à un régime et à un traitement *gastriques*, consistant à réduire l'alimentation à un minimum strictement raisonnable, et à supprimer simplement les mets qui présentent une difficulté réelle de digestion. Je suis, en effet, très coulant sur le choix des aliments, à la condition expresse que le malade accepte le rationnement que je lui impose.

Voilà donc quatre cas dans lesquels mon unique préoccupation fut de lutter contre l'état gastrique, sans attacher attention à l'état local de l'intestin. Les résultats ont été tels que j'ai le droit de m'en tenir désormais à ce moyen de traitement. Seulement, je dois reconnaître qu'il n'est pas beaucoup de malades qui se résignent à changer leur genre de vie. Si je ne vous ai cité que peu de sujets, c'est que je laisse de côté tous ceux qui ont refusé de se soumettre avec persévérance au régime que je leur conseillais.

Tous ces malades sont, en effet, des nerveux, mais, à mon avis, on ne doit pas en faire une classe spéciale de nerveux. Ce sont des *hypersthéniques*, et, chez eux, les opérations digestives sont et seront toujours troublées. Dans tous les cas, le tube digestif est *un*, et l'intestin, j'en suis convaincu, n'est jamais touché que secondairement. On aura donc de grandes désillusions si l'on s'attache uniquement aux phénomènes intestinaux, parce que ceux-ci ne représentent, en réalité, qu'un masque trompeur. C'est dans l'estomac que se trouve la cause première de l'affection ; on obtiendra toujours des résultats en soignant l'état gastrique, mais on n'aura que des améliorations passagères si l'on soigne l'intestin, sans se préoccuper de l'estomac.

M. G. Lyon. — A l'appui de ma façon d'envisager l'entéro-colite, je citerai un fait qu'il m'a été donné d'observer il y a trois semaines. Un jeune homme, sans passé pathologique, manque de se noyer dans la Marne. Dès le lendemain, il est pris d'une crise typique d'entéro-colite. Son médecin s'attache surtout à combattre la constipation. Aucun soulagement n'est obtenu. Le malade s'étant ensuite adressé à moi, je commençai par le rassurer, je fis supprimer les laxatifs et les lavages de l'intestin, je prescrivis de la belladone, à titre de calmant, et je lui permis de manger à sa guise. Amélioré presque aussitôt, il a guéri en une quinzaine de jours par un traitement essentiellement psychique. C'est là une nouvelle preuve de l'origine nerveuse, centrale, de nombre de cas d'entéro-colite.

M. G. Bardet donne lecture de la note suivante, envoyée par **M. Edehm**, professeur de polyclinique médicale à la Faculté de médecine civile de Constantinople.

Comment faut-il dénommer l'entéro-colite muco-membraneuse ?

La dénomination « entéro-colite muco-membraneuse » ne correspond point à la pathogénie et à la symptomatologie clinique de l'affection à laquelle ont l'applique et où tout processus inflammatoire fait généralement défaut. Par contre, rien que l'inspection du ventre montre d'une manière frappante le symptôme spasmodique qui est le pivot de la maladie. Dans quelques cas, si on fait un toucher rectal le plus haut possible, on arrive sur un rétrécissement spasmodique, si prononcé, que parfois même l'index ne peut le traverser que difficilement.

Il n'y aurait pas lieu de s'étonner que ces poches « scybaliques », ces vases clos pour ainsi dire, prédisposent l'intestin au processus infectieux.

Cependant, la grande majorité des entéro-colites restent bien longtemps, et même toute leur vie, sans présenter aucun élément fébrile. Donc, le terme entéro-colite, qui sous-entend un processus inflammatoire, est à rejeter. Le terme « entéro-colite » de Gaston Lyon est bien préférable. Quant au terme « entéro-colite muco-membraneuse », il est loin d'être applicable à tous les cas. En effet, on rencontre pas mal de malades qui présentent d'une manière typique le syndrome de l'entéro-névrose, avec sa constipation, ses scybales ovillées, son tympanisme abdominal, ses douleurs intestinales, ses réflexes proches ou éloignés et qui, pourtant, ne rendent jamais de muco-membranes. Quelquefois celles-ci existent dans certaines périodes et disparaissent dans d'autres, sans que pour cela la maladie ait changé d'allure. En somme, il y a des entéro-colites muco-membraneuses sans muco-membranes. Mais le spasme, lui, ne fait jamais défaut, et c'est sur lui que convergent tous les autres symptômes de la maladie. Donc, l'entéro-colite muco-membraneuse ne doit être dénommée ni *entéro-colite* ni *muco-membraneuse*.

C'est à M. Albert Robin que nous devons emprunter un terme pour désigner cette maladie. Il a fait faire aux dyspepsies un très grand pas en prouvant qu'elles sont souvent fonctionnelles; telles « l'hypersthénie et l'hyposthénie gastriques ». Or, si on suit de près les hypersthéniques de l'estomac, on voit que, dans une période plus ou moins lointaine de leur maladie, ils deviennent des entéro-colitiques. D'un autre côté, il est des malades qui présentent tout à la fois de l'hypersthénie gastrique et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Le spasme intestinal se reflète souvent sur l'estomac et produit, quoique plus rarement, l'hypersthénie gastrique.

On rencontre aussi des hypersthéniques très nets au point de vue de la symptomatologie, mais chez lesquels l'examen chimique ne montre rien d'anormal, et qui sont en même temps atteints d'entéro-colite. Un traitement intestinal fait disparaître toute la symptomatologie de l'hypersthénie gastrique. D'autre part, dans l'entéro-colite muco-membraneuse, c'est la médication hyposthénisante (belladone dans les cas légers, opium dans les cas avancés) qui réussit le mieux.

En résumé, l'entéro-colite muco-membraneuse est, avant tout, une maladie fonctionnelle. Elle peut guérir, quoique rarement (c'est comme pour l'hystérie). Elle est souvent localisée d'emblée dans l'intestin, mais, dans certains cas, elle succède à l'hypersthénie gastrique, elle coexiste parfois avec elle, et parfois elle l'engendre.

Maladie fonctionnelle appelle dénomination fonctionnelle. C'est pour cela qu'il paraît très scientifique et pratique de substituer au terme d'entéro-colite muco-membraneuse, celui, plus simple et plus logique, d'*hypersthénie intestinale*.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre

Pneumococcie pseudomembraneuse broncho-pulmonaire chez un enfant de deux ans

M. Menétrier. — Cette observation est intéressante en raison de la rareté d'une semblable affection à cet âge, en dehors de l'étiologie diphtérique, qui était absolument hors de cause. Quand l'enfant fut amené à l'hôpital il rendait fréquemment depuis deux mois, après des crises de toux et de suffocation presque quotidiennes, des fausses membranes ramifiées, arborescentes. Il avait eu, antérieurement, plusieurs bronchites.

A l'examen, signes de condensation du lobe supérieur gauche. Pas de fièvre, mais exsudation bronchique considérable, qu'améliorèrent beaucoup le sirop iodotannique et des fumigations avec une solution créosotée au centième dans l'eau bouillante. Il n'y eut plus d'expectoration de fausses membranes. Les examens bactériologiques et histologiques antérieurs de ces fausses membranes avaient démontré qu'elles n'étaient pas diphtériques.

Il s'agissait manifestement d'une infection pneumococcique pseudo-membraneuse, sans autres germes pathogènes. Les signes pulmonaires d'induration (submatité et souffle), perçus au niveau du sommet gauche, indiquaient manifestement une altération concomitante du parenchyme pulmonaire.

M. Aport résume le travail que nous publions *in extenso*, p. 1061, sur la « nosologie des œdèmes aigus essentiels »

J. J.

DÉPARTEMENTS

Un cas de tuberculose verruqueuse chez un boucher

En 1898, un boucher, âgé de quarante-cinq ans, vient consulter le Dr H. **Malherbe** pour une lésion de la main, formée par cinq ou six grosses papules aplaties, les unes d'un rouge foncé vineux, les autres recouvertes d'une croûte. Ces éléments, rangés en demi-cercle autour de la saillie de l'éminence thénar, ne sont le siège d'aucun phénomène subjectif, douleur, prurit; ils inquiètent seulement le malade. Cet homme ne peut préciser d'une façon certaine la date du début de son éruption.

Malgré ses dénégations, on songe à la syphilis et le traitement spécifique est prescrit.

Le 2 mai 1899, ce malade revient voir M. Malherbe. Le traitement n'a pas été suivi. Les lésions cutanées ont augmenté.

En outre, la santé générale commence à s'altérer. Le malade manque d'appétit, il a maigri, il sue abondamment la nuit, tousse et crache. A l'auscultation on trouve en avant, au sommet droit, une zone de submatité très nette et une grande obscurité de la respiration. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

On soumet alors le malade à un traitement d'épreuve intensif. Il prend à l'intérieur de l'iodure de potassium, qu'il arrive progressivement à absorber jusqu'à la dose de 8 gr. par jour. Puis on lui fait des piqûres intramusculaires de sublimé à la dose de 2 cent. et demi deux fois la semaine. Ce traitement est suivi du 15 mai au 28 juillet 1899. Sous l'influence de cette thérapeutique, il y a une certaine amélioration dans l'état local ; mais bientôt elle cesse de se manifester ; par contre, l'état général a périclité. Des hémoptysies abondantes se produisent et il faut suspendre l'usage de KI.

En juillet, le malade s'absente. En août, il revient voir M. Malherbe et lui dit qu'un nouvel essai d'absorption de KI, n'a pas été heureux et a causé de violents crachements de sang.

A l'auscultation, l'infection tuberculeuse du poumon droit ne fait plus de doute. On conseille donc au malade de prendre de l'huile de foie de morue et de se faire mettre des pointes de feu tous les huit jours, dans la zone thoracique correspondant au sommet pulmonaire. Sur la main, on prescrit des applications permanentes d'emplâtre de vigo.

Sous l'influence de ce pansement, la lésion cutanée s'améliore rapidement et arrive à une quasi-guérison. Malheureusement, l'infection pulmonaire fait de rapides progrès et le malade succombe en janvier 1900.

L'enquête, faite alors, révéla que deux ans avant l'apparition des lésions tuberculeuses de la peau, pour lesquelles il était venu consulter, cet homme, dans l'exercice de son métier de boucher, s'était fait à la paume de la main droite une blessure avec un couteau servant spécialement à dépecer les viandes mortes. Sur cette blessure, dont la cicatrisation fut longue à obtenir, s'était développée une sorte de verrue ou végétation qui, après plusieurs mois d'existence, avait fini par disparaître.

« Très vraisemblablement, cette blessure fut la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse, et, très vraisemblablement aussi, notre sujet ne maniant que des viandes de boucherie (veaux ou bœufs), cette infection fut d'origine bovine.

« Si démonstrative nous paraît cette trop longue observation, qu'il nous semble inutile de l'accompagner de commentaires. Et, quoi qu'en dise le docteur Koch, c'est bien là un cas de généralisation de tuberculose bovine contractée accidentellement au cours d'occupations professionnelles.

« En cherchant bien dans les annales de la science, mieux que ne l'a fait le prof. Koch, on trouverait certainement d'autres faits analogues. » (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 nov. 1901).

Un cas de syphilis cérébrale traitée avec succès par les injections de salicylarsinate de mercure (énésol)

MM. **Pauly** et **Jambon** ont publié dans le *Lyon médical* (13 novembre 1904) une intéressante observation prise dans le service de M. Launois. Il s'agit d'une femme de cinquante ans atteinte de syphilis cutanée et cérébrale, d'hémiplégie gauche avec crises d'épilepsie jacksonienne limitées au côté gauche de la face.

La malade fut soumise au traitement par les injections intra-musculaires d'énésol (salicylate de Hg à 3 centigrammes par centimètre cube. Injection quotidienne de 1 cc. Dès la cinquième, amélioration notable ; les croûtes des lésions cutanées se sont détachées et la rougeur a pâli ; la céphalée a beaucoup diminué, il ne s'est pas reproduit de crises convulsives.

La malade subit ainsi 16 à 17 injections d'énésol, dont les cinq dernières de 2 cc, c'est-à-dire 6 centigr. d'énésol : ces injections ont toutes été bien supportées ; il n'y a eu aucune induration, pas de douleurs locales. A ce moment, comme il existe un peu de salivation et de la gingivite, on suspend le traitement et on donne de l'iodure. Mais l'amélioration obtenue est déjà considérable : les lésions cutanées ont pâli, ont diminué d'étendue, les croûtes sont presque toutes tombées, et une petite lésion de la fesse droite présente déjà une cicatrice lisse. D'autre part, la céphalée a disparu, la langue est beaucoup moins déviée, et il ne s'est pas reproduit de crises convulsives dans le côté gauche de la face.

Cette observation inspire à MM. Pauly et Jambon les réflexions suivantes :

« Voici donc un fait qui nous paraît très favorable au salicylarsinate de mercure. Nous pouvons confirmer les conclusions de M. Coignet, que les injections de ce sel sont très bien tolérées, qu'elles ne produisent ni douleurs, ni indurations, qu'elles permettent enfin un traitement mercuriel véritablement intensif. Il nous a semblé qu'il n'y avait pas d'avantages à employer des doses de 6 centigrammes : les injections à cette dose ont été certainement bien supportées au point de vue local, mais elles ont amené rapidement de la salivation et de la gingivite. Il semble donc qu'on doive s'en tenir, au moins habituellement, à la dose de 3 centigrammes. Cette dose étant soluble dans un centimètre cube d'eau, on voit quelles facilités nous donne ce nouveau sel. Il est certainement, à ce point de vue, supérieur aux autres sels solubles de mercure ; le biiodure est trop peu soluble et exige l'addition d'un iodure alcalin, ce qui, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis Dor, est une cause de provocation des douleurs. Le benzoate pourrait être rapproché de l'énésol ; mais, pour lui aussi, il faut ajouter un autre sel qui augmente sa solubilité dans l'eau, le benzoate d'ammoniaque, par exemple, et cette addition est peut-être la cause des eschares que nous avons vues parfois se produire.

« En somme, les avantages du salicylarsinate paraissent certains. Quant au fait que ce sel contient un peu d'arsenic, nous ne le retenons pas pour notre compte, car nous n'envisageons la méthode des injections hydrargyriques que comme une méthode d'exception, pour le traitement intensif d'accidents syphilitiques graves de par leur localisation. Dans ces cas, le traitement est toujours de courte durée, et, par conséquent, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une action quelconque de l'arsenic. Enfin, quant aux avantages des sels solubles sur les insolubles, nous croyons qu'ils ont été déjà suffisamment démontrés par de nombreux auteurs.

« En résumé, nous considérons que notre observation est très favorable au salicylarsinate et que les résultats que nous avons obtenus avec ce nouveau sel nous engageront à le préférer, à l'avenir, aux autres sels solubles de mercure. »

De la conduite chirurgicale dans l'empalement

M. le Dr **Potel**, ancien chef de clinique à la Faculté de Lille, a publié dans l'*Echo médical du Nord* (27 novembre 1904) une étude sur l'empalement, documentée de 126 observations résumées.

A l'exemple de Poncet (in thèse Ecochard), l'auteur a réservé le nom d'*empalement* aux lésions produites par une chute sur le siège (périnée, anus, organes génitaux), et laissé complètement en dehors les *embrochements*, c'est-à-dire les accidents dans lesquels la plaie se trouve dans une autre région du corps.

En présence d'un cas d'empalement, ce qui est important à connaître — car c'est de cette notion que déroulera le traitement — c'est l'étendue des lésions. Il est, en particulier, nécessaire d'être fixé sur ce point : y a-t-il ou non ouverture du péritoine?

Pour cela, après nettoyage aussi soigneux que possible de la région, l'auteur recommande d'explorer d'abord la muqueuse intestinale avec le doigt ; si l'on perçoit une solution de continuité à plus de six centimètres de l'anus, on peut avoir de fortes présomptions en faveur d'une affection péritonéale.

M. Quénu, dit-il, recommande l'inspection au rectoscope, et l'exploration de l'orifice rectal avec une sonde. Il ne partage pas cet avis, en raison de ce que peu de praticiens ont à leur service un rectoscope ; d'autre part, il se demande s'il est bien utile d'introduire des sondes dans la cavité abdominale.

« Nous croyons qu'en pratique, quand on constate chez un empalé une section de la face antérieure du rectum, siégeant à 8 ou 10 centimètres de l'anus, il faut considérer cette plaie comme communiquant avec la cavité péritonéale et agir en conséquence. Une laparotomie exploratrice, dans un péritoine sain, est à peu

près sans importance. L'abstention risquerait d'être infiniment plus dangereuse.

« Enfin, on devra chercher à diagnostiquer la présence de corps étrangers, de fragments de bois, de vêtements, on fera le contrôle en se faisant présenter la tige de bois sur laquelle le malade s'est empalé, les vêtements qu'il portait, etc.

« Ce sont donc les signes physiques, objectifs, qui doivent entraîner la conviction, au moins dans les heures qui suivent l'accident, c'est-à-dire dans les heures où une thérapeutique active et éclairée peut agir efficacement. Plus tard, les phénomènes infectieux prendront le dessus, et pousseront ou retiendront le chirurgien suivant leur gravité. Mais au début, il ne faut se laisser arrêter ni par aucune fausse accalmie, ni par aucune trompeuse sécurité. »

C'est sur ces données que M. Potel base la conduite chirurgicale que voici :

1° *Il s'agit d'une plaie périnéale, sans lésions des réservoirs.* — On désinfectera très soigneusement la plaie dans ses moindres anfractuosités, on régularisera les portions contuses,déchirées, puis on drainera et on suturera par des points profonds et superficiels; si le testicule est mis à nu,on le réintégrera; si besoin est, on restaurera la vaginale.

2° *Il y a une plaie du rectum et de la vessie, sans lésion péritonéale.* — Pas d'intervention immédiate,on ne pourrait agir que sur des tissus contus, avec tendance au sphacèle. Ce qu'il faut, c'est drainer à la fois le rectum et la vessie,les aseptiser par des lavages fréquents, et favoriser dans la mesure du possible l'oblitération spontanée de la solution de continuité. Dans la plupart des observations, ces fistules se sont fermées spontanément, 20 à 30 jours après l'accident.

3° *Le péritoine est perforé. Il existe des lésions des organes viscéraux.* — Il faut intervenir le plus tôt possible. Il faut gagner du temps sur l'infection, oblitérer au plus vite cette fissure par où s'écoulent les matières septiques, opérer, en un mot, avant que le péritoine n'ait fait des dégâts irrémédiables.

On pratiquera une laparotomie exploratrice médiane et l'on tâchera ensuite de réparer les désordres, souvent considérables, produits par le pal. Suture intestinale, nettoyage de la séreuse, drainage avec un Mickulicz à gros drain, etc.; on assurera également soigneusement le drainage des réservoirs (vessie et rectum).

4° *Il existe un corps étranger.* — L'extraction — souvent pénible — en doit être pratiquée aussitôt que possible, soit par la voie périnéale, soit par la voie abdominale, suivant que chacune de ses méthodes conduit plus facilement vers le but. On devra ensuite tenter de réparer la lésion et d'assurer un large drainage de ces plaies, toujours septiques.

G.

HYGIÈNE SOCIALE

La lutte contre la tuberculose en Portugal

On nous prie d'insérer — et nous le faisons avec plaisir — la note ci-dessous qui résume les phases principales de la lutte contre la tuberculose en Portugal.

« Sans méconnaître les travaux du regretté professeur Sousa Martins et d'autres efforts individuels très louables, on ne parlait guère en Portugal de la lutte contre la tuberculose, avant la fondation de l'Assistance nationale aux tuberculeux par Sa Majesté La Reine. La tâche était difficile et très vaste : il fallait monter les rouages de la puissante machine conçue par Sa Majesté avec une grande sagesse, pour être à même de venir en aide aux pauvres poitrinaires et à leurs familles, accomplissant d'emblée une œuvre de guérison, de prophylaxie, de philanthropie, de charité et de relèvement social.

« Le programme présenté à l'assemblée générale, tenue le 11 juin, sous la haute présidence de Sa Majesté La Reine, comportait, outre les hospices, les asiles ou infirmeries privatives pour phtisiques, les sanatoria pour tuberculeux guérissables, les hôpitaux marins pour enfants lymphatiques, les dispensaires anti-tuberculeux, et les secours à domicile, aux familles des tuberculeux.

« L'Œuvre vient d'accomplir la cinquième année d'existence. L'exercice de 1899 fut consacré à l'organisation administrative et financière de la Société, reconnue d'utilité publique et subventionnée par l'État, les communes et les institutions charitables, par la loi du 17 août 1899, et à une propagande préliminaire et très active, au moyen de brochures, circulaires, placards et articles insérés aux grands quotidiens.

« Presque à la fin de l'exercice, 6 juin 1900, le Sanatorium maritime d'Outao, le premier de ce genre au pays, ouvrait ses portes à trente six fillettes lymphatiques et scrofuleuses.

« En 1900-1901, juin à juillet, on a poursuivi les travaux de vulgarisation; on a établi des comités en province, sous le titre de Succursales et Délégations, et le 5 juin, commémorant le premier anniversaire d'Outao, on inaugurait, avec une grande solennité, le Dispensaire antituberculeux de Lisbonne, n° 1. En 1901-1902, le second dispensaire antituberculeux de Lisbonne ouvrait ses portes, et l'on aménageait à Trafaria, sur la rive gauche du Tage, à un demi-mille de l'entrée du port de Lisbonne, une colonie maritime de vacances pour enfants débiles des deux sexes. Quelques semaines après, le Sanatorium maritime de Carcavellos entrait en pleine activité, recevant trente garçons scrofuleux, et l'on ouvrait le premier dispensaire régional antituberculeux en province, à la ville de Bragança.

« En 1902-1903, au mois de janvier de la dernière année, avait lieu l'inauguration de deux dispensaires antituberculeux, aux villes de Porto et de Faro.

« On met à l'étude, par les soins du secrétaire général,professeur de Lencastre, pendant l'année de 1903, les hôpitaux suburbains de Coimbra, Braga et Portalegre, pour la centrifugation des tuberculeux incipients,et l'hôpital de Repos de la ville de Lisbonne, pour recevoir les malades au début de la tuberculose, en traitement aux dispensaires numéros I et II.

« Avec une ardeur extrême, le Conseil central de l'Assistance nationale aux tuberculeux, fort de l'appui des pouvoirs constitués et de l'opinion publique,ébranlée sans cesse par la presse, poursuit sa tâche, sous la haute présidence de Sa Majesté la Reine, faisant édicter des mesures de savante prophylaxie, pour la partie sociale de l'œuvre, et prêtant secours aux phtisiques, à leurs familles et aux prédisposés à devenir tuberculeux.

« Au dernier exercice, 1903-1904, au mois de mars, on a commencé la construction du grand sanatorium Sousa Martins, à la ville de Guarda, pour le traitement de 84 tuberculeux pauvres, aux frais de l'Assistance, en trois pavillons indépendants, pour hommes, femmes et enfants. Pour le moment, on achève à Vianna do Castello le dispensaire et la respective galerie de cure pour dix poitrinaires.

« Le Secrétaire général de l'œuvre vient d'inspecter tous les travaux en cours d'exécution. Au village de Caminha, au nord du pays, sur mer, il a fait le choix d'un terrain pour la construction d'un sanatorium maritime.

« En cinq ans, l'armement antituberculeux portugais a pris un élan considérable et supérieur à toute espérance.

« Les sanatoria maritimes donnent du nerf à l'enfance débile, de même que les colonies de vacances, sur mer; les dispensaires antituberculeux,prévus en Portugal avant la célèbre conférence de Calmette, de novembre 1899, outre les secours en tout genre aux tuberculeux nécessiteux, permettent la prophylaxie pratique, la guérison des malades peu avancés et familiarisent le public avec le danger. Par cette voie tout le monde comprend qu'il faut collaborer, par tous les moyens possibles, à une œuvre qui touche de près à la santé générale. »

Suit le détail des excellents résultats déjà obtenus. Ils font l'objet d'un volumineux rapport de l'honorable secrétaire de l'œuvre, le prof. de Lencastre.

REVUE DE THÈSES

I

Calculs salivaires du canal de Warthon et de la glande sous-maxillaire, par le Dr GUILLOTEAU. (Paris, A. Michalon, 1904.)

Étude clinique des calculs salivaires avec quelques observations inédites.

II

Contribution à l'étude des monoarthrites suppurées d'origine puerpérale, par le Dr Pasturel. (Paris, Michalon, 1904.)

L'infection puerpérale à côté des foyers suppurés multiples qu'elle peut produire dans les articulations et partout ailleurs (septico-pyohémie), amène quelquefois des mono-arthrites suppurées pouvant évoluer comme des affections locales, mais réalisées par les agents habituels de l'infection et par le streptocoque particulièrement. C'est à l'étude de ces mono-arthrites des membres, le plus fréquemment et, en particulier, du genou, que M. Pasturel a consacré sa thèse.

III

De l'acidité urinaire, par le Dr Le Barbier. Paris, H. Jouve, 1904.

Travail patient de chimie médicale ayant pour but d'études : les nombreux corps à fonction acide saturée ou non saturée susceptibles d'être rencontrés dans l'urine humaine, puis d'exposer les principales méthodes de dosage de l'acidité urinaire et d'interpréter les résultats qu'a pu fournir à l'auteur la méthode qu'il a employée. L'acidité est un élément important à connaître, car il y a, dit l'auteur, *une acidité utile*, régulatrice, capable d'intervenir efficacement dans l'élimination raisonnable des bases excédantes ingérées et *une acidité de déchet* plus nuisible qu'utile destinée à être, le plus tôt possible, rejetée au dehors au même titre que les poisons de l'organisme.

IV

Grossesses et accouchements consécutifs aux ruptures utérines, par le Dr Livon. (Paris, Steinheil, 1904.)

Dans sa thèse, M. Livon a réuni un grand nombre d'observations de femmes qui, ayant été assez heureuses de guérir d'une première rupture utérine, ont eu une nouvelle grossesse venue à terme. Sur un total de 32 femmes entrant dans cette catégorie, 18 ont eu une nouvelle rupture : chez la plupart il s'agissait d'un bassin rétréci ou plat, auquel il faut faire une large part dans la rupture première comme dans la rupture ultérieure, et pour cette dernière doit s'ajouter la facilité de rupture de cicatrices irrégulières. Sur ces 18 femmes 10 sont mortes. Sur 5 femmes ayant eu une première rupture utérine et chez lesquelles on a provoqué l'accouchement prématuré, on a eu deux nouvelles ruptures et une mort. Sur trois femmes chez lesquelles on a pratiqué l'opération césarienne (une fois avant le travail, deux fois au début), toutes ont vécu ainsi que leur enfant.

Suivant l'auteur, la meilleure conduite à tenir est de laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme et à pratiquer l'opération césarienne.

Dr Dourre.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales, par MM. L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, et O. Jacob, professeur agrégé au Val-de-Grâce. (Tome I, 1 gros vol. in-12 de 790 pages avec 553 figures, dont 537 en couleurs.)

Depuis quelques années se faisait sentir, pour l'étudiant aussi bien que pour le médecin, le besoin d'un Traité d'anatomie topographique en concordance avec les progrès les plus récents de la chirurgie. Le traité du regretté prof. Tillaux, était devenu insuffisant en raison des opérations nouvelles qui ont vu le jour depuis quelque temps.

Longtemps limité aux interventions sur les membres et sur la face, la chirurgie a, en effet, grâce à l'asepsie, grâce aussi à l'audace toujours croissante des chirurgiens, abordé l'oreille, les fosses nasales et leurs cavités annexes, le crâne, le rachis, les viscères thoraciques et surtout les viscères abdomino-pelviens. Comme conséquence, l'anatomie topographique de toutes ces régions, si négligée jadis parce qu'elle ne conduisait que très rarement à quelques applications pratiques, a pris aujourd'hui une importance considérable, importance qui est en rapport avec les besoins de plus en plus étendus de la médecine opératoire.

Dans de telles conditions, la publication d'un Traité nouveau d'anatomie topographique ne peut que rencontrer une approbation unanime, surtout si l'on tient compte du nom des auteurs, MM. Testut et Jacob, dont la compétence particulière en ce qui concerne l'anatomie et la chirurgie, n'est pas à discuter.

Le premier volume de l'ouvrage — qui en comprendra deux — vient de paraître. Il est consacré à la tête, au rachis, au cou et au thorax. Il serait aussi fastidieux qu'inutile d'exposer ici par le menu la série des chapitres abordés. Qu'il nous suffise de donner notre impression d'ensemble sur le volume que nous venons de lire.

La description des régions y est des plus nettes, éclairée par la présence de très nombreuses gravures et de quelques schémas, la plupart en plusieurs couleurs. Quant aux considérations médico-chirurgicales qu'inspire l'étude de chaque région, elles ont été disséminées au cours de l'exposé ; chacune à côté de la disposition anatomique à laquelle elle se rattache ou dont elle découle. Cette méthode, « outre qu'elle tempère agréablement l'aridité de la description anatomique, rend l'étude des régions plus attrayante et partant plus instructive. »

Si nous ajoutons à cela la remarquable exécution matérielle du livre, qui en fait un ouvrage réellement hors pair, le lecteur comprendra le regret que l'on éprouve d'avoir à attendre la publication du second tome.

Ed. Laval.

Librairie Masson

Études biologiques sur les géants, par MM. P.-E. Launois et P. Roy. Paris 1904.

Comme le démontrent les recherches de MM. Launois et Roy, le *gigantisme* est un véritable syndrome clinique résultant d'un trouble pathologique de la croissance, au même titre que le nanisme, l'infantilisme simple ou myxœdémateux, l'acromégalie. Anatomiquement, le gigantisme est, d'après ces auteurs, l'acromégalie des sujets aux cartilages épiphysaires non ossifiés, quel que soit leur âge. On peut donc avancer que la déviation trophique qui produit l'acromégalie est de la même nature que celle qui détermine le gigantisme. Dans ce dernier il y a avant tout, une exagération de la fonction ostéogénique qui peut n'être que transitoire pendant la période de la croissance, ou qui peut aussi se prolonger quelquefois bien au delà de l'adolescence. Les auteurs étudient successivement, à l'aide d'observations largement illustrées de figures photo et radiographiques, le gigantisme dans ses rapports avec l'infantilisme et l'acromégalie. Ils prouvent ainsi que ces trois dystrophies, isolées ou associées, s'accompagnent de troubles manifestes dans la morphologie du squelette.

En ce qui concerne, en particulier, le gigantisme, il est dû, comme l'avait supposé Brissaud, à la persistance anormale du processus ossificateur dans les cartilages de conjugaison ou les cartilages juxta-épiphysaires. La cause de cette hyperostéogenèse est encore bien obscure. On commence seulement à entrevoir, dans cet ordre d'idées, le rôle des glandes à sécrétion interne, glandes génitales, thymus, thyroïde, hypophyse, dont une des fonctions consisterait à diriger, par l'intermédiaire du système nerveux, la trophicité du tissu conjonctif, du tissu cartilagineux, du tissu osseux. Les nombreux faits expérimentaux accumulés par Brown-Séquard, Schiff, Massalonzo, Klebs, Hofmeister, Gley, Marinesco, Rogowitch, etc... tendent à prouver que les altérations dont ces glandes peuvent être le siège retentissent nettement sur le squelette et déterminent des syndromes tels que l'acromégalie, le myxœdème et le gigantisme...

Le lecteur trouvera, dans ce livre, un exposé méthodique et documenté de tous les problèmes relatifs au rôle des glandes à sécrétion interne dans la production des troubles ostéogéniques. Un grand nombre d'observations personnelles donne à ce travail une allure de monographie scientifique très rigoureuse et fort intéressante.

J. Roubinovitch.

Vient de paraître

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail : les suites médicales et judiciaires, par MM. Em. Forgue et E. Jeanbrau, avec une préface de M. Jean Cruppi. 1 volume in-8° de 370 pages, prix 4 fr. 50. (Masson et Cie, éditeurs.)

Exode rural et tuberculose, par le docteur G. Bourgeois. 1 vol. in 8, 126 pages. (Félix Alcan, Paris.)

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. Courtès.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôtel-Dieu de Lyon.*)

Clinique de M. le prof. JABOULAY

Les arthrites suppurées dans l'ostéomyélite aiguë

Par M. le Dr L. BÉRARD

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux. Suppléant le professeur.

(Leçon recueillie par M. le Dr Pinatelle, moniteur de la clinique.)

Sur un sujet tel que l'ostéomyélite aiguë il semble que tout ait été dit. Pourtant, chaque jour se modifient ou se complètent les données déjà acquises sur cette affection. Je n'hésite donc pas à vous présenter aujourd'hui une série de malades qui, dans la pratique, auraient exigé de vous un diagnostic rapide et une décision immédiate, basée sur une connaissance précise des multiples complications de l'ostéo-myélite.

Je ne vous rappellerai pas que l'ostéomyélite aiguë, ou ostéite juxta-épiphysaire aiguë des adolescents, est une maladie infectieuse due à des microbes variés, dont le staphylocoque doré se montre de beaucoup le plus fréquent. Entrés dans l'organisme par des portes multiples, surtout par la peau et par le tube digestif, etc., ces microbes vont secondairement se localiser, par la voie sanguine, dans le squelette des sujets en période de croissance. Nous passons sur ces considérations de bactériologie, aussi bien que sur les symptômes majeurs de l'ostéomyélite, qui ont été remarquablement décrits dans les travaux d'Ollier, Lannelongue, Poncet, Jaboulay, Rodet et leurs élèves. Ce sont uniquement les complications qui vont nous retenir, et au premier rang les *arthrites suppurées.*

Dans les membres, l'ostéomyélite se localise d'abord de préférence sur les os longs, dans la région juxta-épiphysaire, c'est-à-dire sur l'une ou l'autre face des cartilages conjugaux qui séparent la diaphyse des épiphyses presque toujours sur la face diaphysaire, où se trouve une zone que l'on appelle le *bulbe de l'os*. Cette zone est la plus sujette aux lésions, car c'est la plus vascularisée et la plus fragile; pendant l'adolescence, elle est sillonnée par les vaisseaux des travées d'ossification. Ces travées n'ont pas encore pris elles-mêmes leur structure définitive, et, sous l'action de traumatismes peu violents, elles s'écrasent pour donner lieu soit à des décollements épiphysaires complets, soit à ces fractures parcellaires interstitielles qu'Ollier a décrites sous le nom *d'entorses juxta-épiphysaires* et sur lesquelles les microbes trouvent un terrain de culture préparé. Parmi toutes les régions juxta-épiphysaires des membres, celles que l'ostéomyélite atteint de préférence sont celles où la croissance est la plus active, soit les épiphyses adjacentes au genou et éloignées du coude.

Comment, parti de ces régions, le pus envahit-il les articulations? Il faut, pour le comprendre, connaître les rapports du cartilage conjugal avec la synoviale articulaire. Tantôt, comme à la hanche, le cartilage conjugal est en pleine cavité synoviale : aussi toute ostéomyélite suppurée de la tête fémorale donne-t-elle fatalement une arthrite. Tantôt, comme à l'épaule, le cartilage à cheval sur la capsule articulaire n'est inclus dans la synoviale qu'à une de ses extrémités. Tantôt, enfin, il ne communique qu'indirectement avec elle, comme à l'extrémité inférieure du tibia; ou bien il en reste tout à fait indépendant.

***

Des deux malades que je vous présente d'abord, l'un, atteint d'une ostéomyélite bipolaire de l'humérus, c'est-à-dire d'une ostéite des deux bulbes supérieur et inférieur de cet os, a failli mourir par suite de la suppuration des deux articulations voisines, l'épaule et le coude. L'autre, malgré le drainage précoce d'une ostéomyélite inférieure du tibia, n'a pas échappé à une pyarthrose tibio-tarsienne.

Le premier est un jeune garçon de huit ans. Il entra dans mon service de la Charité le 15 décembre 1903, avec tous les symptômes d'une panostéite humérale. Prostré, délirant, le teint terreux, les narines pincées, la langue rôtie, il avait une température oscillant de 39 à 40°2, des urines rares et troubles, un pouls affolé et filant. Le diagnostic n'exigeait pas un long examen; car de lui-même l'enfant accusait une douleur exeruciante dans l'épaule droite, et poussait des cris dès qu'on touchait au membre supérieur correspondant. Localement, la peau livide, sillonnée de veines violacées soulevée par une collection fluctuante trahissait une infection suraiguë avec suppuration osseuse. Nous espérions un peu, malgré toute apparence, que l'articulation scapulo-humérale serait encore indemne, car, huit jours avant, l'enfant était en pleine santé. D'autre part, à l'épaule l'arthrite, ne se produit pas fatalement, car, comme je vous le disais, dans cette région le cartilage conjugal, infléchi en accent circonflexe, ne pénètre dans la synoviale qu'en dedans et en bas; or ici les phénomènes prédominants évoluaient en dehors et en haut, sous le deltoïde. Tout le bras pourtant était gonflé et douloureux; et la pression prudente, exercée du haut en bas de l'humérus, semblait également insupportable.

Le jour même, sous une anesthésie légère au chlorure d'éthyle, est incisée la collection deltoïdienne, qui va jusqu'à la tête dénudée de l'humérus. Pour tenter un dernier compromis entre la conservation de l'intégrité articulaire et la nécessité d'un large drainage, ce qui est le point délicat dans toutes les interventions pour l'ostéomyélite, je fais une arthrotomie de l'épaule avec contre-ouverture inféro-interne, puis une trépanation de l'humérus aux deux extrémités de la diaphyse : en haut, la moelle est franchement purulente; en bas, elle apparait rougeâtre, semée de points jaunes. Le périoste, jaunâtre, est décollé sur la moitié supérieure de la diaphyse par du pus brun.

La fièvre diminue dès le lendemain, mais sans une amélioration parallèle de l'état général; et trois jours plus tard, une nouvelle intervention s'impose. Aussitôt découverte, la tête humérale se mobilise sans peine; baignant dans une sérosité louche, sanguinolente, elle est complètement décollée de la diaphyse et semble privée de tous ses moyens de nutrition; c'est un véritable séquestre en grelot qu'on extirpe de la cavité articulaire.

Nous croyons en avoir fini avec les accidents aigus; point du tout. Après une légère amélioration, les douleurs se ravivent, surtout dans la région du coude, la fièvre se rallume. Et dans une troisième séance, cinq jours après la résection de l'épaule, quinze jours après le début de la maladie, je suis contraint, par une pyarthrose du coude, à une hémirésection de l'épiphyse humérale inférieure et à un évidement partiel de la diaphyse. Au coude, le cartilage conjugal inférieur de l'humérus affecte des rapports très étendus avec l'articulation. Il est orienté suivant deux plans inclinés qui partent respectivement de la base du condyle et du sommet de l'épitrochlée pour se rencontrer au centre même de la jointure : de telle sorte qu'ils sont recouverts et dépassés en hauteur de plusieurs centimètres, sur leur deux faces, par les deux culs-de-sac synoviaux

coronoïdien et olécranien : c'est ainsi que le foyer huméral inférieur avait déterminé l'arthrite. Nous avons eu, cette fois, la satisfaction d'assister à une chute définitive de la température, autour puis au-dessous de 38°.

Pourtant un incident a marqué la convalescence de ce petit malade; cinq ou six jours après la dernière opération se déclare une dysesthésie avec parésie musculaire dans le domaine du radial, à l'avant-bras et à la main droite. Au bout de dix jours la *paralysie radiale* est complète; la main ne peut se relever spontanément vers le dos du poignet. Bien que cette complication ait été constatée et traitée de suite par l'électrisation du tronc nerveux, que l'on trouve douloureux à la pression dans la gouttière de torsion de l'humérus, ce n'est qu'au bout d'un mois que se dessine quelque amélioration. La guérison intégrale des troubles nerveux, que vous pouvez constater aujourd'hui, a exigé plus de trois mois.

La paralysie radiale est rare au cours de l'ostéomyélite de l'humérus. Il y a deux ans, M. Nové Josserand en a présenté un cas personnel à la Société de chirurgie de Lyon et dans la thèse de son élève Bellissen. Il s'agissait d'une section complète du radial, à sa sortie de la gouttière de torsion, par un séquestre détaché de l'os. M. Nové Josserand, après constatation de la réaction de dégénérescence dans le domaine du radial à la main, alla à la recherche du nerf; il le trouva dilacéré par le séquestre, avec deux névromes de cicatrisation réunis entre eux par un simple tractus fibreux. L'avivement et la suture des deux bouts du nerf lui donnèrent la satisfaction de rendre en quelques mois tous ses mouvements à la main.

Chez notre malade, la pathogénie de la paralysie radiale était différente, puisqu'il y eut une rétrocession spontanée. Pourtant, sur ce point, on ne peut qu'émettre des hypothèses. Si les troubles nerveux s'étaient produits de suite après l'opération, nous aurions incriminé la bande d'Esmarch, par la contusion nerveuse qu'elle détermine, et dont on a maintes fois relevé les traces chez les jeunes sujets. Mais, outre que la paralysie due à la bande d'Esmarch est immédiate, en général elle est plus diffuse et plus transitoire. Pourtant j'ai eu l'occasion d'en observer, chez l'adulte, un cas qui s'était limité strictement au radial, et qui ne guérit qu'au bout d'un mois et demi, après de multiples séances d'électrisation et de massage. Le contact plus immédiat du radial avec la surface osseuse sous-jacente, son défaut de protection à la sortie de la gouttière de torsion, et peut-être sa plus grande fragilité, expliquent cette prédilection des lésions pour lui. Quoi qu'il en soit, chez notre petit garçon, il ne s'agissait ni d'une section opératoire du nerf, ni d'une paralysie par la bande d'Esmarch, mais plutôt d'une névrite développée au contact du foyer purulent, ou mieux d'une compression momentanée du tronc par des productions réactionnelles ostéopériostiques.

Voilà donc la phase dramatique de cette histoire terminée; il n'y a plus aucun danger *quoad vitam*; il ne s'est plus fait depuis cinq mois d'autre localisation de l'ostéomyélite. Que réserve l'avenir à cet enfant? Au point de vue anatomique, le squelette du bras, réduit déjà aux quatre cinquièmes environ de la diaphyse humérale, présentera par la suite un arrêt de croissance qui pourra dépasser 50 %, de la longueur de l'humérus sain. Il n'y aurait là qu'un demi-mal, car un humérus court peut être très solide. Malheureusement, le processus infectieux n'est pas complètement éteint : par les trajets fistuleux peuvent encore s'éliminer d'autres parcelles osseuses; et la suppuration torpide de *l'ostéomyélite prolongée* au niveau des deux surfaces réséquées n'est pas pour améliorer le résultat fonctionnel. Déjà le deltoïde et la plupart des muscles du bras sont très atrophiés malgré les douches et les courants électriques. A l'épaule, les mouvements sont très limités, surtout vers l'abduction et l'élévation du bras; des coulées et des adhérences fibreuses ont rétracté le deltoïde et collé le bras au tronc. Quant au coude, il est à peu près ankylosé à angle légèrement obtus; et peut-être faudra-t-il, dans quelque temps, pour lui donner du jeu, abraser les jetées périostiques qui s'édifient dans ce foyer mal éteint. Du moins les mouvements de pronation et de supination sont-ils à peu près conservés; ce qui s'explique par l'intégrité de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras.

***

Chez notre second malade, les apparences actuelles ne pourraient pas faire supposer que le danger couru a été aussi grand, puisqu'à ce gros garçon de douze ans, devenu obèse pendant sa convalescence, et retardé dans son développement génital, je dois depuis six mois faire administrer de temps à autre de la thyroïdine pour le faire maigrir. Cependant, il y a dix-huit mois, quand je le trouvai dans la salle Saint-Augustin, il était émacié, le teint cireux comme un grand infecté. Mon prédécesseur, M. Albertin, avait dû lui pratiquer d'urgence un évidement de la moitié inférieure du tibia, pour drainer un foyer d'ostéomyélite aiguë. Malgré cette intervention large et hâtive, trois semaines après se dessinaient, très nettement, les signes d'une arthrite suppurée du cou-de-pied, identiques à ceux que j'ai énumérés plus haut pour l'épaule. Sans doute le pus, après avoir décollé en dedans le cartilage tibial, avait gagné l'articulation tibio-péronière et par elle la tibio-tarsienne.

Ici je n'hésitai pas un instant entre l'arthrotomie et la résection. Au cou-de-pied, comme au coude, la simple incision est d'ordinaire insuffisante pour le drainage; et Ollier nous a, en outre, appris que l'ablation de l'astragale, chez les sujets au-dessus de cinq à six ans, après l'ossification du squelette du pied, ne comporte aucun risque fonctionnel pour l'avenir. Je commençai donc par extirper cet os, qui baignait dans le pus, et dont les ligaments d'attache étaient déjà très altérés. Je pus alors constater que le cartilage articulaire du tibia, érodé puis perforé par le pus venu d'en haut, laissait une communication en sablier entre les deux foyers osseux et articulaire : il fallut agrandir cette brèche, sacrifier la presque totalité de l'épiphyse inférieure, évider à nouveau la moitié inférieure de la diaphyse. J'avais tenu toutefois à conserver une lame tibiale assez épaisse pour assurer la solidité du membre; et surtout j'avais gardé intacte la malléole interne pour que, plus tard, maintenue par des productions périostiques nouvelles, elle pût, avec la malléole péronière, reconstituer la mortaise dans laquelle s'engagerait le calcanéum.

Comme vous le voyez, le résultat a dépassé toute attente : aujourd'hui le membre inférieur gauche, complètement cicatrisé, raccourci seulement de 4 centimètres, repose d'aplomb sur le sol, le pied en excellente position. Grâce à un soulier avec semelle surélevée, monté sur un tuteur métallique qui renforce le squelette de la jambe, la marche s'effectue avec une claudication insignifiante.

Mais, pour en arriver là, il a fallu user de quelques stratagèmes. D'abord, comme le péroné était déjà trop long par rapport au tibia réséqué, et que plus tard la croissance normale du premier de ces os n'aurait fait qu'accentuer la différence (le cartilage de conjugaison inférieur du tibia étant

détruit), j'excisai, suivant la méthode d'Ollier, le cartilage conjugal inférieur du péroné. J'étais sûr dès lors que le pied ne risquait plus d'être refoulé en varus, ce qui n'eût pas manqué de se produire sans cela. En outre, pour combler l'énorme brèche creusée dans le tibia, qui eût demandé plus d'un an à se fermer d'elle-même, j'usai de deux procédés d'ostéoplastie qui feront l'objet d'une de nos prochaines leçons; d'une part, je mobilisai un volet ostéo-cutané sur une des margelles de la gouttière tibiale et le refoulai dans le fond de cette gouttière. Puis, au bout de quelques jours, après avoir très soigneusement désinfecté la cavité restante, je coulai à son intérieur le mélange plastique iodoformé de Mosetig Moorhof et je suturai les téguments par dessus. En moins de quatre mois, tout était fini.

***

De ces deux cas particuliers tirerons-nous quelques *conclusions générales applicables au traitement de toutes les arthrites suppurées ostéomyélitiques?*

Avant de nous prononcer, il est essentiel de rappeler que ces arthrites peuvent revêtir des formes et des degrés de gravité des plus variables. A côté des arthrites par propagation de voisinage, que nous venons d'envisager, il en est de nombreux autres types : telles les *arthrites suraiguës*, que l'on observe parfois loin du foyer osseux, véritables pyémies, accompagnées ou non du *décollement aigu des épiphyses de Klose*, par nécrose des cartilages conjugaux, et qui d'ordinaire défient toute thérapeutique. Telles, au contraire, les arthrites que l'on pourrait appeler *para-ostéomyélitiques*, et où la synoviale, simplement irritée par la contiguïté du foyer infectieux ou par les toxines microbiennes, réagit en sécrétant une sérosité plus ou moins abondante, qui va de l'hydarthrose banale et limpide, jusqu'au pus d'une septicité atténuée. Telles, enfin, les *arthrites mixtes tardives* développées au contact de foyers ostéomyélitiques anciens, déjà drainés, restés fistuleux et infectés secondairement par d'autres espèces microbiennes. Le long des lymphatiques cheminent ces nouveaux microbes, jusqu'à la grande cavité de la séreuse articulaire; et c'est ainsi qu'il n'est pas exceptionnel de trouver du streptocoque dans le pus des arthrites nées tardivement autour d'un foyer ostéomyélitique à staphylocoque.

Cette multiplicité d'origines et d'évolutions commande donc par elle-même un certain éclectisme dans le choix du traitement. Si l'on tient compte, en outre, des variations de résistance vis-à-vis de l'infection, d'un individu à l'autre, on s'explique que l'on ait obtenu des succès par la mise en œuvre des moyens les plus différents : depuis la simple immobilisation de la jointure, à la ponction, à l'arthrotomie, à la résection, et enfin jusqu'à l'amputation. Passons en revue les principaux de ces moyens. Comme tous les chirurgiens, j'ai eu pour mon propre compte des succès et des échecs avec chacun d'eux.

Avec la *ponction* j'ai guéri, l'an dernier, à la Charité, un enfant de trois ans, atteint d'arthrite du genou secondaire à une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur : l'arthrite, il est vrai, fut combattue dès le début, et la cavité articulaire ponctionnée dès que l'on y eut constaté un épanchement notable. Trois ponctions, pratiquées avec le petit trocart à hydrocèle, ramenèrent un liquide de plus en plus louche, sanguinolent, tenant en suspension de nombreux leucocytes polynucléaires et des staphylocoques. Après une quatrième ponction, suivie d'une injection de glycérine iodoformée, les phénomènes rétrocédèrent, la température tomba progressivement. Au bout d'un mois d'immobilisation et de compression sous le bandage plâtré, il ne restait plus, dans la jointure, qu'un peu de raideur.

Je me hâte d'ajouter que vous n'aurez pas toujours, dans les arthrites suppurées de l'enfance, des succès aussi faciles. Nombre d'entre elles, au contraire, comportent un pronostic très grave : surtout les pyarthroses des nourrissons, qui évoluent souvent indépendamment de tout foyer osseux apparent, et pour lesquelles MM. Weill, Broca ont invoqué, avec de grandes apparences de raison, des infections pyohémiques d'origine cutanée. En deux ans, j'ai vu mourir deux nourrissons de sept et onze mois à la suite de telles arthrites, qui avaient été ponctionnées puis arthrotomisées sans succès; chez l'un d'eux seulement, dans une pyarthrose de l'épaule, je trouvai à l'autopsie un point d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus; chez l'autre, aucun foyer osseux ne put être décelé.

A l'âge adulte, nombre de pyarthroses ont été arrêtées dans leur évolution par la ponction; mais, en général, ce ne sont pas des pyarthroses ostéomyélitiques. J'ai le souvenir d'une pyarthrose du genou survenue chez un infirmier, par infection d'origine cutanée, et dont M. Vincent, alors mon chef de service, obtint la guérison au moyen de simples ponctions. De même vous pouvez voir actuellement, couchée au n° 13 de la salle Saint-Pierre, une malade, âgée de soixante-trois ans, atteinte d'un épithélioma ulcéré du col utérin, déjà cachectique, et dont le genou droit devint spontanément le siège, il y a deux mois, d'un épanchement rapide et abondant. La peau de la région était chaude, tous les mouvements très douloureux. Une première ponction retira du liquide très louche, avec polynucléaires et amas de cocci quatre jours plus tard, une deuxième ponction donna le même résultat et nous fit craindre d'avoir à intervenir plus largement. Pourtant, comme la température était peu élevée, la langue humide, nous avons temporisé. Actuellement, après cinq ponctions faites, en vingt jours et deux mois de plâtre, tout danger a disparu. L'articulation, sèche, est seulement le siège de gros craquements. Sans aucun doute, il s'agissait là d'une infection par voie sanguine, avec porte d'entrée au niveau de l'ulcération septique du col utérin épithéliomateux. Il semble, d'ailleurs, que les arthrites d'origine génitale, et surtout les arthrites gonococciennes, quand elles suppurent, jouissent d'une bénignité relative et souvent rétrocèdent par la ponction et la compression.

Ce sont là, au reste, des moyens qui peuvent devenir fort dangereux entre les mains des chirurgiens timorés ou peu attentifs. Ils exigent, en effet, une surveillance de tous les instants; et si la fièvre ne cède pas, si l'état général et local ne s'améliorent pas de suite, il est nécessaire d'agir au plus tôt plus énergiquement. C'est ici que l'*arthrotomie* et la *résection* peuvent être mis en parallèle.

A Lyon, et particulièrement au début de la période antiseptique, on s'en est tenu volontiers pendant longtemps à l'aphorisme d'Ollier : «La résection est la plus haute expression du drainage.» Et l'on condamna l'arthrotomie avec d'autant plus de raison apparente que les premières ouvertures antiseptiques d'articulations que l'on pratiqua, à renfort de lavages phéniqués, de raclage des synoviales et d'incisions multiples pour le passage d'énormes drains, aboutissaient à l'inoculation fatale des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la région, et à une diffusion foudroyante de l'infection. Sans doute, il est des articulations pour lesquelles la résection s'impose presque toujours; tels le coude et le cou-de-pied; cavités sinueuses, surfaces serrées, culs-de-sac étroits et multiples, tout concorde

ici à gêner l'évacuation par simple incision. En outre, dans ces jointures, l'hémi-résection humérale, ou l'ablation de l'astragale, fournissent d'excellents résultats fonctionnels, et chez les jeunes sujets ne compromettent pas notablement l'accroissement ultérieur du membre.

Ces restrictions faites, on aurait tort de condamner sans appel l'arthrotomie dans les pyarthroses. Les aphorismes et les règles exclusives en chirurgie ne trouvent jamais leur application stricte : c'est ce que nous disait mon maître, le prof. Poncet, devant un vieillard, atteint de pyarthrose du genou par plaie articulaire, qu'il avait guéri, contre toute probabilité, par une arthrotomie, après lui avoir proposé en vain la résection.

En ce qui concerne plus spécialement les arthrites ostéomyélitiques, surtout celles du genou, qui s'observent le plus fréquemment, l'incision de la cavité articulaire constitue une précieuse ressource. Même à l'épaule, on a des succès; l'an dernier j'en ai enregistré un chez un enfant de deux ans, dont j'avais ouvert largement l'articulation scapulo-humérale pour une pyarthrose à point de départ trochitérien.

Au genou, M. Broca dans ses leçons cliniques, M. Jaboulay dans la thèse de Gauthier, pour ne citer que ceux-là, ont mis en évidence les avantages du simple drainage, réalisé aussi tôt que possible, sans manœuvres brutales ou superflues — telles que la synovectomie, dont le moindre danger est d'ouvrir toutes grandes les voies d'absorption de la région — et en s'abstenant scrupuleusement de tout traumatisme articulaire inutile.

Dans cet ordre d'idées, M. Jaboulay est allé jusqu'à restreindre l'ouverture de l'articulation à une incision unique du cul-de-sac sous-tricipital, placé ensuite en position déclive par l'élévation du membre.

En général, pourtant, les chirurgiens préfèrent adjoindre à cette ouverture unique les deux incisions latérales classiques de part et d'autre de la rotule. Je vous présente deux derniers malades qui ont été guéris ainsi.

Le premier, ce gros garçon de dix huit ans, qui a repris à sa sortie de l'hôpital sa profession pénible d'aide-maçon, qui marche sans aucun tuteur ou appareil, et qui n'a conservé au niveau du genou gauche qu'un peu de gêne et de raideur, était entré pour une ostéomyélite du fémur, à la salle Saint-Sacerdos, il y a deux ans, alors que j'y faisais déjà une suppléance. Après, et malgré l'ouverture large du foyer osseux, se déclara une arthrite du genou, dont la certitude nous fut manifeste au bout de trois jours d'observation. Une ponction évacuatrice ramena un verre à bordeaux de sérosité purulente tenant en suspension des flocons fibrineux, des polynucléaires et des staphylocoques. Le surlendemain, malgré une légère baisse dans la température, la gravité de l'état général, la langue sèche, le pouls rapide, me décidèrent à faire une large arthrotomie, avec les trois incisions péri et sus-rotulienne. En un mois, l'arthrite était guérie, en trois mois le foyer osseux cicatrisé, et au bout d'un an les fonctions du membre revenues à peu près à la normale.

Le dernier malade est un enfant de dix ans que j'ai trouvé en traitement à la Charité, où M. Albertin lui avait fait d'abord une astragalectomie pour tuberculose tibio-tarsienne, et secondairement, une large brèche dans le tibia dont la diaphyse avait été gagnée progressivement par les lésions bacillaires. Pendant la convalescence, à la suite d'un pansement où l'on avait cureté quelques fongosités sur la plaie de la jambe, brusquement le soir même éclata un violent frisson, la température s'éleva à 40°, la jambe rougit sous une poussée de lymphangite. Deux jours après, le genou était gros, très douloureux, livide. Une ponction exploratrice, puis évacuatrice, ramena du pus à *streptocoques*; le lendemain, une arthrotomie du cul-de sac sous-tricipital permit une évacuation suffisante du pus. Comme dans le cas précédent, la lésion articulaire fut guérie avant la lésion osseuse, et sans gêne fonctionnelle notable. Il s'agissait-là, il est vrai, comme lésion initiale, de tuberculose osseuse et non d'ostéomyélite; mais le processus d'infection de la jointure était bien celui des arthrites ostéomyélitiques, *mixtes tardives*.

***

Voilà des faits; je m'abstiens de conclure et je ne vous donnerai pas non plus de statistiques globales, qui n'auraient d'intérêt que si, pour chaque cas, nous pouvions préciser les conditions anatomiques des lésions, la virulence du microbe et la résistance du sujet.

Il est des pyarthroses ostéomyélitiques qui tendent presque à la guérison spontanée dès que le pus a été extrait de la jointure. Pour la plupart et surtout chez l'enfant, l'arthrotomie doit compter comme l'opération type. Il en est quelques-unes qui réclament la résection précoce, malgré l'impotence relative à laquelle elle expose pour la suite, et surtout malgré les troubles de la croissance qu'elle peut déterminer chez les jeunes sujets. Il faut en tous cas faire des résections très économiques, en enlevant le minimum utile de substance osseuse dans la diaphyse, sans toucher aux cartilages de conjugaison.

Enfin, dans quelques cas, malheureusement encore trop fréquents, pour lesquels vous serez appelés trop tard ou dont la gravité commande tous les sacrifices pour le salut du malade, vous en serez réduit à cette mutilation, que le chirurgien ne consent plus aujourd'hui sans répugnance : l'*amputation* au dessus de la lésion. De cette opération je ne vous dirai qu'un mot : elle sera rapide, faite sous une anesthésie légère, après une injection copieuse de sérum artificiel; et vous laisserez la plaie béante, *sans une suture* (Poncet). A ce prix peut-être sauverez-vous le patient; n'en donnez pas, en tous cas, l'assurance à son entourage.

En résumé, chaque cas d'arthrite suppurée ostéomyélitique doit être discuté aux divers points de vue susénoncés avant de prendre une décision relative au traitement. Pour chacun d'eux, suivant l'expression d'Ambroise Paré, il faut tenir compte « du virus venimeux, de la redondance vicieuse des humeurs et de l' « imbécilité » des malades ». Cette formule, vieille de 300 ans, ne serait pas déplacée aujourd'hui dans la bouche d'un chirurgien nourri des doctrines bactériologiques.

QUESTIONS DE TUBERCULOSE

Immunisation des bovidés contre la tuberculose par le vaccin de Behring. Expériences de contrôle

Par M. le Dr Kuss

Médecin du sanatorium d'Angicourt.

Une opération intéressante, d'une grande portée scientifique, a été commencée, dimanche dernier, à Melun. Vétérinaires et médecins, hygiénistes et agriculteurs ne peuvent manquer de suivre avec attention les phases successives de cette expérience, qui doit se prolonger dix à douze mois, dans le but de vérifier publiquement la plus essentielle des affirmations récentes du professeur von Behring. L'importance du problème, la valeur scientifique des expérimentateurs, la rigueur des conditions expérimentales, le nombre des animaux mis en traitement permettent d'affirmer, dès maintenant, que cet essai aura un grand retentisse-

ment dans le monde savant; il fournira sans doute des données précises sur les conditions dans lesquelles est pratiquement possible, à l'heure actuelle, l'immunisation des bovidés contre la tuberculose.

Tous les médecins se rappellent les communications sensationnelles faites, en 1902 et 1903, par le savant de Marbourg sur les points suivants :

1° Vaccination antituberculeuse des veaux par l'inoculation d'une race spéciale de bacilles de tuberculose humaine;

2° Rôle essentiel que jouerait, dans l'étiologie de la phtisie pulmonaire, l'infection bacillaire latente du jeune âge, consécutive à la pénétration, dans l'économie, par la voie digestive, de germes tuberculeux (apportés par le lait presque toujours).

3° Possibilité d'arriver peut-être un jour à l'immunisation de l'espèce humaine, en faisant consommer aux nourrissons du lait de vaches vaccinées contre la tuberculose.

Cet espoir est encore trop lointain et trop hypothétique pour qu'on puisse faire autre chose que de l'enregistrer au point de vue historique. Quant aux théories de M. von Behring sur l'étiologie de la tuberculose, elles n'ont rencontré, malgré l'autorité de l'illustre savant, qu'un accueil peu enthousiaste : elles sont en contradiction trop flagrante avec les faits déjà connus pour ne pas exiger au moins un commencement de démonstration; or, les arguments positifs et directs manquent tout à fait dans la communication de M. von Behring.

Mais la réalisation d'une immunité des animaux de l'espèce bovine était un gros événement scientifique. Depuis des années, le bactériologiste éminent auquel on est redevable de la sérothérapie, avait entrepris, dans son magnifique laboratoire de Marbourg, où il dispose de moyens d'action puissants, l'étude méthodique des races bacillaires et de leurs toxines. Le premier résultat de ces recherches laborieuses a été de montrer que l'on ne peut rien espérer de l'emploi des *produits solubles* du bacille de Koch au point de vue de la formation, dans l'économie, des antitoxines. Pour arriver à rendre les animaux réfractaires à la tuberculose, il est nécessaire d'employer la méthode primitive que le génie de Pasteur a fait connaître, c'est-à-dire d'inoculer des *bacilles vivants atténués*. Il s'agit donc, tout d'abord, de posséder des races de bacilles, non pas simplement affaiblis dans leur virulence, mais véritablement atténués héréditairement. Or, s'il n'est pas vrai de dire, comme le prétendait R. Koch au Congrès de Londres, que le bacille de la tuberculose humaine est inoffensif pour les bovidés, au moins est-il admis par les bactériologistes que les bacilles de tuberculose humaine sont doués, suivant leur provenance, d'un degré de virulence très variable vis-à-vis des animaux. Parmi les innombrables échantillons de bacilles qu'il possédait, Behring a choisi une culture de tuberculose humaine, très virulente pour l'homme, mais peu virulente pour le bœuf; c'est avec ce virus atténué, employé vivant à doses progressives, qu'il a fait ses essais de vaccination *et qu'il est arrivé à rendre des animaux réfractaires à l'inoculation de tuberculose bovine très virulente*.

Ce premier résultat remarquable a été le point de départ, en Allemagne, en France, en Autriche, etc., de nombreuses recherches du même ordre et aussi d'expériences de contrôle. Les bactériologistes n'ont pas tardé à s'apercevoir que la vaccination tuberculeuse de Behring offre, pratiquement, des inconvénients multiples. Elle est d'abord dangereuse pour l'expérimentateur lui-même, les bacilles employés étant à l'état sec et devant, pour devenir injectables, être broyés au mortier pendant un temps prolongé, sans addition d'eau.

La vaccination des animaux expose ceux-ci à une série d'accidents immédiats; la réaction consécutive aux inoculations est parfois très violente et redoutable.

Bien plus, un certain nombre des animaux que l'on veut immuniser deviennent tuberculeux du fait même de la vaccination.

Enfin, il s'agit de savoir quel degré d'immunisation est finalement réalisé, et dans quelle mesure on doit accepter les affirmations de M. von Behring.

D'où l'utilité et l'intérêt évident de l'expérience de contrôle public entreprise à Melun.

L'initiative de cette opération appartient à un vétérinaire, M. Rossignol père, secrétaire perpétuel de la Société pratique de médecine vétérinaire. Est-il besoin de rappeler que la mémorable démonstration publique de la vaccination anticharbonneuse, en 1881, eut lieu dans la ferme de Pouilly-le-Fort, que M. Rossignol avait mise à la disposition de Pasteur. L'infatigable activité de M. Rossignol a réussi à grouper, pour l'expérience d'aujourd'hui, un grand nombre de Sociétés de médecine vétérinaire, de Sociétés d'agriculture, de conseils généraux, qui ont fourni les fonds nécessaires. M. Vallée, le bactériologiste distingué qui a succédé à Nocard dans la chaire des maladies contagieuses de l'École d'Alfort, a bien voulu se charger de diriger l'expérience.

La première série d'injections a eu lieu dimanche, dans l'ancienne caserne de cavalerie de Melun. Un grand nombre de notabilités du monde vétérinaire assistaient à l'opération : M. le prof. Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon; M. Viseur, sénateur du Pas-de-Calais, bien connu des médecins depuis ses belles expériences d'inoculation de la tuberculose humaine aux chats, peu de temps après les communications de Villemin et de Chauveau; M. Darbot, sénateur de la Haute-Marne; M. Dechambre, professeur de zootechnie à l'École de Grignon; M. Martel, chef du service sanitaire de la Seine; MM. Borie et Moreau, vétérinaires sanitaires de Paris; MM. Constant et Rabieaux, inspecteurs au Ministère de l'agriculture; M. Bouchet, président de la Société vétérinaire de l'Oise; M. Puthoste, vétérinaire principal; M. Hollard, président du Syndicat des vétérinaires de Seine-et-Marne, etc..

Le *vaccin* a été envoyé à M. Vallée par le laboratoire de Marbourg, sous la signature de deux assistants de Behring, les Drs Siebert et Ziegenbeer, avec la rubrique « Behring's Tuberkulose Impfstoff für Rinder ». Ce vaccin est contenu dans de petits tubes à essai formés par un bouchon paraffiné et renfermant un certain nombre « d'unités immunisantes » (c'est-à-dire de doses bacillaires devant servir à immuniser *un* animal); il est constitué par des bacilles tuberculeux humains, vivants, desséchés dans le vide.

Pour préparer le liquide d'inoculation, il s'agit, tout d'abord, de broyer au mortier cette poussière de bacilles, puis on ajoute goutte à goutte de l'eau salée à 10 ‰, jusqu'à ce que l'on obtienne une émulsion parfaite : il faut avoir en centimètres cubes le double du chiffre d'unités immunisantes nécessaires.

Les *animaux vaccinés* étaient au nombre de vingt. Pour rendre l'expérience plus concluante, M. Vallée avait tenu à les choisir de races différentes, la réceptivité à la tuberculose pouvant ne pas être la même pour toutes. Sept races étaient représentées, chacune par trois génisses que l'on avait auparavant soumises à l'épreuve de la tuberculine; sur ces vingt et un animaux, un seul, ayant réagi légèrement, dut être éliminé. Il est donc bien certain que si, ultérieurement, ces animaux sont trouvés tuberculeux, il ne pourra être question que d'une tuberculose contractée au cours des expériences. Cette précaution essentielle n'a pas été toujours prise dans les expériences de contrôle faites en Allemagne.

La *première vaccination* a consisté dans l'inoculation intra-veineuse, avec les précautions d'usage, de 2 cc d'émulsion à chaque animal. Cette vaccination ne suffit pas : dans bon nombre de cas Behring en pratique successivement sept à huit, ce qui rend la méthode absolument inutilisable en agriculture; mais actuellement il affirme que deux seulement sont nécessaires; on fera donc dans trois mois une deuxième inoculation, avec une dose cinq fois plus forte de vaccin.

Le *programme ultérieur* des expériences est le suivant : les animaux vaccinés, placés dans un milieu absolument indemne de tuberculose, seront éprouvés à la tuberculine pour savoir combien d'entre eux auront été tuberculisés par le vaccin même. Au bout de cinq mois, on cherchera à déterminer l'intensité de l'immunité vaccinale de ceux qui ne seront pas devenus tuberculeux.

A cet effet, ils seront répartis en trois lots : les uns seront mis en cohabitation (avec le même nombre d'animaux témoins)

à côté de vaches atteintes de tuberculose pulmonaire ouverte avancée.

Un deuxième lot recevra en même temps que les témoins une injection intraveineuse très sévère de tuberculose bovine (cultures très virulentes promises par M. Behring et par M. Arloing).

Le dernier tiers, enfin, sera soumis, toujours avec témoins en même nombre, à des inhalations de cultures ou de poussières virulentes.

Les expériences de dimanche ont été suivies de deux intéressantes *conférences* de MM. Vallée et Arloing.

M. Vallée, après avoir retracé l'historique de la question, a appelé l'attention de l'auditoire sur le *danger* de la préparation du liquide d'injection : le broyage préalable de la poudre vaccinale doit être fait à sec, au mortier, pendant un temps prolongé, ce qui expose l'opérateur à respirer des poussières virulentes pour l'homme. L'émulsion de cette poussière porphyrisée est, d'ailleurs, *difficile* à obtenir d'une manière parfaite, de sorte que l'on ne donne pas toujours aux divers animaux rigoureusement la même dose de vaccin.

Il a montré que les expériences de contrôle déjà faites en Allemagne ont établi la réalité d'une tuberculisation relativement *fréquente* des animaux à vacciner; c'est également le résultat auquel on est arrivé, à l'École d'Alfort, dans des expériences, actuellement en cours, dirigées par M. Roux; un certain nombre d'animaux sont dûment immunisés, mais un cinquième au moins contractent la tuberculose!! Or, ces lésions, provoquées par un bacille de tuberculose *humaine*, seraient vraisemblablement plus dangereuses pour le consommateur de lait ou de viande que des lésions de tuberculose d'origine bovine. Il serait donc bien préférable de chercher à vacciner les animaux avec une race atténuée de tuberculose bovine.

M. Vallée est persuadé que l'expérience de Melun, entourée de toutes ses garanties de contrôle, doit donner des résultats plus nets et permettre des conclusions plus autorisées que les expériences antérieures.

M. le prof. **Arloing** a exposé brièvement les résultats auxquels il est arrivé de son côté; ces résultats lui ont montré la possibilité de conférer aux bovidés une immunité assez forte contre la tuberculose. Comme M. von Behring, il possède des cultures de tuberculose humaine à peine pathogène pour les bovidés; en injections intra-veineuses, elles ne donnent pas de lésions macroscopiques, mais sur les coupes histologiques du foie, des reins, du poumon, on trouve de petits tubercules discrètement disséminés. Par des inoculations répétées de ces bacilles atténués, M. Arloing a pu amener les animaux à supporter des injections très virulentes de tuberculose bovine, injections qui tuaient rapidement les témoins. Mais, en réalité, l'immunisation n'est pas absolue; plusieurs de ces animaux, qui *paraissaient* bien vaccinés, ont eu, plusieurs mois après l'inoculation d'épreuve, des accidents tardifs de forme inusitée (méningite); les autres ont été considérés, à l'autopsie, comme indemnes par les vétérinaires inspecteurs, et cependant les coupes microscopiques montraient de petites lésions tuberculeuses. Ces lésions auraient-elles guéri sûrement? n'auraient-elles pas donné ultérieurement un réveil de tuberculose? On ne saurait l'affirmer.

N'arrivant pas à des résultats tout à fait satisfaisants par cette méthode, M. Arloing a cherché à employer, pour la vaccination, un bacille bovin atténué par la modification de ses conditions d'existence. On sait que les bacilles tuberculeux que l'on fait vivre dans la profondeur du bouillon (cultures homogènes employées pour le séro-diagnostic de la tuberculose) ne sont plus pathogènes. M. Arloing a obtenu des cultures homogènes avec des bacilles de tuberculose bovine; ces cultures sont peu virulentes : elles déterminent, chez le bœuf, de petites lésions à tendance sclérogène manifeste. On peut espérer obtenir, avec ces races nouvelles, une vaccination tuberculeuse meilleure que par l'emploi de bacilles de tuberculose humaine. Les recherches actuelles de M. Arloing sont faites dans ce sens et ont donné déjà des résultats encourageants, mais elles sont de date trop récente pour que M. Arloing puisse se prononcer absolument.

Ajoutons enfin que, dans la séance de dimanche, on a inoculé deux génisses avec un vaccin envoyé par M. Lignières, professeur de l'École vétérinaire de Buenos-Ayres et ancien élève de Nocard. Ce vaccin, plus facile à manier que celui de Behring, s'emploie en injections sous cutanées. M. Dechambre s'est chargé de faire ces vaccinations; les animaux subiront les mêmes épreuves que ceux qui ont reçu le vaccin de Behring.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE ET DISTRIBUTION DES PRIX DE 1904

Hier a eu lieu la séance publique annuelle et la distribution des prix de l'Académie de médecine pour l'année 1904.

En voici la liste :

PRIX DE L'ANNÉE 1904

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr. (1)

Pas de mémoire présenté.

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont des prix annuels.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr.

A M. Garnier, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales à Fort-de-France Martinique).

Mention très honorable à M. A. Léri, de Paris.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr.

A M. A. Zimmern, aide-préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED
Un titre de 24 000 fr. de rente

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1500 fr. à M. Armand Delille, de Paris.

1500 fr. à M. Nattan-Larrier, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

1000 fr. à M. Pautrier, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, Paris.

500 fr. à M. Lalesque, d'Arcachon.

PRIX BAILLARGER. — 2000 fr. (Biennal)

A M. Sérieux, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine (Ville-Evrard).

PRIX BARBIER. — 2000 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde à titre d'encouragement :

600 fr. à M. R. Voisin, de Paris.

400 fr. à MM. Maget et Planté, de Toulon

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 fr. (Biennal).

Pas de mémoire présenté.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr.

A M. Jolly, maître de conférences à l'École des hautes-études.

Mention honorable à MM. P. Emile-Weil et A. Clerc, de Paris.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr.

A MM. Sanglé-Ferrière et L. Cuniasse, du laboratoire municipal de la ville de Paris.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10 500 fr.

A MM. Leclainche, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, et Vallée, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort

PRIX CAMPBELL DUPIERRIS. — 2300 fr. (Biennal).

A M. J. Tissot, de Paris.

PRIX CAPURON. — 1000 fr.

Pas de mémoire présenté.

PRIX CHEVILLON. — 800 fr.

Pas de mémoire présenté.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr.

A M. Marchand, asile de Blois.

Mention très honorable à M. Jacquemart, de Paris.

PRIX CLARENS. — 400 fr.

A M. H. Cazalis, de Paris.

Mention très honorable à M. Viguier, médecin-major de 2e classe au 4e bataillon d'artillerie à pied à Verdun-sur-Meuse.

PRIX DAUDET. — 1000 fr.

A M. Monprofit, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Angers.

PRIX DESPORTES. — 1300 fr.

L'Académie partage le prix entre :

M. A. Javal, de Paris, et MM. G Rosenthal, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, Martignac et Lasnier, pharmaciens à Paris.

Mentions très honorables à :

M. J. Camescasse, de Saint-Arnoult.

M. J. Glover, de Paris.

PRIX FALRET. — 700 fr. (Biennal.)

Le prix n'est pas décerné.

Mention très honorable à M. Maurice de Fleury, de Paris.

CONCOURS VULFRANC GERDY

L'Académie a versé, en 1904, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

Un prix de 500 fr. à M. E. du Pasquier.

Une récompense de 500 fr. à M. Beauvy et 1500 fr.

Une récompense de 200 fr. à M. Vivier, et 1500 fr.

1500 fr. à M. Chiray.

1500 fr. à M. Lemaître.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr.

A M. Raffray, à Curepipe (Ile Maurice).

Mentions très honorables à :

M. Delacour, de Paris.

MM. Javal et Lemierre, de Paris.

PRIX PIERRE GUZMAN.

Un titre de rente de 1328 fr.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr.

A MM. Launois, agrégé, et P. Roy, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Mentions très honorables à :

M. Maurice de Fleury, de Paris.

M. Nimier, professeur au Val-de-Grâce.

M. Muskens, d'Amsterdam.

PRIX HUGUIER. — 3000 fr. (Triennal).

A M. Monprofit, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Angers.

PRIX JACQUEMIER. — 1700 fr. (Triennal).

A M. L. Bouchacourt, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LABORIE. — 5000 fr.

A MM. J. Hennequin et R. Lœwy, de Paris.

Mentions très honorables à :

M. Lagrange, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. G. Luys, de Paris.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr.

A M. Camail, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales à Pondichéry.

Mention très honorable à M. Batut, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Mention honorable à M. Labanowski, médecin-major de 1re cl. au 9e d'infanterie.

PRIX LAVAL. — 1000 fr.

A M. J.-G. Passier, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix.

Mentions honorables à :

M. Carrier, de Lyon, avec encouragement de 300 fr.

M. Damaye, d'Epinay-sur-Orge.

PRIX LOUIS. — 3000 fr. (Triennal).

A M. V. Balthazard, de Paris.

PRIX MÈGE. — 900 fr. (Triennal)

Pas de mémoire présenté.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr.

A M. Laurens, de Paris.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr.

A MM. Colin et Pactet, médecins des asiles de la Seine.

Mentions très honorables à :

M. Laflorgue, médecin-major de 2e cl. au 86e d'infanterie.

M. Rouffiandis, aide-major de 1re cl. des troupes coloniales, à Thaï-Nguyen.

M. Talayrach, médecin-major de 1re cl. au 89e d'infanterie.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX ORFILA. — 2000 fr. (Biennal).

Pas de mémoire présenté.

D'après les intentions du testateur, la somme de 6000 fr. sera versée dans la caisse de l'Association des médecins de la Seine.

PRIX OULMONT. — 1000 fr.

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

A M. P. Lecène, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL. — 600 fr.

A M. E. Weil, de Paris.

PRIX POURAT. — 700 fr.

A MM. Hallion et Plicque, de Paris.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr.

Pas de mémoire présenté.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr. (Biennal).

A MM. F. Bezançon, agrégé, et M. Labbé, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Mentions honorables à :

M. Courtade, de Paris.

M. M. Letulle, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. Rémy, de Dijon.

PRIX STANSKI. — 1400 fr. (Biennal).

A MM. F. Bezançon, agrégé, et Philibert, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX TARNIER. — 3000 fr.

A M. Briquel, de Nancy.

Mentions très honorables à :

M. G. Fieux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. Carton, de Paris.

PRIX VERNOIS. — 700 fr.

L'Académie partage le prix en attribuant :

400 fr. à M. C. Lesieur, de Lyon.

300 fr. à M. G. Spira, de Paris.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES (1)

1° *Médaille de vermeil* : à M. Niepce, d'Allevard.

2° *Médaille d'argent* : à M. Poulain, de Bagnoles-de-l'Orne.

3° *Médaille de bronze* : à M. Durand-Fardel, de Vichy.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES

1° *Médaille d'or à* : M. le général Gallieni, gouverneur général de Madagascar.

2° *Rappels de médailles d'or à* : MM. Bertin, à Nantes; Blanquinque, à Laon; F. Camus, médecin principal de 2e classe à Saint-Mihiel; Chabenat, à La Châtre; Pennetier, à Rouen.

3° *Médailles de vermeil à* : MM. Baudin, à Besançon; Billet, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Constantine; Pic, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

4° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. Boquin, à Autun; Ficatier, à Bar-le-Duc; Goraz, à Lille; Vergely, à Bordeaux.

5° *Médailles d'argent à* : MM. d'Astros, professeur à l'École de médecine de Marseille; Caron, à Dieppe; Colin, à Quimper; Conor, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 3e corps, à Rouen; Gagnière, à Saint-Chef (Isère); Grimaldi, à Marseille; Leray, à Rennes; Moreau, à Sens; Morel, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales; Saint-Martin, médecin-major de 2e classe au 150e d'infanterie, à Verdun.

6° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. Casselebat, médecin-major de 1re classe au 33e d'artillerie, à Toulouse; Cavaillon, à Carpentras; Desgranges, à Marchenoir (Loir-et-Cher); Frottier, au Havre; Hublé, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Joly, médecin-major de 1re classe au 94e d'infanterie, à Bar-le-Duc; Trouillet, à Kairouan (Tunisie).

7° *Médailles de bronze à* : MM. Benoit, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Blida; Bernard, aide-major de 1re classe des troupes coloniales; Chaudoye, aide-major de 1re classe au 3e chasseurs d'Afrique, à Constantine; Dupuy, à Marseille; Ginestous, à Bordeaux; Moinet, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 9e corps, à Tours.

8° *Rappels de médailles de bronze, à* : M. Decouvelaère, à Hasebrouck; Lecoq, à Cany (Seine-Inférieure); Levassort, à Mortagne; Mougin, à Vitry-le-François.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° *Médaille de vermeil à* : M. Benoist, à Vannes.

2° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. Auvert, d'Aurillac; Bouju, d'Orléans; Metton-Lepouzé, de Rouen; Pecker, de Saint-Germain-en-Laye.

3° *Rappel de médaille d'argent à* : M. Hamel, de Saint-Lô.

4° *Médailles de bronze à* : MM. Guerrier et Spira, de Paris.

Avant de proclamer les prix ci-dessus, **M. Motet**, secrétaire annuel, a rendu un dernier hommage aux membres de l'Académie décédés pendant l'année, MM. Tillaux, Duclaux, Trasbot et Marey.

De ces éloges, sobres et courts, mais qui mettent bien en lumière les particularités saillantes d'une existence, nous tenons à reproduire quelques lignes :

Tillaux : « N'est-ce pas un réconfortant exemple que celui d'un homme arrivé aux situations les plus hautes par ses propres forces, et qui, pour s'élever ainsi, n'a eu qu'un seul levier, qu'un seul aide : « le travail ». Il avait conscience qu'il lui devait tout, et il cherchait à inspirer aux autres les résolutions viriles qu'il avait su prendre; c'était le secret de son enseignement; il se donnait tout entier à ses élèves, et il s'établissait entre eux et lui ces sympathiques échanges faits de confiance de la part des uns, de dévouement de la part du maître aimé, respecté.

« Tillaux versait à pleines mains les trésors de sa science, et plus préoccupé de se faire comprendre, de pénétrer dans l'esprit de ses jeunes auditeurs, que de se montrer un orateur brillant, il voulait surtout être utile, et il y réussissait. Il

(1) Ces récompenses se réfèrent à l'année 1902.

est resté toujours un éducateur. Auprès de lui se sont formées des générations de médecins instruits, reconnaissants de l'enseignement qu'il leur avait donné, et qui avait développé chez eux deux qualités supérieures : la prudence et le bon sens.

« Lorsque Tillaux mourut, nous ne savions pas ce que, simplement, discrètement, avait fait ce grand et noble cœur. Emu de pitié pour les misères humaines qu'il a, pendant toute sa vie, secourues, voulant qu'après lui fût continuée son œuvre de bienfaisance et de charité, il a légué une partie importante de sa fortune à des œuvres d'assistance, ouvrières ou autres. Et personne n'a connu ses intentions généreuses. Il lui suffisait du témoignage de sa conscience, de l'intime satisfaction d'avoir répondu, à sa manière, à la haute conception qu'il s'était faite du devoir social. »

Duclaux : « C'était un grand savant, un vulgarisateur, un remueur d'idées de premier ordre. C'était aussi un grand écrivain. Ses livres, et ils sont nombreux, séduisent et attachent par le charme du style non moins que par l'élévation de la pensée et la bonne foi scientifique.

« Chacun de ses ouvrages marque une étape franchie dans une marche en avant presque ininterrompue. *Les Annales de l'Institut Pasteur* furent fondées par Duclaux en 1887 ; il en surveillait la publication avec un soin jaloux, et n'y laissait rien paraître sans s'être assuré que les mémoires étaient dignes de son patronage; lui-même y donnait souvent des articles pleins de finesse où la critique très serrée n'en restait pas moins toujours bienveillante et ne fit jamais de blessures.

« Sans sortir du domaine scientifique, Duclaux a consacré à la mémoire de Pasteur un livre remarquable, sous ce titre : *Pasteur, histoire d'un esprit*, il a raconté la vie de celui dont il avait été le collaborateur et l'ami le plus fidèle ; il y a mis toutes les qualités de son esprit et de son cœur; c'est une œuvre maîtresse qui caractérise une époque, défie le temps et reste un solennel hommage à une impérissable mémoire.

« Puis vinrent des années plus tourmentées. Duclaux franchit le seuil de son laboratoire où sa vie s'était si laborieusement, mais paisiblement écoulée. Il se mêla à la vie publique avec la même ardeur, la même bonne foi qu'il avait mise au service de la science. Il sortit un peu meurtri de ces luttes, et quand vinrent les discussions soulevées par la communication de M. Atwater sur l'alcool aliment, il eut aussi à subir de rudes attaques; elles ne lui furent pas moins pénibles que l'interprétation erronée de sa pensée. Si l'on avait lu dans son beau livre sur l'Hygiène sociale, les pages qu'il avait consacrées à l'alcoolisme, on l'eût mieux compris, on eût été plus juste. »

« **Marey**, qui présidait l'Académie de médecine en 1900, y était entré en 1872; il avait à peine quarante-deux ans. Mais ses travaux, ses découvertes, l'avaient déjà placé au premier rang parmi les physiologistes, son passé répondait de l'avenir.

« C'était un homme de l'esprit le plus délicat, le plus distingué. Sa fine bonhomie, son regard si franc et si clair, attiraient vers lui, attachaient à lui tous ceux qui l'approchaient, et comme il avait un cœur excellent, comme il aimait à obliger, à prêter son appui à ceux qui venaient travailler auprès de lui, je pense qu'il faut estimer aussi haut sa bonté que sa belle intelligence.

« Il y a des hommes dont la carrière semble avoir été tracée d'avance par un destin qui ne fut pas aveugle. Marey voulait être ingénieur; un démon familier le sollicitait; les sciences mécaniques avaient pour lui un irrésistible attrait. Mais, il rencontra dans son père un invincible obstacle, et il étudia la médecine. C'est elle qui le ramena vers ses premières aspirations.

« Sa préoccupation constante était d'arriver à l'uniformisation des mesures en physiologie. Il pensait que le jour où les savants du monde entier adopteraient les mêmes méthodes, les mêmes mesures, il en résulterait un progrès immense. L'Association internationale des Académies, dont il fut le président, a accepté cette tâche ; en la menant à bien, elle réalisera l'une des plus larges, des plus fécondes conceptions scientifiques de Marey.

M. le secrétaire perpétuel a prononcé l'éloge de Villemin.

Prix proposés par l'Académie de médecine pour les années 1905, 1906 et 1907.

Pour les prix proposés pour 1905 voir *Bulletin Médical* 1902, n° 102; pour les prix proposés pour 1906 voir *Bulletin Médical* 1903, n° 99.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1907.

(Les concours seront clos fin février 1907)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr.

Question : « Physiologie et pathologie des capsules surrénales »

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr.

A l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr.

Au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED.

Un titre de 24 000 fr. de rente.

A la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

PRIX BARBIER. — 2000 fr.

A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX LOUIS BOGGIO. — 4300 fr. (Triennal).

Destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr.

A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr.

A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 fr. pourrait être partagée en deux prix de 1500 fr. chacun.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10 500 fr. (Triennal).

A l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1000 fr.

Question : « Rapports de la menstruation et de l'ovulation. »

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr.

A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr.

Question : « La syphilis spinale. »

PRIX CLARENS. — 400 fr.

A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

PRIX DAUDET. — 1000 fr.

Question : « De l'évolution et du pronostic des tumeurs épithéliomateuses de l'ovaire. »

PRIX DESPORTES. — 1300 fr.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

PRIX FALRET. — 700 fr. (Biennal).

Question : « De l'état mental des dipsomanes. »

CONCOURS VULFRANC GERDY

Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 1er décembre 1907.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1908.

Une somme de 1500 fr. sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr.

Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX PIERRE GUZMAN

Un titre de rente de 1328 fr.

A celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, cette rente sera décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr.

A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HUGUIER. — 3000 fr. (Triennal).

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements).

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

PRIX JACQUEMIER. — 1700 fr. (Triennal).

A l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important.

Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

PRIX LABORIE. — 5000 fr.

A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr.

Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

PRIX LAVAL. — 1000 fr.

Décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr.

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX LOUIS. — 3000 fr. (Triennal).

Question : « La radiothérapie des néoplasmes. »

PRIX MÈGE. — 900 fr. (Triennal).

Question : « Etiologie et pathogénie des phlébites. »

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr.

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr.

Destiné à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission, adresseront leur demande au président de l'Académie ; ils seront invités à fournir, à la commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr.

A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif,défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1000 fr.

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 fr.

Question : « Les leucémies. »

PRIX POURAT. — 700 fr.

Question : « L'innervation sensitive, motrice et vasculaire du larynx; étude expérimentale. »

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr. (Biennal).

A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX TARNIER. — 3000 fr.

Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX VERNOIS. — 700 fr.

Au meilleur travail sur l'hygiène.

G.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 décembre

Valeur nutritive du lait de vache stérilisé à 108° pour l'allaitement artificiel

Note de **M. G. Variot**, présentée par M. Armand Gautier.

Au dispensaire dit *La goutte de lait de Belleville* que je dirige depuis 1892, nous avons distribué, depuis douze années, dans un des quartiers les plus pauvres de Paris, environ 400000 litres de lait stérilisé à plus de 3000 enfants de la classe ouvrière privés du lait de leur mère ou ne recevant que partiellement le sein. Avec mes collaborateurs, MM. les Drs Dufestel, Lazard et Roger, nous avons ainsi fait sur l'élevage artificiel des nourrissons par le lait de vache stérilisé une expérience décisive dont les résultats, contrôlés pour chacun d'eux par la pesée et par l'examen des organes et des fonctions, méritent, croyons-nous, d'être publiés.

Ce lait, recueilli à la campagne, chez les fermiers, est, avant d'être expédié, chauffé à 108° dans des bouteilles de 0 lit.5, bouchées au liège et scellées hermétiquement.

La destruction des microbes pathogènes, l'impossibilité du mouillage par des eaux malsaines et la facilité du transport sont ainsi pleinement assurées.

Ce lait peut être conservé plusieurs jours sans altération, même durant les plus fortes chaleurs de l'été. Il est journellement délivré, au dispensaire de Belleville, à 150 ou 200 enfants élevés au biberon, faute de lait maternel.

Toutes les semaines, et plus souvent s'il est besoin, les nourrissons sont pesés et inspectés avec soin et les résultats de cet examen inscrits sur leur fiche personnelle.

Voici, résumés en quelques conclusions, les résultats de cette longue enquête poursuivie depuis douze années :

1° Le lait stérilisé à 108° conserve toute sa valeur nutritive. Il n'est inférieur ni au lait pasteurisé à 80°, ni à celui qui a été simplement chauffé à 100° à l'appareil de Soxhlet.

2° La destruction par la chaleur des enzymes, la légère altération du lactose, la précipitation douteuse du citrate de chaux ou l'altération des lécithines n'influent pas de façon sensible sur son assimilabilité.

Jamais un cas de scorbut infantile n'a été observé par nous au dispensaire. Toutes les critiques, toutes les craintes théoriques restent sans portée devant cette longue pratique, le nourrisson étant évidemment le meilleur indicateur de la valeur alibile du lait.

3° Grâce à ce lait stérilisé, nous avons pu élever, non seulement les enfants apportés sains, mais aussi les atrophiques retardés dans leur développement par suite de troubles gastro-intestinaux.

4° Le rachitisme ne s'est pas développé chez ces enfants. L'ossification n'est troublée chez eux que dans les cas de suralimentation ou si l'on recourt trop tôt aux conserves et mixtures farineuses.

5° Sur 3000 nourrissons de toute venue, de la classe la plus pauvre, 3 ou 4 % environ se sont montrés incapables d'utiliser le lait stérilisé.

6° La constipation et l'anémie ne sont pas rares chez les nourrissons élevés par cette méthode. Par contre, les diarrhées estivales sont fort atténuées dans leur gravité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de novembre et décembre

Méthode clinique d'exploration stomacale après repas fictif

M. Paul Carnot. — On sait que l'une des principales difficultés que présente l'analyse clinique du suc gastrique est la complexité et la variabilité du liquide retiré après les différents repas d'épreuve. En effet, ceux-ci, quelque simplifiés qu'ils soient, introduisent dans l'estomac du chlorure de sodium alimentaire des albuminoïdes ou des produits de transformation sur lesquels se fixent l'acide chlorhydrique et la pepsine; il en résulte, d'une part, une grande difficulté d'analyse, et, d'autre part, des erreurs dues à l'introduction d'éléments étrangers; de fait, l'analyse clinique du suc gastrique après repas d'épreuve ne donne de résultats que dans les cas extrêmes, et l'on est, actuellement, un peu trop tenté d'y renoncer.

Aussi avons-nous cherché à supprimer complètement l'absorption d'un repas d'épreuve et à retirer, par le tubage, le suc gastrique réflexe sécrété après simple mastication d'aliments. Cette méthode nous a donné, cliniquement, des résultats précis, et nous a paru tout particulièrement sensible pour déceler les altérations fonctionnelles de l'estomac.

Le patient est prié de mastiquer pendant dix minutes un repas mixte, en rejetant au fur et à mesure les aliments mastiqués sans en avaler aucune parcelle; cette manœuvre, que l'on aurait pu considérer comme difficile à réaliser pratiquement, est, au contraire, très faci-

lement acceptée par les malades, et, dans une cinquantaine d'essais de cet ordre, nous n'avons jamais constaté que des parcelles de substances alimentaires aient été involontairement dégluties. Ainsi est réalisée cliniquement une expérience correspondant à celle que décrit Pavlov chez des chiens opérés de fistule œsophagienne. Dans ce dernier cas, il y a, en plus, l'acte de la déglutition, mais nous avons constaté que la mastication seule suffit à faire sécréter la muqueuse stomacale.

Nous employons, d'habitude, un repas mixte, dans lequel entrent, à la fois, de la viande, du pain, un corps gras, comme le beurre, et des liquides, comme l'eau. Nous avons, en effet, constaté, ainsi que l'indiquait Pavlov chez les chiens, une certaine différence dans la quantité et la qualité du suc gastrique, suivant l'alimentation (pain ou viande) et suivant le sujet, la viande déterminant généralement, par rapport au pain, une augmentation d'acide libre et de pepsine variant du quart à la moitié.

Les repas mixtes, différemment appropriés, permettent de négliger l'influence de la nature du repas fictif sur l'activité sécrétoire.

La durée de la mastication a été fixée assez arbitrairement à dix minutes: peut-être y aura-t-il lieu de modifier ultérieurement cette durée, car le temps de la mastication influe sur la qualité et la quantité du suc sécrété.

Il sera, d'ailleurs, nécessaire de fixer très strictement toutes les conditions du repas fictif, pour obtenir, constamment, des résultats comparables : ces conditions découleront surtout de l'étude que nous avons entreprise relativement aux diverses influences qui agissent sur ces phénomènes.

L'extraction du suc gastrique pur est généralement facile, avec un vide modéré et les appareils ordinaires: elle n'est difficile que lorsque le liquide est rendu filant par une grande quantité de mucus ou lorsqu'il contient, chez les tuberculeux notamment, des crachats antérieurement déglutis. Il est, naturellement, nécessaire, dans les cas pathologiques où l'estomac n'est pas vide à jeun, de procéder à un tubage préliminaire et parfois à des lavages pratiqués un certain temps avant l'épreuve.

Nous avons souvent, pour plus de sécurité, fait, après l'extraction, un lavage de la muqueuse par 100 centimètres cubes d'eau distillée que l'on retire immédiatement et que l'on ajoute au liquide d'analyse. Cette manœuvre complémentaire nous a montré que la majorité du suc est généralement retirée dans le premier temps; elle est très utile pour obtenir la totalité du suc.

Le liquide retiré, dilué ou non, est limpide, clair comme de l'eau, chez les individus normaux : il filtre très facilement et donne, au tournesol et au réactif de Gunsbourg, une réaction très nettement acide. Sa quantité varie de 15 à 40 cc, suivant les sujets. Dans les cas pathologiques, et surtout lorsqu'il y a eu déglutition de salive et de crachats, le liquide contient une certaine quantité de mucus.

L'analyse du suc d'appétit est relativement beaucoup plus simple que l'analyse du suc après repas d'épreuve : en effet, la plus grande partie de l'acide chlorhydrique paraît se trouver à l'état libre; une petite partie seulement du chlore est combinée secondairement aux matières organiques de la sécrétion, à la pepsine ou au mucus. L'analyse colorimétrique par le procédé de Topfer donne des résultats cliniques généralement suffisants; l'analyse totale du chlore se fait par le procédé de Denigès en milieu fortement acidifié.

L'évaluation quantitative de la pepsine se fait au moyen des tubes de Mett, mis d'une part dans le suc pur, et d'autre part dans le suc ramené à une acidité constante de 2 ‰.

Les résultats obtenus (acidité, chlore total, pepsine) nous ont paru relativement assez comparables pour un même sujet, si l'on a besoin de se placer dans des conditions analogues, mais ils varient dans de beaucoup plus larges limites d'un individu à l'autre, de telle sorte qu'il nous paraît, jusqu'à présent, difficile d'établir un type normal.

Nous avons étudié de nombreux cas pathologiques, dont nous publierons prochainement les résultats. Les variations pathologiques observées nous semblent tenir, d'une part, aux modifications du réflexe gastrique, qui peut être exagéré, diminué ou supprimé (dans les affections nerveuses, notamment), d'autre part, aux altérations de la muqueuse sécrétante.

En résumé, l'épreuve du suc réflexe nous paraît donner des résultats cliniques intéressants. Dans cette note préliminaire, nous n'avons voulu indiquer que la technique générale, nous proposant de revenir bientôt sur le déterminisme précis de l'épreuve, ainsi que sur les résultats obtenus.

Action positive des venins par la voie stomacale

MM. Jousset et Lefas. — L'adage *« non gustu sed in vulnere nocent »* appliqué à l'action des venins est aujourd'hui généralement accepté. La haute autorité de Claude Bernard, qui différencie les poisons des venins, précisément par cette propriété que ces derniers n'agissent que par inoculation, les expériences contemporaines de Calmette, viennent encore confirmer l'opinion qui regarde comme inertes les venins pris par la bouche. Comme il existe des expériences contradictoires, nous avons voulu reprendre la question en y appliquant une autre technique : jusqu'à présent, on introduisait directement dans l'estomac, ou on faisait déglutir à l'animal une dose mortelle par inoculation, et, dans le plus grand nombre des cas, on constatait l'inertie des venins administrés par cette voie. Dans nos expériences, nous avons administré le venin par déglutition à doses assez minimes, mais répétées chaque jour pendant deux ou trois mois; les effets ont toujours été positifs.

Comme il nous était très difficile de nous procurer du venin de vipère en quantité suffisante, nous avons employé le sérum d'anguille qui, d'après tous les expérimentateurs, a une action analogue à celui du venin de vipère.

Nos expériences ont été faites sur des lapins; chaque jour on leur introduisait, dans la bouche, 10 centigr. de mélange au 1/10e de sucre de lait et de sérum d'anguille; cette préparation était dissoute dans un peu d'eau. Les animaux en expériences n'ont pas eu de fièvre; tous ont présenté de l'albuminurie à faible dose et d'une manière transitoire. Les symptômes ont donc été peu marqués, mais des lésions (surtout congestives) absolument comparables, comme nature, à celles produites par les injections sous-cutanées du sérum d'anguille ont été constatées dans le rein et dans le foie.

Sur l'anesthésie des animaux par un mélange d'acide carbonique et d'oxygène

M. J. Bendersky (Kieff) s'est posé la question de savoir si on ne pourrait pas trouver un moyen d'anesthésier, sans inconvénient pour la qualité et le goût de leur viande, certains animaux pouvant servir à l'alimentation, mais qui auraient été utilisés auparavant pour un but expérimental. Il fallait, naturellement, laisser de côté les anesthésiques comme le chloroforme, la morphine, non seulement au point de vue physiologique — la morphine, par exemple, est un excitant pour le cheval — mais encore au point de vue pratique, ces substances pouvant endommager la qualité de la viande.

Pour ses expériences l'auteur a employé un mélange d'acide carbonique et d'oxygène en diverses proportions. Le mélange le plus approprié doit contenir 73 % de CO^2 et 27 % de O.

Les résultats de ces expériences ont été positifs chez les lapins, plus incertains chez les poules. On n'a pas fait d'essais sur les grands animaux de boucherie.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections intra-péritonéales d'iodoforme

M. Schœmann (*Centralbl. f. Chir.*, 1er décembre 1904), de Hagen en Wurtemberg, a obtenu la guérison de la péritonite tuberculeuse, c'est-à-dire la disparition définitive de l'ascite, dans sept cas de cette affection rebelles à tous les moyens de traitement médical employés antérieurement. Avec une canule de calibre moyen, notre confrère pratiquait, d'abord, la paracentèse abdominale, laissant s'écouler spontanément le liquide ascit-

que, puis injectait de la glycérine iodoformée dans la cavité péritonéale. Il répétait ces injections à des intervalles de quatre à huit jours. La première injection était de 1 à 2 gr. d'une émulsion à 1 % d'iodoforme dans la glycérine stérilisée. Pour les injections suivantes, on augmentait progressivement la teneur de la glycérine en iodoforme, jusqu'à 5 %. Les cas ainsi traités concernaient tous des sujets de sexe féminin, dont l'âge variait entre deux et dix-neuf années. Ces malades guérirent en l'espace de trois à dix semaines. Chez deux d'entre elles (enfant de deux ans et fillette de dix ans), l'ascite ne se reproduisit plus dès la seconde injection. Dans quatre autres cas, ce résultat fut obtenu après trois ou quatre injections. Enfin, une malade, la plus âgée de toutes (dix-neuf ans), ne fut guérie qu'après cinq injections. Elle présentait des signes d'infiltration du sommet gauche avec accès de fièvre vespérale de 39° et sueurs nocturnes. La fièvre céda à la troisième injection ; puis les sueurs nocturnes et les signes physiques de la lésion pulmonaire se dissipèrent à leur tour. Les autres péritonites n'étaient pas compliquées de lésions pulmonaires. Néanmoins, leur nature tuberculeuse a pu être établie sûrement par l'épreuve de la tuberculine qui donnait une réaction caractéristique. Les sept malades en question n'ont jamais présenté le moindre phénomène d'intoxication iodoformique. Sur le nombre total d'injections intra-péritonéales d'iodoforme, l'auteur nota une fois seulement une légère réaction fébrile.

L'hyperchlorhydrie intermittente, cause des vomissements périodiques chez l'enfant

Dans ces derniers temps, la pathologie infantile s'est enrichie d'une forme morbide nouvelle, les vomissements périodiques ou cycliques, indépendants, en apparence, de tout trouble digestif. Observée surtout en Angleterre et en Amérique, cette affection demeure obscure au point de vue de sa pathogénie. Les médecins anglo-américains inclinent à la considérer comme d'origine nerveuse. Pour M. Marfan, elle serait le résultat d'une auto-intoxication, se manifestant par de l'acétonurie et l'odeur acétonique de l'haleine, que ce clinicien a pu constater chez des enfants atteints de vomissements cycliques. Voilà donc une entité morbide bien déterminée, à distraire du groupe des vomissements nerveux, ce dont la pathologie et la thérapeutique ne sauraient que profiter. Mais, comme paraissent le montrer les observations de **M. L.-M. Snow** (*Americ. Journ. of the Med. Science*, décembre 1904), professeur de clinique infantile à l'Université de Buffalo, il y aurait lieu d'établir encore une autre catégorie de vomissements périodiques chez les enfants : celle qui relève de l'hyperchlorhydrie intermittente, paroxystique. M. Shaw a eu l'occasion d'observer cinq cas de ce genre, tous concernant des fillettes dont l'âge variait entre cinq et dix ans. Chez ces petites malades, l'examen chimique des matières vomies a montré une teneur très élevée en acide chlorhydrique libre. Les crises hyperchlorhydriques survenaient, ici, d'une façon brusque, sans cause apparente; elles disparaissaient spontanément, l'enfant reprenant aussitôt toutes les apparences de la santé. Une affection qui se dissipe d'elle-même en un court espace de temps n'exige pas de traitement actif. Cependant, les alcalins sont logiquement indiqués dans ces crises hyperchlorhydriques. Et, de fait, dans les observations de M. Shaw, leur action fut des plus favorables.

Le chlorétone contre les vomissements incoercibles de la grossesse

Le chlorétone, composé cristallin, soluble, du chloroforme et de l'acétone, est une partie constituante de certaines solutions d'adrénaline. Cependant, beaucoup de médecins ignorent encore que le chlorétone possède des propriétés hypnotiques, calmantes et analgésiques, qui méritent d'attirer l'attention. Des cliniciens anglais s'en sont servi, avec succès, contre l'insomnie. Un confrère suisse, M. Jaquet, a trouvé récemment que les badigeonnages de la gorge avec une solution huileuse à 10 ou 20 % de chlorétone sont un excellent moyen de traitement des douleurs à la déglutition, dues à toutes sortes d'angines (voir *Bulletin médical*, 1904, n° 90, p. 977). Mais le chlorétone mérite de figurer aussi parmi les moyens propres à combattre les vomissements incoercibles de la grossesse, comme le montrent deux faits observés par **M. Bowcock** (*Medicine*, 1904, 10), médecin de l'hôpital de Springfield.

Dans la première de ces observations, il s'agissait d'une jeune servante qui, au troisième mois de la grossesse, fut prise de vomissements empêchant toute alimentation. Après insuccès des médications employées habituellement en pareille occurrence, l'auteur eut recours au chlorétone, qu'il administra à la dose de 0 gr. 30 répétée matin et soir. Les vomissements commencèrent à s'amender aussitôt. Le surlendemain la malade put déjà supporter une alimentation légère. Après une semaine de traitement, elle quittait l'hôpital complètement guérie.

La seconde observation de M. Bowcock concerne un cas fort grave de vomissements au second mois de la grossesse qui, néanmoins, finirent par céder au chlorétone après avoir résisté à tous les traitements médicamenteux antérieurs. Ici des prises de 0 gr. 30 de chlorétone n'ont amendé les vomissements que d'une façon insuffisante. Il fallut doubler la dose de chlorétone (0 gr. 60 matin et soir) et en prolonger l'usage, tout en soutenant les forces de la malade au moyen de lavements nutritifs pour lui faire tolérer, enfin, l'alimentation gastrique.

Les badigeonnages de la gorge au collargol contre l'angine diphtérique

L'emploi du collargol dans la diphtérie a été, récemment, l'objet d'une discussion à la Société de pédiatrie de Paris (voir *Bulletin médical*, 1904, n° 50, p. 590). On y a parlé de l'effet de ce médicament en frictions et en injections intra-veineuses, mais il n'y a pas été fait mention des attouchements de la cavité bucco-pharyngée avec le collargol. Or, un médecin allemand exerçant à Hongkong, **M. K. Justi** (*Muenchener med. Wochenschr.*, 6 décembre 1904), a pu se convaincre que ces badigeonnages, auxquels il eut recours à défaut de sérum antidiphtérique, sont très efficaces dans l'angine diphtérique. Faits avec une solution aqueuse à 3 % de collargol, trois fois par jour (le malade devant s'abstenir de se gargariser après l'application médicamenteuse), ils auraient déterminé la chute rapide des fausses membranes, qui ne se seraient plus reproduites.

Dr Vladimir de Holstein.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie Steinheil

Syphilis de l'œil et des annexes, par M. le Dr Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris. 1 vol. in 16 de 316 pages avec 39 figures et 3 planches. Paris, 1905. Prix : 4 francs.

Par ses manifestations multiples, qu'elle frappe la cornée, l'iris, la choroïde, la rétine ou le nerf optique, la syphilis oculaire est une syphilis grave, et sa gravité résulte de la nature même de l'organe lésé. Comme pour la syphilis cérébrale, dont la syphilis oculaire n'est souvent qu'une manifestation (paralysie nucléaire des nerfs moteurs de l'œil, par exemple), le danger résulte de la noblesse de l'élément atteint. Il faut donc intervenir vite, et ces accidents doivent être traités avec une grande énergie.

Aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, les manifestations oculaires peuvent tenir la première place, ou même exister seules. La connaissance de ces accidents intéresse donc à la fois le médecin et le spécialiste.

L'ouvrage du Dr Terrien est divisé en trois parties.

Après avoir résumé les notions spéciales, tant anatomiques que cliniques, indispensables à connaître pour l'examen objectif de l'œil, l'auteur consacre la première partie à l'étude des manifestations oculaires dues à la *syphilis héréditaire*.

La deuxième partie, de beaucoup la plus importante, a trait aux affections de l'œil et de ses annexes qu'on rencontre aux diverses périodes de la *syphilis acquise*. Les manifestations oculaires du tabes et de la paralysie générale, affections qui, dans la plupart des cas, sinon dans tous, reconnaissent une origine spécifique, trouvaient leur place naturelle dans cet ouvrage et sont étudiées en détail, en particulier les troubles de la pupille, auxquels l'auteur consacre un très important chapitre.

La troisième partie est consacrée au *traitement général* ; le traitement local, variable suivant chacune des manifestations oculaires, est décrit en même temps que celles-ci. L'auteur insiste sur quelques points spéciaux : les injections sous-cutanées ou intra-musculaires, particu-

lièrement indiquées, et les injections sous-conjonctivales qui, dans quelques cas, peuvent rendre de réels services.

Dr Kopff.

Librairie O. Doin

Manuel pratique d'allaitement
par le prof. P. Budin

Actuellement ce ne sont pas seulement les médecins et les sages-femmes qui doivent connaître les principes de l'hygiène des nouveau-nés, mais encore toutes les mères. M. Budin, qui a tant fait pour combattre la mortalité infantile, vient de publier ce Manuel qui rendra de très grands services. Il est écrit dans un style très clair avec accompagnement de figures et de planches qui rendent sa compréhension facile, même pour le public extra-médical.

Après avoir donné un exposé succinct de la physiologie du nouveau né et de la lactation, l'auteur étudie successivement les différents modes d'allaitement des nourrissons. Il donne, en outre, tous les conseils qui sont nécessaires pour élever, non seulement un enfant à terme, mais également un enfant prématuré. Passant ensuite à des idées d'ordre plus général, M. Budin envisage les grandes questions de la mortalité infantile avec les différents moyens de la combattre. Il montre nettement quels services peuvent rendre, dans cet ordre de choses, les consultations de nourrissons.

Ce petit livre, très bien édité, se termine par un très court exposé des différentes maladies et malformations du nouveau-né.

A. Brindeau.

Joanin, éditeur

De l'avortement, par Marcel Delestre

Cette petite plaquette fait partie de la collection la Médecine pratique publiée sous la direction de M. Hutinel. C'est un manuel qui traite de l'avortement spontané et de l'avortement thérapeutique. Il est écrit dans un but pratique et peut rendre des services aux praticiens.

A. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 21 décembre. — *M. Cabessa* : Cellules aberrantes dans la mastoïdite. — *M. Florion* : Le genu recurvatum congénital; sa nature, son traitement. — *M. Friedel* : Les études médicales dans les pays anglo saxons. — *M. Longeart* : Etude critique sur l'évolution des polynévrites (durée, terminaison, pronostic). — *M. Detot* : Etude sur les érythèmes infectieux.

Jeudi 22 décembre. — *M. Froin* : Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général. — *M. Joyon* : Des complications portant sur les voies biliaires dans la fièvre typhoïde. — *M. Secheret* : Contribution à l'étude de la médication phosphorée. Etude thérapeutique et clinique de l'acide anhydro-oxyméthylène diphosphorique. — *M. Serre* : Epithélioma primitif et secondaire de l'oreille externe en général et de son traitement en particulier. — *M. Stettiner* : Contribution à l'étude clinique des paroxysmes psychiques épileptiques chez les enfants. — *M. Godron* : Mort subite chez les enfants syphilitiques. — *M. Nicoloff* : Etude clinique et expérimentale de la péritonite tuberculeuse et son traitement chirurgical. — *M. Dupeyroux* : Le baron Dominique Larrey. — *M. Laurent.* — Sur le traitement des abcès ganglionnaires tuberculeux par les injections d'eau phéniquée.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Fondation de la Ville de Paris.)

Professeur : M. Kirmisson.

M. Cunéo, agrégé, commencera le lundi 9 janvier 1905, à 5 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades, des conférences d'embryologie appliquée à l'étude des malformations, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Médecine

Le jury de ce concours est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Lion, A. Repault, Babinski, Lamy, Thiéry, Chaput, Marion, Macé, Delbet et Moutard-Martin

Le concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Bourgeois.

CONCOURS DU PRIX FILLIOUX

Ce prix est décerné, après concours, à MM. Wicart, interne à Lariboisière, et Leroux, interne à Saint-Antoine.

Le prix Nobel, pour la médecine, vient d'être décerné cette année au professeur Ivan Pétrovitch Pavlof (de Saint-Pétersbourg).

M. Coville, professeur du cours départemental d'accouchements, a été nommé chirurgien de la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Le concours pour la place de chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu s'est terminé par la nomination de M. Remy Touche, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Une fois n'est pas coutume.

Le tribunal d'Epernay a condamné récemment à huit jours de prison et 1000 fr. d'amende, et à des dommages-intérêts envers les syndicats des médecins et des pharmaciens du département, M. l'abbé Coyon, curé d'Igny-le-Jard, près Epernay, pour exercice illégal de la médecine.

On lit dans le *Temps* :

Le Syndicat des médecins du Centre a mis le Dr Girod, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, en demeure de donner sa démission (affaire des fiches).

EXPOSITION DE LIÈGE 1905

Le comité des classes 15-16 (instruments de précision et médecine-chirurgie), récemment constitué par les soins du comité français d'organisation, appelle l'attention sur l'intérêt qu'il peut y avoir pour la France à prendre part à l'Exposition internationale de Liège.

Constitué tardivement, le comité peut, par cela même, affirmer d'autant plus certainement le succès définitif de l'Exposition qui se manifeste dès aujourd'hui par la part prépondérante qu'y exerce l'élément français.

Cette partie de la Belgique et la sympathie toute particulière acquise à nos concitoyens constitue, pour nos produits, un débouché qu'il importe de conserver et d'accroître.

Les demandes de renseignements doivent être adressées dans le plus bref délai possible (avant le 15 janvier) à M. le président du comité d'organisation de la section française à l'Exposition de Liège, Bourse du Commerce, rue du Louvre, Paris.

NÉCROLOGIE

Klippel, ancien interne des hôpitaux de Paris, doyen des médecins de Mulhouse; Crste (Montpellier), Deregnaucourt (Roubaix), Pauchet (Querrieu), Poinsot (Paris).

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

CLINIQUE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

Le régime diététique des gastro entérites. Diète hydrique et féculents

Par M. le prof. agrégé H. Mény

(Leçon d'ouverture)

L'importance du régime diététique dans les affections des voies digestives chez les jeunes enfants, et en particulier dans les gastro-entérites, est telle que, dans bien des cas, il doit et peut constituer à lui seul toute la thérapeutique.

Loin de l'aider, la plupart des médicaments qu'on voudra lui asssocier ne feront qu'entraver et souvent même aggraver l'état de l'enfant.

Il n'y a, pour se rendre compte de leur peu d'efficacité, qu'à voir dans quel discrédit sont tombés la plupart de ceux qui ont eu un instant de vogue.

On a vécu très longtemps sur cette idée que le lait constituait à la fois l'aliment et le médicament parfaits pour toute maladie du nourrisson et en particulier pour les affections du tube digestif. On a longtemps considéré sa suppression, même passagère, comme impossible à effectuer, surtout chez un malade; on craignait que l'enfant, privé de lait, ne succombât beaucoup plus rapidement. Se fondant sur cette opinion, on donnait dans les gastro-entérites du lait qu'on coupait, à la vérité, quelquefois d'eau panée ou de décoction d'avoine, mais on continuait le lait, sans avoir d'ailleurs tous les soucis d'asepsie et de propreté qui nous préoccupent aujourd'hui, si bien que le quart des enfants élevés au biberon, comme le dit Trousseau, succombait à la gastro-entérite.

Cette effroyable mortalité tenait, d'ailleurs, à deux causes : non seulement à ce qu'on donnait du lait dans les gastro-entérites, mais on donnait du lait altéré dans des vases souillés. A ce dernier point de vue, la stérilisation du lait et tous les progrès acquis, au point de vue de l'asepsie dans l'alimentation des nourrissons, ont répondu; mais le progrès le plus considérable a été réalisé dans le traitement des gastro-entérites le jour où quelqu'un osa conseiller chez un nourrisson, et un nourrisson malade, la suppression absolue du lait et son remplacement par de l'eau pure. Ceci ne date point d'hier : c'est à Luton, de Reims, que revient l'honneur d'avoir posé le principe de la diète hydrique dans le traitement des gastro entérites, dans son article du Dictionnaire de Jaccoud, paru en 1874. Cette vérité resta pourtant sans écho jusqu'à ce que M. Luton fils rappelât l'attention sur elle dans un article paru en 1892 dans la *Revue des maladies de l'enfance*.

Comme le dit M. Marfan, qui s'est fait depuis cette époque un des vaillants propagateurs de la diète hydrique, la méthode passa d'abord inaperçue. Il ajoute « d'ailleurs, au début, Luton ne la recommandait que pour certaines entérites graves de l'adulte ». Ce petit point historique n'est pas tout à fait exact, car M. Luton dit dans son article : « Il en est de même pour l'entérite des jeunes enfants avec acescence des humeurs et apparition du muguet s'étendant quelquefois de la bouche à l'anus. » Le Dr Rémy, de Nancy, fut un des premiers à employer ce nouveau mode de traitement (1).

Comme le dit Marfan, le premier précepte à suivre dans l'application de la diète hydrique, c'est de *remplacer le lait par une quantité au moins égale d'eau bouillie*; et cela se comprend. La gastro-entérite, surtout dans ses formes graves, en particulier dans le choléra infantile, s'accompagne d'une déshydratation énorme qu'il faut réparer aussi rapidement et complètement qu'on le peut. On connaît la soif inextinguible de ces petits malades. Il faut la satisfaire.

En pratique, on remplacera donc les biberons de lait par des biberons d'eau bouillie à la température ordinaire, donnés aux mêmes intervalles. Quelquefois même il est nécessaire, tellement est vive la soif des petits malades, de leur donner dans l'intervalle quelques cuillerées de liquide pour leur humecter la bouche. La quantité d'eau ingérée dépassera donc souvent un peu la quantité de lait qu'on donnait auparavant. Mais il n'est pas toujours possible de donner de l'eau en quantité suffisante. Si le plus souvent l'administration de la diète hydrique fait cesser d'une façon remarquable et rapide les phénomènes d'intolérance gastrique, il arrive quelquefois que certains estomacs révoltés rejettent même l'eau. On devra alors l'administrer par des quantités extrêmement faibles, par cuillerées à café et à d'assez rares intervalles. On devra également l'administrer glacée. Chez quelques malades nous avons dû ainsi maintenir l'emploi de l'eau glacée par cuillerées à café pendant une à deux journées avant d'arriver à la diète hydrique habituelle.

(1) *Revue méd. de l'Est*, 1896.

En ce qui concerne l'eau employée, c'est à l'eau bouillie qu'on doit s'adresser de préférence; dans quelques cas, des eaux naturelles, non minéralisées, comme l'eau d'Evian, très légères, pourront rendre des services. Quant aux eaux gazeuses, eau de Vals ou de Vichy, je les crois bien moins utiles; dans certains cas même on pourrait se demander si elles ne seraient pas une cause d'irritation pour le tube digestif.

Les effets de la diète hydrique sont bien connus : elle amène le repos absolu du tube digestif, arrête les fermentations qui ne trouvent plus de milieu favorable dans les aliments introduits. Aussi cessent rapidement tous les phénomènes d'intolérance gastrique et la diarrhée diminue.

Tout cela est parfait; mais combien de temps un enfant pourra-t-il supporter cette diète absolue? On sait que les enfants soumis à ce régime diminuent de poids et diminuent assez rapidement; souvent de 80 à 100 gr. par jour; si bien que voilà un obstacle des plus importants, surtout chez les nourrissons souvent si déshydratés par leur maladie, à continuer la diète hydrique.

En pratique, d'après M. Marfan, elle peut être continuée de dix-huit à quarante-huit heures; on ne peut pas dépasser ce terme en raison de la diminution de poids observée. On conseille alors la reprise du lait, mais, comme le dit M. le prof. Hutinel, la reprise très prudente. Or, fait capital, surtout dans les cas graves, cette reprise, même modérée, même prudente, est souvent entourée de grosses difficultés et trop souvent le signal d'une rechute.

Tous les médecins reconnaissent que c'est au moment où l'on va essayer d'alimenter l'enfant que commencent les véritables difficultés. Il n'y a, pour s'en rendre compte, qu'à relire l'observation que M. Marfan publie comme le type de l'action éclatante de ce régime diététique: il s'agit d'un enfant âgé de quatre mois et demi, atteint de choléra infantile, amélioré d'une façon remarquable par la diète hydrique. A deux reprises l'administration de lait stérilisé à la dose de 40 gr., coupé de 40 gr. d'eau bouillie sucrée, est le signal d'une rechute; la seconde de gravité extrême.

Comme le dit Marfan, si, après avoir repris l'alimentation, les troubles reparaissent, on peut revenir à la diète hydrique pendant dix à douze heures; et cette exception est trop souvent la règle.

On peut conclure de tous ces faits que le régime de la diète hydrique, tel qu'on l'a appliqué dans ces dernières années, a un défaut assez important, c'est d'obliger à une reprise trop rapide de l'alimentation lactée, alors que les phénomènes intestinaux ne sont pas encore modifiés d'une façon suffisante. Alors, comme le dit M. le prof. Hutinel, surtout si l'on donne de trop grandes quantités de lait, l'affection se ravive pour reprendre trop souvent une marche fatale.

La diète hydrique constitue donc un régime qui, théoriquement et pratiquement, fournit les meilleurs résultats; cependant, malgré tous les services qu'elle a rendus, ce n'est pas encore une méthode diététique parfaite puisqu'elle donne lieu aux deux critiques suivantes : 1° *elle s'accompagne d'une baisse de poids rapide chez des sujets bien déshydratés ;* 2° *elle oblige à une reprise trop rapide de l'alimentation lactée*, qui ouvre de ce fait la porte au retour de l'affection. Mais n'est-il pas possible de parer à cet inconvénient si important et de compléter la diète hydrique en s'adressant à une autre forme de régime ablacté.

Je cite pour mémoire les tentatives faites avec le thé, avec diverses infusions, de l'eau sucrée ou lactosée, des boissons acidulées, etc.

C'est aux décoctions de féculents que se sont surtout adressés les médecins qui ont voulu prolonger la diète ablactée. C'est l'histoire de ces tentatives que je veux d'abord esquisser ici en rapportant les raisons théoriques qui ont engagé à employer ce régime diététique et les résultats cliniques obtenus par les premiers auteurs qui l'employèrent.

L'emploi de ce régime n'a pas d'ailleurs été sans soulever de nombreuses objections.

Beaucoup d'auteurs interdisent les farines aux jeunes nourrissons. Baginsky ne tolère les farines qu'à partir du troisième mois et les accuse encore de causer très fréquemment de la dyspepsie. Biedert dit que l'enfant n'a pas de pouvoir glandulaire diastasique tant que les dents ne sont pas percées. Seitz n'admet également la farine qu'après les premières dents. Unger n'en veut à aucun prix. Marfan, dans ses diverses publications, ne parle point de l'emploi des féculents dans le traitement des gastro-entérites. Lesage, en 1900, écrit ceci : « Avant le sixième mois, faute de ferments, l'enfant ne peut supporter que le lait. » Comby écrit : « Préconiser aujourd'hui les décoctions de fécule et leur usage prématuré, c'est aller contre le progrès. » Il est juste d'ajouter que la plupart des objections présentées par ces auteurs s'adressent surtout aux féculents employés comme régime alimentaire habituel, mais les objections théoriques de ces auteurs, si elles étaient exactes, s'appliqueraient aussi bien à l'emploi des féculents comme régime diététique passager des nourrissons.

Il est donc d'abord nécessaire de vous exposer les arguments théoriques qui justifient l'emploi des féculents dans certains cas chez les nourrissons.

Les nourrissons peuvent-ils digérer les féculents et à partir de quel âge?

Existe-t-il chez les jeunes enfants au-dessous de six mois, dans les glandes digestives, des ferments saccharifiant l'amidon?

Il semble que les glandes salivaires soient, à ce point de vue, très en avance sur le pancréas.

Ritter a étudié le pouvoir amylolitique de la salive, en introduisant dans la bouche des nourrissons des sachets de tulle remplis de colle d'amidon ou de farine, il les y laissait pendant une ou deux minutes. Ces expériences ont porté sur vingt et un enfants âgés d'un jour à huit mois. Il n'observa pas la transformation de l'amidon en sucre chez les sujets âgés de moins de quarante jours, mais Schiffer, en prolongeant l'expérience pendant cinq minutes, trouva un pouvoir saccharifiant notable dans la salive de trois nouveau-nés.

Korowine fit des digestions artificielles avec de la salive retirée de la bouche des nourrissons : vingt-sept fois sur vingt-huit il trouva de la ptyaline chez le nouveau-né.

La recherche du ferment amylolitique dans l'extrait des glandes salivaires après la mort, lui donna des résultats analogues : il trouva des quantités notables de ptyaline chez un enfant de cinq jours.

Au contraire, dans les mêmes conditions, l'extrait pancréatique ne montre pas trace de ptyaline, celle-ci ne semble apparaître dans le pancréas qu'à partir du troisième ou cinquième mois.

Les recherches de Zweifel confirment celles de Korowine.

En résumé, ces travaux sur les ferments digestifs, capables de saccharifier l'amidon, montrent que ceux-ci existent de très bonne heure dans les glandes salivaires et cela aussi bien dans la glande sous-maxillaire que dans la parotide. Au contraire, ces ferments semblent n'apparaître que très tard dans le pancréas.

La quantité de ptyaline contenue dans la salive des nourrissons est-elle suffisante pour permettre la digestion des féculents? On a essayé de répondre à cette question en examinant les selles des nourrissons nourris avec de la farine et en voyant si cette dernière était bien digérée. Cette méthode a été employée d'abord par Sonsino (1873) qui examinait les fèces par l'iode et par le microscope. Il retrouvait de la colle d'amidon jusqu'au sixième mois et n'en retrouvait plus ensuite.

Ce sont des recherches fort anciennes et qui n'ont qu'une valeur relative.

Heubner et Carstens (1) ont repris ces recherches par l'examen des selles. Voici la description de leur procédé : la détermination quantitative de la farine éventuellement contenue dans les fèces est faite par la méthode d'Allihn ; une quantité donnée des fèces desséchées est bouillie pendant quelques heures avec de l'acide chlorhydrique pour transformer la farine éventuelle en sucre. On réduit le sucre avec le cuivre. La quantité de sucre donne la quantité de farine.

Chez un premier enfant de sept semaines ayant absorbé environ 25 gr. de farine de riz on ne retrouva aucune trace de féculents qui avaient été digérés; chez d'autres enfants la farine fut utilisée dans la proportion de 99,7 %. Une fillette de quatorze semaines reçut, en trente-quatre heures, 57 gr. de farine d'avoine de Knorr, on ne retrouva que 0,2611 d'amylacés dans les selles.

Heubner pense avoir démontré ainsi que les féculents peuvent être utilisés beaucoup plus tôt qu'on ne le pensait. Mais, si les faits que nous avons passés en revue démontrent la possibilité de l'utilisation des féculents sous certaines conditions chez les nourrissons, il reste à savoir si ceux-ci peuvent véritablement tirer un bénéfice de ce régime diététique et cela en particulier dans les gastro-entérites.

Voyons, à cet égard, les arguments théoriques.

Heubner dit, les féculents sont utiles :

1° En épargnant au tube digestif le travail de sécrétion et d'absorption des graisses et de l'albumine;

2° Par ce fait que la digestion des hydro-carbonés n'exige pas la participation de l'épithélium intestinal, les cellules des glandes salivaires fournissant la plus grande partie du travail;

3° Enfin la farine est un milieu dé-

(1) Heubner. — *Berliner klin. Woch.*, 189[illegible], p. 201.

favorable aux microbes qui décomposent l'albumine, aux bactéries protéolytiques.

Ce rôle d'arrêt exercé par les féculents vis-à-vis de certaines fermentations intestinales microbiennes mérite de nous arrêter un peu.

On sait qu'il existe, dans l'intestin, deux groupes principaux de microbes que l'on distingue par le mode de fermentations qu'ils déterminent. Les uns sont des ferments des matières albuminoïdes ou bactéries protéolytiques, et ce sont eux qui engendrent les fermentations putrides, et ce rôle est surtout dévolu aux germes anaérobies qui ne sont d'ailleurs pas tous bien connus. Au second groupe appartiennent les microbes qui sont des ferments des matières hydro-carbonées et, en particulier, du sucre de lait qu'ils transforment en acide carbonique et en acide lactique. Dans ce groupe, beaucoup mieux connu, viennent se ranger le bacterium lactis aerogenes, le streptocoque de l'intestin, l'entérocoque, etc... Le rôle de ces germes, vis-à-vis des féculents, a été établi, en particulier, par les travaux de Bienstock.

Enfin, certains germes agissent à la fois sur les matières albuminoïdes et sur les matières hydro-carbonées, ce sont les ferments protéolytiques mixtes, tels que le *bacillus perfringens*.

Une série d'expériences a montré le rôle des féculents et de l'amidon en particulier vis-à-vis de ces diverses fermentations. Bienstock a montré que la présence de substances hydro-carbonés dans l'intestin permettait, à certains microbes, ferments de ces matières hydro-carbonées, comme le *bacillus lactis aerogènes* et le *bacillus coli*, de s'opposer au développement des ferments protéolytiques purs, comme le *bacillus putrificus*, et d'exercer une action d'arrêt sur la putréfaction des substances albuminoïdes. Les féculents agissent là indirectement en permettant le développement d'une flore spéciale qui exerce, elle, une action d'arrêt sur les fermentations putrides de l'albumine.

Dans d'autres cas les féculents paraissent exercer une action empêchante directe sur le développement de certains microbes. D'après M. Coyon, la présence d'amidon empêcherait la culture de l'entérocoque. Thiercelin et Jouhaud ont fait la même observation.

Un autre fait intéressant est le suivant : beaucoup de germes, ferments des matières hydro-carbonées, agissent beaucoup moins sur les féculents et sur l'amidon que sur les autres matières hydro-carbonées, en particulier les divers sucres.

L'action empêchante des féculents sur les fermentations intestinales s'exerce donc suivant trois modes :

1° Ils constituent d'abord, parmi toutes les substances hydro-carbonées, celle qui résiste le mieux à l'action des microbes;

2° Ils créent, dans l'intestin, un milieu favorable au développement de certains germes qui exercent, eux, une action d'arrêt sur les ferments protéolytiques et la putréfaction des matières albuminoïdes;

3° Enfin, les féculents peuvent directement s'opposer au développement de certains germes, comme l'entérocoque.

La chimie nous apporte des arguments analogues à ceux que fournit la bactériologie.

Les diverses méthodes par lesquelles on a essayé d'évaluer les produits toxiques résultant des fermentations intestinales nous fourniront encore des arguments. On les trouvera résumées dans le mémoire de Combe, de Lausanne (1). Hirschler montre qu'on ne trouve pas d'indol ni de scatol dans le gros intestin des chiens nourris exclusivement avec des féculents.

On sait que Combe évalue le degré de l'intoxication intestinale d'après la quantité de sulfo-éthers et de corps sulfo-conjugués trouvés dans l'urine. Sans vouloir juger de l'exactitude de cette méthode, il est intéressant de noter que la diète lactée et la diète des féculents diminuent considérablement l'excrétion des sulfo-éthers.

Combe rappelle que toutes les matières hydro-carbonées exercent plus ou moins cette action d'arrêt sur les putréfactions de l'albumine; il rappelle le rôle du lactose pour empêcher la putréfaction du lait, mais il ajoute que les féculents et les farines de céréales sont très supérieurs au lactose à cet égard.

Le lactose est, en effet, bien plus facilement attaquable par les ferments des matières hydro-carbonées que l'amidon; d'autre part, d'après Combe, il serait très rapidement absorbé dans le trajet intestinal. Au moment où il disparaît, la caséine peut continuer à se putréfier comme les autres éléments azotés; au contraire, l'action antiputride des féculents peut, pour les raisons données plus haut, s'exercer sur un trajet beaucoup plus étendu que l'intestin.

On voit sur quel faisceau d'arguments théoriques, physiologiques, chimiques et bactériologiques on peut appuyer l'administration des féculents dans les infections intestinales des nourrissons. Je sais bien qu'il y a eu des contradicteurs, même au point de vue théorique, et que Schlossmann a été, à cet égard, l'adversaire acharné de Heubner.

Schlossmann prétendait qu'il n'y avait pas utilisation, mais putréfaction des farines données aux nourrissons. Pour lui la salive du nourrisson ne saccharifierait que très peu, et seule la parotide contiendrait un peu d'éléments saccharifiants. L'action salivaire serait, d'ailleurs, paralysée, le plus souvent, par l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Il conclut que, dans les expériences de Carstens et de Heubner, la farine n'est pas utilisée, mais elle est putréfiée. Un des gros arguments de Schlossmann est tiré de ce fait que les enfants, soumis au régime d'Heubner, ont le plus souvent perdu du poids. Nous reviendrons sur cet argument tout à l'heure; il nous faut maintenant exposer les résultats cliniques obtenus par Heubner.

Heubner a employé des farines simples de préférence aux mélanges, en première ligne la farine de riz, d'avoine et de banane, surtout la farine de riz. Pour la cuisson, il dilue la farine avec de l'eau froide, ajoute ensuite de l'eau très chaude et fait cuire de vingt minutes à une demi-heure. La décoction contient généralement de 5 à 6 % de farine.

Heubner a obtenu de très bons résultats de ce régime alimentaire, non seulement chez les nourrissons âgés, mais chez des nourrissons très jeunes et les nouveau-nés. La quantité maxima de farine qu'on puisse donner est de 60 gr., correspondant à 1 litre de liquide, maximum que puisse absorber le nourrisson. Le régime a été généralement continué pendant deux jours; il n'a pas été prolongé au delà à cause de la perte de poids subie par les enfants soumis à ce régime. Neuf enfants sur douze ont perdu du poids, mais la plupart ont toléré ensuite le lait d'une façon parfaite.

Comment expliquer cette perte de poids ?

Heubner insiste sur ce fait que son régime fournit un nombre de calories insuffisant : 60 gr. de farine de riz, chiffre maximum, ne donnent guère que 175 calories, alors que l'enfant normal utilise environ 500 calories. Ce serait pour lui la raison de la baisse du poids, sans qu'il faille faire intervenir la putréfaction des féculents admise par Schlossmann.

(1) Combe. — *Archives de médecine des Enfants*, 1901, n[os] 1 et 2.

A côté du nom d'Heubner on doit placer au premier rang de ceux qui ont démontré cliniquement la haute valeur de la diète des féculents dans la gastro-entérite, Bordes, de Bordeaux. Dans une série d'articles publiés, en 1901, dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, il préconise les décoctions aqueuses de fécule dans l'entérite aiguë; il emploie les décoctions d'orge, de riz, de pain, de gruau, d'avoine, passées au tamis ou à travers une toile. Il emploie surtout la décoction d'avoine. Il broie grossièrement l'avoine dans un moulin à café, il verse de une à huit cuillerées à soupe de cette farine dans un litre d'eau bouillante, il fait bouillir à petit feu pendant une demi-heure, refroidit, tamise et ramène à un litre avec de l'eau froide.

Il écrit : « Je donne des décoctions aqueuses de fécule aux enfants atteints d'entérite aiguë grave. Je ne m'inquiète nullement de l'âge des bébés. Le lait est, au contraire, totalement banni de l'alimentation de ces enfants jusqu'à guérison complète. Chaque fois que j'ai repris trop tôt l'alimentation par le lait de vache, j'ai vu la maladie ou traîner en longueur, ou récidiver et entraîner même la mort. »

Il signale également les bons effets des décoctions de fécule dans la gastro-entérite chronique. On pourra les donner associées au lait; mais il sera toujours utile, au début du traitement, de supprimer complètement le lait pendant quelques jours et d'alimenter l'enfant exclusivement avec des décoctions de céréales.

On ne saurait mieux dire, et le travail de Bordes contient en germe toutes les indications de l'emploi des féculents dans la diététique des gastro-entérites. La seule critique qu'on puisse faire au régime recommandé par Heubner et par Bordes, c'est que les décoctions aqueuses ne sont pas très agréables au goût et sont souvent refusées par les nourrissons. D'autre part, elles forment un régime alimentaire insuffisant, fournissant très peu de calories et amenant une baisse de poids continue, qui empêche de prolonger ce régime. Ce sont-là, sans doute, les raisons qui ont empêché l'emploi plus fréquent de ce régime alimentaire par les médecins.

Je dois, d'ailleurs, rappeler qu'en dehors de tout conseil médical, l'usage s'est établi, dans certains pays, de donner de bonne heure des décoctions de féculents ou des féculents, pour faciliter la digestion du lait.

Bordes rappelle que les enfants de la Guadeloupe et de la Martinique sont nourris de lait de femme et de décoctions de fécule et de farine ; il ajoute que les mères créoles, quand leurs enfants avaient de la diarrhée, augmentaient la quantité de décoction de fécule.

Je crois qu'en Normandie il est d'usage assez fréquent d'ajouter d'une façon habituelle des féculents au lait.

En Sicile, d'après les renseignements que m'a fourni le docteur Salvatore Gueli, les enfants reçoivent, à partir de trois mois, le soir, à la place d'une tétée, une décoction de semoule de blé. Cette décoction est faite de la façon suivante : deux ou trois cuillerées à café de semoule dans une tasse d'eau; on fait bouillir une dizaine de minutes et on sucre.

Je veux, en terminant cette première leçon, en quelque sorte d'historique de l'emploi des féculents chez les enfants atteints de troubles digestifs, et avant de vous exposer les résultats que j'ai obtenus personnellement, vous rappeler une anecdote qui m'a été contée par le Dr Bourgeois, de Chartres. Une paysanne, éleveuse d'enfants au biberon, avait remarqué les fâcheux effets du lait pendant la période des fortes chaleurs et, après avoir perdu un certain nombre des enfants qui lui étaient confiés de gastro-entérite, elle avait pris le parti de supprimer complètement le lait pendant toute la période des grandes chaleurs, pendant un mois, au moins. Pendant ce temps, elle les nourrissait d'eau panée; les enfants maigrissaient, souvent de plus d'un kilo, mais vivaient et reprenaient ensuite, quand une température plus clémente permettait de donner à nouveau le lait.

Je ne vous recommanderai pas ce régime, bien qu'il semble, à tout prendre, que dans ce cas l'eau panée se soit montrée très supérieure au lait.

Pour terminer cette revue des auteurs qui ont employé les féculents chez les nourrissons, je dois citer la soupe de malt de Keller, mais elle contient du lait et devra, ainsi, être étudiée ultérieurement au moment de la reprise de l'alimentation lactée.

Le prix de l'abonnement annuel du BULLETIN MÉDICAL est de 8 fr. pour la France et 12 fr. pour l'Etranger. On s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste, ou par un mandat-poste adressé au gérant, 4, rue de Lille, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre

Etranglement herniaire de l'appendice

M. Legueu. — Au fait d'étranglement de l'appendice qu'on nous a rapporté, j'ajouterai celui d'une femme de cinquante-trois ans qui présentait dans l'aine une petite tumeur que j'avais considérée comme une épiplocèle. Comme elle était irréductible, je l'ai opérée et j'ai trouvé dans le sac l'appendice étranglé. Cependant, il n'avait existé dans les jours précédents aucun signe révélateur de cet étranglement.

Ablation d'un cancer pédiculé de l'estomac

M. Schwartz. — En vous présentant cette pièce, j'avais pensé qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne. Or, l'examen histologique en a été fait et a montré qu'il s'agissait d'un cancer colloïde. La malade a succombé neuf jours après l'opération. Si l'on doit attribuer ce décès en partie à son état extrême d'anémie, je crois qu'il faut aussi incriminer une défectuosité du procédé opératoire. J'avais abouché le duodénum à l'estomac dans un point trop rapproché de la ligne de section de l'estomac, ce qui a été la cause de la rupture partielle de la suture. A l'autopsie, nous avons, en effet, trouvé, à la partie antérieure de celle-ci, un petit abcès qui était en communication avec l'intérieur du duodénum.

Un cas de chorio-épithéliome de l'utérus

M. Faure. — **M. Bonnet** nous a adressé l'observation d'une femme de quarante ans qui, quatre mois après un avortement, présentait des accidents qui nécessitèrent un curettage. Les débris ayant été examinés au microscope et ayant montré que l'on était probablement en présence d'une tumeur maligne du genre de celle que l'on a appelée placentome, notre confrère a pratiqué l'hystérectomie.

L'intérêt de cette observation ne réside pas dans l'opération, mais dans la nature du mal. Il s'agit d'une dégénérescence épithéliale des villosités choriales, dans lesquelles les cellules néoplasiques sont en rapport de voisinage intime avec les lacs sanguins, d'où la facilité de généralisation. Chez ces malades, on constate parfois des petites tumeurs de même nature dans le vagin, résultant d'une greffe. Il arrive quelquefois que ces dernières ont une marche bénigne et ne récidivent pas après leur ablation.

Les placentomes ne se développeraient qu'après un accouchement ou un avortement; pour quelques-uns même ils ne seraient consécutifs qu'à un avortement

Mais on doit se demander si ces tumeurs ne prennent pas naissance auparavant, et n'en sont pas la cause. Au point de vue symptomatique, elles se révèlent par les signes d'un cancer du corps de l'utérus. Ajoutons que ces placentomes ont quelques analogies avec la môle hydatiforme et qu'ils peuvent apparaître après cette dernière.

M. Tuffier. — Les faits dont on vient de nous entretenir, rentrent dans la classe des déciduomes qui ont été assez bien étudiés. Ce qui est plus rare, c'est d'observer un placentome primitif du vagin sans déciduome de l'utérus. J'en ai vu un cas chez une femme de vingt-quatre ans, dont la tumeur remplissait tout le vagin et n'avait l'apparence ni d'un épithélium ni d'un sarcome. J'en ai fait l'ablation à cause des hémorragies qu'elle déterminait, et l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un chorio-épithéliome du vagin. A la suite de l'opération il ne s'est rien produit dans l'utérus, qui avait été gratté. Ma malade avait fait une fausse couche trois mois auparavant; le placenta, en passant, aurait-il donné lieu à une greffe? On ne peut y répondre; mais il semble que le choro-épithéliome du vagin soit d'un meilleur pronostic que celui de l'utérus.

M. Reynier. — J'ai observé plusieurs cas de déciduome dont je vous reparlerai. L'un d'eux se rapporte à une malade que j'ai opérée il y a cinq ans, et qui ne présente pas actuellement de récidive.

La môle hydatiforme est scientifiquement moins connue. Comme on la regardait comme une tumeur maligne, j'ai cru, dans deux cas, devoir faire l'hystérectomie; or, dans ces deux cas, l'utérus était sain.

De la toxicité du naphtol camphré

M. Guinard. — Vous vous rappelez la communication que je vous ai faite à ce sujet à l'occasion d'une catastrophe survenue dans mon service après une injection de naphtol camphré. J'avais alors pu colliger six cas de mort et quatorze cas d'accidents assez graves et j'en avais conclu à la suppression de l'emploi de ce mélange.

Après cette communication M. Desesquelle a repris la question à la Société de médecine et de chirurgie pratiques et a insisté sur la façon de l'utiliser à petites doses, et M. Calot nous a adressé un mémoire dans lequel, sur un nombre considérable d'injections, il n'aurait eu à déplorer que deux accidents mortels. Il a continué de s'en servir sans incidents depuis cinq ans, car il le considère comme supérieur aux autres agents; toutefois, il le manie avec précaution et non pas sans quelques craintes. Il ne se sert que de naphtol camphré fraîchement préparé et conservé dans un flacon de couleur bien bouché et à la dose de 2 à 15 gouttes pour l'enfant et de 20 à 30 gouttes pour l'adulte. L'injection doit être pratiquée lentement et si le liquide ponctionné n'est pas sanguinolent. Pour notre confrère le naphtol camphré n'agit pas comme les autres agents: ce serait, d'après son expression, une curette chimique. Il conclut en disant qu'il continuera de l'employer en prenant les plus grandes précautions.

Pour ma part je considère cette substance comme dangereuse et ses avantages ne me paraissent pas compenser le danger qu'il fait courir. Depuis les six cas de mort que j'ai cités, j'ai reçu plusieurs lettres me signalant deux cas de mort (Millon), un cas d'accidents très graves et deux autres faits inédits de mort. Aussi, actuellement, je relève douze cas de mort, ce qui est trop pour qu'on ne s'élève pas contre l'usage de cet agent et, bien que M. Calot s'en déclare partisan en s'appuyant sur 50000 injections (remarquons que ce nombre est cité de mémoire et qu'il demanderait le contrôle de l'examen des livres), j'estime qu'il doit céder la place à d'autres substances.

Présentations

M. Guinard. — Femme : *Résection des nerfs maxillaires supérieur et inférieur* pour névralgie.

M. Delbet. — Femme : *Cholédocomie suivie de sutures du canal.*

M. Sébileau. — Pièce de *perforation de la paroi de l'œsophage* faite dans une tentative d'extraction d'un sou par le panier de de Graefe chez un enfant de deux ans et demi.

OZENNE.

ADDITUM

La question du microbe du cancer

C'est à la fin de la séance, au moment des « présentations », c'est-à-dire au moment où d'ordinaire — ce n'était pas le cas ce jour là — la plupart des membres de la Société cherchent leur chapeau ou leur parapluie, que s'est passé l'incident important. M. Doyen a, en effet, présenté cinq malades traités par son sérum, et exposé, à cette occasion, la méthode qu'il a suivie, les résultats qu'il a obtenus. Après quoi il a donné connaissance de la note ci-dessous de M. Metchnikof, relative à l'état actuel des expériences de contrôle bactériologique dont ce savant a accepté de se charger.

Nous nous faisons un devoir d'impartialité de reproduire cette note. Et nous publions, également, sous la signature de notre collaborateur M. le Dr Gallois, ce que ce dernier a vu, au point de vue clinique, en suivant, depuis le 24 octobre, chez M. Doyen, les cancéreux en traitement.

Nous n'avons jamais compris, dans ce journal, et nous ne comprendrons jamais, que des questions de personnes se mêlent aux questions de science. Nous cherchons la vérité. Tout le reste importe peu.

J. J.

INSTITUT PASTEUR Paris, 13 décembre 1904

Note sur les recherches microbiologiques pratiquées dans des cas de cancer

« 1° Dans plusieurs séries de tubes dans lesquels M. Doyen avait introduit en ma présence des fragments de cancers opérés par lui, j'ai pu obtenir des cultures pures d'un microbe, identique à celui décrit par M. Doyen sous le nom de *micrococcus neoformans*. Dans un cas, les tubes sont restés stériles, mais dans plusieurs autres ils ont donné des cultures. De beaucoup le plus souvent c'étaient des cultures du microbe de Doyen, tandis que, dans quelques cas, les cultures étaient constituées par un streptocoque, le bacille pyocyanique et quelques autres microbes (cas ulcéré, voir plus loin).

« Sur les cas opérés par M. Doyen, j'insiste surtout sur trois cancers de sein opérés le même jour. Deux de ces cancers, fermés, c'est-à-dire non ulcérés, donnèrent des cultures du microbe Doyen, tandis que, dans un troisième cas, un cancer très volumineux et très ulcéré ne donna que des cultures du bacille pyocyanique et d'un streptocoque. Ces derniers microbes, ainsi que le microbe de Doyen des autres cas de cancer, poussaient dans des tubes de bouillon, ensemencés avec la tumeur même, ainsi qu'avec les ganglions voisins.

« En dehors du service de M. Doyen, il a été étudié par moi, en collaboration avec MM. Lavaditi et Weinberg, plusieurs autres cas de cancers. Deux cas de cancers non ulcérés, ainsi qu'un cas de cancer des deux ovaires avec généralisation dans l'épiploon, ont donné également des cultures pures du microbe de Doyen.

« Bien entendu, il a été pris toutes les précautions nécessaires pour s'assurer de la stérilité des milieux de cultures employées et de la non contamination des fragments des tumeurs introduits dans les tubes.

« 2° Sur les cultures du microbe de Doyen, nous avons pu observer tous les caractères décrits par M. Doyen au sujet du *micrococcus neoformans*. La question de la spécificité de ce microbe n'a pas été définitivement résolue. C'est un problème très difficile, car les espèces bactériennes sont en général très délimitées. Il est utile, par exemple, d'appliquer pour leur distinction des méthodes perfectionnées, telles que l'agglutinabilité des microbes par des sérums spécifiques. Nous sommes en train de préparer de tels sérums, mais les résultats ne pourront être obtenus que dans deux ou trois mois.

« D'après l'aspect du *micrococcus neoformans*, il présente une grande analogie avec celles du coccus polymorphe de la peau, mais l'examen des cultures sur gélose accuse une certaine différence entre les deux microbes.

« 3° L'étude de l'action pathogène du microbe de Doyen sur les animaux demande un temps beaucoup plus long que celui que j'ai eu jusqu'à présent à ma disposition.

« 4° Mon rôle de bactériologiste se limite aux trois premiers paragraphes de cette note. Mes connaissances microbiologiques ne m'autorisent nullement à aborder le côté clinique, et ceci d'autant plus que je ne suis ni chirurgien, ni même médecin. Je n'ai aucune compétence pour porter un jugement, mais, comme à l'occasion de mes recherches bactériologiques j'ai pu examiner à plusieurs reprises, et pendant près de deux mois, un grand nombre de cancéreux de la clinique de M. Doyen, j'ai subi cette impression que plusieurs malades atteints de cancers très graves ont été améliorés par les injections du docteur Doyen. »

Elie Metchnikof.

La Société nomme une Commission composée de MM. **Berger**, **Kirmisson**, **Nélaton**, **Monod** et **Delbet**, rapporteur, pour l'étude de cette grosse question.

J'ai fait la connaissance de Doyen en 1883, dans la clinique de Czerny. Désirant l'un et l'autre compléter notre instruction, nous étions allés voir ce que l'on faisait dans les universités allemandes. Deux internes de Paris à la fois à Heidelberg ne pouvaient manquer de se rencontrer. Nous passâmes seulement quelques jours ensemble, chacun ayant son programme d'étude l'entraînant dans des directions quelque peu divergentes. Depuis j'ai eu l'occasion de revoir Doyen à plusieurs reprises, mais plutôt comme collègue d'internat que comme opérateur. Comme il s'était installé d'abord à Reims j'avais pris l'habitude de m'adresser à tel ou tel des chirurgiens de nos hôpitaux, et quand Doyen vint à Paris je n'avais eu aucune raison de me détourner de maîtres qui avaient toujours justifié ma confiance.

Ce préambule expliquera pourquoi Doyen a pu penser à moi pour me demander de faire partie de la commission qui devait contrôler ses expériences. Il fera comprendre aussi que n'étant nullement inféodé à lui, je garde, à son endroit, une indépendance absolue.

Quoique je n'aie pas, en matière de cancer, une compétence particulière, j'ai accepté l'offre de Doyen pour deux raisons. La première, c'est qu'il est toujours intéressant de suivre des recherches scientifiques, même quand elles ne touchent pas directement à l'objet de nos préoccupations habituelles. La seconde a été l'intérêt même des lecteurs du *Bulletin médical*, dont la Rédaction m'avait demandé de la tenir au courant.

La commission constituée par Doyen n'était pas un organisme rigide. Chacun venait aux réunions quand il le pouvait ; si l'on échangeait ses observations entre soi, il n'y avait cependant aucune séance publique, aucune délibération ni ordre du jour. C'était beaucoup moins une commission qu'une réunion d'hommes curieux de s'instruire. Pour ma part, j'ai assisté à quatre séances, et je ne parlerai guère que des malades que j'ai eu l'occasion de voir plus d'une fois.

Notre première réunion eut lieu le 24 octobre. Ce jour là Doyen opéra deux malades. L'une avait un cancer du sein, relativement peu avancé. L'opération avait surtout pour but de fournir des matériaux d'ensemencement. Doyen prit, avec les plus minutieuses précautions, des fragments de la tumeur et des ganglions, et les introduisit dans des tubes de bouillon de mamelle de vache en lactation. Il annonça que ces tubes donneraient une culture du micrococque qu'il considère comme l'agent du cancer.

Une seconde malade fut opérée; celle-ci avait une tumeur beaucoup plus avancée dans son évolution; les ganglions axillaires étaient volumineux, et l'on trouva des noyaux de cancer infiltrés dans l'épaisseur du muscle pectoral. C'était une malade chez laquelle, d'après Doyen, la récidive aurait dû se faire dans la plaie même avant qu'elle se fût réunie. On prit également des fragments de tumeur, de ganglions, de noyaux cancéreux, et l'on en prépara des cultures.

Vingt-cinq tubes furent inoculés avec des fragments assez volumineux des tissus malades de ces deux opérées. Douze tubes furent remis à M. Metschnikof qui les emporta à l'Institut Pasteur. Les treize tubes qui restèrent chez Doyen furent enfermés dans des tubes de calibre plus large. Ceux-ci furent bouchés avec du liège, ficelés et cachetés.

A la réunion suivante, M. Metschnikoff nous annonça que huit de ses tubes avaient donné une culture d'un micrococque ayant les caractères indiqués par Doyen. Chez Doyen trois tubes seulement avaient poussé. Peut-être les précautions de bouchage et de cachetage avaient-elles nui à la colonisation des microbes. Les deux opérées allaient bien. Chez la première, la cicatrisation s'était effectuée par première intention. Dans la plaie de la seconde on avait mis en drain. Tout était refermé, sauf la place du drain.

A la première réunion, Doyen nous avait également montré une malade ayant un cancer du sein en cuirasse. La tumeur adhérait aux côtes et ne pouvait être mobilisée. C'était un cancer qu'il considérait comme inopérable. Il nous dit qu'en faisant à la malade une série d'injections de son sérum la tumeur se mobiliserait et qu'elle deviendrait opérable. En effet, la tumeur s'est mobilisée et elle a été opérée. L'incision a été faite au ras des tissus malades pour éviter de trop grands délabrements. Doyen a même laissé dans un des lambeaux un noyau cancéreux du volume d'une noisette. Nous avons revu la malade, il y a huit jours; elle était guérie; le petit noyau, nous a affirmé Doyen, disparaîtra sous l'influence des injections. Au besoin, si ce résultat tardait, il énucléerait en quelque sorte ce noyau par une incision portant à un millimètre des tissus malades.

En somme, il semble bien d'abord qu'il existe, dans les tumeurs cancéreuses, un micrococque dont le rôle pathogène sera à déterminer par des expériences de laboratoire demandant un temps assez long. Il semble également que le sérum fait subir aux tumeurs des modifications qui rendent opérables des néoplasmes que l'on pouvait considérer comme inopérables. Mais c'est là un point que la commission de la Société de chirurgie, plus compétente, aura mission de préciser.

Les résultats acquis sont-ils définitifs? Il m'est impossible de me prononcer, n'ayant suivi les expériences que depuis quelques semaines. Cependant, Doyen nous a montré, à notre dernière réunion, il y a huit jours, une série de patients qu'il a en traitement depuis plusieurs années. N'ayant pas connu les malades antérieurement, je ne puis formuler une opinion à leur sujet. Toutefois, plusieurs d'entre eux étaient accompagnés de leurs médecins qui nous ont confirmé les observations de Doyen. Maintenant, dans quelle proportion ces heureux résultats s'obtiennent-ils? C'est ce que je ne saurais dire.

En résumé, je ne puis donner pour le moment qu'une opinion un peu hâtive et relativement superficielle. En effet, outre que je n'ai pas de compétence particulière en matière de chirurgie du cancer, je n'ai pas eu le loisir de suivre les malades ni d'assez près ni assez longtemps. Je ne puis fournir actuellement qu'une impression, et cette impression est favorable.

La parole est maintenant à la commission de la Société de chirurgie.

P. Gallois.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 décembre

Cancer primitif du foie et cholémie familiale

MM. A. Gilbert et **P. Lereboullet**. — Nous avons établi que les cirrhoses alcooliques du foie se développent de préférence chez des malades présentant plus ou moins au complet la manifestation résultant de la diathèse d'auto-infection et des polycanaliculites microbiennes qu'elle entraîne; parmi celles-ci la cholémie familiale occupe la première place.

De même que les cirrhoses alcooliques, le cancer du foie semble également se développer, surtout chez les cholémiques. L'interrogatoire de malades atteints de cancer primitif revêtant soit la forme de cancer massif, soit celle de cancer nodulaire, soit enfin celle du cancer avec cirrhose, nous a révélé que, bien avant l'apparition des premiers symptômes de leur néoplasme, ils avaient déjà le teint jaune ou brunâtre propre à la cholémie familiale, et qu'ils présentaient quelques-uns des symptômes qui l'accompagnent habituellement (urticaire, dyspepsie hyperpeptique, hémorroïdes, etc.). La recherche des antécédents héréditaires et

familiaux confirmait l'existence d'une affection biliaire antécédente au cancer, en montrant divers membres de la famille atteints également de cholémie familiale ou d'une autre affection biliaire. C'est ainsi que, l'un de nous ayant soigné un malade atteint de cancer primitif du du foie, nous avons pu, depuis, examiner ses enfants et constater que tous étaient atteints de cholémie familiale, à des degrés divers. Plusieurs fois, d'ailleurs, dans les antécédents de malades atteints de cholémie familiale que nous avons examinés, nous avons relevé qu'un des ascendants avait succombé à un cancer du foie. Il y a longtemps, du reste, que Murchison a écrit que, si l'on recherche avec soin les antécédents pathologiques des malades atteints de cancer primitif du foie, on trouve que pendant des années ils ont été des *bilieux*. Plus récemment, Hanot et l'un de nous ont montré que, de toutes les manifestations diathésiques signalées à l'origine du cancer primitif du foie, la lithiase biliaire est celle que l'on retrouve le plus fréquemment.

Il y a là un élément de diagnostic important, qui peut servir en cas d'hésitation entre un néoplasme hépatique primitif et un néoplasme secondaire. Sans doute, ce dernier peut s'observer chez des sujets antérieurement cholémiques, mais l'absence de tout antécédent cholémique est un signe qui, ajouté à d'autres, peut aider à rejeter l'hypothèse de la localisation primitive du néoplasme au foie.

La notion de la préexistence de la cholémie familiale au cancer primitif du foie n'a donc pas seulement une importance théorique, elle peut avoir aussi son utilité en clinique.

Réalisation pathologique du petit estomac de Pavlov

MM. A. Cade et A. Latarjet (de Lyon) ont observé une jeune fille de vingt ans chez laquelle une hernie épigastrique de l'estomac, survenue au cours de la première année de la vie, avait réalisé, par le fait de son étranglement, la séquestration d'une portion de l'estomac *dans la région du grand cul-de-sac*. Cette séquestration était absolument analogue à celle réalisée expérimentalement par le procédé de Pavlov : la petite cavité était complètement isolée, mais seulement par une barrière muqueuse; elle avait conservé avec le reste de l'estomac la continuité de ses tuniques musculo-séreuses, et, par conséquent, ses connexions vasculo-nerveuses; elle s'ouvrait à l'épigastre par un orifice fistuleux.

Voici les principaux résultats physiologiques auxquels ce cas exceptionnel a conduit les auteurs de la note.

A jeun, la fistule épigastrique laisse écouler un liquide peu abondant, très visqueux, faiblement acide (0,15 à 0,20 p. 1000), contenant un peu d'acide lactique, mais pas d'acide chlorhydrique libre.

Après un repas composé de bouillon gras, viande, pain, eau coupée de vin, il ne s'écoule aucun aliment par la fistule, mais le suc recueilli est beaucoup plus abondant (surtout pendant les deux heures consécutives), limpide, fluide, beaucoup plus acide (1,95 p. 1000). Il contient de l'acide chlorhydrique libre (0,60 p. 1000). La recherche du ferment peptique est positive. Deux digestions artificielles sont également positives.

La suppression de la viande dans le repas fait baisser l'acidité totale, et surtout la quantité d'acide chlorhydrique libre (0,35 p. 1000); la digestion artificielle de la fibrine est plus lentement obtenue.

L'ingestion de lait n'est suivie que d'une sécrétion peu acide (0,20 p. 1000). L'acide chlorhydrique n'est plus décelable. Le lab-ferment est nettement présent. Digestion artificielle négative d'un fragment de fibrine.

Nous avons pu provoquer une véritable sécrétion psychique par rappel prolongé des saveurs préférées : le suc augmente de plus du double de sa quantité à jeun. Il est plus fluide, plus acide (0,80 p. 1000), contient de l'acide chlorhydrique libre (0,15 p. 1000) et digère la fibrine, mais plus difficilement qu'après un repas effectif.

En somme, ce petit estomac se comporte de façon analogue à celui réalisé expérimentalement chez le chien, par Pavlov.

L'examen histologique a concordé avec les résultats physiologiques, en montrant la conservation, au bout de vingt ans, de la structure normale de la muqueuse et de ses glandes dans la poche stomacale isolée. La fonction, quoique sans utilité ici, a persisté, parce que les conditions physiologiques de son existence n'ont pas été supprimées; l'organe a conservé la structure afférente à cette fonction. Ce n'est qu'au voisinage de l'orifice cutané que la muqueuse, placée dans des conditions nouvelles de fonctionnement, a subi les transformations qui lui ont donné le type orificiel, toujours en vertu de la grande loi biologique d'adaptation de l'organe à sa fonctionnalité.

Quelques considérations sur les causes de la sénilité

M. A. Lorand. — Le syndrome de la sénilité n'apparaît qu'après un certain âge. Il existe cependant certains états morbides où beaucoup, sinon tous les symptômes de la sénilité, peuvent être présents à un âge assez jeune. En effet, chez les myxœdémateux, on peut observer les rides, les troubles trophiques (perte de dents, des cheveux, etc.), l'impuissance, l'aménorrhée, l'hypotempérature, la grande faiblesse, la démarche et le langage lents, tous signes si fréquents dans la sénilité.

A côté de ces phénomènes décrits par Horsley, Ewald, Vermehren, qui rapprochent le myxœdème de la sénilité, je voudrais encore insister sur quelques faits.

Le myxœdémateux (de même que le vieillard en général) se rappelle fort bien les événements écoulés il y a longtemps, mais oublie facilement les faits plus récents, c'est-à-dire datant de sa maladie; il y a dans ces deux états une sensation de froid, surtout des extrémités, froides et violacées; chez les myxœdémateux et les animaux éthyroïdés, il existe une faiblesse de l'innervation de la paroi intestinale, avec difficulté d'expulsion des matières fécales, ce qu'on observe très souvent chez les vieillards. Les débuts de la sénilité se font lentement et insidieusement, comme dans le myxœdème, où ils existent à différents degrés, selon qu'une quantité plus ou moins grande de follicules glandulaires a été lésée (myxœdème franc, partiel, fruste, hypothyroïdie). Le grisonnement prématuré, l'embonpoint, etc., ont été décrits comme des symptômes très fréquents de l'hypothyroïdie bénigne chronique. L'artériosclérose est très fréquente dans le myxœdème et dans la sénilité.

A côté de ces symptômes cliniques, il existe aussi des faits anatomo-pathologiques identiques dans les deux cas. Outre l'augmentation du tissu conjonctif dans les tissus, on peut observer l'atrophie des glandes sébacées, sudorifères et des racines pileuses; la thyroïde présente une augmentation du tissu conjonctif et aussi une dégénérescence graisseuse de l'épithélium, et c'est ainsi que Horsley a été amené à attribuer la sénilité à la dégénérescence de la thyroïde seule.

L'auteur conclut ainsi : « Nous sommes tenté de considérer la sénilité comme un processus morbide dû à la dégénérescence des glandes vasculaires sanguines, qui ont le rôle de maintenir les processus trophiques. Les agents reconnus délétères pour ces glandes (plusieurs couches, surtout avec allaitement prolongé, abus sexuels, toxines exo et endogènes, maladies infectieuses chroniques etc.) sont aussi ceux qu'on accuse généralement de causer la sénilité prématurée. Il y a donc lieu de se demander si, par des mesures hygiéniques et une organothérapie rationnelle qui ne peut jamais faire du tort si elle est fondée sur la connaissance de la physiologie des glandes vasculaires sanguines, nous ne serions pas capables d'influencer quelques symptômes de la sénilité ou au moins la sénilité prématurée, qui se rapproche le plus du myxœdème fruste. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 12 décembre

Le signe du salut dans la sciatique

M. M. Bloch — Quoique le diagnostic de la névralgie sciatique soit facile, je crois cependant utile de vous signaler un moyen très simple de la reconnaître. Il consiste à faire exécuter au malade le mouvement de flexion de la colonne ver-

tébrale, comme dans l'acte de saluer. Cette flexion s'accompagnant chez presque tous les sujets du mouvement associé de redressement des membres inférieurs, il en résulte que la contraction des muscles de la cuisse, tiraillant le nerf sciatique, fait éclater sur son trajet un ou plusieurs points douloureux.

Remarques sur la pathogénie et l'étiologie de l'endométrite et de la métrite parenchymateuse infectieuses

M. Ozenne, après avoir rappelé que ces inflammations septiques sont, de l'avis général, engendrées par des micro-organismes provenant du dehors, ajoute quelques remarques sur l'action conjuguée et les transformations des divers microbes incriminés. Il se demande si les différentes formes microbiennes ne dérivent pas toutes d'une seule et unique espèce.

Les causes de ces inflammations doivent être divisées en causes déterminantes et en causes prédisposantes. Parmi les premières, l'auteur insiste surtout sur le rôle de la puerpéralité, de la blennorragie et des traumatismes, et il s'attache à démontrer que si l'infection gonococcienne cervicale est fréquente, l'infection totale de même nature est proportionnellement rare. Dans ce dernier cas il s'agit ordinairement d'une infection mixte qui s'est déclarée à la suite d'un avortement, d'un accouchement ou d'un traumatisme. Quant à la part d'influence qui revient à chacun des agents septiques dans les accidents qui surviennent, il est actuellement difficile de la déterminer. Il semble, toutefois, que les accouchements exempts de complications chez beaucoup de blennorragiques, la localisation prolongée, sans propagation, du gonocoque à la région cervicale, et la rareté de l'endométrite totale gonococcienne chez les nullipares, soient des arguments de grande valeur, pour rapporter à une infection étrangère à la blennorragie les graves accidents de métropéritonite et de salpingite qu'on observe fréquemment.

Parmi les causes prédisposantes, M. Ozenne ne s'arrête un instant que sur deux d'entre elles, l'âge des malades et les maladies constitutionnelles. A propos de la première il est de l'avis des auteurs, que l'endométrite vaginale n'existe pas en tant qu'endométrite totale septique, et que l'endométrite des vieilles femmes est le plus souvent d'origine saprophytique.

Pour les maladies constitutionnelles et diathésiques, si l'on ne doit pas leur accorder le rôle pathogénique que quelques gynécologues leur ont autrefois attribué, de nos jours on ne conteste pas l'influence que ces maladies peuvent avoir sur l'évolution et sur la prolongation de l'endométrite et de la métrite parenchymateuse infectieuses. Il y a, dans ces circonstances, une question de terrain avec laquelle il faut largement compter.

M. Pichevin. — Cette question de la pathogénie et de l'étiologie des métropathies est fort intéressante. A la période où l'observation directe n'était pas la base de l'étude des maladies, l'on invoquait, pour expliquer les affections de la matrice, l'état général, la constipation. Plus tard, au commencement du dix-huitième, régna la doctrine de l'engorgement. Des hommes comme Lisfranc proclamèrent que l'engouement utérin était la cause de toutes les maladies féminines. Mais une école, représentée par Velpeau et Valleix, imagina que tous les symptômes manifestés dans la zone génitale étaient sous la dépendance d'une déviation de l'utérus.

Puis vint le tour de l'inflammation qui, mise en évidence par Bonnet, Monot et tant d'autres, sembla à un moment absorber toute la pathologie féminine. Cependant, des cliniciens comme Scanzoni, Kiwisch, Aran, Courty, firent le départ de ce qui revenait à la fluxion, à la congestion, à l'engorgement utérin, à côté du rôle si considérable dévolu à l'inflammation.

Mais l'idée ancienne (l'influence de l'état général sur la genèse des métropathies) trouvait sous un vocable nouveau des défenseurs remarquables, parmi lesquels il faut citer, Martineau, Guéneau de Mussy, surtout Martineau qui, exerçant à Lourcine, déclarait que l'infection blennorragique atteignait très rarement l'utérus, alors qu'il observait des quantités considérables de métrites syphilitiques, herpétiques, etc.! La diathèse, dans son exclusivisme, fut battue en brèche. C'est vers 1870 qu'Hanssmann appliqua la notion d'infection — telle que nous la comprenons maintenant — à l'étude des métropathies et des affections des annexes. Ce fut, en réalité, Schrœder et ses élèves qui firent pénétrer cette notion dans la science gynécologique. Ainsi fut établie la réalité de la métrite puerpérale « streptocoque » et de la métrite blennorragique « gonocoque ».

Le bacille de Koch donne naissance à des manifestations métritiques spéciales. La syphilis, dont l'élément pathogène n'est pas encore déterminé, produit des lésions spécifiques du côté de la muqueuse. Ce point demande à être repris. On a rencontré, dans certaines inflammations métritiques, le micro-organisme de la diphtérie, le coli-bacille, des blastomycètes et des protozaires.

Mais l'infection est-elle toujours l'élément nécessaire à la production d'un utérus gros, lourd, se manifestant par des sensations douloureuses, de la leucorrhée et des hémorragies?

Dans ces dernières années on a répondu par la négative, au nom de la clinique et au nom de la bactériologie. Il est des cas où la métropathie n'est pas d'origine bacillaire. Les recherches bactériologiques négatives, le début lent, insidieux de la maladie, l'impuissance du traitement ordinaire des métrites infectieuses, les résultats positifs d'une thérapeutique dirigée contre l'état général permettent d'affirmer que certaines métropathies sont dues à une sorte de congestion passive, d'engouement de l'utérus, sans qu'il y ait participation de l'élément inflammatoire. On a invoqué : 1° la diathèse (arthritisme, herpétisme de Martineau); le neuro-arthritisme suivant la formule moderne; la syphilis; 2° des intoxications comme l'alcoolisme; 3° la subinvolution de l'utérus non compliquée d'inflammation et observée quand la femme ne nourrit pas, etc.; 4° des phénomènes d'ordre réflexe ayant leur point de départ dans l'ovaire; 5° des modifications métritiques qui accompagnent l'évolution des fibromes sans participation microbienne, etc.

Il serait intéressant d'étudier la métrite parenchymateuse soit consécutive à une infection nettement endométrique, soit à d'autres causes. Ces dernières métropathies se manifestent par l'augmentation considérable du parenchyme utérin (hypertrophie du tissu conjonctif, atrophie de la fibre musculaire), sans que les micro-organismes soient jamais entrés en jeu. En 1895, j'ai montré que l'artério-sclérose invoquée sans base anatomique par Martineau, donnait la clef d'une métropathie qui se manifestait par des hémorragies utérines considérables et rebelles. Je crois que l'inflammation des vaisseaux était due, dans un cas, à la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, l'étude de ces métrites parenchymateuses, de ces scléroses utérines, n'est pas entièrement élucidée et appelle de nouvelles recherches.

Dr Gigon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

9-16 décembre

Cirrhose hypertrophique de la rate et cirrhose porte du foie d'origine paludéenne

On sait que les cirrhoses hypertrophiques de la rate sont assez rares; d'autre part, les rapports réciproques qui unissent certaines splénomégalies aux cirrhoses hépatiques sont incomplètement connus. A ce double point de vue, l'observation apportée à la Société par **MM. E. Lesné et Lœderich**, et prise dans le service de M. Chauffard, est particulièrement intéressante.

Elle concerne, en résumé, un homme de vingt trois ans, qui succomba à une cirrhose hypertrophique de la rate avec cirrhose hépatique porte.

La cirrhose splénique était une sclérose interstitielle diffuse, sans altération des travées vasculaires, sans réaction macrophagique apparente, au moment où succomba le malade; mais comme les lésions cirrhotiques siégeaient dans les régions où se forment précisément les macrophages, il est probable que la cirrhose relevait d'une réaction macrophagique antérieure avec réaction conjonctive secondaire.

Au point de vue de l'étiologie de ces lésions de la rate, en dehors du paludisme, on ne trouvait, dans les antécédents

du malade, aucune infection ou intoxication; aussi, se basant sur la fréquence avec laquelle le paludisme frappe la rate, les auteurs se croient-ils autorisés à porter le diagnostic de splénomégalie paludéenne.

Pour ce qui est des relations de priorité entre les lésions spléniques et hépatiques, il semble indubitable qu'au point de vue clinique, la splénomégalie a été le premier symptôme, suivi à longue échéance d'ascite.

Au point de vue anatomique, de prime abord, les lésions de cirrhose hépatique paraissent plus intenses et plus étendues que celles de la rate; mais, d'autre part, l'endophlébite de la veine splénique, l'hypertrophie des ganglions qui accompagnent cette veine et la veine-porte, la prédominance des lésions de sclérose ancienne dans le lobe gauche du foie, et enfin la nature presque exclusivement porte de la cirrhose hépatique, à l'exclusion de toute lésion d'angiocholite ou de péri-angiocholite, peuvent autoriser à ranger ce cas dans le cadre décrit par M. Chauffard, des cirrhoses hépatiques métasplénomégaliques. L'agent toxi-infectieux du paludisme, la seule cause qu'on puisse ici incriminer, a frappé avant tout la rate comme c'est la règle, et, secondairement, suivant le sens de la progression sanguine, a gagné le foie par la veine splénique, laissant comme traces de son passage une endophlébite manifeste.

Ce cas démontre donc une fois de plus l'existence des « hépatites d'origine splénique » mises en lumière par les travaux de M. Chauffard.

M. Chauffard. — Dans l'histoire si complexe des rapports pathologiques de la rate et du foie, l'observation que viennent de nous présenter MM. Lesné et Lœderich me paraît constituer, par sa précision, un document d'une valeur incontestable. Rien ne lui manque pour être absolument probante. Au point de départ, une infection à affinité splénique presque spécifique, le paludisme; une première étape splénomégalique, sans que rien permette de soupçonner une propathie hépatique; puis une cirrhose à évolution beaucoup plus rapide et paraissant d'origine veineuse. Les constatations histologiques confirment pleinement ces données cliniques; la cirrhose est exclusivement veineuse et périportale, sans traces d'infection biliaire angiocholitique ou péri-angiocholitique. Enfin, une dernière particularité montre bien qu'entre le foie et la rate il y a eu plus qu'une stase veineuse, puisque la veine porte, dans son tronc, reste inaltérée, alors qu'une endophlébite splénique des plus nettes atteste qu'un agent toxi-infectieux a circulé entre les deux viscères, et n'a pu le faire que dans le sens physiologique, c'est-à-dire de la rate vers le foie.

On pourrait donc donner à l'observation de MM. Lesné et Lœderich le titre suivant : *Cirrhose périportale métasplénomégalique d'origine paludéenne.* Une telle dénomination, conforme à la classification que j'ai proposée pour les cirrhoses biliaires splénomégaliques, n'aurait rien de théorique; elle ne serait que la traduction littérale du fait observé, et ainsi défini par sa pathogénie, son évolution clinique, ses lésions.

C'est par la pathologie expérimentale, par l'étude analytique et complète des cas de ce genre, que pourra plus tard s'édifier l'histoire définitive des splénomégalies dans leurs rapports avec les cirrhoses du foie.

M. Pernet. — J'adhère sans aucune réserve aux conclusions que M. Lesné, appuyé par M. Chauffard, a tirées de son importante observation, notamment à l'interprétation pathogénique qu'il a adoptée, en admettant que le paludisme avait produit primitivement une affection de la rate, secondairement, par l'intermédiaire de la veine splénique, une altération du foie.

Il est seulement un point que je désire relever. A côté des lésions fondamentales de la rate, du foie et de la veine splénique, M. Lesné a signalé des adénopathies limitées aux ganglions lymphatiques qui suivent la veine splénique jusque vers le hile du foie, sans chercher à établir un rapport entre ces altérations ganglionnaires et la maladie originelle. Or, ce point spécial a pour moi un intérêt particulier, pour la raison que voici. Il y a au moins trente ans que je cherche s'il n'y aurait pas une relation étiologique entre le paludisme et certaines affections du système lymphatique appartenant au groupe mal défini des engorgements ganglionnaires, des adénies, des lymphomes. Plusieurs observations, que je compte soumettre bientôt à la Société, m'autorisent à penser que cette relation existe.

Amyotrophie spinale diffuse des nouveau-nés

M. Comby. — J'ai présenté, à la Société, un petit garçon de trois mois qui m'a été adressé par le Dr Suss. Cet enfant, né à terme, sans aucun incident obstétrical, après une grossesse orageuse, est nourri au sein par une bonne nourrice et il augmente de poids régulièrement (plus de 10 livres actuellement). Dès les premiers jours de la vie, on a remarqué l'immobilité des quatres membres et la parésie des muscles de la nuque. On voit, en effet, que les bras comme les jambes sont presque absolument paralysés et que la tête ne peut être soutenue dans la position verticale. De plus, la respiration est gênée, il y a une sorte de tirage abdominal qui montre que les muscles intercostaux sont paralysés. Le cri est très faible, mais la déglutition parfaite. Sphincters intacts comme les nerfs craniens. Les réflexes rotuliens sont abolis et la contractilité faradique absente. Sensibilité conservée.

Quoique l'enfant soit gras, on sent que les muscles sous-jacents au pannicule graisseux sont atrophiés. Il y a paralysie avec amyotrophie. Cette amyotrophie est évidemment d'origine spinale et rappelle les faits analogues d'amyotrophie familiale publiés par Hoffmann. Dans ces cas, il y avait atrophie des cornes et des racines antérieures dans toute l'étendue de la moelle. Cette diffusion et cette symétrie distinguent ces cas des cas de paralysie infantile classique.

En 1899, M. Sevestre a présenté un cas tout à fait semblable à la Société de pédiatrie : enfant de deux mois et demi, paralysie des quatre membres avec intégrité de la sensibilité et des sphincters. Dans la même famille, deux autres enfants avaient été atteints.

Comme étiologie, je relève chez les parents une tare nerveuse accusée et la bacillose du côté paternel. Pas de spécificité. J'ai prescrit les bains électriques (5 milliampères tous les jours pendant cinq minutes), les frictions massages, etc. Pronostic très réservé.

Epithéliomas guéris par les rayons X

MM. Danlos et Gaston présentent quatre malades atteints d'épithéliomas, traités et guéris rapidement par les rayons X.

Les séances ont eu lieu tous les trois jours en moyenne, dans les conditions suivantes : quantité de rayons absorbés 5 heures, étincelle équivalente 6, distance de la lésion à l'anticathode 0 10 à 0 15 centim., durée des séances 15 à 20 minutes.

Le premier malade, atteint d'un cancroïde de la région malaire, a guéri en 15 séances. Le deuxième présentait sur le dos de la main un volumineux épithélioma à tendances papillomateuses; il a guéri au bout de 9 séances.

Au sujet de ce malade, il est un fait très important à signaler au point de vue de la thérapeutique d'avenir du rhumatisme chronique. En effet, chez le malade les gaines tendineuses étaient prises, la flexion, l'extension des doigts presque impossibles. Sous l'influence des rayons X, les mouvements des doigts sont revenus. Le troisième malade avait sur la lèvre un épithélioma pavimenteux ulcéré, il a guéri en 12 séances.

La dernière malade a encore sur le nez les traces d'un sarcome épithélioïde qui a guéri en 26 séances, qui ont été données en l'espace de trois mois environ.

Emploi thérapeutique des sels de radium

M. Béclère fait, sous ce titre, une communication qui peut être résumée ainsi :

Il importe, tout d'abord, de distinguer entre le *rayonnement* et l'*émanation gazeuse* des sels de radium; actuellement, le rayonnement seul est employé en thérapeutique. Ce rayonnement, comparable au rayonnement des ampoules de Röntgen, possède des qualités différentes, mais produit essentiellement les mêmes effets. Un dosage exact n'est pas moins nécessaire en radiumthérapie qu'en radiothérapie. Pour comparer entre eux, au point de vue de leur activité, divers échantil-

lons de sel de radium, les physiciens emploient surtout la méthode électrique. Le médecin doit préférer la méthode chromométrique.

Il faut tenir grand compte non seulement de l'activité du sel employé, mais de sa quantité et de la nature du récipient dans lequel il est enfermé.

Comme exemple, M. Béclère présente du bromure de radium, actif à 500000, c'est-à-dire dont un gramme est 500000 fois plus actif qu'un gramme d'uranium métallique. Il est vrai que l'échantillon présenté ne pèse que 15 centigrammes; il est donc seulement 75000 fois plus actif qu'un gramme d'uranium, et comme la très mince paroi d'aluminium qui l'enferme, d'une épaisseur d'un dixième de millimètre, arrête 90 % du rayonnement total, l'échantillon présenté demeure, au point de vue pratique, seulement 7500 fois plus actif qu'un gramme d'uranium.

Le rayonnement du radium doit émaner d'une surface et non d'un point. M. Béclère a fait construire, dans ce but, un instrument spécial qui permet de traiter, centimètre carré par centimètre carré, la région malade. La réaction produite, très accentuée à la superficie des tissus traités, décroît, d'ailleurs, rapidement dans la profondeur. Les sels de radium ont surtout l'avantage de pouvoir être portés facilement dans les cavités (bouche, pharynx, larynx, etc.) où ne peut être introduite l'ampoule de Röntgen. En dehors du traitement des nœvi vasculaires, leur emploi thérapeutique paraît donc spécialement indiqué contre les lésions lupiques et épithéliomateuses de la peau ou des muqueuses, peu étendues en surface et en profondeur, d'un accès difficile pour les rayons de Röntgen. Comme on l'a dit, les sels de radium sont *l'édition de poche* de l'ampoule de Röntgen.

J. J.

MÉDECINE MILITAIRE

Compromissions

Les scandales récents des fiches où sont malheureusement compromis tant d'officiers, de magistrats, d'avocats, de médecins, d'avoués et de fonctionnaires de tout ordre, apparaissent comme le terme ultime d'un processus de démoralisation déjà ancien évoluant de préférence en milieu parlementaire. C'est ainsi que maintes lois existantes ne sont plus appliquées et que celles qui gênent sont paralysées par votes budgétaires. Les députés en arrivent à demander ouvertement aux ministres les choses les plus énormes que ceux-ci font sans la moindre résistance. Deux faits récents sont à cet égard bien suggestifs.

La Commission du budget ayant constaté qu'après l'incorporation des jeunes soldats l'effectif budgétaire de l'armée serait dépassé de 8400 unités, a invité le ministre à faire réformer ces 8400 unités. Et le ministre s'est empressé d'envoyer immédiatement les ordres nécessaires dans tous les corps d'armée!

Alléger son effectif, il le peut parfaitement, sans forcer nos confrères militaires à des compromissions de ce genre.

En effet, l'article de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement spécifie :

« Chaque année, après les opérations du recrutement, le médecin de la garnison fixe, sur la liste de tirage au sort de chaque canton et proportionnellement en commençant par les numéros les plus élevés, le nombre d'hommes qui seront envoyés dans leurs foyers *en disponibilité* après leur première année de service. Ces jeunes soldats resteront, néanmoins, à la disposition du ministre si leur conduite et leur instruction laissent à désirer, ou si l'effectif budgétaire le permet. »

Pourquoi, alors, transformer les médecins militaires en commis bons à toutes les besognes. Ce n'est même pas faire de la bonne politique, car les médecins civils, qui appartiennent à la réserve ou à la territoriale et qui sont électeurs, se rendent compte de la façon dont ils seront traités quand ils endosseront l'uniforme.

Peut-être le ministre de la guerre eut-il évité cette faute s'il avait eu, près de lui, un conseiller compétent et écouté.

Dr Noel.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Cure de la pseudarthrose par l'injection de sang au niveau du point fracturé

L'épanchement sanguin, qui se produit au pourtour d'une fracture osseuse, considéré par d'aucuns comme nuisible, favoriserait, au contraire, d'après **M. A. Bier** (*Medizinische Klinik*, 1er et 10 décembre 1904), professeur de clinique chirurgicale à Bonn, la formation du cal qu'il alimenterait en quelque sorte directement. C'est ainsi que les fractures sous-cutanées, toujours accompagnées d'une forte extravasation sanguine, se consolident, d'habitude, fort bien, tandis que les fractures compliquées, qui laissent s'écouler au dehors le sang épanché, sont difficiles à guérir. De même, la cause de la formation tardive du cal après suture des fragments osseux serait due à l'évacuation de la suffusion sanguine et à l'hémostase, pratiquées au cours de cette opération. Certains procédés recommandés pour le traitement de la pseudarthrose, notamment les frictions énergiques, sous le chloroforme, des fragments osseux l'un contre l'autre et la percussion du point fracturé (Thomas) n'agiraient pas autrement qu'en provoquant une extravasation du sang autour de la fracture. Enfin, il est des contusions des os, notamment au tibia, qui, après avoir déterminé un épanchement sanguin abondant, suscitent la formation d'une hyperostose en ce point.

Telles sont les considérations qui engagèrent M. Bier à traiter les pseudarthroses par l'injection, au niveau de la fracture, de 15 à 30 cc de sang pris, le plus souvent, sur le malade lui-même. Sur dix cas traités de la sorte, dans sept une consolidation rapide et complète de la fracture fut obtenue après une ou plusieurs injections; dans un cas le succès fut incomplet, dans un autre il demeura douteux et, enfin, chez un malade seulement le résultat fut franchement négatif.

Pour ces injections, l'auteur se sert d'une seringue de la capacité de 30 cc, à laquelle une solide et large canule est adaptée excentriquement, de façon à pouvoir glisser sur la surface de la peau, alors que, pour aspirer le sang, on l'insinue dans une veine du pli du coude. Le piston doit être en état de supporter les plus fortes pressions, sans laisser suinter le sang entre lui et les parois de la seringue. Aussi faut-il employer les anciens pistons en cuir qui, seuls, assurent une occlusion aussi hermétique. La quantité de sang nécessaire à l'injection doit être aspirée du coup de la veine médiane et injectée ensuite, en une fois également, au pourtour de la fracture, car il devient souvent impossible de répéter l'opération avec le même instrument, qui se trouve bouché par des caillots sanguins.

Les injections d'acide phénique concentré contre l'anthrax

Dans ces derniers temps, on a pu constater que l'emploi du phénol pur, en injections profondes ou en attouchements sur des plaies septiques, est bien supporté et paraît même moins susceptible que les injections d'eau phéniquée, de produire des phénomènes d'intoxication. Cela tient, vraisemblablement, à ce que l'action caustique et fortement ischémiante du phénol en empêche la résorption par les tissus. Aussi l'emploi du phénol concentré comme désinfectant local devient de plus en plus fréquent. Parmi les maladies contre lesquelles son usage a été préconisé et expérimenté, figure l'anthrax, affection souvent si difficile à soigner. En effet, la simple incision cruciale profonde, suivie de pansements antiseptiques ou d'injections de solution aqueuse d'acide phénique dans l'épaisseur de la tumeur, ne suffit pas toujours pour enrayer les symptômes alarmants de l'infection septique. D'autre part, une intervention radicale, telle que l'excision de l'anthrax ou sa destruction totale au moyen du fer rouge, est souvent impraticable dans la clientèle de campagne et même de ville. C'est précisément dans les cas de ce genre que l'acide phénique concentré paraît pouvoir rendre des services précieux, comme le montre un fait observé récemment par **M. D. Sassi** (*Gaz. degli ospedali*, 11 décembre 1904). Il s'agissait d'un anthrax de la nuque, chez un paysan, jeune encore et vigoureux. Malgré les injec-

tions d'eau phéniquée à 2 %. dans les tissus infiltrés, l'état général ne faisait qu'empirer et devint bientôt menaçant : température à 40°3, pouls, à la radiale, imperceptible ; délire incessant, peau algide et recouverte d'une sueur visqueuse; respiration stertoreuse. L'œdème cutané avait envahi la face, notamment les paupières, qui ne s'ouvraient plus; au tronc, il s'était etendu jusqu'à l'ombilic. C'est dans ces conditions que l'auteur injecta, dans l'épaisseur de l'anthrax, un gramme d'acide phénique pur liquéfié, quantité qui fut répartie en trois piqûres. En quelques heures, la fièvre tomba à 38°5, le pouls se rétablit, le délire se dissipa, et l'œdème diminua au point que le malade pouvait maintenant ouvrir les yeux. Une seconde injection de 0 gr. 30 de phénol concentré accentua encore l'amelioration. A partir de ce moment, l'état du malade demeura satisfaisant ; la fièvre ne tarda pas à se dissiper. L'eschare se détacha au bout d'une semaine.

Actinomycose thoracique consécutive à une appendicite de nature vraisemblablement actinomycosique

Dans une récente séance de la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, M. **Depage** (*Presse méd. belge*, 11 décembre 1904) a relaté le fait d'un jeune homme, sans antécédents particuliers, chez lequel six mois après une appendicite, traitée médicalement durant deux mois, il s'était développé à la paroi thoracique, sous le mamelon droit, une fistule laissant suinter un pus séro-grumeleux contenant des grains d'aspect actinomycosique; toutefois, l'examen microscopique ayant donné un résultat négatif, le diagnostic resta en suspens.

A l'ouverture du foyer, la lésion ne présenta plus aucun doute : immédiatement sous la peau, on tomba sur un vaste foyer de détritus. Après un curettage soigné, on constata une série de tunnels remplis de substance actinomycosique se dirigeant dans tous les sens, les uns dans les muscles et les aponévroses, les autres vers la profondeur à travers les espaces intercostaux. Une partie du grand dorsal fut reséquée et, d'autre part, les foyers furent poursuivis jusque dans la paroi abdominale. Pour atteindre ceux de la profondeur, il fallut reséquer plusieurs côtes, lesquelles, d'ailleurs, étaient corrodées. Sous les côtes, M. Depage se trouva en présence d'un foyer semblable au foyer sous-cutané. Après curettage il poursuivit les tunnels du côté du diaphragme et du poumon adhérent dont il dut reséquer une portion.

Au cours de cette manœuvre, la cavité pleurale fut ouverte et, en présence de l'état précaire du patient, M. Depage dut suspendre son intervention sans qu'il ait pu se rendre compte si l'actinomycose avait son origine dans le poumon, le foie ou l'appendice iléo-cæcal.

Le malade mourut le lendemain.

Eruption bromique à forme papillomateuse végétante

Dans la séance du 3 décembre de la Société médico-chirurgicale de Liége, M. **Troisfontaines** (*Le Scalpel*, 11 décembre 1904) a présenté une fillette, âgée de dix ans, offrant une curieuse lésion de la peau.

Sur la jambe droite de cette enfant, on remarque deux larges surfaces d'aspect papillomateux datant de trois ou quatre mois ; ces plaques offrent des bords nets comme tracés au compas, elles ne sont pas douloureuses ni prurigineuses.

C'est un spécimen d'une toxi-infection médicamenteuse de la peau. L'enfant, atteinte d'épilepsie, prend du bromure de potassium et présente la forme papillomateuse végétante de l'éruption bromopotassique.

A première vue, on pourrait prendre cette lésion pour une syphilide ou une tuberculose cutanée.

V. de H.

LIVRES NOUVEAUX

Librairie O. Doin

Manuel pratique d'allaitement. Hygiène du nourrisson, par le prof. Budin.

On sait avec quel dévouement passionné M. le prof. Budin s'est adonné à la lutte contre la mortalité infantile, par l'étude scientique des questions d'allaitement et d'hygiène du nourrisson, et par la propagande pour l'allaitement maternel et la divulgation des notions pratiques nécessaires pour l'élevage d'un nouveau-né. Il n'a pas craint de faire, à Paris, un cours public d'allaitement, qui fut suivi par un grand nombre de dames et de jeunes filles. C'est ce cours qu'il a utilisé pour écrire les pages qu'il présente aujourd'hui au public avec le désir, dit-il, que non seulement nos confrères, mais encore toutes les mères puissent en tirer profit.

Ces pages sont aussi simples, aussi claires que possible ; les tracés, les figures schématiques en couleurs y sont multipliés ; toutes considérations théoriques vaines sont laissées de côté pour laisser place aux seules instructions pratiques et à la narration des faits precis et demonstratifs recueillis par l'auteur, qui communique ainsi aux lecteurs les précieux fruits de sa grande expérience.

Le livre débute par les notions d'anatomie et de physiologie nécessaires pour bien comprendre ce qui est relatif, soit à la production du lait par la femme, soit aux phénomènes de succion et de déglutition qui permettent à l'enfant de faire pénétrer ce liquide dans son tube digestif

Les pages suivantes traitent de l'allaitement au sein, des causes qui influent sur les sécrétions et la composition du lait, des quantités de lait à donner par tétée, selon l'âge, et du nombre des tétées, de l'augmentation du poids du nourrisson, des difficultés de l'allaitement, dépendant soit de l'enfant, soit de la mère, enfin, de l'allaitement par une nourrice mercenaire quand l'allaitement maternel est impossible. Un chapitre entier est consacré aux enfants nés en état de faiblesse congénitale et aux soins particuliers à leur donner. Ce chapitre est abondamment documenté, grâce aux matériaux recueillis par le prof. Budin dans le service des débiles de la Maternité de Paris.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel, à la description des appareils de stérilisation ménagère et au détail de leur mode d'emploi, aux accidents de l'allaitement artificiel, et particulièrement à la suralimentation.

Enfin l'auteur traite des incidents de la dentition, du sevrage, de l'alimentation pendant la seconde année, et conclut enfin par un aperçu général sur la mortalité infantile en France et sur les moyens d'y remédier.

La lecture de ce livre fait sentir pleinement combien est nécessaire la vulgarisation des notions relatives à l'allaitement, non seulement parmi les médecins, mais également parmi les mères, comme le demande M. le prof. Budin. En écrivant sur ce sujet un livre, que sa clarté permet à tous de comprendre, malgré son caractère exclusivement scientifique, M. Budin contribue directement à diminuer la mortalité infantile.

E. Apert.

Librairie J.-B. Baillière

Notions nouvelles et pratiques d'allaitement, de sevrage et de traitement des maladies du nouveau-né, par M. le Dr Levraud. Préface de M. le prof. Budin.

Ce petit livre est destiné à la vulgarisation des notions élémentaires d'hygiène des enfants du premier âge, présentées sous une forme simple et pratique. L'idée de ce travail a été donnée à l'auteur par M. le prof. Budin, qui en a écrit la préface. Il fait ressortir, dans cette préface, combien l'ignorance des mères et des nourrices, et les préjugés aussi nombreux que bizarres qui en résultent, sont les facteurs les plus importants de la mortalité infantile, et combien un semblable petit volume, simple et très clair, vulgarisant les notions pratiques d'allaitement est appelé à rendre de grands services à toutes les personnes, médecins, sages-femmes et mères de familles qui voudront bien l'étudier.

E. A.

Vient de paraître :

Les accidents du travail, manuel de conciliation, résumé de la jurisprudence, et évaluation des diverses invalidités, d'après les accords intervenus entre les parties, par M. A. Duchauffour, 1 vol. in-16 de 300 p. 3 fr. 50 (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le rôle du sel en pathologie, par le docteur Ch. Achard, n° 39, de l'*Œuvre médico chirurgicale*, 1 brochure gr. in-8, 1 fr.25. (Masson et Cie, éditeurs.)

Leçons cliniques de chirurgie infantile, Deuxième série, par M A. Broca, 1 vol. gr. in 8 de 581 pages avec 98 figures dans le texte, 10 fr. (Masson et Cie.)

L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux Séméiologie et traitement), par MM. Mathieu et Roux, petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*) broché 2 fr. 50, cart. 3 fr. (Masson et Cie, 120, bd St-Germain, Paris).

Exposé de la méthode hydrothérapique (Histoire, Théories techniques, Applications cliniques), par le docteur Beni-Barde, 1 vol. in-8 de 454 p. 8 fr. (Masson et Cie, bd St-Germain, Paris).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

MM. les médecins en chef de 1re cl. :
1 Burot, 2 Dhoste.

MM. les médecins en chef de 2e classe :
1 Kermorvant, 2 Chevalier, 3 Pfihl, 4 Ortal, 5 Cognes, 6 Guézennec, 7 Mercier, 8 Thémoin

MM. les médecins principaux :
1 Santelli, Michel, Bourdon, Julien Laferrière, Damany, Gauran, Durand, Bourit, Mazet, Ménier.

11 Valence, Roux, Audibert, Chastang, Barbolain, Nollet.

MM. les méd. de 1re cl. :
1 Vincent, Defressine, Lallement, Borius, Audiat, Hernandez, Barrau, Barrat, Lorin.

10 Carbonel, Berriat, Roux-Fressineng, Tricard, Titi, Viguier, Lefebvre, Guitton, Faucherand, Durand.

20 Barillet, Le Floch, Aubry, Jouenne, Barret, Castaing, Merleau-Ponty, Richer de Forges, Girand, Crozet.

30 Abeille de la Colle, Mailliu, Boy, Mourron, Delaporte, L'Eost, Duranton, Penon, Charuel, Olivier.

40 Rolland, Chalibert, Cassien, Castex, Vialet, Bouteiller, Lucciardi.

M. les médecins de 2e cl. :
1 Busquet, Lestage, Quéré, Rotin, Hénault, Le Moignic, Gaubin, Janicot, Colomb, Lecalvé.

11 Dupuy, Kervern, D'Adhémar de Lantagnac.

A été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de méd. de 2e cl.

M. Joly, méd. de 2e cl. démiss. Cet officier sera rattaché au port de Brest.

ASSISTANCE PUBLIQUE

CONCOURS

Pour l'admissibilité aux concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le 27 février 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel).

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, de midi à 3 h., le lundi 23 janvier 1905 et sera clos définitivement le samedi 11 février inclusivement.

Le nombre des places d'admissible mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue des concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du 23 janvier au 11 février inclusivement, de midi à 3 heures.

Les épreuves du concours d'admissibilité sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve éliminatoire comportant deux compositions écrites, l'une sur une question d'anatomie pathologique, de physiologie pathologique ou de bactériologie, et l'autre sur une question de symptomatologie, de diagnostic ou de thérapeutique. Les candidats auront trois heures pour rédiger ces deux compositions, qui porteront sur des sujets différents.

2° La deuxième épreuve est jugée par le jury réuni en entier; elle consiste en une épreuve clinique sur un malade. Le candidat aura quinze minutes pour l'examen du malade et un temps égal pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la composition écrite (épreuve d'anatomie pathologique, 10 p.; épreuve de symptomatologie, 10 points) .... 20 points
Pour l'épreuve clinique .... 20 —

Les épreuves des concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux sont réglées comme il suit :

1° Une consultation écrite sur un malade pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après quinze minutes d'examen; cette consultation sera lue immédiatement.

2° Une leçon clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes pour la démonstration devant le jury après un temps égal dont il pourra disposer à son gré pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces deux épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour l'épreuve de consultation écrite. 20 points
Pour la leçon clinique .... 20 —

Avis important. — Conformément aux dispositions qui précèdent, un premier concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à se présenter à ce concours, les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 27 février.

NOUVELLES

Le 22 courant, à 9 heures du soir, aura lieu à la salle des Agriculteurs de France (8, rue d'Athènes), sous la présidence de M. le Dr Lucas-Championnière, une soirée organisée par la société la « Boxe Française », et réservée au corps médical.

M. Peugniez, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Amiens, y fera la « démonstration physiologique de la boxe » sur sujet nu.

MM. les médecins et étudiants y seront admis sur présentation de leur carte personnelle.

Une place d'interne est vacante à l'hôpital Sadiki. L'hôpital est réservé à la population indigène et comprend un mouvement de malades très important. Il possède des laboratoires, un amphithéâtre, une bibliothèque donnant toute facilité pour l'étude.

Les internes assurent le service de garde et collaborent au service d'une façon active; ils ont, en outre, à participer à un enseignement médical élémentaire donné à de jeunes Tunisiens (auxiliaires médicaux) placés sous leurs ordres.

Avantages matériels. — Logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Indemnité de nourriture mensuelle de 100 fr. (salle de garde), traitement mensuel 100 fr., soit un total annuel de 2400 fr. Voyage payé en 2e cl. à l'aller et au retour.

Conditions. — Scolarité terminée. Engagement d'un an au moins. Préférence sera accordée à externe de Paris ou interne de province justifiant d'un stage sérieux.

Adresser les demandes le plus tôt possible à M. le Dr Brunswic-le-Bihan, médecin-chef de l'hôpital Sadiki (Tunis).

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

HYGIÈNE SOCIALE

Sur un projet de construction d'un sanatorium pour tuberculeux indigents dans le département de Vaucluse

Rapport présenté à la « Commission permanente de préservation contre la tuberculose »

Par M. le Dr Faisans

Nous attirons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur le remarquable rapport ci-dessous de M. le Dr **Faisans**, et plus encore, en raison de leur portée, sur les conclusions qui l'ont suivi. Elles ont été adoptées à *l'unanimité*, d'abord par la sous-commission, composée de **MM. Léon Bourgeois, Grancher, Brouardel, Faisans, A. Robin** et **Savoire**, ensuite par la Commission *tout entière*.

Lorsque cette Commission fut créée, à la suite de discussions parfois ardentes, mais toujours sincères, qui appartiennent désormais au passé, nous étions persuadés, et nous l'avons dit, qu'elle jouerait un rôle de premier ordre dans la lutte entreprise contre la tuberculose.

Ce que cette Commission a déjà fait, ce qu'elle compte faire, l'esprit qui dirige ses travaux, nous l'indiquerons sans doute bientôt. Pour aujourd'hui, nous nous bornons à mettre en vedette un point très important: c'est qu'elle semble appelée à devenir une sorte de tribunal d'arbitrage, de « grand Conseil », dans toutes les questions de son ressort. Le Conseil général de Vaucluse, sur l'insistance de nos très avisés et très prudents confrères de ce département, a ouvert la voie. Il est probable que cette initiative trouvera de nombreux imitateurs, soit dans les pouvoirs publics et les Conseils élus, soit chez les particuliers et les médecins. Le bien public ne pourra, pensons-nous, qu'y gagner.

J. J.

La Commission permanente de préservation contre la tuberculose est sollicitée de donner son avis sur l'opportunité de la construction d'un sanatorium gratuit pour tuberculeux indigents dans le département de Vaucluse (1). La sous-commission à laquelle vous avez renvoyé le dossier m'ayant fait l'honneur de me charger du rapport, je dois vous rappeler, tout d'abord, l'historique de la question.

Au cours de l'année 1901, le Conseil général de Vaucluse avait émis le vœu qu'il fût construit un sanatorium de cent lits pour les tuberculeux indigents du département. La Société de médecine de Vaucluse, émue surtout de l'insuffisance et du mauvais état des hôpitaux existants et convaincue que, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, l'isolement des tuberculeux dans ces hôpitaux nettoyés et mieux aménagés serait à la fois plus efficace et moins coûteuse que la construction d'un sanatorium, protesta à l'unanimité contre le vœu du conseil général; elle pria le préfet de n'autoriser la construction du sanatorium qu'après avoir soumis le projet à une commission compétente. Le litige fut porté devant la fédération antituberculeuse de France, laquelle, sur le rapport du Dr Léon Petit, répondit en félicitant le Conseil général de sa généreuse initiative et en l'assurant de tout son concours.

La Société de médecine déclara que ce jugement ne pouvait pas modifier sa manière de voir et en appela à la « Commission permanente de préservation » qu'elle reconnaissait comme « la seule compétente en l'espèce »; et voilà comment le Conseil général et le préfet vous appellent à juger en dernier ressort.

Il faut que vous sachiez que votre décision créera un précédent : les mêmes questions ou des questions analogues ne tarderont pas, sans doute, à se poser dans d'autres départements; il s'agit donc de fixer la jurisprudence à laquelle nous nous référerons toutes les fois que nous serons consultés en matière de sanatoriums et des œuvres d'assistance qui les complètent. La sous-commission a donc tenu à examiner la question sous tous ses aspects, à peser soigneusement les arguments d'ordre médical, humanitaire, social, qu'on peut invoquer pour ou contre le sanatorium, et elle m'a chargé, non seulement de formuler les conclusions qu'elle vous demande d'adopter, mais encore de vous exposer les idées générales qui se sont dégagées de la discussion à laquelle elle s'est livrée.

A première vue, il peut paraître extraordinaire qu'une fondation comme celle dont le Conseil général de Vaucluse a pris l'initiative ne rencontre pas l'approbation unanime; quand on y regarde de plus près, on aperçoit bien vite des objections puissantes et on comprend que des résistances se soient produites.

Les problèmes que pose la tuberculose sont tellement complexes que la même question, examinée sous des angles différents par des personnes d'égale compétence et d'égale bonne foi, peut recevoir d'elles les solutions les plus contradictoires. C'est certainement ce qui est arrivé dans ce curieux conflit entre le Conseil général et la Société de médecine de Vaucluse : parlant de choses différentes, les deux parties ne pouvaient guère arriver à s'entendre. Le Conseil général, en effet, est surtout préoccupé de l'idée de soigner les indigents tuberculeux et il croit voir, dans le sanatorium, le moyen d'obtenir de nombreuses guérisons; dans son enthousiasme, son rapporteur affirme que « empêcher la dépopulation de la France est un devoir social et national » ... « quand il s'agit de sauver des milliers d'existences, dit-il encore, la question de gros sous ne peut pas être un obstacle. »

L'objectif de la Société de médecine de Vaucluse est tout autre, car voici le considérant principal sur lequel elle base sa protestation : « Considérant que les améliorations à réaliser dans les hôpitaux actuellement existants, dans les logements insalubres des assistés ou dans les locaux antérieurement infectés par les phtisiques, ont un caractère d'impérieuse nécessité... »

Il résulte bien de ce texte que les médecins de Vaucluse se sont placés à un point de vue tout différent de celui des membres du Conseil général ; ceux-ci ne pensaient qu'au traitement des malades, ceux-là ne rêvaient que de prophylaxie ; nous qui croyons que les deux termes, loin d'être incompatibles, ne font que se compléter et doivent marcher de pair, nous serions tentés de dire — si nous nous placions exclusivement sur le terrain médical — que Conseil général et Société de médecine ont également raison.

Mais il nous faut revenir au projet du Conseil général et tâcher d'établir, sans parti pris d'aucune sorte, la valeur des arguments fournis. Que doit-on penser du sanatorium comme moyen de traitement de la tuberculose et comme agent de prophylaxie? Que doit-on penser de l'application de ce moyen aux tuberculeux indigents?

Tous les médecins paraissent être d'accord sur un premier point, qui est le suivant: en l'état actuel de la science il n'y a pas de traitement plus efficace de la tuberculose que le traitement hygiénique dont les éléments fondamentaux sont : le repos, l'aération, l'alimentation.

Cette cure hygiénique peut, à la rigueur, se faire partout, mais il va sans dire qu'il y a avantage à la faire à la campagne plutôt que dans l'air relativement vicié des villes.

Elle paraît facile à suivre ; et les malades à qui on la recommande croient qu'ils n'ont plus besoin de personne pour manger, rester étendu sur une

(1) La « Commission permanente de préservation contre la tuberculose » fut saisie de cette affaire le 3 décembre courant par lettre du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, et mise en possession du dossier. Comme on le voit, elle n'a pas fait traîner les choses.

chaise longue et garder la fenêtre ouverte... ; ils se trompent, et leur erreur leur coûte souvent très cher. En réalité, ces cures sont difficiles, et elles sont mal observées par les malades qui sont livrés à eux-mêmes : le repos, l'aération, l'alimentation sont, au même titre que des médicaments, susceptibles d'être dosés, suivant des indications qui échappent à l'appréciation des malades et qui nécessitent la présence continue d'un médecin expérimenté ; c'est ce qu'on a dans un sanatorium, et ce qu'on n'a pas toujours ailleurs.

Le sanatorium ne convient d'ailleurs pas à tous les cas : il y a des considérations de sexe, d'âge, de caractère, de situation de famille, dont il faut tenir le plus grand compte : c'est affaire de tact de la part du médecin et je n'ai pas à insister sur ces cotés de la questions.

Supposons un malade qui vient d'être pris pour la première fois d'une hémoptysie légère, ou qui se plaint d'un rhume dont la durée un peu longue l'inquiète ; le médecin consulté trouve dans l'un des sommets une de ces anomalies respiratoires que provoquent les lésions les plus discrètes de la tuberculose commençante. Si ce malade est jeune et libre et si sa situation de fortune le lui permet, le mieux qu'il puisse faire, à mon avis, est d'entrer dans un sanatorium ; mais, même dans les conditions que je viens de dire, et en supposant qu'aucune autre circonstance ne vienne assombrir le pronostic, il faut savoir que le traitement doit être très prolongé ; dans les cas les plus favorables une cure de quelques mois peut donner ce qu'on appelle la guérison apparente — qui n'est qu'une amélioration—mais la guérison vraie et définitive ne s'obtient qu'après deux et plutôt trois années de soins. Pendant ce temps il est indispensable que le malade interrompe tout travail sérieux et régulier, renonce à toute profession comme à toute occupation mondaine ajourne toute ambition d'avenir, ne vive pour ainsi dire que pour se soigner ; s'il a ce courage et cette sagesse il atteint assez souvent le but, qui est la guérison.

Mais tout ce que je viens de dire ne concerne que les sanatoriums payants à l'usage des personnes riches ou aisées et, si je me suis permis ces digressions étrangères au sujet qui nous occupe, c'est pour mieux faire comprendre, par le contraste, quelles sont les conditions réelles du sanatorium gratuit pour les indigents.

Pour des raisons diverses, les indigents y viennent trop tard. Je ne sais pas si les effets du prosélytisme arriveront à modifier sur ce point les idées de la classe ouvrière ; il est bien probable qu'on n'y arrivera que d'une manière insuffisante et qu'on n'aura pas assez souvent l'occasion de soigner les tuberculeux à cette période de la maladie où il est relativement facile, où il est possible, en tout cas, de les guérir. Ne considérant que ce qui existe aujourd'hui, j'ai le regret de constater que les sanatoriums pour indigents — au moins ceux que je connais personnellement – sont encombrés de pauvres gens pour lesquels tout espoir de guérison est depuis longtemps perdu, et que les malades, vraiment curables y sont l'exception.

A Angicourt comme à Bligny, les candidats à l'admission sont, dans une proportion que je crois pouvoir évaluer à 7 ou 8 sur 10, des tuberculeux dont les lésions sont trop anciennes, trop étendues ou trop profondes, arrivées à la phase de caséification et d'élimination. On peut les améliorer, certes, et on les améliore souvent ; mais il est impossible de les guérir. La bonne règle devrait les écarter du sanatorium ; on les y admet cependant, par humanité, pour ne pas leur refuser le bénéfice relatif d'une bonne cure, et parce que les candidats vraiment bons ne se présentent pas en nombre suffisant pour occuper les places dont on dispose.

C'est sans doute cet état de choses que visait le président du conseil d'hygiène de Vaucluse quand il disait que « les sanatoriums *ne* reçoivent *que* des tuberculeux arrivés à une période avancée, candidats à une mort prochaine. » Cette critique est évidemment trop absolue, mais il faut reconnaître qu'elle contient une part de vérité. Cet inconvénient pourrait être atténué dans une large mesure si le sanatorium s'appuyait, pour le recrutement et la sélection des malades, sur des œuvres annexes, consultations ou dispensaires fonctionnant sur le modèle de ceux qui ont été fondés à Lille par le Dr Calmette, et permettant de dépister la maladie le plus près possible de son début.

Si les indigents viennent trop tard se faire admettre au sanatorium, trop souvent aussi ils refusent d'y rester le temps nécessaire ; dès qu'ils sont améliorés par les premières semaines de cure ils se croient guéris ou espèrent qu'ils le seront bientôt et demandent à reprendre leur vie et leur travail. « La santé avant tout ! » n'a guère de sens pour eux ; la place à l'atelier qu'il faut ne pas perdre, le loyer à payer, la femme et les enfants à nourrir sont des réalités poignantes et pressantes, tandis que la rechute de la maladie n'est qu'une éventualité possible — mais qu'il leur plaît de considérer comme improbable. Ils quittent donc la cure trop tôt, reprennent leurs fatigues et retombent après quelques semaines ou quelques mois ; de rechutes en rechutes ils aboutissent au même terme fatal que les autres, en y mettant seulement un peu plus de temps.

Même les séjours de trois à cinq mois que les compagnies d'assurances allemandes exigent de leurs assurés ne peuvent pas être suffisants pour donner des guérisons véritables ; les améliorations obtenues sont plus durables sans doute, mais les résultats éloignés doivent être les mêmes, puisque les malades, sortant du sanatorium et n'étant pas secourus, se trouvent dans l'impossibilité de réaliser la formule : *demi-ration de travail, double ration de repos* qui leur permettrait d'achever la guérison commencée.

En réalité, tout sanatorium pour indigents devrait, pour donner le maximum d'effets, se doubler de caisses de secours : il faut, en effet, pendant l'hospitalisation, subvenir aux besoins de la femme et des enfants que le chômage du chef de famille plonge dans une profonde misère ; il faut, de plus, aider le convalescent après sa sortie, afin qu'il puisse – sans que lui et sa famille en souffrent — prendre les ménagements sans lesquels la rechute ne tarderait pas à se produire.

Comme on le voit, le sanatorium pour indigents doit être nécessairement entouré d'œuvres annexes et complémentaires, s'occupant du tuberculeux *avant*, *pendant* et *après* son séjour dans l'établissement : *avant*, pour faire la sélection des malades et n'envoyer au sanatorium que ceux qui sont curables ; *pendant*, pour secourir leur famille et, par là, les délivrer du souci qui les oblige à abréger leur cure ; *après*, pour les mettre en mesure de se ménager et de ne pas perdre trop complétement et trop tôt le bénéfice de leur traitement.

Malheureusement la réalisation d'œuvres aussi complexes rencontre, dès le début, des obstacles d'ordre juridique, et, dans quelques cas, l'autorisation de créer auprès du sanatorium une caisse de secours, n'a pas pu être obtenue. La Commission ne peut que regretter qu'une interprétation trop étroite de la loi puisse produire cette anomalie qu'on laisse une œuvre se fonder, mais qu'on lui refuse en même temps les

moyens de produire son plein effet; elle émet le vœu que la législation et la jurisprudence soient modifiées dans un sens plus large et plus libéral.

En attendant que les œuvres annexes deviennent une réalité, les sanatoriums gratuits resteront ce qu'ils sont actuellement : d'excellents moyens de traitement donnant — même aux tuberculeux avancés — de remarquables améliorations et des survies plus ou moins longues; mais les vraies guérisons continueront à y être trop peu fréquentes, et ce n'est pas par milliers — mais seulement par unités — qu'on y comptera les existences sauvées.

S'il en est ainsi, ces sanatoriums auront-ils du moins, au point de vue prophylactique, une action sérieuse? Ici encore il nous semble que l'on a exagéré : on a dit par exemple que le sanatorium était le plus précieux instrument de prophylaxie parce qu'il était une école d'hygiène et que les malades qui en sortaient, guéris ou améliorés, étaient autant d'apôtres répandant autour d'eux la bonne parole, prêchant d'exemple et propageant les saines habitudes. Le rôle éducateur du sanatorium n'est pas niable : il est très vrai que la plupart des tuberculeux y gagnent la foi dans le traitement hygiénique, le respect des moindres détails de la cure, le désir d'appliquer chez eux ce qu'ils ont appris et d'en faire profiter les autres... Mais ce beau zèle ne peut pas produire de bien grands effets : comment assureraient-ils la propreté et l'asepsie du foyer, ces pauvres gens qui, avec leur femme et leurs nombreux enfants, habitent un logement insuffisant où l'air et la lumière ne pénètrent qu'à peine? Avec quoi se donneraient-ils et donneraient-ils à leur famille la nourriture saine et abondante qui leur est recommandée? Et enfin, comment prendraient-ils les précautions les plus élémentaires contre la contagion, alors que la seule vue de leur crachoir de poche les désignerait comme des gens dangereux et les ferait renvoyer de leurs ateliers? Non; quelque conviction qui les anime, quelque désir qu'ils aient de continuer en ville les bonnes habitudes du sanatorium, ils se heurtent à des impossibilités qui les découragent bien vite. Tout au plus peuvent-ils — et ceci a bien sa valeur — communiquer leur confiance à leurs camarades, et leur inspirer le désir de recourir au sanatorium dès qu'ils seront touchés par la maladie.

Mais, dit-on encore, le sanatorium sera sûrement un agent de prophylaxie puisqu'il abritera toute l'année 100 tuberculeux, ce qui revient à dire qu'il fera disparaître 100 foyers de contagion. L'isolement de 100 tuberculeux pris dans l'ensemble d'un département, cela vaudrait mieux que rien assurément; mais cela serait bien peu de chose, surtout dans un département comme celui de Vaucluse qui occupe une place élevée dans l'échelle de la mortalité par tuberculose. Et puis, de deux choses l'une : ou le sanatorium répondra à sa véritable destination qui est de soigner exclusivement des tuberculeux curables — et alors le rôle prophylactique en serait nul ou à peu près, puisque la curabilité suppose en général des lésions peu avancées, l'absence d'expectorations bacillifères et, par suite, la non contagiosité — ou bien, au contraire, le sanatorium sera peuplé de tuberculeux incurables et très contagionnants, auquel cas son action prophylactique — quelque réduite qu'elle soit — serait indéniable; mais alors ce n'est vraiment pas la peine de faire un sanatorium, car ce qu'il faut aux malades de cette catégorie c'est un hôpital convenablement aménagé : la prophylaxie y trouve tout aussi bien son compte et le traitement des malades peut y être suffisamment assuré dans des conditions de prix moins onéreuses que celles du sanatorium.

Ceci m'amène à examiner rapidement le côté financier du projet du conseil général de Vaucluse. Pour les constructions diverses, M. le rapporteur prévoit une dépense de 600 000 fr.; il espère obtenir de l'État, sur les fonds du pari mutuel, une subvention de 2/3, soit 400 000 fr. — ce en quoi il se fait probablement illusion, car il est de jurisprudence à peu près constante, à la commission de répartition de ces fonds, de n'attribuer de subvention qu'à des œuvres déjà créées et fonctionnant régulièrement.

L'entretien du sanatorium, à raison de 3 fr. 75 par malade et par jour — c'est le chiffre du rapport — entraînerait une dépense annuelle de 124 000 francs; le rapporteur propose de mettre cette dépense à concurrence de 2/5 à la charge des communes et le reste, soit 75 000 fr. environ, à la charge du département. Quelque important que soit ce dernier chiffre, il ne serait certainement pas suffisant si l'on voulait assurer le fonctionnement des œuvres complémentaires dont nous avons montré la nécessité, dispensaires et caisses de secours. Quand on fera figurer ces œuvres dans les prévisions budgétaires il en résultera, pour celles-ci, une notable aggravation.

Quand on pense au rôle relativement effacé du sanatorium gratuit pour indigents, soit comme instrument de guérison, soit comme agent de prophylaxie, on ne peut manquer de trouver que ces dépenses sont vraiment excessives. Or, si les questions d'assistance ne doivent pas et ne peuvent pas être traitées comme des questions d'affaires, il n'en est pas moins vrai qu'une assemblée, qui gère les deniers des contribuables, a le devoir de résister aux généreux entraînements et de n'engager de dépenses qu'en vue et aussi en proportion des résultats qu'elles doivent donner.

Il y a, d'ailleurs, des précédents que l'on peut invoquer : l'Assistance publique de Paris a un sanatorium gratuit, celui d'Angicourt; pour les raisons que je développais plus haut, les résultats thérapeutiques de cet établissement ont été médiocres jusqu'ici; aussi ne manque-t-on pas de reprocher à l'Assistance publique les très gros sacrifices qu'elle a faits pour le construire et ceux qu'elle fait chaque année pour en assurer le fonctionnement.

Au contraire, la société des sanatoriums populaires a construit Bligny, qui ne donne peut-être pas des résultats beaucoup plus brillants; mais nul ne songe à lui adresser des reproches, pour la bonne raison que chacune des personnes qui a participé à cette fondation a souscrit volontairement en vue d'un but déterminé et connu. L'initiative privée a le droit de faire une bonne œuvre, même à des conditions onéreuses; ceux qui détiennent une part quelconque du trésor public sont tenus à plus de circonspection.

Il y a un principe général que la commission voudrait voir appliquer aux œuvres d'assistance et au sanatorium en particulier, c'est le principe de l'association et de l'aide mutuelle. Dans une société démocratique, l'idée de charité doit faire place, en ce qui concerne les œuvres publiques, à l'idée de solidarité: en vertu de ce principe, c'est des intéressés que doit venir l'initiative de l'œuvre à fonder et la constitution d'une première mise de fonds; les subventions officielles ne doivent intervenir qu'en dernier lieu, pour parfaire le capital nécessaire.

Il s'agit, en somme, ici, non pas d'indigents au sens littéral du mot, mais d'ouvriers vivant de leur travail; il s'agit aussi d'hommes intelligents à qui il sera facile de faire comprendre leur véritable intérêt. On leur dira ce qu'est la tuberculose, comment on la contracte et comment on peut s'en

guérir en faisant une cure assez longue dans un sanatorium; on leur rappellera qu'elle menace plus particulièrement les ouvriers à cause des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent, et que chaque année elle en frappe un certain nombre. Quel est celui d'entre eux qui, comprenant qu'il peut être lui ou l'un des siens quelque jour une de ses victimes, ne se dira pas qu'il serait bien heureux ce jour-là de profiter des bienfaits du sanatorium? Et quel est celui qui, en vue de cette éventualité, ne voudra pas faire œuvre de prévoyance en opérant un prélèvement, si minime soit-il, sur son salaire de la semaine? L'application des règles de solidarité aux œuvres d'assistance serait juste et profondément morale. Qui ne comprend la fierté de l'ouvrier qui viendrait réclamer les secours du sanatorium en vertu du droit qu'il se serait créé?

Evidemment la cotisation de chaque intéressé devrait être minime pour ne pas constituer une charge trop lourde; cette cotisation individuelle multipliée par le nombre d'ouvriers ou de petits employés de tout le département constituerait pourtant une mise de fonds qui ne serait pas négligeable.

Mais ces ouvriers sont généralement syndiqués : il va sans dire que chaque syndicat verserait une cotisation en rapport avec son importance. Ils forment aussi entre eux des sociétés de secours mutuels dont la caisse, pour le dire en passant, est le plus souvent obérée par les fournitures de médicaments aux malades chroniques, c'est-à-dire aux tuberculeux (1): ces sociétés auraient tout avantage à participer à la fondation d'un sanatorium. Mais, enfin, ces ouvriers sont employés par des patrons, et ceux-ci seraient bien obligés — individuellement ou par leurs syndicats — de manifester l'intérêt qu'ils portent à leur personnel en contribuant, eux aussi, à cette fondation.

Une fois que les véritables intéressés — ouvriers, patrons, groupements corporatifs — auraient ainsi constitué le premier capital, fondement nécessaire de toute œuvre d'assistance mutuelle, on pourrait, sans doute, plus utilement et en vertu du même principe, s'adresser au grand public et ouvrir des souscriptions. Nous avons tâché de réduire à ses justes proportions le rôle prophylactique du sanatorium, mais nous ne l'avons pas nié; on peut donc soutenir que le public a quelque intérêt à ce qu'on fonde un établissement de ce genre; mais alors il doit en payer une part, cette part représentant, non plus un acte de charité, mais un acte de prévoyance et de solidarité; c'est encore la mise en pratique du précepte qui est très ancien, mais qui n'est bien compris que depuis peu de temps : Aide-toi, le ciel t'aidera.

Le ciel, dans l'espèce, serait représenté par les pouvoirs publics. Les conseils municipaux de chaque commune, le conseil général et enfin le Gouvernement, appréciant les efforts faits par les individus, par les groupements, par le public, auraient le devoir d'intervenir à leur tour et de se partager le dernier effort financier destiné à faire l'appoint.

Voilà la marche que la Commission permanente recommande comme étant la meilleure, la plus logique, la plus digne d'une société démocratique.

La Commission doit, d'ailleurs, faire remarquer que, en raison des solutions qu'elle a déjà données ou qu'elle donnera à un grand nombre de questions touchant l'assistance et l'hospitalisation, des charges financières plus ou moins lourdes incomberont, à des échéances peu éloignées, aux assemblées communales et départementales. Déjà une circulaire ministérielle, s'inspirant des travaux de la Commission, a prescrit des règles nouvelles pour l'aménagement des hôpitaux, en vue de l'isolement des tuberculeux; le moment n'est sans doute pas éloigné où un ensemble de mesures ayant pour objet la préservation scolaire, l'ouverture de consultations et de dispensaires antituberculeux, etc..., créera aux villes et aux départements des obligations auxquelles ils ne pourront pas se soustraire; à ce moment-là, le conseil général de Vaucluse nous reprocherait, avec raison, de ne pas lui avoir déconseillé une opération si onéreuse pour son budget.

Au surplus, il y a d'autres moyens pour cette assemblée de témoigner l'intérêt qu'elle veut prendre à la lutte contre la tuberculose, intérêt dont il faut la féliciter sans réserves. Si les hôpitaux existants sont aussi défectueux que l'affirment la Société de médecine et le Conseil d'hygiène de Vaucluse, s'il est vrai qu'il soit impossible actuellement de faire cesser la promiscuité qui existe dans les salles entre les tuberculeux et les non tuberculeux et qui est, pour tout le monde, la cause la plus efficace de la propagation de cette maladie, c'est sans doute que les municipalités n'ont pas les ressources nécessaires pour introduire, dans leur outillage hospitalier, les adaptations nouvelles et les remaniements prescrits par la circulaire ministérielle du 15 janvier 1904. Nous savons bien qu'une assemblée départementale n'a rien à voir dans la gestion et l'administration des hôpitaux d'une ville, mais aucune loi ne s'oppose à ce que cette assemblée subventionne une municipalité ou une commission hospitalière en vue d'améliorations auxquelles toute la population du département peut, d'ailleurs, se trouver intéressée.

Le Conseil général de Vaucluse, en contribuant dans la mesure convenable à la fondation des sanatoriums gratuits, et en entrant pour une part dans la réfection des hôpitaux urbains, montrerait à la fois sa sollicitude pour les malades — à qui serait assuré le meilleur traitement, — et son souci de mettre la population saine à l'abri de la contagion. En appliquant à ces œuvres et aux œuvres analogues le principe et les règles de l'assistance mutuelle, il entrerait le premier dans une voie excellente et donnerait au reste du pays un exemple qui serait suivi.

La Commission permanente de préservation contre la tuberculose, considérant :

1° que la lutte contre la tuberculose est une œuvre sociale de nature complexe, exigeant à la fois des *moyens de prophylaxie* et des *moyens de traitement* qui ne peuvent être réalisés que par l'aide mutuelle et la solidarité du corps social tout entier;

2° que, si les sanatoriums payants sont le *moyen de traitement* le plus efficace pour les tuberculeux de la classe aisée, les sanatoriums gratuits pour indigents ne peuvent donner qu'un nombre restreint de guérisons;

3° Que le rôle du sanatorium gratuit comme *agent de prophylaxie* est également assez effacé;

4° Que ces établissements ne donnent leur maximum d'effets, aussi bien au point de vue thérapeutique qu'au point de vue prophylactique, que s'ils sont entourés des œuvres annexes et complémentaires (dispensaires, caisses de secours, etc.) qui s'occupent du malade et de sa famille *avant, pendant* et *après* l'hospitalisation;

5° Que ces œuvres annexes, comme le sanatorium lui-même, doivent être considérées comme des œuvres d'assistance mutuelle et que les règles qui régissent ces œuvres leur sont appli-

(1) Ils font encore partie de sociétés coopératives de consommation, dont une partie des bénéfices pourrait être utilement consacrée au même objet.

cables (formation d'un premier capital par l'initiative privée, subvention ultérieure des pouvoirs publics);

6° Enfin, que l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux existants — lesquels seraient nettoyés, désinfectés et aménagés en vue de cet isolement et aussi en vue d'un traitement plus rationnel de ces malades — aurait une action prophylactique plus étendue, et par conséquent plus importante que ne le serait celle d'un sanatorium;

Émet l'avis :

1° Que le Conseil général de Vaucluse ne doit pas donner suite à son projet de construction d'un sanatorium gratuit pour tuberculeux indigents *dans les conditions où il le propose*;

2° Qu'il ferait, d'ailleurs, œuvre utile en participant, dans la plus large mesure possible, à la fondation d'un sanatorium gratuit entouré des œuvres annexes et dont le premier capital serait réuni par l'initiative privée;

3° Qu'il pourrait, dès maintenant, prendre une part très efficace à la lutte contre la tuberculose en subventionnant les municipalités et commissions hospitalières du département pour les aider à réformer les hôpitaux existants, conformément aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 15 janvier 1904.

CLINIQUE MÉDICALE

(*Hôpital Saint-Antoine.*)

Service de M. le prof. Hayem.

Sur un cas de leucémie aiguë pseudo-scorbutique

PAR

MM. Raoul Bensaude

Chef de clinique à la Faculté

ET

Lucien Rivet, Interne des hôpitaux.

Depuis que dans leur premier mémoire MM. Gilbert et Weill (1) ont attiré, en France, l'attention sur la leucémie aiguë, d'assez nombreux cas de cette affection ont été publiés; aussi les publications de ce genre commencent-elles à perdre de leur intérêt, tant elles semblent calquées les unes sur les autres dans leurs traits généraux. Fränkel (2) prétend qu'à Berlin la leucémie aiguë se voit plus fréquemment que la leucémie chronique. Peut-être arriverait-on en France à des conclusions semblables si l'on songeait à rechercher les caractères hématologiques de cette affection en présence des complexus symptomatiques assez variés auxquels elle peut donner naissance et qui, souvent, égarent le clinicien. C'est ainsi que, sans parler du cas que l'un de nous publiait récemment avec M. le prof. Hayem (1), il nous a été donné d'observer, à peu de distance, un nouveau cas typique de cette affection.

(1) Gilbert et Weill. — Contribution à l'étude de la leucémie aiguë (*Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, mars 1899).

(2) Fränkel. — Ueber acute Leukämie (C. R. Congrès de Berlin, 1897).

Observation

Am..., âgé de trente et un ans, mécanicien, entré le 20 juin 1904 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Béhier, n° 38, service de M. le prof. Hayem.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à cinquante-huit ans d'un cancer de l'estomac. Son père, qui s'était toujours bien porté, s'est suicidé à l'âge de soixante-neuf ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère de trente-trois ans et quatre sœurs en bonne santé; deux frères morts en bas âge, de maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans l'enfance ni dans l'adolescence. Pendant son service militaire, notre malade séjourne trente et un mois en Cochinchine et au Tonkin, où il ne contracta aucune maladie; il buvait alors un litre de vin par jour, un apéritif et un verre de rhum. Jamais il ne fit d'excès de boissons. Pas traces de syphilis.

Maladie actuelle. — Il y a deux mois, le malade eut une crise diarrhéique qui dura six semaines; il allait à la selle cinq à six fois par jour. Ces selles étaient parfois glaireuses, et chaque jour, dit-il, la dernière était sanglante.

En même temps sont apparues des hémorragies buccales : au début le malade ne rendait ainsi que deux ou trois cuillerées à soupe de sang par vingt-quatre heures. Ces hémorragies ont toujours eu un caractère nocturne : le malade, plusieurs fois la nuit, se réveille pour rejeter le sang qui s'est accumulé dans sa bouche et l'étouffe, alors que la journée, les hémorragies se réduisent à un simple suintement. Depuis leur début, ces hémorragies gingivales n'ont fait qu'augmenter, si bien qu'actuellement le malade rend environ un demi-crachoir de sang par nuit.

Le malade saigne fréquemment et depuis longtemps par l'anus où l'on remarque un certain degré de prolapsus muqueux, que le malade est parfois obligé de rentrer.

Il saigne dit-il, très abondamment à la moindre blessure. Jamais il n'a eu d'épistaxis.

Etat actuel. — On se trouve en présence d'un malade bien charpenté, plutôt fort, mesurant 1 m. 72.

(1) Hayem et Bensaude. — Sur un cas de leucémie aiguë à forme hémorragique avec non rétractilité du caillot sanguin (Soc. méd. des hôp., 13 fév. 1903).

Les téguments sont pâles, exangues, les muqueuses décolorées. En plusieurs points du corps, surtout aux membres inférieurs, et spécialement à droite, on remarque quelques rares *taches purpuriques*, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, et dont la coloration va du jaune pâle au rouge violet. Leurs dimensions sont de quelques millimètres de diamètre; quelques-unes, plus étendues, atteignent les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Sur la jambe droite, une cicatrice résultant d'une plaie.

Un peu d'œdème péri-malléolaire bilatéral.

Tube digestif. — Les gencives sont fongueuses, les dents mauvaises, et l'on constate que le saignement se produit au niveau du rebord gingival, surtout à la mâchoire inférieure, à l'endroit d'une molaire absente. Amygdales grosses, irrégulières. Haleine très fétide. L'appétit est bon et les digestions faciles. Le ventre est un peu ballonné mais pas douloureux; pas d'ascite. Le malade a quatre à cinq selles diarrhéiques par jour.

Le *foie* est gros, dépassant de trois travers de doigt le rebord costal, et mesurant 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Il ne semble ni irrégulier, ni induré; la pression n'y réveille aucune douleur.

La *rate* est grosse, appréciable à la percussion sur une hauteur de quatre travers de doigt, mais non à la palpation.

Le *pouls* est régulier, à 84; au cœur, on trouve un souffle systolique à la pointe, inconstant, sans propagation, diminuant beaucoup dans la position assise.

Les *ganglions lymphatiques* sont appréciables dans toutes les régions ganglionnaires, surtout les aisselles, les plis inguinaux, la région cervicale, mais ils sont peu volumineux, durs, mobiles, roulant sous le doigt, non douloureux.

Rien aux poumons.

Pas d'albumine dans les urines.

Température : 37°6.

En présence d'un tel ensemble symptomatique, on pense immédiatement à la leucémie aiguë, et l'examen du sang vient confirmer cette idée en montrant, outre une forte anémie globulaire avec altérations des hématies, la formule si particulière décrite par MM. Gilbert et Weill.

Evolution. — Les jours qui suivent son entrée, le malade fait une poussée fébrile. La température monte à 39°4 le 22, puis redescend aux alentours de 38° pour n'arriver à la normale que le 1er juillet.

Pendant tout ce temps les hémorragies gingivales persistent, toujours avec leur caractère nocturne, mais en s'atténuant progressivement pour disparaître totalement dans les derniers jours de juin.

A partir de ce moment, on assiste à une phase d'amélioration manifeste, sous l'influence du seul repos au lit, et le malade, qui était au lait et à la viande crue, est remis au régime ordinaire le 4 juillet.

L'amélioration de l'état général est même si marquée que le malade commence à se lever le 9 juillet. Il se sent plus fort, n'a plus d'éblouissements; il a bon appétit. Bientôt il marche et se promène dans la cour de l'hôpital avec les autres malades.

Le *12 juillet*, le malade est beaucoup moins pâle, les pommettes sont un peu colorées On ne constate plus de pétéchies, sauf deux petites taches ecchymotiques en voie de disparition à la face interne du genou droit. Mais le *foie* est gros; il mesure 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire; il est lisse, régulier, indolore, non induré. La *rate* est appréciable à la palpation sous le rebord des fausses côtes, qu'elle déborde de trois bons travers de doigt, pointant vers l'ombilic : elle mesure 12 centim. verticalement dans la ligne axillaire. L'examen du sang montre, à cette date, une légère amélioration du côté des globules rouges, mais une augmentation très notable des globules blancs. A ce moment, on put espérer voir chez ce malade le passage de la forme aiguë à la forme chronique.

Cet espoir fut de courte durée.

Dès le *17 juillet*, en effet, sans trouble fonctionnel notable, la température remonte à 38°, et tous les soirs s'élève au même degré, redescendant le matin à la normale, et, à partir du *25 juillet*, nous assistons à une *nouvelle poussée hémorragique*. Chaque nuit le malade remplit son crachoir d'un sang noir, par des hémorragies gingivales; à nouveau il redevient d'une pâleur extrême.

Le *31 juillet*, l'examen des divers organes montre que le foie mesure 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire, sans modifications de consistance. Quant à la rate, elle déborde un peu moins les fausses côtes. L'examen du sang montre que l'anémie globulaire est extrême (744000), et que, par contre, le nombre des leucocytes est devenu très élevé (135780), la formule mononucléaire s'étant encore accentuée.

Le malade se sent de plus en plus faible. Le 1er août, les hémorragies gingivales sont particulièrement intenses : dès que le malade s'endort, le sang s'accumule dans sa bouche en caillots assez volumineux; dans l'espace d'une matinée, on voit son crachoir rempli d'un sang noirâtre avec caillots.

Les jours suivants, ces hémorragies sont de plus en plus abondantes, et l'on voit apparaître du *mélœna*. On pratique une injection de sérum artificiel (50 cc), et des attouchements des gencives avec une solution d'adrénaline. On emploie également les injections sous-cutanées d'adrénaline.

Dans la nuit du 3 au 4 août, le malade est pris d'un violent accès fébrile, la température monte jusqu'à 41°. Au matin, on le trouve exsangue, complètement adynamique, n'ayant plus la force de se retourner dans son lit. Il ne peut même pas rejeter les nombreux caillots sanguins qui lui remplissent la bouche et l'empêchent de respirer.

Depuis son mélœna, le malade n'a plus de selles. Il est plongé dans l'adynamie et indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

Il succombe le 6 août, à 7 heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie n'a pu être pratiquée que *très incomplètement*, par une petite incision abdominale.

Estomac. — Une chaîne de ganglions durs et gris foncé longe la petite courbure. A l'intérieur de l'organe, on trouve une quantité de petits caillots libres dans la cavité stomacale.

Intestin. — On retire environ 60 centim. d'intestin grêle se continuant avec le cæcum. Il est pâle, complètement décoloré, sans traces de vascularisation. Au niveau de la partie terminale de l'intestin grêle, on trouve des caillots rouges, non adhérents à la paroi que tapisse un mucus épais, de coloration rouge vineux. Le cæcum contient une matière noire, marc de café, ayant tout à fait l'aspect du mélœna. Par transparence on ne constate nulle part la présence de plaques de Peyer altérées.

Foie. — On ne peut examiner qu'une partie du lobe gauche. Sa consistance ne semble pas modifiée notablement, mais il est très décoloré, café au lait très clair.

Rate : volumineuse et diffluente, elle pèse 105 gr. Elle présente à sa surface des plaques de périsplénite d'apparence jeune et se détachant facilement par le raclage. A la coupe, elle présente une coloration rouge lie-de-vin, très pâle, sans autres modifications appreciables à l'œil.

Rein gauche : très gros, pèse 190 gr. Profondément anémié, il se décortique sans difficulté. A la coupe, il n'y a presque pas de différences de coloration entre la substance médullaire et la substance corticale, dont l'épaisseur semble très augmentée.

Pancréas : tout à fait décoloré, d'aspect blanchâtre.

La moelle des os n'a pu être examinée.

Examen histologique.— Les préparations que nous avons examinées, avec l'aide de M. P.-E. Weil, montrent les lésions classiques de la leucémie aiguë. Nous relevons simplements les particularités suivantes :

Reins : les cellules des tubuli sont très altérées, troubles et, par places, desquamées. On trouve des formations lymphomateuses disséminées surtout entre les glomérules et les tubuli contorti.

	EXAMENS DU SANG								
	21 juin	29 juin	5 juillet	12 juillet	13 juillet	14 juillet	20 juillet	31 juillet	4 août
Hématies	1.100.500	1.054.000		1.308.200	1.200.000			744.000	
Richesse globulaire		1.033.153		1.523.710					
Valeur globulaire		1		1.15					
Leucocytes	21.700	12.710		44.640	44.640			135.780	
Pourcentage :									
Mono. clairs	80	62.8	59.4	80	79	90	89	94.7	
Lymphocytes	12	10.3	13.7	7.5	11	2	5	3.1	
Polynucléaires	6	24.3	23.4	10	7	6	5	1.3	
Eosinophiles	0	0.3	0,66	0	0.33	0.2	0.25	0.14	
Myélocytes neutrophiles			0.66						
Myélocytes acidophiles			0		1 d. 1 préparation		1 d. 1 préparation	0.3	
Hématies nucléés	2	2.6	2.66	2.5	2	2	0.75	0.3	
Hématoblastes	Très rares	Petits, très rares		Très rares				Très rares	
Caillot	Non rétractile	Non rétractile							Rétractilé

Foie : vues à l'œil nu, les préparations colorées à l'hématéine éosine ont l'aspect de tissu de cirrhose annulaire à fines granulations. Au microscope, on se rend compte que le foie est le siège d'une infiltration lymphocytique considérable, dont le maximum occupe les espaces portes et la périphérie des lobules; mais on en voit aussi au niveau des veines sus-hépatiques et entre les travées mêmes du tissu hépatique; nulle part on ne voit, dans ces lymphomes, de réticulum conjonctif.

Estomac : mêmes formations lymphomateuses entre et sous les glandes gastriques, aussi bien dans la région pylorique qu'au niveau de la grande courbure.

Rate : corpuscules de Malpighi plutôt petits, formés par les mononucléaires du type décrit. Pulpe très congestionnée, avec les mêmes éléments; pas de polynucléaires, pas d'éosinophiles, pas d'hématies nucléées.

Ganglions : très altérés dans leur architecture générale. A côté de lymphocytes typiques, on voit de nombreux mononucléaires clairs. Pas d'autres éléments.

La *moelle des os* n'a pu être examinée.

En somme, il s'agit là de la *forme pseudo scorbutique* de la leucémie aiguë, forme la plus rare, d'après MM. Gilbert et Weill (1); la tendance hémorragique se manifesta d'emblée et la mort survint au milieu de phénomènes hémorragiques; cliniquement tout rappelait un purpura grave avec des hémorragies des muqueuses, et nous allons retrouver cette ressemblance dans certains caractères hématologiques.

A ce point de vue, notre malade présentait une leucocytose modérée qui, cependant, au cours des divers examens que nous avons pratiqués, ne fit qu'augmenter graduellement. Quelques jours avant sa mort, on put constater un accroissement considérable, puisque l'examen du 31 juillet montra 135 780 leucocytes; cet accroissement ne coïncidait d'ailleurs en rien avec l'affaissement des organes hématopoïétiques qui fut signalé dans certains cas de ce genre : le volume de la rate s'était à peine modifié. Il s'agissait d'une formule presque exclusivement mononucléaire représentée par ce mononucléaire clair si spécial, à gros noyau pauvre en chromatine et remplissant presque tout le corps cellulaire, qu'ont bien décrit Fränkel et MM. Gilbert et Weill, dans la leucémie aiguë. Les polynucléaires et spécialement les éosinophiles étaient extrêmement rares, mais il y avait une réaction myélocytaire nette, avec des hématies nucléées du type normoblastique, quelques myélocytes neutrophiles et surtout quelques gros myélocytes éosinophiles.

(1) Gilbert et Weill. — Contribution à l'étude de la leucémie aiguë (2e mémoire) *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1904, n° 2, p. 169.

L'anémie globulaire était très intense; le chiffre des hématies s'abaissa jusqu'à 744 000; la valeur globulaire était d'ailleurs peu modifiée et se montra même supérieure à l'unité (1,15).

Enfin, nous avons à diverses reprises fait l'étude du caillot. Celui-ci s'est toujours montré non *rétractile*, et nous avons pu constater en même temps la *rareté extrême des hématoblastes*.

La non rétractilité du caillot a été signalée pour la première fois dans l'observation de MM. Hayem et Bensaude; elle a été retrouvée par MM. Jeanselme et Weill (1). Dans tous ces cas il s'agissait de formes hémorragiques ou pseudo-scorbutiques. Cette constatation n'a pas lieu de nous étonner, étant donné les notions actuellement acquises sur les caractères hématologiques des purpuras hémorragiques. On retrouve, en effet, dans tous ces états, la même irrétractilité du caillot avec rareté extrême des hématoblastes. Ces faits semblent donc confirmer l'opinion déjà exprimée par M. le prof. Hayem (2), que la leucémie aiguë, au même titre que la variole hémorragique (3), peut réaliser une toxémie donnant naissance au syndrome du purpura hémorragique. La lymphadénie, quelle que soit sa forme, semble d'ailleurs prédisposer aux syndromes hémorragiques; aussi avons-nous pu observer la fin d'une crise de purpura hémorragique typique au cours d'une forme particulière de lymphadénie aleucémique chronique.

Les altérations du caillot et des hématoblastes établissent des liens de parenté étroits entre la leucémie aiguë, le purpura hémorragique, l'anémie pernicieuse progressive. On comprend que cliniquement il y ait, entre ces diverses affections, de grandes ressemblances : notre malade rappelait par beaucoup de caractères un purpura hémorragique à manifestations exclusivement muqueuses, alors que les formes anémiques simulent l'anémie pernicieuse progressive. Il en résulte parfois de réelles difficultés de diagnostic, et c'est ainsi que récemment encore nous avons éprouvé de grandes hésitations en présence d'un malade du service de M. Hayem; ce malade, âgé de cinquante-trois ans, sans antécédents intéressants, fut pris brusquement d'une asthénie considérable et sans cause apparente, sans hémorragies autres qu'une légère épistaxis. La rate et le foie étaient gros, les urines abondantes, pauvres en acide urique; l'aspect général était celui des anémies extrêmes. L'examen du sang indiqua les chiffres suivants :

Hématies	1.240.000
Leucocytes	3.000
Mononucléaires clairs	41
Lymphocytes	20
Polynucléaires	26
Hématies nucléées	13
Eosinophiles	0
Hématoblastes assez nombreux	

La mort survint dans le coma trois mois et demi après le début de la maladie. L'autopsie révéla une rate volumineuse (1050 gr.) avec une dizaine d'infarctus; un foie très gros (2600 gr.), où l'examen histologique montra une infiltration lymphocytaire surtout périportale et péri-lobulaire; des reins pâles, avec la même infiltration lymphocytaire, qui existait aussi dans la moelle des os.

Ce cas rappelait donc, par beaucoup de points, la forme anémique de la leucémie aiguë; il ne nous a cependant pas semblé rentrer dans le cadre d'aucune affection bien classée. On ne saurait admettre, comme leucémie aiguë, que les cas où l'on trouve nettement la formule hématologique décrite par MM. Gilbert et Weill.

Dans notre cas de leucémie aiguë, qui présentait au complet cette formule hématologique, l'autopsie et l'examen histologique n'ont fait que confirmer le diagnostic, mais sans révéler aucune particularité nouvelle. Les organes hématopoïétiques étaient bourrées de cellules analogues au mononucléaire clair du sang, et les divers organes (foie, estomac, reins) étaient le siège de très beaux lymphomes métastatiques.

Poser le diagnostic de leucémie aiguë équivaut à un arrêt de mort à brève échéance. Chez notre malade, nous avons pu observer une rémission, mais elle fut courte, et la mort survint trois mois et demi après le début de l'affection. Jusqu'ici l'action thérapeutique a été dans tous les cas absolument nulle, et, pour notre part, nous n'avons pu instituer qu'une médication purement symptomatique : cacodylate de soude, sérum de Hayem et adrénaline contre les hémorragies. Cependant, connaissant les résultats encourageants obtenus récemment par la

(1) Jeanselme et Weill. — Un cas de leucémie aiguë chez l'enfant (Soc. méd. des hôp., 19 février 1904).

(2) Hayem et Bensaude. — Soc. méd. des hôp., 13 février 1903.

(3) Hayem et Bensaude. — Non rétractilité du caillot dans la variole hémorragique primitive. Mécanisme des hémorragies (Soc. de biol., 19 janv. 1901).

radiothérapie dans certaines leucémies chroniques, nous avons songé à recourir à cette méthode.

Le 13 juillet, une séance de radiothérapie fut exécutée sur notre malade dans le service de M. le Dr Béclère; l'examen du sang, pratiqué avant et après cet essai, nous indiqua les chiffres suivants :

	Avant	1/4 d'heure après	2 heur. 1/2 après
Hématies			1.200.000
Leucocytes....	44.020	45.260	44.640
Mono. clairs..	81.3	82	79
Lymphocytes..	10	9	11
Polynucléaires.	6.6	8	7
Eosinophiles..	0	0	0.33
Myélocytes neutrophiles....			
Myélocytes éosinophiles....	0.14		0.15
Hématies nucléées	2.6	1	2
		Pas de modification apparente de la rate	

Contrairement à ce qui se passe dans les leucémies aiguës, les modifications obtenues par cette séance furent nulles. L'état du malade ne permit pas de répéter la tentative, et nous ne saurions, avec un essai aussi incomplet, donner la moindre appréciation sur cette méthode.

DÉPARTEMENTS

De l'odontalgie neurasthénique

M. Dunogier estime que la plupart du temps les névralgies de la Ve paire sont dues à des troubles des centres nerveux et il propose de dénommer odontalgies neurasthéniques, les névralgies de cette cause localisées à la région gingivo-dentaire. Leur symptomatologie serait la suivante :

Les douleurs qu'éprouvent les malades sont très tenaces, elles ne leur laissent point de trêve; c'est l'inverse qui a lieu dans les odontalgies communes, les douleurs éclatant par accès que séparent des intervalles de calme. De plus, elles ont une tendance à envahir les nerfs voisins, elles changent même de côté, ce qui n'a jamais lieu pour les odontalgies vulgaires. Elles s'accompagnent aussi souvent de phénomènes de paresthésie; les malades éprouvent des sensations insolites, des fourmillements. D'aucuns les attribuent à une tension de leurs filets nerveux et ils désignent comme siège un point où, en réalité, il n'existe souvent aucun nerf; ils sont convaincus que ces filets nerveux imaginaires sont comprimés par quelque esquille osseuse ou rongés par une ulcération. D'autres incriminent leur den. de sagesse dont ils perçoivent très nettement le mouvement, ou bien, après avoir supporté l'avulsion d'une dent douloureuse, mais qui, très souvent, ne présentait aucune lésion, prétendent, malgré le succès de l'opération que cette dent a été fracturée par le dentiste maladroit, car ils sentent dans la plaie un os qui remue et leur donne des élancements.

Ces odontalgies se caractérisent, en outre, par l'absence complète des symptômes objectifs qui accompagnent en général le mal aux dents proprement dit. Quand il s'agit de ce dernier, au moment où l'accès va éclater, des secousses traversent la figure, les joues deviennent rouges, les yeux pleurent. Pendant l'accès, le moindre contact exaspère la douleur, aussi les malades évitent de manger, de boire, de parler, de faire la plus petite grimace. Tous ces symptômes manquent dans les odontalgies d'origine neurasthénique. Les malades qui en sont atteints offrent quelque chose de tout particulier; au lieu de ces comparaisons précises dont se servent les malades atteints du véritable mal aux dents, ils emploient des expressions dont l'exagération est plus qu'évidente : les douleurs qu'ils éprouvent sont infernales, extraordinaires, fabuleuses, il faut qu'ils se maintiennent pour ne pas pousser des cris, des hurlements.

D'une façon générale, ces douleurs ont un moment de la journée où elles se manifestent avec toute leur violence; mais elles peuvent être réveillées à n'importe quel moment et par des causes insignifiantes. La pression exercée au niveau de la région douloureuse les exagère souvent, quelquefois les calme. Leur intensité va rarement jusqu'à gêner les mouvements, cependant Galippe a publié l'observation d'une malade qui, sitôt qu'elle voulait ouvrir la bouche, était prise « d'un besoin aussi inconscient qu'impérieux de contracter ses maxillaires sur la pièce prothétique qu'elle portait », ce qui l'amena rapidement à incriminer son appareil prothétique et à faire, en très peu de temps, une collection de plus d'une douzaine de beaux écrins renfermant des appareils de formes et de dimensions variées.

La continuité de ces douleurs éveille, dans l'esprit de ces malades, l'idée d'une affection grave, tumeur, cancer, etc., ils se cramponnent à cette idée, la retournent dans tous les sens, en font la source de leurs angoisses, en même temps qu'ils restent sourds à tous les conseils. Il est très difficile, en effet, pour le médecin, de détourner les malades de cette idée fixe. Ils ne se soumettent à ses avis et prescriptions qu'autant qu'il leur paraît partager l'opinion qu'ils se sont faite de leur souffrance. Quand il s'agit de leurs dents, ils changent tous les jours de dentiste et mettent une obstination extraordinaire à poursuivre la satisfaction de leur idée fixe.

Il est incontestable que des malades de cette catégorie sont exposés tous les jours à subir des mutilations et à perdre des organes importants sans avoir aucune chance de guérison.

Ces malades sont cependant dignes d'intérêt; c'est au médecin à les protéger contre eux-mêmes et contre les interventions imprudentes ou dangereuses, il faut qu'il s'adresse à la fois à leur raison et à leur système nerveux. Mais comme la plupart du temps ils se précipiteront chez les dentistes, il faudrait que ces derniers pussent rapidement se convaincre de l'inutilité de leur intervention opératoire. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 20 novembre 1904.)

Fistule anale simulant la fistule tuberculeuse et due à un corps étranger

M. H. Moindrot communique dans la *Loire médicale* (15 novembre 1904) une observation d'un fait rare et intéressant surtout parce que, jusqu'à l'intervention du bistouri le diagnostic devait fatalement errer.

Il s'agissait d'un enfant, âgé de deux ans et demi, robuste et bien constitué. Il y a trois mois, en jouant dans un champ de blé récemment moissonné, il fit un faux pas et tomba à terre dans la position assise. Sur le moment et les jours suivants, il ne se plaignit de rien. Ce n'est que deux semaines après environ qu'il commença à souffrir. Un médecin reconnaît l'existence d'un petit abcès de la marge de l'anus, sur lequel il pratique une simple incision. A la suite de cette opération, la douleur diminua, mais la cicatrisation complète ne put jamais être obtenue, et on vit s'établir une fistule qui persista et fut diagnostiquée de nature tuberculeuse.

L'enfant fut alors admis dans le service de M. Deschamps, où, après anesthésie au kélène, on incise le trajet, ce qui provoque l'écoulement d'une petite quantité de liquide purulent. On constate que le stylet ne pénètre pas dans le rectum. Une curette, introduite dans la poche, ramène des fragments de paille dont l'un avait environ 4 centimètres de longueur.

Il s'agissait donc, non pas d'une fistule tuberculeuse, mais d'un défaut de cicatrisation par suite de la présence de corps étrangers.

Les paralysies des scaphandriers

M. Boinet et **M. Audibert**, son interne, ont recueilli plus de vingt observations d'accidents survenus chez des scaphandriers au cours de leur travail. La mort s'est produite dix fois. Dans tous ces cas elle est survenue subitement, cinq à dix minutes après la plongée, rarement après un laps de temps un peu plus prolongé. Elle se produit avec les symptômes, soit de la syncope, soit de l'ictus apoplectique.

Dix observations de paralysies durables ont été constatées. Ce sont, toutes,

des paraplégies; elles se sont montrées à la suite de plongées très profondes, brusquement, de 3 à 10 minutes après la plongée, sans qu'aucun symptôme anormal ne les ait précédées. Ces paraplégies restent flasques pendant environ un mois; la sensibilité est complètement abolie, en général, sous toutes ses formes; il existe souvent une zone d'hyperesthésie en ceinture, passant par la région ombilicale. Les réflexes rotuliens et crémastériens sont abolis. La rétention d'urine et des matières fécales est constante. Au bout d'un mois, la paraplégie entre dans la période spasmodique. La démarche se fait par secousses, la plante du pied raclant le sol. Le reflexe rotulien est exagéré; la trépidation épileptoïde souvent intense. L'incontinence fait place à la rétention d'urine et de matières fécales.

Les paraplégies transitoires ont été observées cinq fois. Ce sont des monoplégies, des hémiplégies, des paraplégies ou des quadraplégies. Ce sont des accidents de petit fond et leur allure clinique est celle du début des paralysies décrites ci dessus. Leur caractéristique est de ne durer que très peu de temps, de quelques heures à quinze jours, de disparaître, le plus souvent, brusquement, et de guérir d'une façon définitive. (*Marseille médical*, 15 nov. 1904.)

Corps étranger de la bronche lobaire inférieure droite (petit bouchon), extrait par la bronchoscopie.

MM. d'Astros et Molinié ont communiqué au Comité médical de Marseille l'observation d'un enfant de onze ans qui, en jouant, aspira un petit bouchon servant à boucher des petits tubes contenant de la poudre de coco de Calabre. Les premiers phénomènes furent des quintes de toux qui, d'abord assez violentes et assez fréquentes, disparurent complètement au bout de deux ou trois jours. La fièvre s'alluma et atteignit 40°. En même temps l'auscultation et la percussion permettaient de reconnaître l'absence de perméabilité du lobe pulmonaire inférieur droit.

Au quinzième jour seulement furent entreprises les tentatives d'extraction. Elles consistèrent dans l'exécution préliminaire de la trachéotomie sous chloroforme suivie de l'introduction d'un tube bronchoscopique; le corps étranger fut aperçu à 1 centimètre de l'entrée de la bronche lobaire inférieure droite, mais ne put être extrait dans cette séance. Deux jours plus tard, de nouvelles tentatives furent entreprises avec la simple anesthésie à la cocaïne. Le tube fut réintroduit par l'ouverture trachéale et on lui fit parcourir le même trajet qu'à la première séance. Le corps étranger occupait le même siège et, avant de l'extraire, on fit un badigeonnage à la cocaïne. Le porte-ouate introduit, au contact du corps étranger, eut pour effet de le mobiliser et, en retirant la tige porte coton, le bouchon sortit en même temps et fut suivi d'un flot de pus qui jaillissait violemment à travers le tube laissé en place. Quand on jugea que tout le pus était évacué, le tube fut à son tour retiré. Une canule fut placée dans l'incision trachéale. Le malade ausculté à nouveau, on put percevoir le retour du murmure vésiculaire, indice de la perméabilité des alvéoles (*Marseille méd.*, 15 nov. 1904).

G.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Suppuration chronique, avec dépôts calcaires aux doigts

Un confrère polonais, **M. Dounine** (*Gaz. lekarska* et *Rousskу Vratch*, 1904, n° 48), décrit deux cas de suppuration de longue durée, aux extrémités digitales, accompagnée de la formation de calculs de carbonate de chaux dans les foyers purulents.

Le premier de ces faits concerne une femme, âgée de cinquante-quatre ans, qui, depuis une douzaine d'années déjà, souffrait de crises douloureuses dans les doigts des deux mains. La crise s'annonce par des picotements dans les extrémites digitales, puis, au bout de quelques jours, on voit se former un petit nodule sous-cutané qui, parfois, à l'occasion d'un bain, s'élimine spontanément ou bien persiste indéfiniment en place sous la forme d'une induration jaunâtre. Les pulpes digitales sont dures au toucher, mais n'accusent pas de sensibilité douloureuse; quelques phalangettes sont épaissies, d'aspect vernissé. La sensibilité tactile est conservée. Les articulations inter-phalangiennes offrent une mobilité normale. La main gauche affecte l'attitude en griffe par suite de rétraction de l'aponévrose palmaire. Rien du côté des organes internes. L'urine contient une petite quantité d'albumine, quelques cylindres, des globules rouges en petit nombre, des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique. La malade avait fait, sans le moindre succès, deux cures à Karlbad où on l'avait envoyée la prenant pour une goutteuse. Pour se rendre compte de la nature des dépôts aux extrémités digitales, l'auteur pratiqua, au niveau d'une des indurations, une ponction qui donna issue à une goutte de pus. Examiné sous le microscope, ce pus fut trouvé contenant nombre de cristaux en tablettes. L'acide acétique était sans action sur ces cristaux, mais au contact de l'acide chlorhydrique ils disparaissaient en dégageant des bulles gazeuses. L'adjonction d'une solution saturée d'acide oxalique provoquait l'apparition de cristaux typiques d'oxalate de chaux. Les concrétions sous-cutanées consistaient donc essentiellement en carbonate de chaux. En ce qui concerne le pus, il était absolument stérile. La radiographie donna des ombres noires en correspondance avec les indurations sous-cutanées des extrémités digitales.

La seconde observation se rapporte également à une femme, âgée de quarante ans, qui vint consulter l'auteur pour des indurations, non douloureuses, développées aux pulpes digitales des deux mains. Cette lésion remonte à quatre années. Les extrémités des doigts sont parsemées de taches jaunes, recouvertes cependant d'un épiderme normal. Parfois l'épiderme se fend et laisse échapper une petite concrétion. Comme dans l'observation précédente, ces concrétions étaient de nature carbo-calcaire.

En somme, dans ces deux cas, les dépôts sous-cutanées n'étaient nullement uratiques.

Fibro-myomatose utérine guérie par les injections sous-cutanées de thiosinamine

M. G. Li Destri (*Gaz. degli ospedali*, 15 décembre 1904) relate un cas de fibromyome de l'utérus, que l'idée lui vint de traiter par les injections hypodermiques de thiosinamine et qui aurait, en effet, guéri à la suite de ce traitement.

Il s'agissait d'une femme, âgée de quarante-sept ans, déjà affaiblie par les métrorragies, et qui présentait, à la région sus-pubienne, du côté droit, une voûssure, très apparente, au niveau de laquelle la peau était tendue. La palpation profonde révélait ici un utérus augmenté de volume, déplacé vers la droite par une tumeur, de consistance très dure, ronde, à surface lisse, douloureuse au toucher. Cette tumeur, du volume d'une grosse orange, proéminait dans la cavité ventrale, mais suivait tous les mouvements qu'on imprimait à la matrice. Le col utérin, souple, légèrement dilaté et de couleur ardoisée, laissait échapper un écoulement leucorrhéique nullement ichoreux. On avait évidemment affaire à un fibromyome interstitiel de la matrice. L'auteur eut recours aux injections de solution alcoolique de thiosinamine à 15 %. Il injecta chaque jour, pendant quatre jours successifs, un demi-centigramme de cette solution près de la voûssure sus-pubienne, puis il porta à 1 gr. par injection et par jour la quantité de ladite solution, et s'en tint à cette dose pendant huit jours. Après la neuvième injection le fibromyome fut trouvé fortement ramolli; son volume avait diminué de moitié. Les douleurs, les troubles de la miction avaient disparu. A la deuxième injection, l'auteur jugea opportun de suspendre le traitement. La tumeur n'en continua pas moins à fondre. Au bout d'un mois, à l'endroit où avait siégé le fibrome, c'est à peine si l'on constatait une trace d'induration utérine. La dernière menstruation s'effectua normalement, comme quantité. L'état général ne cessait de s'améliorer.

Cette observation est bien curieuse. Quelle que soit la réserve qu'on puisse faire sur son compte, il paraît difficile d'admettre ici une erreur de diagnostic. L'hypothèse d'une involution spontanée de la tumeur utérine, coïncidant d'une façon toute fortuite avec la médication thiosinamique, semble également inadmissible.

L'opération de l'appendicite par une incision postérieure

M. Sheldon (*Ann. of. Surg.*, septembre 1904) préconise la voie postérieure ou lombaire pour l'opération de certaines appendicites. On découvre le muscle carré des lombes par une incision verticale, menée le long du bord externe du grand dorsal. Une seconde incision, transversale, est faite à proximité de la crête iliaque, à travers l'aponévrose lombaire et le fascia transversalis, mettant à découvert le péritoine directement au-dessus du cœcum. L'auteur a pu constater que, dans les appendicites suppurées, l'abcès, sauf quelques rares exceptions, se trouve en contact immédiat avec le cœcum et se laisse alors atteindre et ouvrir plus rapidement, avec moins de difficulté et plus de sécurité, à travers une incision postérieure que par une autre voie quelconque. On ouvre l'abcès à sa partie la plus déclive, et l'on peut atteindre et traiter la région infectée sans exposition d'intestin grêle ou d'épiploon. En cas d'infection rétro-péritonéale, le drainage est beaucoup plus commode à effectuer par une incision postérieure qu'à travers une incision antérieure. La hernie post-opératoire est moins à craindre. L'incision postérieure a été pratiquée par l'auteur dans 58 cas d'appendicectomie, toujours avec plein succès.

La digitale associée à la strychnine et à la quinine dans les cardiopathies organiques

Chez les cardiaques en période d'hyposystolie, alors que la digitale, à elle seule, demeure sans effet, **M. A. Hecht** *Therap. Monatsh.*, 19, 1904, I.88, VII) recommande d'associer ce médicament à la strychnine et à la quinine, d'après une formule qui lui aurait toujours donné d'excellents résultats et que voici :

Poudre de feuilles de digitale.	àà 0 gr.50
Chlorhydrate de quinine	
Extrait alcoolique de strychnine	0 gr.30

Divisez en vingt pilules.

A prendre : trois à six pilules par jour.

Cette médication dissiperait, non seulement les phénomènes d'affaiblissement cardiaque, mais, une fois la diurèse rétablie, elle amènerait encore la disparition rapide des troubles gastriques.

Traitement de l'héméralopie par les ventouses scarifiées à la nuque

D'après **M. Blagoveschensky** (*Viestnik oftalm.* et *Roussky Vratch*, 1904, n° 46), les émissions sanguines locales présenteraient un procédé très efficace de traitement de l'héméralopie, comme l'auteur a pu s'en convaincre dans sept cas de cette anomalie qu'il a eu l'occasion de soigner. Dans toutes ces observations, à la suite d'une seule application de ventouses scarifiées au niveau de la septième vertèbre cervicale, l'héméralopie a disparu complètement, en un laps de temps variant entre un et quatre jours. Il y eut une récidive qui céda, avec la même facilité, à une nouvelle application de ventouses scarifiées. Aucun autre moyen de traitement ne fut employé dans ces cas. Un autre confrère russe, M. Arkhanguélsky, sur le conseil de l'auteur, a eu recours, avec le même succès, aux émissions sanguines locales dans deux cas d'héméralopie.

La résine de gaïac contre l'amygdalite

D'après **M. W. Zenner** (*Therap. Monatsh*, 1904, XII), un moyen local, qui, employé concurremment avec les gargarismes et certaines médications internes (phénacétine, quinine), procurerait un soulagement rapide dans l'amygdalite aiguë, consiste dans l'usage de la résine de gaïac sous forme de pastilles ainsi composées :

Résine de gaïac.	àà 2 gr.
Sucre blanc....	

Mêlez. Faites dix petites pastilles.

Toutes les deux heures, le malade laissera fondre une pastille dans la bouche.

Dr Vladimir de Holstein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 décembre

La variole et la vaccination dans le Haut Oubanghi

M. Kermorgant présente à l'Académie un rapport du docteur de Goyon, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales, sur ce sujet.

La variole règne, dans cette région de l'Afrique, à l'état endémique; les indigènes la connaissent et la redoutent, aussi, dès qu'un cas se produit, éloignent-ils le malade. Ils lui construisent un abri dans la brousse, ne laissant auprès de lui, pour le soigner, que des personnes ayant déjà subi les atteintes de la maladie.

Le vaccin employé provient de différents Instituts de France et de celui créé à Boma par l'Etat indépendant du Congo; mais ni l'un ni l'autre n'ont donné de résultats. La pulpe perd vite sa virulence, par suite des températures excessives de 50° et 55° qu'elle doit subir pendant deux à trois mois, temps nécessaire pour parcourir les 3000 kilomètres qui séparent Bangassou de la Côte.

Pour remédier à ces inconvénients, M. de Goyon propose de créer un centre vaccinogène à Brazzaville et de se servir de boîtes de fer-blanc remplies d'eau et recouvertes d'étoffe souvent mouillée, pour transporter les tubes de vaccin.

Élections

Par 67 suffrages sur 71 votants, M. Guéniot a été nommé vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1905.

M. Motet a été maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

Ces deux nominations ont été saluées par des applaudissements unanimes.

G.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 décembre

Sur la signification défensive des surcharges graisseuses pathologiques

M. P. Carnot et Mlle Cl. Deflandre. — La surcharge graisseuse est un des processus anatomiques le plus fréquemment observés au cours des infections et des intoxications. Elle se produit, d'ailleurs, suivant certaines modalités assez différentes.

Dans un premier groupe de cas, la surcharge graisseuse est purement locale : il se constitue, autour d'un organe altéré, une gangue scléro-lipomateuse parfois considérable. Cette péri-viscérite scléro-lipomateuse s'observe autour du rein dans certains cas de pyélonéphrite ou de tuberculose rénale, autour de l'appendice dans certains cas d'appendicite; nous l'avons bien souvent constatée autour du pancréas dans des cas expérimentaux ou cliniques de pancréatite infectieuse. Dans la péritonite chronique, on observe souvent aussi une surcharge graisseuse considérable de l'épiploon ou du mésentère. L'adéno-lipomatose nous paraît être un processus analogue. Enfin, certaines surcharges graisseuses du cœur dans des cas d'endo, de myo, ou de péricardite ont peut-être une signification semblable.

Dans un deuxième groupe de cas, beaucoup plus fréquent, on constate une surcharge graisseuse diffuse, au sein même des cellules des différents organes altérés. S'agit-il d'une dégénérescence ou d'une surcharge graisseuse? La question paraît d'autant plus difficile à résoudre que les deux processus existent vraisemblablement côte à côte. D'une part, en effet, il y a certainement une dégénérescence graisseuse, mais, d'autre part, dans la majorité des cas, la transformation graisseuse paraît être une surcharge adipeuse plutôt qu'une dégénérescence. L'étude histologique montre souvent qu'un grand nombre de cellules, déjà surchargées de graisse, sont en réalité très vigoureuses et n'ont pas trace d'altération nucléaire.

Pour ces diverses raisons, nous croyons être en droit d'admettre, à côté de la dégénérescence graisseuse, une surcharge graisseuse pathologique, qui nous paraît beaucoup plus importante et beaucoup plus fréquente.

Nous nous sommes alors demandé si cette surcharge graisseuse, que l'on observe si souvent, dans le foie surtout, mais aussi dans les autres organes, au cours des intoxications alcooliques, phosphorées, arsenicales, tuberculeuses, etc., n'avait pas la signification d'un processus anatomique réactionnel, de même que la plupart des autres processus anatomiques et, dans cette hypothèse, nous avons cherché quelle pouvait en être l'utilité et la raison d'être.

Il nous semble, tout d'abord, que la surcharge graisseuse pathologique peut avoir la valeur d'une réserve alimentaire. Le foie se surcharge de graisse au moment de la reproduction, pour transmettre consécutivement ses réserves alimentaires au fœtus, à l'exemple de ce qui se passe à l'état physiologique, dans la série animale. C'est ainsi qu'on sait de même, depuis les recherches de Brault, l'importance des réserves cellulaires glycogéniques dans les tissus enflammés ou néoplasiques.

Dans les cas d'infection ou d'intoxication, la surcharge graisseuse, celle du foie, notamment, aurait donc, comme la surcharge glycogénique, la valeur d'une réserve alimentaire destinée à favoriser la nutrition des cellules, par là même à en exalter la vitalité, et à favoriser la défense antitoxique.

En second lieu, nous nous sommes demandés si la surcharge graisseuse du foie n'avait pas, par elle-même, une valeur antitoxique. Cette hypothèse paraît vraisemblable, d'après nos expériences sur la défense d'animaux (cobayes) intoxiqués par l'alcool, à une dose très supérieure à la dose mortelle. Ceux qui avaient été mis en état de surcharge graisseuse ont beaucoup mieux résisté que les témoins. Ce fait expérimental est à rapprocher du fait clinique que la surcharge graisseuse du foie est de règle dans l'alcoolisme.

On peut, d'autre part, rapprocher de nos expériences l'usage des buveurs de gin anglais, de boire de l'huile au milieu de copieuses libations, pour pouvoir en supporter davantage. Peut-être cette huile agit-elle dans l'intestin; peut-être aussi surcharge-t-elle les cellules hépatiques et augmente-t-elle leur rôle antitoxique.

La surcharge graisseuse du foie paraît donc pouvoir être considérée comme un processus antitoxique, et comme une réaction défensive.

M. Josué. — Les lésions du tissu élastique des artères dans l'athérome. — Les altérations du tissu élastique sont très profondes dans l'athérome, et c'est précisément au niveau des lames élastiques que siège la lésion de l'athérome artériel.

LIVRES NOUVEAUX

Pour lire en attendant Bébé (conseils aux jeunes mères), par M. J. Donnadieu. Préface de M. le prof. P. Budin.

M. Budin présente au lecteur ce petit livre en termes que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire : « A tous ceux qui espèrent en la venue prochaine d'un enfant, nous ne saurions trop recommander ce petit volume : *Pour lire en attendant Bébé*; dans ces pages tout à fait vivantes ils trouveront réunis l'utile et l'agréable... Instruire en amusant, tel est le but que certainement s'est proposé l'auteur. Il a pleinement réussi, car rien n'est plus intéressant que ce volume du Dr Donnadieu.

E. A.

Librairie O. Doin

Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge, tome II, publié sous la direction du Dr Henri de Rothschild.

Ce deuxième tome du Traité d'hygiène et de pathologie du Dr Henri de Rothschild est édité avec le même soin et le même luxe de magnifiques photogravures que le précédent.

Il comprend les parties suivantes :

Maladies du nez, du larynx et de l'oreille, par le Dr Bonnier.

L'auteur a traité avec sa conscience habituelle de ces maladies, dont l'étude est chez le jeune enfant particulièrement difficile. Je voudrais pouvoir citer en entier les pages consacrées au traitement de l'otite purulente, toutes pleines d'instructions pratiques précieuses et trop peu connues malgré la fréquence de l'affection.

Maladies des yeux, par le Dr Péchin. L'auteur a fait œuvre intéressante et originale en ce qui concerne les affections oculaires congénitales et familiales encore très mal connues pour la plupart. Au chapitre de la conjonctivite gonococcique des nouveau-nés, si terrible puisque c'est elle qui peuple nos asiles d'aveugles, la prophylaxie et le traitement sont traités avec le plus grand soin.

Hygiène et pathologie cutanées, par le Dr Gastou. Cette partie débute par un remarquable chapitre de pathologie générale au point de vue spécial de la pathologie cutanée. Elle est illustrée d'un bout à l'autre de merveilleuses photogravures.

Maladies de l'appareil respiratoire, par les Drs Roques, Audion, Brunier, Perret et Ehrhardt.

Maladies du cœur, par le Dr Perret, avec une intéressante revue des malformations cardiaques.

Maladies du foie et *maladies de la rate*, par le Dr Kahn. On y trouvera, traités avec une compétence toute spéciale, les chapitres instructifs sur les ictères des nouveau-nés, sur la dégénérescence graisseuse du foie du nouveau-né, sur la syphilis hépatique héréditaire et les mégalosplénies infantiles.

Maladies du péritoine, par le Dr Deschamps.

E. Apert.

Analyse chimique du sang, par M. H. Labbé.

Très complet précis de technique chimique pour la détermination qualitative et quantitative des substances chimiques du sang. La plupart des procédés indiqués dans cet ouvrage sont beaucoup trop spéciaux pour être d'usage courant en clinique ou dans les laboratoires de clinique. Mais le médecin trouvera, dans ce petit volume, des renseignements intéressants sur les variations des substances normales et anormales du sang selon l'état physiologique ou pathologique du sujet.

Vient de paraître :

Librairie A. Maloine

Géographie médicale des cinq parties du monde, par E. Laurent. 1 vol. in-18 cart. de 830 p. 1905. 7 fr. 50.

Le Corset (histoire, médecine, hygiène). Tome I. Etude Historique, par le docteur O'Followell, avec une préface de P. Ginisty, ouvrage illustré de 199 fig. avec 7 planches hors texte. 5 fr

Un traitement curatif de la tuberculose pulmonaire, par le docteur A. Arthuis. 1 vol. in-12. 1 fr.

L'Œuvre de l'abbé Bourgeois (l'homme tertiaire de Thenay), par le docteur F. Houssaye. 1 vol. in-8. 2 fr. 50.

Comment se soignaient nos pères (remèdes d'autrefois), par M. Cabanès. 1 vol. in-18 de XII-490 pages. 5 francs.

Précis du paludisme, par M. J. Crespin, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger, médecin de l'hôpital Mustapha. 1 vol. in-18, avec 20 fig. et 1 pl. en couleur. 5 fr.

Manuel théorique et pratique des autopsies, par M. Ziigien. 1 vol. in-18, format de poche, cart. toile. 4 fr., net 3 fr. 50.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Médecine

Le jury pour l'*anatomie* comprend MM. Lamy, Lion, Thiéry, Chaput et Macé.

Pour la *pathologie* : MM. Moutard-Martin, A. Renault, Babinski, Delbet et Marion.

La première séance d'anatomie a eu lieu hier soir mardi, à 8 heures, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau.

Les séances de pathologie auront lieu les lundis à 5 heures du soir, les jeudis à 8 heures du matin et les vendredis à 8 heures du soir, à la Charité, amphithéâtre Velpeau.

La première séance aura lieu le jeudi 22 décembre

Liste des candidats.

(1re série).

1 Vincent René, Guggenheim, Senlecq, Boudal, Lemaire Jean, Deroye, Foix, Lemarchal, Stepowski, Alliot, Petiteau, Laurence, Lew, Di Chiara, Brissaud, Lasnier Maurice, Boudon, Dubois, Mesnager, Vigneron d'Heucqueville, Froget, Lian, Chazagrain, Blairon, Clarac, Boulouneix, Rolet, Lebras, H. Lerat, Giroux, Perrin, Boudet, Lacheny, Chéné Henri, Toutain, Monsaingeon, de Gandt, Bédrines, Pelissier, Schaffer.

41 Vincent Clovis, Dureau, Moyrand, Braun, Chauderis, Herisson, Marsan Félix, Jullich, Petel, Hovelacque, Doury, David Moïse, Bonvoisin, Quentin, Brulé Marcel, Gimbert, Macé de Lépinay, Mallen, Fage, Fichot, Duchet Luchaux, Jean, Vézard, Dreyfus, Rousseau Laugivelt, Benou, Blaizot, Saissi, Léon, Bory Louis, Lemerle, Duvoir, Yuzbachian, Viel, Mignard, Charier, Troisier, Richou, Planson.

80 Handelsmann, Deslions, Aynaud, Pelletier, Jacob Pierre, Guyot, Juillard, Galup, Raulot-Lapointe, Barré, Bailliet, Dumas René, Mlle Bouteilu, Chevallier Gab., Fontorbe, Durand Gast., Joltrain, Trèves, Bienvenu, Monier-Vinard, Pouel, Poirrier, Ciuciu, Maurat, Hubert Ch., Garipuy, Cléret Val, Maurice, Guyader, Fenestre, Gomard, Cheirot, Gallais, Davesne, Marre, Reubsaët, Séjournet, Combier, Feuillé, Dupont Léon, Fauconnier.

120 Fayolle, Rœderer, Nicolas, Ehrenpreis, ~~Brocq~~, Le Moine, Faugeron, Lemercier, Roux, de Brumel de Serbonne, Pépin, Abrami, Sourdat, De Bon, Cotard Lucien, Douay, Detré, Trormé, Delmas, Boyé, Tinel, Bord, Cornélius, Pottet, Levi-Valensi, Collignon, Levêque, Chaudron, Mascarenhas, Boulakia, Flurin, Guérin Alph., Vannier, Privat, Debertrand, Chauveau P., Creiner, Burnier, Bougarel, Noël Philippe.

160 Lévy Franckel, Pellot, Dlle Landry, Stevenin, Trannoy, Raymond Jos., Foucart, Ramus, Garbau, Héchemann, Le Mée, Roussel, Huré, Henri R.-L., Pinard, Blanc, Clérot H., Dupuy Laurent, Gougnet de Girac, Henry Robert, Dlle Birbeng, Auguste Louis, Saiget, Féret, Cottard H., Crétaux, Monner, Kahn P., Luneau, Loumeigne, Grandchamp, Hardiviller, Potelet, Simonin, Porée, Brisset des Nos, Maymou, Roussellier, Bouche, Buizard, Keller.

201 Lamy Louis, Thévenin, Glénard, Vatel, Loyer, Chastagnol, Dalmon, Hautefort, Marchal, Monnier A., Giraudeau, Ancibure, Lamarre, Bécus.

2e série

215 ~~Bezy~~, Plivard, Faroy, Marcorelles, Dubosc, Vernes.

221 Gosselin, Graux, Roy, ~~Lucas-Championnière~~, Chambard, Bougon, Vaury, Brenac, Lyon Caben, Eliot, Deroide, Haas Gustave, Vermorel, Savouré, Trapenard, Bax, Braillon, Siguret, ~~Glomet~~, Chenier, ~~Levy-Bruhl~~, Brin, Laffont, Cesbron, Touraine, Triquenaut, Basset, Collandre, ~~Soventre~~, Vivien, Rouzel, Lecomte, Parrical de Chammard, Barbier, Thébault, Regnard, Michel, Houlmann, Bossoreil, Saison.

261 Maurios, Baudoin, Rabourdin, Chardon, Lenormand, Harvier, Aïtoff, Jacoulet, Bodolec, Delapchier, Ferté, Strolhin, Berthoumeau, Schæfer Ch., Lerat Georges, Bain André, Bénard René, Vouters, Morant, Leduc, Fabre Joseph, Mihil, Descomps, Houdard, Chauvois, Cadenat, Chaulet, Silbert, Jouvin, Davenière, Blocq, Halma Grant, Bourdier, Lomon, Canque, Olivier Eug., Caraven, Thibault, Le Caplain, Leverre.

401 Vilette, Crepin, Bour, Fabignon, Ménard Louis, Daviau, Gy, Parturier, Mock, Hernette, Colibert, Sloog, Faix, Lamouroux, Lemeland, Carvadias, Beuzart, Alexandre Paul, Malterre, Bing, Moulu, Flandin, Chaumel, Gilbert, Haas François, Mlle Giry, Ducastel, Chamard Bois, Ménard Pierre, Tournay, Bénard H., Petit Constant, Coqueret, Couton, Foy Georges, Pénard, de Paoli, Pironneau, Singer, ~~Rendu Albert~~.

341 Boulin Gustave, Duverger, Chry, Lemaire Louis, Camacho, Goulden, Lagane, Martigny, Giret, Brémond, Paul Boncourt, Bailly Léon, Zæppfel, Martin Fernand, Meltzer, Weil André, Delozières, Chevillotte, Bertrandon, Hirtz, Levy Pierre, Boulland, Traubmany, Séguinot, Le Blaye, Ebringer, Piettre, Haller, Bezançon, Huguet, Collin André, Danoux, Perol, Benoit Georges, d'Halluin, Meygret, Hamel, de Vaugrand, Dauge, Rembert.

381 Garric, Roucayrol, Fleig, Jumentié Vautier, Roulland, Nicaud, Cordier, Frimault, Chauveau Camille, Louvrier, Leconte, Durand M., Chabrol, Laplace, Giraud, Grasset, ~~Gouurlot~~, Loubry, Gembron, Caeurlet, Sassani, Peyache, Paul, Bruel, Alexandresco, Roullier, Rousselot, Rabinovici, Magnin, Ymonet, Roudinesco, Burcker, Mlle Debat Ponsac, Moreau, Eck Salm, Worth, Berniolle, Sezary.

421 Poissonnier, Cottu, Courdonou, Graziani, Dournel, Crémieu, Delaigne.

Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son assemblée générale annuelle le 27 novembre 1904. En présence de la prospérité de tous les services du Syndicat : recouvrements, caisse de défense, bureau d'assurances, coopérative, le Syndicat a décidé la création sous ses auspices, d'une assurance mutuelle vie et d'une assurance mutuelle accidents entre médecins syndiqués.

Le bureau pour 1905 est ainsi composé M. Sérilles, président ; MM. Gourichon et Rotillon, vice-présidents ; Bellencontre, secrétaire général ; Noir, trésorier ; MM. Antheaume, Levassort, Diverneresse, Vimont, Hélouin, Tripet, Poirier, J. Mallet, Régeard, Sebileau, G. Weil, Lecerf (d'Asnières), Billon, Dally, Lamouroux, Vallat.

Par arrêté préfectoral en date du 13 décembre 1904 :

M. Lwoff a été nommé médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Maison Blanche, en rempl. de M. Taguet.

M. Bonnet a été nommé méd. en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine et chargé de la dir. de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, en rempl. de M. Trénel, nommé dir. méd. de l'asile de Moisselles.

M. Capgras a été nommé méd.-adj. à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, en rempl. de M. Trénel.

HOPITAL COCHIN

M. Chauffard recommencera ses conférences de clinique médicale le samedi 7 janvier, à 10 heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

M. Gandy, ancien chef de clinique de la Faculté, recommencera ses conférences privées d'internat avec un prosecteur, le 14 janvier prochain. Écrire 75, rue du Rocher.

La prochaine réunion mensuelle de la Société de l'internat aura lieu le jeudi 22 décembre, à 5 heures du soir, dans l'hôtel de la Société de chirurgie. M. le prof. Guyon fera une conférence sur « La chloroformisation de la vessie ».

Le dîner amical mensuel aura lieu à 7 h. 1/2 à la brasserie Zimmer, place du Châtelet.

Le conseil de la Faculté de médecine de Lyon a présenté à l'unanimité M. Rollet à la chaire de clinique ophtalmologique, en remplacement de feu le prof. Gayet.

UNE FICHE CALOMNIATRICE

Un de nos collaborateurs ordinaires, candidat, depuis quinze ans, avec les meilleurs titres, à une fonction publique cependant assez modeste, ne s'expliquait pas les raisons de son échec prolongé. Les journaux politiques se sont chargés, ces jours-ci, de lui donner la clef du mystère en faisant passer sous ses yeux la fiche ci-dessous. Nous la reproduisons purement et simplement à titre de document, car nous n'avons pas à prendre position sur un semblable terrain ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que les faits allégués à l'encontre de notre collaborateur n'ont jamais percé à travers ses articles. Ce doit être une pure calomnie.

Dr Desesquelle, quartier Saint-Thomas d'Aquin (naturellement). Clérical renforcé et parfait calotin, mais, si besoin est, retourne un peu sa coiffure. Depuis l'expulsion des moines, porte, en signe de protestation, une énorme tonsure et la longue barbe des capucins, mais, pour ses rarissimes clients républicains, explique cette calvitie par l'arthritisme (?)

Libelle toujours ses ordonnances sur du papier format jésus. Ne prescrit jamais, en matière de drogues officinales, que des médicaments cléricaux ou réactionnaires, tels que le chardon bénit, la reine des prés, le sceau de Salomon, la camomille romaine, la pierre divine, la pierre infernale, l'eau céleste, la fève de saint Ignace, l'eau de mélisse des Carmes, l'électuaire catholicum, l'onguent de la mère Thècle, la poudre escharotique du frère Côme. En fait d'eaux minérales, ne prescrit jamais que celles portant un nom de bienheureux : Saint-Alban, Saint-Galmier, Saint-Honoré, Saint-Léger (de Pougues), Saint-Jean (de Vals), Saint-Yorre (de Vichy). Agit de même pour les cures d'eaux. Ne connaît que Saint-Amand, Saint-Christau, Saint-Honoré, Saint-Nectaire, Saint-Sauveur, et les deux Bourbons (l'Archambaud et Lancy).

Par hypocrisie, la veille des grandes fêtes, soumet ses malades au jeûne et à l'abstinence, sous le fallacieux prétexte de les mettre à la diète. Fait des signes de croix sur tous ses écrits professionnels et jusque sur les notes des clients qui ne le paient pas.

N'admet qu'un procédé pour la taille : celui du frère Jacques qui est pourtant passablement vieux. Est opposé à toute amputation de seins. Refuse, de même, de traiter la danse de Saint-Guy. N'opère jamais, par crainte de se salir, dans le triangle de Scarpa. Supprime le marteau dans la chaîne des osselets. N'achèterait jamais un livre chez Masson.

Très dangereux. A surveiller. A part ça, très bon médecin.

ERRATUM

Dans l'article de M. Albert Robin (*Bulletin médical*, numéro du 7 décembre, page 1051, 2e colonne, au lieu de : « L'injection est suivie pendant quelques heures d'une leucocytose véritable. . », lire : « d'une *leucolyse* véritable.

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

PRÉSERVATION SCOLAIRE
CONTRE LA TUBERCULOSE (1)

Par M. le Prof. GRANCHER

Méthode d'examen et diagnostic précoce

I

Il n'est pas un médecin, et surtout pas un médecin d'enfants, qui ne sache combien la tuberculose ganglio-pulmonaire est fréquente, car la majorité des enfants qui viennent à l'hôpital et y succombent à une maladie quelconque sont, en outre, atteints d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, que nous trouvons à l'autopsie. Cette maladie peut rester latente, ou à peu près, jusqu'à l'adolescence; puis, elle éclate à l'occasion des fatigues de la croissance, des études spéciales, de l'atelier, des concours de carrière, de la vie de caserne, etc... Si donc on pouvait dépister cette adénopathie chez les enfants de l'école primaire et la traiter comme il convient, on aurait chance de préserver au moins une grande part de ces écoliers, du mal qui les guette, dans un avenir plus ou moins long.

La tuberculose, en effet, est d'autant plus obéissante à la thérapeutique que le traitement est fait de meilleure heure. C'est à cette période de l'extrême début qu'elle est *la plus curable de toutes les maladies chroniques*. Plus tard, au contraire, elle résistera presque toujours à nos efforts.

Pénétré de ces idées, j'ai groupé autour de moi plusieurs de mes élèves, médecins des hôpitaux, anciens chefs de clinique des maladies de l'enfance, ou chefs de clinique et internes, tous rompus à l'examen des enfants, tous animés des mêmes convictions.

M. Méry, agrégé, chargé de mon cours, a bien voulu prendre la direction de ces examens d'enfants à l'école. Il a trouvé la collaboration la plus bienveillante dans tout le personnel de l'enseignement primaire, inspecteurs et directeurs, que je remercie vivement.

Voici les noms de mes élèves qui, de novembre 1903 à mai 1904, ont, avec M. Méry, examiné tous les enfants de l'école des garçons et des filles du XV[e] arrondissement, rue de l'Amiral-Roussin.

Ce sont : MM. Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, Boulloche, Aviragnet, J. Renault, médecins des hôpitaux; MM. Zuber et J. Hallé, anciens chefs de clinique; MM. Guillemot et Terrien, chefs de clinique; MM. Vignalou, Babonneix, Armand Delille, anciens internes. Ces messieurs se sont groupés par deux, ont choisi pour chaque groupe un jour de la semaine et ont commencé leur travail.

L'école des garçons et celle des filles de la rue de l'Amiral-Roussin (XV[e] arr.) ont été choisies sur les indications de M. l'inspecteur Baudrillard, comme représentant assez bien la moyenne de la population parisienne, au point de vue de l'aisance et de l'hygiène, et ayant chance, en conséquence, de donner un pourcentage moyen.

Le premier examen, celui de l'école des garçons, a eu lieu du 23 novembre au 23 décembre 1903. Il a porté sur le poids, la taille, le périmètre thoracique et, plus spécialement, sur la recherche de la tuberculose pulmonaire ou ganglio-pulmonaire latente.

Tous les enfants de cette école (sauf deux qui ont refusé), soit 438, ont été examinés en 22 séances, chaque séance ayant une durée de 1 h. 1/2 à 2 heures. 312 enfants sur 438 ont été trouvés sains, 126 ont été retenus pour un examen ultérieur de contrôle, à cause d'un état aigu de bronchite gênant parfois le premier examen. Cet examen de contrôle a été fait par plusieurs de ces messieurs, réunis en commission, du 28 décembre 1903 au 16 janvier 1904, en six séances. Il n'a porté que sur 123 enfants, 2 ayant quitté l'école dans cet intervalle.

Voici le résultat définitif : 62 enfants, soit 14 0/0 environ, sur toute l'école, ont été reconnus atteints, à des degrés divers, de lésions tuberculeuses ou fortement suspectes.

Dans quatre séances nouvelles, ces 62 enfants ont été revus accompagnés de leurs parents afin de connaître l'état de santé des parents et aussi les moyens dont ils disposaient pour soigner leurs enfants.

La coexistence de la tuberculose des parents et des enfants a été souvent notée (1).

Quant aux 62 enfants on peut les classer ainsi :

1 est atteint de lésion pulmonaire avancée et doit quitter l'école pour l'hôpital;

15 sont assez sérieusement touchés quoique leur mala-

---

(1) Cet article paraît simultanémen dans le premier numéro d'un nouveau recueil : les *Archives internationales d'hygiène scolaire*, fondées par le professeur D[r] Griesbach, de Mulhouse, et éditées par Engelmann, à Leipzig. Nous souhaitons cordialement la bienvenue et le succès — qui ne fait pas de doute — au nouveau recueil.

J. J.

(1) Je ne puis donner de chiffre exact parce que beaucoup de parents n'ont pas répondu à notre appel, mais la moitié, au moins, des parents qui sont venus à l'école avec leurs enfants étaient, eux aussi, atteints de tuberculose.

die soit encore fermée. La campagne ou un sanatorium leur conviendrait à merveille.

46, atteints légèrement et surtout d'adénopathie trachéo-bronchique, peuvent continuer à suivre l'école, mais avec un traitement préventif de poudre de viande et d'huile de morue et sous la surveillance attentive du médecin.

Nous avons depuis longtemps la preuve, mes élèves et moi, que ces enfants, adénopathiques des bronches, ou en état de germination tuberculeuse du poumon, s'améliorent très souvent à l'hôpital, avec un peu de suralimentation : pulpe, poudre ou suc de viande, huile de morue quand l'estomac la digère bien. Aussi n'ai je pas hésité à demander à M. Chautard, qui veut bien se souvenir d'avoir été mon chef de laboratoire, de nous aider à obtenir, de la Caisse des écoles, la subvention nécessaire pour ce traitement préventif.

M. Chautard s'est intéressé très vivement à cette œuvre de *préservation scolaire* et a obtenu les 1500 francs que coûteront, pour nos enfants malades ou suspects, la poudre de viande et l'huile de morue au cours de l'année. Il ne s'agit, bien entendu, que de l'école de garçons dont je viens de parler. J'ajoute que c'est à l'école même qu'a lieu le petit repas supplémentaire.

L'école des filles de la même rue a été soumise au même examen et au même contrôle de mars en mai 1904.

Voici les résultats : sur 458 fillettes, 131 ont été retenues pour le second examen et 79, définitivement, ont été reconnues malades, soit 17 0/0.

28 de ces fillettes seraient utilement placées dans les hôpitaux marins ou à Forges. Les 51 autres peuvent, au moins provisoirement, rester à l'école et y faire un traitement de suralimentation.

Au total, sur 896 enfants, garçons et filles, 141 sont en état de tuberculose latente ganglio-pulmonaire.

Après mes collaborateurs, j'ai revu minutieusement tous ces enfants et j'ai confirmé les diagnostics portés. Toutes les précautions possibles ont donc été prises pour éviter l'erreur; et cet examen, trois fois répété et contrôlé par nous, donne toute sécurité à nos chiffres de 14 et 17 0/0 d'enfants malades dans ces deux écoles. Car ceux-là seuls ont été déclarés malades qui étaient porteurs de signes physiques bien caractérisés : anomalies respiratoires fixes à l'un des sommets du poumon ou aux deux, avec ou sans élévation de tonalité du son; chaîne ganglionnaire du cou, etc... J'ajoute que, le plus souvent, les garçons surtout avaient une petite taille, un périmètre thoracique faible et une grande pâleur du teint.

Bref, pour toutes ces raisons, je considère le pourcentage que je viens de donner plutôt comme un minimum. Combien de lésions profondément cachées dans le hile pulmonaire ont échappé à notre oreille! lésions légères des ganglions que la tuberculinisation seule, si elle était inoffensive, aurait pu révéler! C'est donc peut-être par deux ou trois unités qu'il faudrait multiplier le chiffre 141 que nous avons trouvé. Mais nous entrerions ainsi dans le domaine de l'hypothèse et d'un choix de hasard, et nous avons préféré nous en tenir aux faits certains.

Nous pourrons ainsi, mes collaborateurs et moi, le carnet sanitaire de ces 896 enfants étant dûment établi, surveiller la santé des bien portants pendant leur séjour à l'école, traiter les malades et apprécier les résultats d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

Notre intention n'est pas de borner là notre tâche. Convaincus comme nous le sommes tous de l'utilité de cette œuvre de préservation et d'assistance antituberculeuse à l'école, nous avons commencé l'examen d'une troisième école, et nous continuerons.

Nous continuerons avec l'espoir que le Conseil municipal de la Ville de Paris nous aidera à étendre, à généraliser même à toutes ses écoles, cette recherche, ce dépistage des enfants atteints de tuberculose pulmonaire à l'état naissant.

Nous espérons aussi que la ville de Paris nous aidera à faire le traitement préventif de ces enfants que la phtisie menace. L'intérêt humanitaire et financier sont ici d'accord pour engager nos édiles à ne pas attendre que la maladie ait progressé. En effet, si l'Assistance publique succombe aujourd'hui sous le fardeau des milliers et milliers de phtisiques qu'elle ne peut secourir, c'est parce qu'elle attend, pour y porter remède, que le mal ait achevé son évolution souterraine.

Mieux vaut aller au devant de lui, mieux vaut prendre l'*offensive* que d'attendre, l'arme au pied. En matière de tuberculose, la *défensive* est une mauvaise tactique, et c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher; car il devra, plus tard, dépenser des sommes énormes en faveur des phtisiques avérés, et pour un résultat très médiocre.

Il en serait tout autrement si la Ville et l'Assistance publique mettaient leurs soins à préparer une génération vigoureuse, par l'étroite surveillance de la santé des jeunes écoliers. Là, en effet, par un traitement approprié des enfants suspects ou menacés de phtisie, ou atteints déjà de lésions curables, on obtiendra, *pour un minimum de dépenses, un maximum de résultats.*

Qui ne connaît les statistiques des enfants assistés du département de la Seine?

Ces enfants, pris au hasard dans le milieu social le plus pauvre, le plus misérable, et où la tuberculose latente est assurément très fréquente, deviennent robustes à la campagne et, parvenus à l'adolescence, forment une génération vigoureuse où la phtisie ne compte que des unités (18 sur 20 000!).

C'est quelque chose de semblable qu'il faudrait faire pour les 141 enfants des écoles de la rue de l'Amiral-Roussin et pour tous ceux des autres écoles que nous trouvons atteints de lésions commençantes et fermées.

Car nous n'avons pas l'illusion de croire que le petit repas supplémentaire de poudre de viande et d'huile de morue que nous donnons à ces enfants soit l'idéal du traitement. Nous faisons ce que nous pouvons, et ce que nous faisons est un pis aller, pas davantage.

La Ville de Paris devrait avoir pour tous ces enfants, candidats à la phtisie, déjà bacillifères, et qui sont au nombre de 20 à 25 000, des écoles à la campagne, où la

vie en plein air, judicieusement associée aux études, guérirait la plupart d'entre eux.

Que si l'assistance et la préservation scolaire paraissent irréalisables sous cette forme, la maison de nos cultivateurs et l'école voisine suffiront, comme elles suffisent aux enfants assistés.

Mais nous n'avons pas la prétention, ni mes collaborateurs ni moi, de résoudre au pied levé une question si délicate et si grosse de conséquences.

Nous avons recueilli et nous apportons des faits, des documents, qui nous ont paru dignes d'intérêt.

Ces faits, ces documents, imposent, à notre avis, sous une ou plusieurs formes, des mesures de prévoyance et de préservation, pour le plus grand bénéfice des enfants de nos écoles et de la Ville de Paris.

Voilà tout.

II

Ce qui précède a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine de Paris, à la date du 21 juin 1904.

Ce qui suit est l'exposé de la méthode d'examen que j'enseigne, et que mes élèves et moi appliquons aux enfants des écoles de Paris.

L'enfant, le buste nu, est amené devant le médecin.

Celui-ci, d'un coup d'œil, apprécie son « état général de nutrition », la couleur de sa peau et sa vitalité, l'état du squelette, la conformation du thorax, etc.

Le plus souvent, mais non toujours, le thorax des enfants qu'un examen ultérieur fera classer « suspects ou malades » et aussi leur taille, ont un développement inférieur à ceux des enfants normaux, mais nous ne sommes pas encore en mesure de donner des chiffres comparés. Nous le ferons un peu plus tard.

Puis, l'enfant est pesé et mesuré. Taille et poids sont inscrits sur sa *fiche*. De même son indice thoracique des côtés droit et gauche pris à l'aide d'un centimètre dont le o est placé sur l'apophyse épineuse, face aux deux mamelons. Le centimètre est double et les deux indications se rejoignent sur le sternum en passant sous les mamelons.

Les chiffres relevés sont, par exemple, 33 pour chaque côté, ou 33 1/2 pour le côté droit et 33 pour le côté gauche. Même inscription sur la *fiche* que pour le poids et la taille.

Les rapports de ces divers éléments seront établis plus tard et pour chaque enfant.

Ces renseignements pris, le médecin examine successivement :

a) La gorge.

b) Les ganglions du cou, des aisselles et de l'aine.

c) Le poumon.

a) *La gorge.* — L'état des muqueuses, le volume des amygdales, la présence ou l'absence de végétations adénoïdes et de ganglions sous-maxillaires sont les points à préciser, chacun d'eux ayant sa valeur propre, et leur ensemble, quand ils sont réunis, ayant une signification beaucoup plus haute.

Cependant, même si tous ces symptômes d'un « état lymphatique » existent sur un même enfant, ce qui n'est pas rare, nous ne classons pas cet enfant parmi les suspects ou les malades atteints de tuberculose. Nous le traitons et nous attendons les résultats d'un second examen, fait six mois ou un an après le traitement.

Il en est tout autrement, cela va de soi, si nous relevons chez cet enfant une tare pulmonaire même légère. Alors, nous n'hésitons pas à le ranger parmi les « suspects de tuberculose ».

b) *Les ganglions du cou* isolés ou groupés en chainettes, indolents, petits, roulants sous le doigt, durs, ont, à nos yeux, une importance déjà plus grande, surtout si nous relevons la présence de quelques ganglions semblables dans les aisselles ou les aines. Alors, même si le poumon est intact, nous considérons cet enfant comme « suspect ».

Le cas est assez rare, il est vrai, d'une adénopathie du cou ou d'une adénopathie généralisée, avec, en même temps, une respiration normale. Presque toujours les deux phénomènes pathologiques sont liés et ne permettent plus, par leur union même, la moindre hésitation.

Pour la recherche de ces adénopathies, celles du cou notamment, il est nécessaire d'apporter un grand soin. Souvent les ganglions se dérobent à un examen superficiel ou rapide, surtout ceux qui longent le bord antérieur ou postérieur des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Il importe d'insister sur cette recherche en ayant soin de faire varier la position du cou de l'enfant, en l'inclinant à droite, à gauche, en avant, en arrière. L'examen de l'aisselle est assez délicat, mais celui des aines est facile.

c) *Le poumon.* — C'est ici le point capital de notre examen de l'enfant.

Le médecin doit, tout d'abord, prier l'enfant de respirer largement, la bouche entr'ouverte, et régler son type respiratoire qui doit être *moyen*, avec un léger soupir expiratoire. Il est très important, avant d'appliquer l'oreille sur le thorax, de regarder l'enfant respirer, et de lui apprendre, au besoin, ce qu'il ne sait pas, ce que presque tous ignorent, à respirer comme il convient pour l'auscultation. L'inspiration sera large, ample et douce, sans bruit ; l'expiration plus rapide et accompagnée d'un soupir profond afin qu'elle soit complète. Après un temps de repos, l'inspiration recommence, etc.

Après avoir regardé l'enfant respirer, le médecin, quand il est satisfait de ce qu'il voit, applique ses mains sur les régions claviculaires, pendant que l'enfant respire, afin d'apprécier si l'amplitude respiratoire est égale des deux côtés du thorax. Le contrôle de la vue par les mains est précieux, et quand il est accompli, c'est-à-dire quand *l'inspection* et la *palpation* ont été pratiquées, le tour de la *percussion* vient.

Celle-ci donne les renseignements que connaissent tous les médecins : résistance plus ou moins grande au doigt percuté, modification de la tonalité du son, submatité, matité. — Je ne veux insister que sur un point, c'est l'infériorité, la grossièreté de ce mode d'examen, *la percussion*, par rapport à *l'auscultation*, infiniment plus précise et plus délicate dans la plupart des cas. Il est rare, en effet, que les signes d'une auscultation bien faite ne pré-

cèdent pas de longtemps ceux de la percussion. Quand celle-ci parle clairement à toutes les oreilles, c'est-à-dire quand la submatité est nettement perçue, elle révèle une densification du tissu pulmonaire qui correspond à la conglomération des tubercules ou à une adénopathie grossière. Au contraire, l'auscultation, pratiquée selon la méthode que je vais indiquer, révèle les lésions les plus légères, les tubercules les plus discrètement disséminés dans le parenchyme du poumon.

Ceci, je le sais, est en opposition avec l'opinion classique, celle de Laënnec, à savoir que « *des tubercules petits, séparés les uns des autres par un tissu pulmonaire sain, ne peuvent être reconnus* ».

Je considère cette affirmation comme une erreur — erreur d'autant plus grave qu'elle a dicté aux sucesseurs de Laënnec les termes du diagnostic du premier degré de la tuberculose pulmonaire : submatité, respiration rude, prolongée, craquements !

Oui, tel est bien aujourd'hui l'enseignement officiel. Eh bien ! quand on connaît le mode de développement du tubercule dans les poumons, — et il n'est pas permis de l'ignorer — on sait que le follicule tuberculeux naît dans le vestibule de l'acinus. Là, il produit nécessairement, fatalement, en rétrécissant le conduit qui donne accès à l'air atmosphérique, une diminution du murmure vésiculaire avec ou sans rudesse. Le plus souvent l'oreille perçoit, avec cet affaiblissement du murmure normal, un abaissement de sa tonalité, et *l'inspiration* devient faible et basse ou rude, mais surtout, surtout, elle est *affaiblie*.

Il y a plus de vingt ans que j'enseigne que cet affaiblissement du murmure inspiratoire, quand il est fixe, unilatéral, quand aucune circonstance surajoutée : pleurésie antérieure, atrophie musculaire, etc., ne peut l'expliquer, quand il s'accompagne d'un fléchissement de la santé et des forces, d'instabilité thermique, de dyspepsie, est *synonyme de tuberculose au début*. Et cela, bien longtemps, des mois, des années même avant la submatité et les expirations prolongées, avec ou sans craquements.

Ceux-là sont les signes d'une tuberculose déjà ancienne, de tubercules déjà conglomérés, et attendre ce moment pour reconnaître la présence des tubercules pulmonaires, c'est se condamner et condamner le malade à un diagnostic tardif et, en conséquence, à une thérapeutique inefficace ou peu efficace, en tout cas longue et difficile. Au contraire, quand la tuberculose est reconnue de bonne heure, quand le diagnostic en est précoce, fait à la période de germination, il n'existe pas, je le répète, de maladie chronique plus obéissante à la thérapeutique.

Comment donc faire ce diagnostic ?

Nous voici ramenés, par cette question, dans les écoles où l'enfant légèrement atteint ignore, et ses parents avec lui, le mal qui couve et éclatera plus tard, à la caserne, à l'atelier. Car, bien souvent, l'apparition de la tuberculose pulmonaire chez un adolescent ou chez un adulte, a été précédée d'une longue période silencieuse qui remonte jusqu'à l'enfance. C'est à l'occasion d'un surmenage physique ou intellectuel, c'est à la suite d'un choc moral, ou d'une convalescence de maladie grave, ou même d'un refroidissement, que la tuberculose, jusqu'ici latente, apparaît aux yeux étonnés du médecin.

Je crois pouvoir affirmer qu'il n'en serait pas de même si un examen attentif de l'enfant, au cours de sa vie scolaire, avait permis de dresser sa fiche de santé et de le suivre d'année à année, dans son développement physique. A cette période de la vie, il est facile de dépister les altérations légères que le bacille tuberculeux a déjà produites, et de les arrêter dans leur évolution ou de les guérir. *Et, si l'on veut atteindre la Tuberculose, Maladie sociale, dans son expansion, c'est chez l'enfant, d'abord, qu'il faut la reconnaître et la combattre.*

Nous avons vu plus haut comment il convient de rechercher les lésions bacillaires de la gorge, des ganglions et du tissu pulmonaire par l'inspection et la palpation. L'étude des vibrations donne rarement des indications sérieuses à cause de la gracilité de la voix infantile. Il en est tout autrement de l'*auscultation* qui est le moyen par excellence, décelant des lésions légères, germinantes et curables.

Mais, à cette date, à ce moment où la tuberculose est silencieuse dans le poumon, il faut ausculter l'enfant ou l'adulte — c'est la même chose — d'une certaine façon où gît tout le secret d'un bon examen.

Il faut ausculter l'**inspiration** et l'**inspiration** *seule*.

L'expiration ou les bruits adventices doivent être écartés systématiquement de l'oreille du médecin. Leur tour viendra plus tard, quand ce premier point capital sera fixé : l'**inspiration** est-elle normale, c'est-à-dire douce, moelleuse, abondante dans tous les points du thorax ? Est-elle semblable à elle-même dans les points similaires des poumons droit et gauche ? ce qu'elle doit toujours être normalement.

Voilà la question capitale, je dirai presque unique.

Pourquoi ?

Parce que l'**inspiration** est fonction du lobule pulmonaire et qu'elle nous renseigne admirablement sur son état sain ou pathologique, tandis que l'expiration nous apprend surtout l'état des canaux bronchiques.

Quand le lobule pulmonaire se développe largement et librement sous l'accès de l'air atmosphérique, quand la surface des acini et des vésicules pulmonaires est lisse, l'inspiration est douce et ample, *et cela partout*, car le lobule pulmonaire est le même par toute la surface des deux poumons. Ce murmure inspiratoire est plus lointain et plus faible dans les fosses sus et sous-épineuses ; voilà tout. Mais, surtout, il est et doit être identique à lui-même des deux côtés droit et gauche, et notamment sous les deux clavicules.

Pour bien percevoir les qualités physiques de l'*inspiration*, il faut, par une opération de l'esprit bien facile, n'écouter qu'elle et supprimer tout le reste, ou mieux, après avoir perçu l'*inspiration*, écarter légèrement l'oreille du thorax pour l'appliquer de nouveau quand l'*inspiration* va recommencer. Ce procédé a un double avantage : 1° celui d'écarter sûrement tout ce qui n'est pas l'inspiration ; 2° celui de reposer l'oreille. Cet organe est très délicat et se fatigue vite, si bien qu'après examen de

20 ou 25 enfants, mon oreille, pour ne parler que de la mienne, reste quelques instants sensible, presque douloureuse.

*L'examen interrompu de l'***inspiration** *est donc chose doublement utile.*

Quand le médecin, procédant ainsi, sous la clavicule gauche par exemple, a recueilli la sensation de l'*inspiration* du poumon gauche, que je suppose sain, il doit reporter rapidement son oreille sous la clavicule droite, en profitant, pour opérer ce petit mouvement de gauche à droite du temps d'expiration et de repos.

Qu'arrive-t-il alors? Ceci : que son oreille encore toute pleine de la sensation inspiratoire du poumon gauche, le médecin, superposant, pour ainsi dire, les deux sensations gauche et droite, en perçoit les moindres différences.

Si l'épreuve renouvelée deux ou trois fois donne toujours les mêmes différences de perception auditive, le médecin peut être sûr qu'il y a une lésion, parce que l'*inspiration* pour une même amplitude du développement thoracique est symétriquement *la même à droite et à gauche* dans l'état physiologique.

Le plus souvent, il est facile de dire quel est le côté sain et quel est le côté malade, surtout à l'extrême début, mais il arrive qu'un peu plus tard les deux poumons étant atteints, quoique légèrement, donnent à l'oreille la sensation de deux inspirations pathologiques quoique diverses, l'une par exemple, plus faible, à droite, et l'autre plus rude, à gauche, que l'inspiration physiologique.

Alors, il est difficile, impossible même de dire quel poumon est le plus atteint, ou a été le premier atteint. Peu importe! car nous ne cherchons à ce moment qu'à séparer les enfants normaux des enfants malades. Aussi quand nous trouvons des *inspirations dissemblables* chez un enfant, nous n'hésitons pas à le classer dans la catégorie des enfants malades.

Mais, presque toujours, je le répète, l'examen scolaire, qui a pour objet de dépister la tuberculose pulmonaire à son extrême début, aboutit à constater qu'un seul poumon, qu'une seule *inspiration* est pathologique. Elle est faible ou rude et basse ou tout cela à la fois. Le côté resté sain est facile à reconnaître, si on tient compte, comme il convient, et de l'âge de l'enfant, et de la façon dont il respire.

D'enfant à enfant, il y a souvent de grandes différences de sensations inspiratoires, différences dues à l'âge de l'enfant, mais surtout à sa manière brusque ou lente de respirer. Avant de l'ausculter, le médecin doit s'assurer du mode de respirer de l'enfant et doit s'appliquer à régler ce mode, à le modifier au besoin. Et le plus souvent, surtout chez les enfants au-dessus de quatre ou cinq ans, on y arrive très bien avec un peu de douceur et de patience.

Quand l'étude de l'*inspiration* a été ainsi faite, l'enfant peut être immédiatement classé dans une des trois catégories suivantes :

Enfant *sain;*
Enfant *malade;*
Enfant *suspect.*

Ces derniers, assez rares, sont ceux qu'une maladie intercurrente, une bronchite par exemple, a laissés souffreteux, avec une respiration altérée de diverses façons, ou encore ceux dont la *tare inspiratoire* est discutable, car il faut ne classer « malade » que l'enfant atteint d'une lésion que *toutes les oreilles* puissent percevoir.

Pour les enfants douteux, un nouvel examen, pratiqué à deux ou trois mois, à un an de distance, fixera la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Ceci dit, sur le rôle capital, décisif, que joue l'étude de l'**inspiration** dans l'examen des enfants fait par mes élèves et par moi dans les écoles parisiennes je crois superflu d'insister sur l'étude de l'*expiration* et des deux temps *inspiration* et *expiration* qui constituent la *respiration* dont on parle toujours, sans distinguer comme il convient les deux actes du poumon.

Je n'ai rien à ajouter aux données classiques. Tous les médecins savent que l'*expiration* renseigne surtout, par sa prolongation et le souffle qui l'accompagne, sur les lésions profondes, graves, conglomérées du parenchyme pulmonaire, et sur les lésions *à côté* du poumon qui gênent le retrait expiratoire de l'organe. Telles la pleurésie ou les adénopathies péri-bronchiques.

L'étude de l'*expiration* est donc nécessaire, et ses renseignements sont précieux, mais grossiers relativement et tardifs par rapport à ceux de l'*inspiration.*

C'est à celle-ci, et à celle-ci seule, qu'il faut demander le **diagnostic précoce.**

Ceci dit, quels sont les résultats que donne notre méthode d'examen? Je les ai énumérés en bloc au début de ce travail, mais il convient, je crois, d'entrer dans quelques détails.

La totalité des enfants d'une école peuvent, ai-je dit, se diviser en trois groupes qui sont :

1° Les Enfants *sains.*
2° Les Enfants *malades.*
3° Les Enfants *suspects.*

Un second classement est nécessaire pour les enfants malades qui, eux aussi, doivent être divisés en trois catégories, selon leurs lésions :

1° Enfants atteints de lésions *graves.*
2° Enfants atteints de lésions *moyennes.*
3° Enfants atteints de lésions *légères.*

Je m'explique.

Nous avons trouvé dans chacune des écoles, mais rarement et seulement à titre d'unités, des enfants à sommet pulmonaire ramolli ou même caverneux : *lésions graves.* On conçoit, *a priori*, que ces enfants doivent quitter l'école pour l'hôpital.

La très grande majorité des enfants atteints de lésions *moyennes* se présentent à l'examen médical avec des ganglions du cou, petits, indolents, mobiles, avec un seul poumon, et plus souvent le poumon droit, en insuffisance respiratoire. Et cette insuffisance fonctionnelle est très facile à percevoir. Par exemple l'*inspiration* sous claviculaire gauche est physiologique, ample et douce, tandis

que l'*inspiration* sous-claviculaire droite est deux, trois, quatre fois moins forte, quelquefois presque nulle. Et cette différence si grande, si nette, s'étend parfois à une grande étendue de ce poumon, ou même à l'organe tout entier, à ce point que la base du poumon droit en arrière *inspire* deux ou trois fois moins que la base gauche. Et c'est chose assez délicate que de dire quelle lésion commande un pareil symptôme dont le malade n'a le plus souvent aucune conscience.

Chez l'adulte où le même phénomène est fréquent, l'étude des vibrations vocales apporte un supplément précieux d'information. Tantôt ces vibrations sont augmentées et tantôt elles sont normales. Quand elles sont accrues, il semble impossible de ne pas conclure à un état congestif, actif ou passif, du poumon. Mais quand ces vibrations sont normales ou absentes, comme chez l'enfant, quand d'autre part la sonorité est physiologique, que conclure de cet unique symptôme : l'insuffisance respiratoire?

Je ne puis me défendre d'y voir le signe d'une adénopathie intra-thoracique, suffisante pour diminuer l'accès de l'air atmosphérique dans tout ou partie du champ respiratoire, et insuffisante pour créer les signes classiques de la matité rétro-sternale ou inter-scapulaire, du souffle, etc...

Une autre raison qui milite en faveur de cette interprétation est la fixité, la durée de ce symptôme, à ce point qu'on pourrait croire avec quelques médecins qu'il s'agit là d'une variété de l'état physiologique. Il n'en est rien, et je vois trop souvent la tuberculose pulmonaire classique, succéder à cette insuffisance inspiratoire pour en méconnaître la nature et la gravité.

Non, les deux poumons, qui ont la même structure anatomique, doivent donner à l'oreille qui les ausculte les mêmes sensations auditives, sinon il y a lésion. Et ne sait on pas, du reste, combien les adénopathies, et surtout les petites, celles dont il s'agit, sont persistantes?

Le plus grand nombre des enfants atteints de *lésions moyennes* répondent aux types classiques d'adénopathie trachéo-bronchique avec lésions mixtes des ganglions et d'un poumon ou avec lésions ganglionnaires pures. Quelquefois, mais plus rarement, le poumon seul est touché, à la période de germination que je viens de décrire, ou au 1er degré avec submatité et expiration soufflante ou prolongée Je crois superflu d'insister.

Quant aux enfants atteints de *lésions légères*, ils ne diffèrent en rien, sauf par le degré moins accentué, des symptômes, de ceux que je viens de décrire.

En résumé, *cette méthode d'examen fondée sur l'étude exclusive des anomalies de l'***Inspiration** *a, pour les malades, l'avantage inappréciable de reporter le diagnostic de la lésion pulmonaire tuberculeuse, des mois et même des années avant le 1er degré classique.*

Le médecin peut désormais assister à l'éclosion, dans le lobule pulmonaire, à la **germination** *des premiers tubercules. Et le traitement de la tuberculose en devient infiniment plus efficace.*

Indications thérapeutiques

A tous ces enfants touchés par la tuberculose, mais qui peuvent guérir, quels conseils faut-il donner?

Écartons d'abord ceux que l'hôpital attend. Restent les lésions moyennes et légères. Elles sont toujours améliorées, ou même guéries par un séjour prolongé à la campagne, dans de bonnes conditions d'habitation propre et aérée, et d'alimentation. Celle-ci sera renforcée par l'huile de morue à haute dose et la poudre ou la pulpe de viande crue.

Les enfants atteints d'adénopathie pure, les poumons étant intacts, peuvent essayer la cure marine du bord de la mer, cure plus puissante et plus rapidement efficace que la campagne, mais quelquefois dangereuse aussi. C'est affaire d'espèce et les enfants lymphatiques, torpides, à réaction lente, devront être choisis de préférence pour les stations ou sanatoriums maritimes.

Au contraire, les enfants nerveux, irritables, seront mieux placés dans l'atmosphère marine, dans le climat marin, mais loin du bord de la mer.

J'estime qu'une zone de protection de quinze à vingt kilomètres suffit à préserver contre les à-coup et les surprises de la plage. C'est encore l'air pur de la mer que les enfants respirent, mais sans les inconvénients de la mer, et c'est aussi la campagne.

Les cures salines et les préparations iodées sont d'excellents adjuvants thérapeutiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le service militaire des étudiants en médecine

Les étudiants en médecine parisiens se sont réunis récemment pour discuter sur la façon dont la loi de deux ans devrait régler leur service pendant la durée de leur incorporation.

Il nous semble qu'on ne peut que louer ces jeunes gens de leur initiative. Peut-être auraient-ils gagné, toutefois, à se documenter préalablement auprès des hommes qui se sont spécialement occupés de cette question, comme le médecin principal de 1re classe Antony, professeur au Val-de-Grâce, qui a écrit, sur le service militaire des médecins dans les diverses nations européennes, des monographies reproduites volontiers à l'étranger.

Quoi qu'il en soit, se croyant suffisamment éclairés, les étudiants ont, d'après *le Temps*, voté l'ordre du jour suivant à adresser aux pouvoirs publics :

Les étudiants en médecine seront versés immédiatement dans le service de santé qui les répartira dans les corps de troupe ou hôpitaux suivant ses besoins.

Ils entreront dans ce service en qualité d'infirmiers de visite ou d'infirmiers soignants dans les corps de troupe.

Ils laissent volontiers, pour obtenir la réalisation d'une proposition utile à l'état sanitaire de l'armée, le bénéfice du grade de médecin auxiliaire que leur accorde le projet de la loi de deux ans.

Pour tout homme qui a suivi les discussions de la loi de deux ans aux Parlements, il est incontestable que ce vœu — s'il trouve quelque député ou sénateur qui veuille le soutenir — ne rencontrera pas à l'heure actuelle, non seulement une majorité, mais même une minorité respectable. Les étudiants demandent, en effet, à ne pas servir dans le rang comme

hommes de troupe. Or, s'ils étaient versés directement dans le service de santé, il n'y aurait aucun motif de ne pas agir de même à l'égard des séminaristes qui appartiennent, comme on sait, exclusivement au service de santé en cas de mobilisation. Que deviendrait alors la plateforme électorale : « Les curés sac au dos ? »

Donc, pour cette raison d'ordre politique, le texte voté par les étudiants sera certainement écarté, s'il est discuté au Parlement. Doit-on le regretter ?

Nous ne le pensons pas, car les propositions émises ne donnent pas satisfaction à l'armée, c'est-à-dire au pays.

Le vice radical du projet adopté par nos jeunes camarades est de s'être prononcé en faveur de l'incorporation à vingt et un ans, sans sursis, sauf pour les étudiants n'ayant pas encore quatre inscriptions. Dans ces conditions, en sortant de l'armée, ils seraient, sans doute, des infirmiers remarquables, mais ils ignoreraient totalement le service de médecin de réserve, c'est-à-dire ce qu'ils devront faire en cas de mobilisation. Nous ajouterons que les étudiants ont marché contre leurs intérêts en jetant par dessus bord la situation de médecin auxiliaire que leurs anciens ont conquise pour eux, non sans peine.

Pour traiter ici cette grosse question du service militaire des étudiants en médecine, il nous semble qu'on doit tout d'abord s'inspirer des axiomes suivants, qui sont à notre époque la base de toute organisation militaire sérieuse :

1° Le but de l'instruction militaire du temps de paix est de préparer chaque unité, chaque service à son rôle en cas de guerre ;

2° L'organisation des armées modernes comprend des services techniques dont l'importance est telle que ces services ont besoin, pour fonctionner, de posséder tous les éléments professionnels que leur fournit le recrutement.

Par suite, on peut affirmer que l'intérêt de l'armée exige :

1° Que les médecins civils soient, pendant leur passage sous les drapeaux, instruits non pour faire des infirmiers — métier qu'ils n'auront pas à remplir en cas de guerre — mais des médecins de réserve, ce qui est leur rôle en cas de mobilisation.

2° Qu'une loi de recrutement bien faite au point de vue du service de santé est celle qui fournit le rendement maximum des médecins de réserve.

Sont ce là des desiderata aventureux, difficiles à réaliser ? nullement, car la chose est pratiquée dans la plupart des armées étrangères. Il suffit, pour cela, de mettre les étudiants en médecine en sursis jusqu'à la fin du temps nécessaire à leur scolarité.

Or, ce principe de sursis existe dans le projet de loi actuellement en discussion. De facultatif qu'il est, il faudrait simplement le rendre obligatoire. La question se réduit à cela.

Des inconvénients à cet appel retardé des étudiants, nous n'en voyons pas. Nous connaissons bien une objection, mais elle est superficielle et ne résiste pas à l'examen. On prétend que ce serait faire une exception au principe d'égalité qui est censé dominer toute l'organisation du pays, que ce serait créer un régime de faveur pour les médecins. Cela n'est pas sérieux. Ce régime est si peu de faveur pour les étudiants, que ceux-ci le repoussent. Ce dont il s'agit, en réalité, c'est de faire la récolte médicale quand le fruit est mûr, et non quand il est vert.

Poser ainsi la question, n'est-ce pas la résoudre ? Du reste, les avantages de ce système, si évidents et si multiples, ont été mis en pleine lumière par la « Société centrale des médecins de France » qui, dans son Assemblée générale du 22 février dernier a voté, à l'unanimité, sur notre proposition, le texte suivant :

La Société centrale demande que dans la loi de deux ans soit inscrit le principe d'un sursis permettant aux étudiants en médecine de terminer leur scolarité avant leur appel sous les drapeaux.

En effet, en incorporant, non plus des étudiants, mais des docteurs, les études médicales n'étant plus interrompues par les deux années de service militaire, gagneraient en valeur.

En outre, en cas de mobilisation, les deux classes de médecins faisant leur temps de service pourraient être utilisées comme « médecins de réserve » — dont le service de santé manque » — tandis qu'avec les errements en vigueur, les deux classes d'étudiants ne fourniraient que des infirmiers et quelques médecins auxiliaires.

Enfin, le service actuel des médecins militaires en sous-ordre pourrait être assuré par les médecins civils incorporés ; et les aides-majors et les médecins majors de 2e classe existants pourraient être réduits aux chiffres simplement nécessaires pour alimenter les cadres supérieurs, et cela au grand bénéfice du budget.

Par une mesure d'exception — qui pourra paraître singulière — tous les vœux adoptés par la Société centrale dans son Assemblée générale ont été soumis et discutés à l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, sauf celui dont nous avons pris l'initiative et qui est relatif au service militaire des étudiants en médecine.

Il nous semble, cependant, que la question méritait d'être discutée dans ces grandes assises annuelles de notre corporation. Mais puisque le Conseil général en a décidé autrement, nous avons tenu à profiter de ce que le présent numéro sera mis sous les yeux de tous les médecins exerçant en France, pour demander, à tous ceux qui font partie d'un groupement médical quelconque, d'y traiter du service militaire des médecins et de vouloir bien examiner le texte suivant :

Les étudiants en médecine sont mis en sursis jusqu'à l'âge de .... ans. Ceux d'entre eux qui, à cette époque, ne sont ni internes des hôpitaux, ni docteurs en médecine, sont incorporés dans un corps de troupe pour y faire leurs deux années de service dans le rang.

Les docteurs en médecine et les internes des hôpitaux sont incorporés dans un corps de troupe où ils font trois mois dans le rang. Ils sont, après cela, versés dans les sections d'infirmiers pour être employés suivant les nécessités du service.

Ils font leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires, soit dans les corps de troupe, soit dans les hôpitaux.

Il nous semble que ce texte — qui n'est point *ne varietur* — tout en tenant compte du grand principe « sac au dos », donne satisfaction aux intérêts vitaux qui sont en jeu, et que les autres projets compromettent.

GRANJUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 décembre

Pronostic des congestions pulmonaires primitives, traînantes et prolongées

MM. Rénon et Lesné. — Les congestions pulmonaires primitives, traînantes et prolongées, dont la durée varie de quarante-cinq jours à trois mois et demi, ont un pronostic généralement bénin, malgré une convalescence longue et pénible qui fait souvent songer à la bacillose.

Dans des cas exceptionnels, le malade peut succomber à son infection pneumococcique, si le pneumocoque ne reste pas dans les mailles fibrineuses du poumon, envahit d'autres organes et se généralise.

Nous avons observé un fait de ce genre chez une malade qui succomba au cent quatorzième jour d'une de ces congestions pulmonaires. Deux mois après le début des accidents, alors que la résolution paraissait certaine, elle fut prise d'une éruption herpétique à pneumocoques qui s'étendit de la bouche et du pharynx au larynx, à la trachée, et se généralisa aux lobules pulmonaires par la voie aérienne.

Ce cas, très intéressant dans son évolution, montre les réserves que comporte le pronostic des congestions pulmonaires traînantes et prolongées.

Malformation cardiaque rare

M. Apert montre un cœur dont la malformation est fort extraordinaire. En effet, la cloison interventriculaire déviée s'insère à droite de l'orifice tricuspide, et celui-ci s'ouvre dans le ventricule gauche, en arrière et à droite de l'orifice mitral. Un petit orifice interventriculaire ramène un peu de sang dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire très atrophiée.

Ce cœur présente, en outre, une persistance anormale de la veine cave supérieure gauche et du canal de Cuvier gauche, organes qui s'atrophient chez l'embryon dès le premier mois. Cette persis-

tance est très intéressante,car elle permet d'expliquer l'anomalie. On sait, en effet, que, chez l'embryon, l'oreillette est parcourue par deux courants sanguins juxtaposés, l'un allant de la veine cave supérieure droite à l'orifice tricuspide, l'autre allant de la veine cave inférieure au trou de Botal. Dans le cas actuel ce dernier a été augmenté de l'apport de la veine cave supérieure gauche, et le premier réduit d'autant. Quand la cloison interventriculaire s'est formée elle a été repoussée à droite par le courant gauche, de beaucoup le plus fort, et cette déviation a été suffisante pour lui faire déborder à droite l'orifice tricuspide, lequel s'est ainsi trouvé s'ouvrir dans le ventricule gauche.

Traitement de la fièvre intermittente chez l'enfant

M. Comby. — J'ai traité deux filles de trois et trois ans et demie pour une fièvre palustre provenant dans un cas de Cochinchine, dans l'autre de Bretagne Dans ce dernier cas (fièvre tierce) la recherche de l'hématozoaire fut positive. La difficulté de donner par la bouche les sels de quinine ordinaires me fit choisir les nouvelles préparations insipides récemment connues : l'*euquinine* (éther éthylcarbonique de quinine), dont l'insipidité n'est que relative et qui a guéri rapidement le cas venant de l'Asie ; l'*aristochine* (carbonate creux de quinine), qui a l'avantage d'être absolument dénué d'amertume. Ce sel contient 96 °/₀ de quinine. Je l'ai prescrit à la dose de 20 centigr. matin et soir, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, pendant onze jours, chez la fillette de trois ans et demie, atteinte de fièvre tierce. Dès la première dose,l'accès fut coupé et par la suite l'enfant n'en présenta plus. En même temps, la rate et le foie, qui étaient énormes, reprirent leurs dimensions normales. Ces nouveaux sels de quinine, d'une administration si facile, ont donc autant de valeur que leurs aînés. Ils doivent donc leur être préférés dans la médecine infantile.

J. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre

Le panier de de Græfe et les corps étrangers de l'œsophage

A la dernière séance, **M. Sébileau** avait montré l'œsophage d'un enfant de deux ans et demi, qui portait une perforation produite par les manœuvres d'extraction d'un sou avec le panier de de Græfe. En examinant plus en détail la pièce, on a trouvé une seconde perforation située plus bas, à peu de distance du cardia.

Cette observation a provoqué la discussion suivante sur les avantages et les inconvénients du panier de de Græfe.

M. Kirmisson. — Il n'est pas douteux que le panier de de Græfe offre un certain nombre de dangers, soit à cause de ses aspérités ou de l'articulation de ses pièces, soit parce que son volume est plus considérable que le calibre de l'œsophage chez l'enfant,particulièrement au niveau de la troisième vertèbre dorsale où ce calibre présente un rétrécissement. Il est donc préférable de ne pas s'en servir.

La radiographie ayant montré que les sous s'arrêtaient à la partie la plus rétrécie du canal et qu'ils s'accolaient à la paroi antérieure, en laissant en arrière une gouttière par où la déglutition pouvait continuer à se faire, j'ai préconisé l'emploi d'un crochet n'offrant pas les inconvénients du panier. Quand je l'ai présenté à la Société, l'année dernière, je m'en étais servi 11 fois chez des enfants pour l'extraction de sous, sans qu'il soit survenu aucun accident. Depuis cette époque,on l'a employé dans de nombreux cas à l'hôpital, et toujours avec succès.

M. Félizet. — Quand on examine la pièce que nous a présentée M. Sébileau, il me semble que ce n'est pas le panier de de Græfe qu'il faut incriminer, mais les bords du sou, quoi qu'ils soient mousses. On a dû déployer une force considérable pour l'extraction,et ce sont ces bords qui auront produit la déchirure. Le panier est très utile, mais il faut savoir le manier. S'il ne peut dépasser le corps étranger, on refoule ce dernier dans l'estomac; s'il le dépasse, on l'amène prudemment. On peut, d'ailleurs, user d'un subterfuge pour saisir le corps étranger : en même temps que le panier, on introduit une éponge montée sur une tige; il se produit une dilatation du canal et le panier chargé et l'éponge sont retirés en même temps.

M. Walther. — J'ai été témoin d'un accident consécutif à l'emploi du panier de de Græf. En 1892,j'étais appelé par un de nos anciens collègues d'internat, auprès d'une dame qui avait avalé, la veille, un morceau de viande enrobant un corps dur, probablement un petit os. Notre confrère en avait pratiqué l'extraction au moyen du panier de de Græf, mais, pendant la manœuvre, la malade s'était brusquement rejetée en arrière et avait ressenti une très vive douleur. Quelques heures après, un emphysème apparaissait et envahissait rapidement le cou ; le lendemain cet emphysème s'était encore accru, et pensant qu'il s'était produit une déchirure près du cricoïde. Je pratiquai une trachéotomie basse qui n'arrêta pas le développement de l'emphysème, la mort est survint au bout de vingt-quatre heures. Il est probable que dans ce cas, ainsi que le font supposer des expériences sur le cadavre, il s'est produit un arrachement du hile du poumon et une irruption continue d'air dans le médiastin postérieur.

M. Broca. — Je viens prendre la défense du panier de de Græf. Dans le dernier fait qu'on vient de rapporter, ce n'est pas le panier qui est coupable,mais l'opérateur qui n'a pas su s'en servir. Il n'y a pas à l'abandonner plus qu'on ne doit abandonner le bistouri qui perfore une artère, quand il est mal dirigé. Quand on manie le panier,on peut utiliser le moyen indiqué par M. Felizet,ou bien faire ce qui m'a toujours réussi, c'est-à-dire introduire, en même temps que le panier, le doigt jusqu'au cartilage cricoïde et retirer les deux en même temps. Par ce moyen on empêche le panier de basculer d'arrière en avant, et le sou de venir s'accrocher au cartilage cricoïde. Le panier ne doit jamais être employé que pour des pièces de monnaie. Pour les sous arrêtés près du cardia,je ne sais pas ce que je ferais.

M. Faure. — J'ai vu utiliser plusieurs fois le crochet de M. Kirmisson, et il m'a paru supérieur au panier de de Græf, en ce sens qu'il n'en présente pas les inconvénients. Mais l'un comme l'autre ne doivent servir qu'à l'extraction des pièces de monnaie. Pour les autres corps étrangers,si l'on ne réussit pas par les moyens ordinaires, il faut recourir, sans s'attarder, à l'œsophagotomie externe.

M. Jalaguier. — J'ai eu recours bien des fois, soit au panier, soit au crochet de M. Kirmisson, et avec les deux j'ai obtenu l'extraction des sous. Avec le panier, j'emploie une manœuvre qui permet de le sortir sans accrocher le cricoïde; elle consiste à faire décrire au panier un quart de tour sur lui-même, ce qui facilite son dégagement.

M. Segond. — Chez un enfant de sept ans qui avait avalé un sou, des tentatives d'extraction avec le panier avaient échoué. Le sou était descendu jusque près du cardia. Après avoir essayé vainement de le saisir avec le crochet de M. Kirmisson, j'ai pratiqué la gastrotomie, et c'est encore avec peine que j'ai pu désenchâtonner la pièce de monnaie.

M. Walther. — Dans le fait malheureux que j'ai rapporté, je tiens à rappeler le brusque mouvement de la malade en arrière au moment de l'extraction, ce qui doit faire réserver notre jugement sur la manœuvre opératoire.

M. Sébileau. — Bien que M. Felizet préconise sa double méthode, je ne suis pas convaincu de sa supériorité. Dans l'ablation de ces corps étrangers, il est évident que le panier ou le crochet devront souvent réussir quand l'extraction est facile; mais lorsque la pénétration date d'un certain nombre de jours, le cas est tout différent. J'estime qu'il ne faut pas d'emblée recourir à l'œsophagotomie, mais tenter l'extraction avec le panier, et, lors même qu'on échoue, ce n'est pas une raison pour toujours taxer de maladresse celui qui opère. Il faut même savoir que des accidents peuvent survenir, sans que l'opérateur soit coupable.

Pour le cas que j'ai rapporté, je rappelle que l'une des déchirures siégeait près du cardia, et je doute fort que le doigt de M. Broca ou la méthode de M. Felizet eussent pu réussir à faire sortir le sou.

ÉLECTION DU BUREAU POUR 1905

Président : M. Schwartz.
Vice-président : M. Segond.
Secrétaire général : M. Nélaton.
Premier secrétaire : M. Picqué.
Deuxième secrétaire : M. Michaux.
Trésorier : M. Arrou.
Archiviste : M. Broca.

OZENNE.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 décembre

Cornage congénital, hypertrophie du thymus, syphilis héréditaire

M. Marfan. — La pathologie du thymus est encore pleine d'obscurités; l'existence d'un cornage du à l'hypertrophie du thymus n'a pas encore été démontrée par l'autopsie; le cas suivant apporte cette démonstration. . . . .

Enfant de quinze mois, apporté à l'hôpital des Enfants-Malades en dyspnée inspiratoire violente. On lui met un tube court, puis un tube long, sans résultat; on le met dans un bain tiède en lui faisant une injection de sérum; on fait enfin la trachéotomie; la dyspnée reste extrême; il y a un tirage très marqué et de la broncho-pneumonie qui paraît expliquer suffisamment la persistance du tirage, malgré la trachéotomie.

Cependant l'examen bactériologique montre l'absence de diphtérie; la broncho-pneumonie s'atténue et disparaît, et malgré cela le tirage continue; j'essaie d'enlever la canule et je la remplace par un tube long; enfin, l'enfant peut se passer du tube long; mais on constate alors un cornage et des crises de suffocation. Le cornage s'exagère pendant le sommeil et par le simple décubitus dorsal.

La mère nous apprit alors que l'enfant cornait depuis sa naissance; il s'enrhumait avec la plus grande facilité, et le cornage s'exagérait au moment des rhumes.

L'enfant sortit guéri de sa broncho-pneumonie, mais cornant toujours. Ces jours derniers, on nous l'a ramené mourant. L'autopsie ne nous montre d'autre particularité qu'une hypertrophie considérable du thymus, qui fit hernie dès l'ouverture de l'aponévrose cervicale moyenne, avant l'ablation du sternum; nous pûmes constater en place la compression de la trachée. Le thymus était brun-rouge et pesait 22 gr. La rate était grosse, atteinte de périspléníte, et parsemée de grains blancs, variant de la dimension d'un grain de chènevis à celle d'une tête d'épingle, que le microscope montra être des gommes miliaires. L'examen histologique du thymus fit constater une hypertrophie simple avec congestion.

Voici donc une troisième variété de cornage des nourrissons : le *cornage thymique*, à bien distinguer des deux variétés déjà décrites: le cornage vestibulaire (Variot) et le cornage adénopathique (Variot-Guinon).

Le cornage vestibulaire — stridor congénital inspiratoire de Variot — a des caractères qui le différencient nettement du cornage thymique; il est presque exclusivement inspiratoire, il est permanent; à peine observe-t-on des crises paroxystiques peu intenses, avec tirage, qui sont facilement soulagées par le tube court et n'ont jamais nécessité la trachéotomie. Ce cornage est dû à une conformation défectueuse du vestibule du larynx; il a un pronostic bénin, car il disparaît spontanément par le développement du larynx et, en général, ne survit pas à la deuxième année.

Le cornage adénopathique ne commence, habituellement pas avant le 4e mois. Guinon l'a vu exceptionnellement à quelques semaines. Contrairement au cornage thymique qui s'accroît par le décubitus horizontal, il s'atténue parfois dans cette position et disparaît même dans le sommeil; il est grave et se termine généralement par la mort.

Pourquoi le thymus s'hypertrophie-t-il? Paltauf et Escherich ont signalé des cas où l'hypertrophie thymique faisait partie d'un processus hypertrophique général des organes lymphatiques et, en particulier, des ganglions. Il n'y avait rien de pareil dans notre cas. L'enfant était syphilitique, mais le thymus lui-même ne présentait aucune trace de lésions syphilitiques. Peut-être faut-il voir dans cette hypertrophie une conséquence indirecte des lésions de la rate. On sait, en effet, que le thymus se gonfle chez les jeunes animaux à qui on fait la splénectomie.

M. Richardière communique quatre faits de contagion hospitalière de fièvre typhoïde chez des enfants.

Dans ces quatre cas, l'enfant atteint était le voisin de lit immédiat d'un typhique. La contagion, rare chez les adultes, est plus fréquente chez les enfants, parce qu'ils sont, moins que les adultes, immunisés par des atteintes antérieures, et parce qu'il est impossible de les empêcher de communiquer avec leurs voisins de lit, de tremper la main dans l'eau des bains, etc. Il faut donc isoler les typhiques dans des box, recouvrir les baignoires de couvercles en bois; quant à un isolement en pavillon spécial, on ne saurait y songer à cause de la bénignité de l'affection chez l'enfant qui empêche la plupart du temps un diagnostic précoce.

E. APERT.

THÉRAPEUTIQUE

L'iodure de caféine, ses applications thérapeutiques

Un nombre déjà considérable d'observations cliniques, prises dans les hôpitaux, ont précisé les indications thérapeutiques de l'iodure de caféine.

Dès 1865, Tilden, puis, plus récemment les prof. Rummo (de Pise), et Cohn (de Berlin) ont entrepris une série de recherches physiologiques et expérimentales pour attirer l'attention des médecins et des pharmacologistes sur les avantages des iodhydrates de caféine. A vrai dire, les sels qu'ils avaient en vue se décomposent avec une extrême facilité. De composition variable dans leurs éléments : iode et caféine, ils ne présentaient ni la stabilité, ni la fixité indispensables à l'obtention de préparations médicamenteuses inaltérables. Aussi n'avaient-ils point pris rang dans la pharmacopée. D'autre part, en 1882, M. Vernade a découvert un procédé qui permet d'obtenir industriellement une combinaison cristallisable d'iode et de caféine par l'union directe de ces deux substances. Son iodure de caféine renferme 63 % d'iode et 35 % de caféine. Il est sublimable, inaltérable, et très soluble dans l'eau.

Afin de délivrer une préparation ayant, précisément, au plus haut degré ces caractères d'*inaltérabilité* et de *stabilité*, et étant, en outre, d'un dosage facile et rigoureux, M. Vernade a dissout son iodure de caféine dans un véhicule spécial, qui s'oppose à la décomposition de l'iodure de caféine. Il a donné le nom d' « Eupnine » à cette solution d'iodure de caféine cristallisé, que tant de médecins ont déjà eu l'occasion d'expérimenter.

Pour ce qui est des propriétés pharmacodynamiques de l'eupnine, elles peuvent se résumer dans ces quelques mots : l'eupnine est à la fois un *diurétique* très actif, un puissant *toni-cardiaque* et un médicament *eupnéique*, c'est-à-dire antidyspnéique. Il joint aux effets physiologiques et thérapeutiques de la caféine ceux de l'iode et des iodures et ne partage pas leurs inconvénients. Même quand on en prolonge l'usage pendant des semaines, l'eupnine n'expose pas aux accidents d'intolérance qui relèvent de l'iodisme, ni ne produit l'agitation nerveuse et l'insomnie qu'on reproche à la caféine. L'eupnine est supérieure à la caféine eu égard à l'action diurétique.

Les principales indications de l'eupnine se déduisent des notions qui précèdent.

Elle est indiquée, en *principe*, toutes les fois qu'il y a lieu de stimuler la diurèse, de tonifier le cœur, de combattre la dyspnée. *En fait*, l'observation clinique a démontré que l'eupnine est d'une remarquable efficacité dans le traitement de l'asthme vrai, de l'asthme névrose, dans le traitement des bronchites chroniques chez les emphysémateux, contre les accidents symptomatiques de l'emphysème pulmonaire et pour en prévenir les conséquences, contre l'angine de poitrine, les hydropisies d'origine cardiaque ou rénale, les accidents d'origine asystolique, l'ascite symptomatique d'une cirrhose du foie, et aussi pour prévenir les suites et les complications de l'artério-sclérose, en activant la diurèse et en relevant l'action défaillante du cœur, lorsque la digitale et la théobromine ont épuisé leurs effets ou qu'il y a lieu de suspendre l'administration de la digitale pour éviter des accidents d'ordre cumulatif. Enfin, l'eupnine supprime la gêne respiratoire qui, chez les artério-scléreux, résulte des entraves apportées à la circulation. En outre, l'eupnine a donné de bons résultats dans tous les cas où il y a lieu de recourir aux diurétiques pour remédier à l'insuffisance de la dépuration rénale.

Le ouataplasme sinapisé comme révulsif

En dehors des indications multiples où le outaplasme, en tant que pansement-

compresse, donne les meilleurs résultats, beaucoup de médecins le prescrivent aussi comme révulsif.

Pour cela, il suffit, une fois le outaplasme ordinaire préparé, d'étaler sur la mousseline la quantité nécessaire, selon l'âge du malade, d'une pâte épaisse, obtenue en délayant de la farine de moutarde dans un peu d'eau froide.

Le ouataplasme ainsi sinapisé, peut être laissé en place tout le temps nécessaire à la révulsion que le médecin veut obtenir.

Il ne provoque aucune irritation, grâce au mucilage qu'il contient, qui, faisant adhérer la moutarde à la mousseline, l'empêche de rester fixée à la peau, quand on retire le ouataplasme sinapisé.

CHIRURGIE PRATIQUE

Sous cette rubrique accoutumée, nous publierons, dans nos prochains numéros, quelques articles du même genre que celui qui suit et dont nos lecteurs apprécieront tout de suite le caractère extrêmement pratique.

Ces articles feront ultérieurement partie d'un ouvrage dont notre collaborateur, M le Dr Laval, a eu l'idée, et dont le titre, très bien trouvé, mais complètement justifié, explique parfaitement le but. C'est un « *Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières* », avec ce sous-titre : « *Avant, pendant et après l'opération* » (1).

Les chirurgiens de métier eux-mêmes oublient parfois les instruments les plus nécessaires dans une opération. Nous pourrions citer, entre plusieurs autres, le cas d'un chirurgien fort connu — il figure, très réussi, sur une image récente — qui, au moment d'opérer un kyste de l'ovaire en ville, s'aperçut que ses aides n'avaient oublié qu'une chose : le bistouri ! On voit d'ici la... figure de ces malheureux ! « *Ne vous épatez pas*, reprit tranquillement le maître; donnez-moi seulement de bons ciseaux ». Et une branche de ciseau remplaça le bistouri absent. Tout se passa bien.

Quand des aventures de ce genre arrivent aux grands maîtres et à des aides de choix, le modeste praticien, souvent réduit, en fait d'aides, à ses dix doigts, est bien excusable de ne pas penser à tout. Avec le livre du Dr Laval sous les yeux, il n'aura plus besoin, au moment de partir pour opérer, de tourmenter sa corticalité pour être bien sûr qu'il n'oublie rien.

C'est quelque chose.

C'est même beaucoup. J. J.

Traitement des abcès chauds

Collection de pus dont la formation rapide (en quelques jours), s'est accompagnée de réaction locale vive et de phénomènes généraux. On emploie souvent le mot phlegmon à la place de celui d'abcès et réciproquement, pour désigner la suppuration des tissus. En réalité, phlegmon signifie : inflammation locale ou diffuse du tissu cellulaire, aboutissant presque toujours à la suppuration. La désignation d'abcès exprime la présence du pus dans la profondeur des tissus.

(1) Ce livre formera un volume in-8° de 700 p. environ, avec 420 fig. (édité par Doin).

Caractères. — Localement : douleur spontanée et provoquée à la pression; rougeur; gonflement; chaleur. Symptômes généraux : fièvre, frissons, troubles digestifs (période de formation); œdème, fluctuation plus ou moins manifeste, avec diminution des symptômes généraux (abcès formé).

Diagnostic. — Diagnostic de collection liquide : si la fluctuation n'est pas franche, s'appuyer sur la constatation d'un point ramolli au milieu d'une masse inflammatoire dure; — peau rougie, adhérente, conservant l'empreinte du doigt; — au besoin, en cas de doute, recourir à la ponction exploratrice avec la seringue à injections hypodermiques.

Diagnostic d'abcès : penser, pour les éliminer, aux tumeurs sarcomateuses à évolution rapide, aux kystes de toute nature, aux anévrysmes, aux gommes syphilitiques.

Traitement.

Evacuation du pus par l'incision.

Préparatifs.

I. — ***Préparatifs avant l'opération.***

1. *Instruments.*
   Un bistouri.
   Une sonde cannelée ordinaire et une autre à bout mousse (de Nélaton).
   Une paire de ciseaux droits ordinaires.
   Quelques pinces à forcipressure.
   Une pince longue pour retirer les instruments de l'eau bouillante.
   Catgut (en cas de ligature).
   Un ou plusieurs drains (de grosseur convenable).
2. *Récipients.*
   Quatre récipients assez grands (casseroles) à mettre au feu.
   Deux plateaux ou plats creux (pour les instruments et objets de pansement).
   Deux cuvettes (pour le nettoyage des mains de l'opérateur).
   Un bock laveur complet (tube et canule).
3. *Liquides.*
   Alcool à 90°.
   Solution de Van Swieten.
   Eau stérilisée ou bouillie.
4. *Matériaux de pansement.*
   Compresses de gaze ou de toile (mouchoirs, etc.).
   Ouate hydrophile.
   Ouate ordinaire.
   Bandes ou bandage spécial.
5. *Matériaux d'asepsie.*
   Savon.
   Brosse à ongles.
   Une paire de gants de caoutchouc (facultative).
6. *Anesthésique.*
   Variable : local ou général, suivant qu'il s'agit de petits abcès ou d'abcès importants.
7. *Aides.*
   En nombre variable.

II. — ***Préparatifs de l'opération.***

1° *Préparation des instruments, matériel et objets de pansement.*
Mettre sur le feu les 4 récipients — le premier sera rempli d'eau additionnée d'une poignée de carbonate de soude par litre. A l'ébullition, y plonger les instruments pendant vingt-cinq minutes.
Le second sera rempli aux 2/3 d'eau salée avec une poignée de sel marin au litre. A l'ébullition, y plonger les compresses et les tampons préparés (pendant 25 minutes).
Dans le troisième, à moitié plein d'eau salée, on placera les deux plateaux ou plats creux et le bock (maintenir l'ébullition pendant 25 minutes).
Le quatrième contiendra seulement de l'eau qu'on fera bouillir une demi-heure.
Disposer, sur une petite table, les deux plateaux ou plats creux, une fois leur stérilisation opérée. Déposer dans l'un les instruments, dans l'autre les compresses et tampons.

2. *Préparation de l'opérateur.*
Dans l'une des cuvettes, pleine d'eau bouillie, savonnage et brossage minutieux des ongles, doigts, mains et avant-bras.
Dans la deuxième cuvette, contenant de la liqueur de Van Swieten, immersion des mains et avant-bras.
Mise des gants de caoutchouc (facultative).

3. *Préparation du malade.*
Région à opérer. Rasage, savonnage, brossage, lotion à l'alcool, puis au Van Swieten.
Anesthésie.

Opération.

Position.
Le sujet sera dans la position la plus favorable pour que la région soit bien exposée, les muscles dans le relâchement.

Exécution.
Incision franche et large au bistouri, *dans la longueur* de l'abcès, le plus souvent de haut en bas : aux membres, d'habitude parallèlement à l'axe du membre; à la face, un peu obliquement de haut en bas et d'arrière en avant (direction des filets du nerf facial); au cou, transversalement (direction des plis de la peau); à l'aine, perpendiculairement au pli de l'aine (chevauchement des bords de la plaie, si l'on fait l'incision dans le sens du pli).
L'incision atteindra *du coup* la collection purulente, si l'abcès est superficiel; *en plusieurs temps* (incision de la peau, puis de l'aponévrose, puis enfin travail à la sonde cannelée), s'il s'agit d'un abcès profond.
Dans les régions visibles, ne pas faire l'incision trop longue, à cause de l'esthétique.
Laisser s'écouler le pus, sans recourir à des pressions violentes aux environs de la poche.
S'il y a un ou plusieurs *diverticules*, pousser au fond de chacun d'eux la sonde cannelée et, sur la saillie formée par la peau soulevée par la pointe, pratiquer une contre-ouverture.

Laver la cavité et ses prolongements à l'eau bouillie chaude sous une légère pression (bock laveur à une hauteur d'un mètre).

Faire passer un ou plusieurs *drains*, plutôt gros que petits, dans la cavité même, et dans chaque contre-ouverture. On s'arrange généralement pour qu'un même drain passe dans deux ouvertures, l'une de celles-ci étant en position déclive par rapport à l'autre. Les drains seront donc, autant que possible, placés verticalement plutôt que transversalement. Souvent, on traverse l'extrémité extérieure des drains avec une épingle de nourrice, pour empêcher leur disparition dans la cavité de l'abcès : il est bon, dans ces cas, d'envelopper le tube de caoutchouc, entre les téguments et l'épingle, avec un chiffonné de gaze.

Avant le pansement, s'assurer que le pus a un libre écoulement au dehors, qu'il n'y a pas de poche déclive.

Pansement.

Aseptique humide.

Suites.

Dans les abcès des membres, il peut être utile de prescrire tous les jours deux ou trois *bains locaux* prolongés une heure, dans l'eau bouillie chaude. Dans les intervalles, on replacera le pansement humide aseptique, que l'on changera pour le pansement sec aseptique dès que seront tombés les phénomènes inflammatoires, soit vers le troisième ou le quatrième jour.

Si le pus est *odorant*, fétide, faire, par les drains, tous les jours et pendant plusieurs jours, un lavage à l'eau oxygénée à 12 volumes.

La *longueur des tubes de caoutchouc* sera diminuée au fur et à mesure que la cavité se comblera. Ces derniers seront supprimés dès que la plaie aura bon aspect : suppuration peu abondante, bourgeonnement rose.

Ed. Laval.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Corps étrangers trouvés dans l'appendice au cours de 1600 nécropsies

M. le Dr Mitchell (de Chicago), en procédant à l'autopsie de 1600 sujets morts d'affections indépendantes de l'appendicite, telles que traumatismes crâniens, coups de feu, néphrite, alcoolisme, fièvre typhoïde, etc., a rencontré dans l'appendice des corps étrangers de diverse nature chez dix-huit sujets. Huit fois il s'agissait de grains de raisins, dans la proportion de un à trois grains. Dans cinq cas, on trouva des corps métalliques : grains de plomb, clou très mince, globule de plomb provenant d'une soudure. Les autres corps trouvés furent les suivants : morceau de coquille de noix, vertèbre de petit poisson, fragments d'os dont un très pointu, morceaux de pierre.

L'auteur ne cite pas les nombreux cas dans lesquels il a rencontré des matières fécales durcies plus ou moins analogues à des corps étrangers.

Si l'on veut bien noter que chez aucun des sujets qui furent examinés ne s'était produite la moindre inflammation de l'appendice, et que la mort a été due à une cause tout à fait étrangère à la présence de ces corps étrangers, on conclura sans peine que la présence d'un corps étranger dans l'appendice ne suffit pas pour expliquer l'éclosion de la terrible maladie dont nous voyons augmenter tous les jours les ravages. (*Medical Record* 10 décembre 1904.)

Essai de syphilisation d'un cheval à l'effet d'obtenir un sérum antisyphilitique

Dans la séance du 7 décembre de la Société berlinoise de médecine, M. Piorkowski (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 19 décembre 1904) a relaté ses expériences d'inoculation, à un cheval, de sang syphilitique. Ce sang — prélevé de la pulpe digitale ou du lobule de l'oreille, sur 80 sujets atteints de syphilis à des périodes variées, que M. Max Joseph avait mis à la disposition de l'auteur — était injecté, périodiquement, dans la veine jugulaire de l'animal en expérience, à la dose de 5 à 10 cc. Une nouvelle injection intra-veineuse était faite dès que la réaction fébrile provoquée par l'injection précédente (réaction toujours légère, ne dépassant pas 0.5°) se fut dissipée. L'état général du cheval demeurait bon. Au bout de deux mois, après le début de l'expérience, on vit apparaître une éruption de petites papules qui débutèrent par la partie moyenne du cou et du poitrail, pour se généraliser des deux côtés du tronc. On en compta une centaine, au moins, grosses comme une lentille ou un haricot. Elles n'étaient entourées d'aucune zone inflammatoire et se recouvraient, par la suite, de croûtes ; à leur niveau, une partie des poils tombaient. Les ganglions demeurèrent longtemps indemnes, mais, tout dernièrement, on a constaté une tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires. Quelques injections sous-cutanées du sang syphilitique furent également faites, sans provoquer de lésion locale.

Dans la discussion qui suivit cette communication et à laquelle prirent part plusieurs syphiligraphes et vétérinaires ayant eu l'occasion d'examiner le cheval inoculé par M. Piorkowski, des avis contradictoires furent émis sur la nature de l'éruption constatée.

Quelques uns, conformément à l'opinion de M. Piorkowski, inclinaient à la mettre sur le compte de la syphilisation. D'autres niaient ce rapport, attribuant non pas à l'inoculation syphilitique, mais simplement aux injections de sang hétérogène la production des papules en question, qui seraient ainsi un phénomène analogue aux éruptions sérothérapiques, si fréquentes chez l'homme. Quoi qu'il en soit, ni le pour, ni le contre, ne purent être prouvés avec certitude.

M. Piorkowski va procéder prochainement à des essais thérapeutiques, chez l'homme, avec le sérum sanguin de son cheval. Jusqu'à présent, il n'a pratiqué que des injections de sang de cet animal à des cobayes, des souris et des lapins. Ces injections ne déterminèrent aucune réaction.

Dr Vladimir de Holstein.

Les écoles de médecine de province et la décentralisation

Les directeurs et délégués des Écoles de médecine et de pharmacie se sont réunis le 18 courant pour s'entretenir de diverses questions intéressant les établissements dont ils ont la charge.

En tête de ces questions figurait l'examen de l'état de choses amené par la suppression des pharmaciens de 2e classe. Il y a là, en effet, pour les écoles dont il s'agit, un danger sérieux. Aussi les directeurs et délégués ont-ils, dans cette réunion, demandé une refonte du programme de l'enseignement et formulé, en particulier, les desiderata suivants :

1° Le stage officinal est fixé à deux ans. Il sera accompli dans le cours des études, après la troisième année.

2° Des examens semestriels sont institués pendant la durée de ce stage, *de façon que les écoles en aient la surveillance.*

3° Quel que soit le régime d'étude institué, deux examens probatoires seront passés dans les écoles préparatoires sous la présidence d'un professeur de Faculté ou d'une École supérieure de pharmacie.

Sans vouloir aborder à ce propos la question de la « décentralisation scientifique », nous pouvons cependant remarquer, en passant, que si on a fait beaucoup de bruit autour du mot, on paraît se soucier assez peu, et de moins en moins, de la chose.

S'il fallait en fournir une preuve typique, après bien d'autres, il suffirait de rappeler l'idée barroque qui a conduit à la création d'un « Institut de médecine coloniale » à Paris ! Avoir choisi Paris pour l'étude des maladies des pays chauds, c'est une trouvaille. On a bien — *rarissima avis* — la ressource de servir, parfois, quelques cas de maladies du sommeil, mais ça doit coûter très cher pour amener de si loin à Paris quelques bons nègres voués au trépas, sans compter qu'ils ont de grandes chances de mourir en route avant... les présentations !

J. J.

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. Courtès.

BULLETIN DE L'ETRANGER

Le camphre à très haute dose dans la pneumonie franche

Employé autrefois, sur une vaste échelle, comme excitant, le camphre est beaucoup moins usité actuellement en thérapeutique, du moins en France. En Allemagne, on a encore souvent recours aux injections hypodermiques d'huile camphrée ou d'éther camphré (ce dernier, plus efficace que les simples piqûres d'éther) contre le collapsus pneumonique et les états d'anynamie en général, ainsi que dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (d'après Alexander). Si donc, nous signalons ici la recommandation que fait **M. Essen** (*Muench. med. Woch.*, 20 décembre 1904) de combattre la pneumonie à forme adynamique par le camphre, c'est que l'auteur administre ce médicament à des doses vraiment inouïes, prises par la bouche, et qui seraient des plus efficaces, tout en étant bien tolérées. Notre confrère fait prendre, en effet, à ces pneumoniques, jusqu'à 9 et 12 gr. de camphre dans les vingt-quatre heures. C'est ainsi qu'un homme, âgé de quarante-trois ans, frappé de collapsus cardiaque au cours d'une pneumonie, ingéra 23 gr. de camphre en l'espace de quatre jours, et qu'un enfant de quatre ans, atteint de pneumonie morbilleuse, absorba 12 gr. de ce médicament en cinq jours. Ces malades, comme les autres qui furent traités de la même façon, n'ont jamais présenté de phenomenes tant soit peu inquiétants d'intoxication camphrée. Le seul trouble pouvant être mis sur le compte du camphre, qu'on constatait parfois chez eux, était un certain degré de somnolence. Par contre, sur les fonctions du cœur défaillant, le camphre, à très haute dose, a exercé, dans les observations de l'auteur, une action des plus salutaires, se traduisant par le relèvement du pouls et de la pression artérielle, ainsi que par la disparition des signes de stase dans la circulation pulmonaire. Sur 13 pneumonies fibrineuses très graves, qui furent traitées par le camphre aux doses ci-dessus indiquées, à la clinique médicale de l'Université de Bonn, deux seulement se sont terminées par la mort. Dans l'un de ces cas mortels on avait affaire à un alcoolique avéré, âgé de cinquante-deux ans, admis à la clinique en plein collapsus avec délire ; l'autre concernait un sujet épuisé, âgé de cinquante-neuf ans avec emphysème pulmonaire et infiltration pneumonique de la totalité du poumon droit.

D'après M. Esser, le camphre agirait dans la pneumonie, non seulement comme excitant, mais en s'éliminant en grande partie par les poumons, il influencerait ainsi, d'une façon favorable, le processus infectieux d'origine bactérienne dans les alvéoles et les bronches.

Il y a lieu de faire remarquer que chez deux pneumoniques qui présentaient des signes particulièrement saillants de stase dans la circulation pulmonaire (cyanose intense, dilatation des veines du cou, pouls petit et tendu), l'auteur a pratiqué une saignée copieuse, de telle sorte qu'il serait difficile de dire si c'est au camphre ou à la phlébotomie que ces malades ont dû leur salut.

L'adrénaline dans le traitement des brûlures de l'œsophage par les caustiques

M. Yanovsky (*Arch. f. Verdaungskr.* et *Muench. med. Woch.*, 20 décembre 1904) s'est bien trouvé, dans plusieurs cas de brûlures de l'œsophage par ingestion de liquides toxiques, de l'emploi de l'extrait surrénal en tablettes ou d'une solution d'adrénaline à 1 : 1000. Les tablettes étaient dosées à 0 gr. 30 d'extrait. Les malades en prenaient quatre par jour, les laissant fondre lentement dans la bouche. La solution d'adrénaline était administrée aussi trois ou quatre fois dans la journée, par doses de 5 à 10 gouttes dans une cuillerée à café d'eau. C'est évidemment contre la dysphagie que cette médication fut particulièrement efficace. Cinq à dix minutes après ingestion du médicament, les malades, qui jusque-là étaient incapables d'exécuter le moindre mouvement de déglutition, pouvaient déjà avaler des liquides sans douleur. Trois ou quatre prises quotidiennes d'extrait surrénal ou d'adrénaline suffisaient pour maintenir en permanence, au grand soulagement des malades, cet effet dû à l'action à la fois vaso-constrictive, antiphlogistique et analgésique du médicament. L'auteur voudrait que ce procédé de traitement palliatif fût appliqué dans les cas de rétrécissement néoplasique de l'œsophage.

L'excision des thromboses des veines sous-cutanées de la jambe

Chez les sujets atteints de varices à la jambe, la thrombose au niveau de quelques-unes des phlébectasies est chose assez fréquente. Cette complication est généralement traitée par le repos du membre, maintenu dans une position élevée, et par l'application de compresses résolutives. Elle met trois semaines environ à guérir, ce qui, pour les malades des classes laborieuses, est un peu long. Pendant ce temps, la production d'une embolie est toujours possible. Enfin, les récidives ne sont pas rares. Aussi **M. Mansell Moullin** (*British Med. Journ.*, 24 décembre 1904), chirurgien chef et lecteur de chirurgie au London Hospital, a-t-il adopté pour règle de traiter ce genre de thromboses par l'excision des veines oblitérées, procédé qui permet d'obtenir une guérison rapide, écarte d'emblée tout danger d'embolie et garantit, d'autre part, contre les récidives. La plaie opératoire est cicatrisée en huit jours. A ce moment, l'opéré peut se lever et reprendre, sans inconvénient, son genre de vie habituel.

M. Mansell Moullin n'a pas la prétention d'avoir été le premier à pratiquer l'excision de veines thrombosées, opération qui, certes, a dû être faite dans des cas isolés. Mais — et c'est en cela que consiste le point nouveau — l'auteur la recommande comme traitement de choix des thromboses veineuses superficielles, traitement radical, expéditif et dépourvu d'inconvénients, alors même qu'on se trouve en présence de lésions étendues. C'est ainsi que M. Mansell Moullin a opéré récemment, avec plein succès, un cas de thrombose de la totalité de la saphène interne aux deux jambes. Il découvrit les deux vaisseaux, les incisa, enleva les caillots sanguins qui, à en juger par leur longueur, s'étendaient jusqu'à la veine fémorale, lia au catgut le bout central de la saphène et excisa le reste de ce vaisseau. Deux semaines après cette intervention, l'opéré était déjà sur pied.

Dr Vladimir de Holstein.

LIVRES NOUVEAUX

Le livre de la garde-malade, avec les soins aux jeunes mères et aux nouveau-nés, par le Dr Renou (de Saumur), membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° cartonné, de 316 pages. (Charrier, éditeur, Saumur.)

Ce livre, de saine vulgarisation, nous paraît représenter ce qui a été fait de mieux jusqu'ici dans ce genre. Ce n'est pas là une appréciation de complaisance, mais le résultat de la lecture presque complète que j'ai faite de ce volume (ce qui explique, entre parenthèse, le retard de cette courte analyse).

Le livre de M. Renou se divise en quatre parties :

1° Notions générales. Anatomie et physiologie élémentaire. Les microbes. L'antisepsie et l'asepsie. Les plaies ; accidents et complications. La garde-malade en chirurgie.

2° L'arsenal de la garde-malade. Soins usuels : internes et externes.

3° La garde-malade en médecine. Notions premières sur les maladies les plus communes, leur prophylaxie, leur traitement.

4° Soins à la jeune mère. Soins au nouveau-né.

A la fin de chaque chapitre de chacune de ces quatre parties, on trouve un questionnaire limité aux choses essentielles et qui permet de s'assurer facilement qu'elles ont été bien comprises. De plus, — et cette idée est très pratique — chaque alinéa, pour ainsi dire, a son titre dans la marge. Enfin, en queue du livre — la table des matières est en tête — on trouve : *a)* un plan d'études, sous forme de questionnaire, des notions d'anatomie et de physiologie nécessaires à une garde-malade ; *b)* un dictionnaire des mots scientifiques employés dans le livre ou dans le langage médical ordinaire.

Ce plan, ces divisions, ces précautions, marquent déjà le souci de l'auteur de se mettre bien à la portée de la catégorie de lecteurs qu'il a spécialement visée. La rédaction, aussi bien comme fond d'idée que comme style, remplit ou ne peut mieux ce but. Je ne crois pas, encore une fois, qu'aucun livre de ce genre ait atteint le même degré de perfection. Les gens du monde, les instituteurs, trouveront grand profit à sa lecture, mais je crois bien que les tout jeunes médecins y apprendraient aussi maintes choses pratiques, fort utiles pour leurs débuts dans la carrière et pour lesquelles il est toujours très désagréable, parfois nuisible, d'être ou de paraître moins instruit que... le client. J. J.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Le traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche

Par M. le Dr Henri Judet

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

Cette importante question de thérapeutique infantile a été renouvelée par les travaux de Lorenz et par ceux des nombreux chirurgiens qui se sont engagés, à sa suite, dans le traitement non sanglant de la luxation congénitale. La méthode de Lorenz doit entrer dans la pratique courante, et le jour n'est peut-être pas loin où tout praticien n'hésitera pas à entreprendre le traitement d'une luxation congénitale, tout comme il entreprend celui d'une luxation traumatique ou d'une fracture difficile. Cette conviction ressortira, nous l'espérons, de la lecture de cet article, où nous exposons la technique du traitement orthopédique de la luxation congénitale, au point de vue pratique, c'est-à-dire en supprimant tout ce qui n'est qu'élément accessoire ou complication inutile.

De *trois* à *huit ans* s'étend l'âge favorable pour le traitement des *luxations unilatérales*. Avant trois ans la réduction est facile mais instable; de plus, les appareils tiennent mal, car les enfants, rarement propres, les souillent de leur urine et les ramollissent. Après huit ans, la réduction devient difficile. Quand la tête fémorale est venue occuper la partie la plus reculée de la fosse iliaque externe (luxation iliaque postérieure) et que le raccourcissement dépasse 4 centimètres, tenter de réduire chez un enfant au delà de dix ans, c'est courir à un échec presque certain : il vaut mieux s'abstenir.

Il est indispensable, avant toute manœuvre, de prendre une bonne radiographie du bassin : cette épreuve confirme le diagnostic et permet aussi d'augurer du pronostic. Si le toit articulaire apparaît relativement bien développé, horizontal (comme dans la figure 1), en d'autres termes, si le cotyle n'est pas complètement effacé, c'est un indice en faveur d'une bonne contention de la tête fémorale réduite. Au contraire, le toit articulaire est-il très court ou représenté par un plan oblique ou même presque vertical (voy. fig. 2), on peut affirmer que la réduction sera difficile à maintenir. Il en est de même lorsque le col forme, avec la diaphyse, un angle très ouvert et que son axe se confond avec l'axe du corps.

Lorsque l'image de la tête luxée, empiète sur celle de l'aile iliaque, de sorte que l'extrémité articulaire du fémur paraît être contenue dans la fosse iliaque, c'est que l'on se trouve en présence de la variété iliaque postérieure dont nous avons parlé plus haut et que nous avons dit être défavorable (voy. fig. 2).



Fig. 1. — Luxation congénitale, hanche gauche (fillette de trois ans et demi).



Fig. 2. — Luxation congénitale, hanche droite (garçon de neuf ans). Variété iliaque postérieure : cas défavorable.

La préparation du malade consiste en les soins habituels : bains de propreté, purge et lavement la veille de la chloroformisation. Une table quelconque peut servir à l'opération — de préférence une table massive en bois. L'outillage spécial se résume en l'emploi d'un *pelvi-support* : un modèle commode est celui de Lorenz, simple cuillère horizontale supportée par un étau qui se fixe au bord de la table et

qui se hausse au niveau convenable pour soutenir le sacrum de l'enfant. Ce pelvi-support est complété par un petit banc en bois ou même par un coussin dur qui se place sous la tête et les épaules.

L'enfant étant bien endormie, l'aide — il en suffit d'un seul — immobilise le bassin, en fléchissant fortement la la cuisse et le genou du côté sain, jusqu'au ras de l'abdomen. Pour *réduire* le chirurgien, saisissant le membre inférieur malade au niveau du genou et du pied, fléchit fortement la cuisse sur l'abdomen, puis ajoute à cette flexion, un mouvement d'abduction et de rotation en dehors. Cette manœuvre est répétée avec une force croissante. Au début l'abduction ne peut être poussée très loin, limitée qu'elle est par la corde des adducteurs que l'on voit saillir chaque fois que le genou est porté en dehors. Sous l'effort de plus en plus énergique, cette corde des adducteurs se relâche peu à peu sans qu'il soit nécessaire, chez les enfants de moins de quatre ans, de la pétrir par un massage énergique ou même de la rompre par un sciage avec le bord cubital de la main. Le chirurgien mesure les progrès de la réduction à l'amplitude de plus en plus grande des mouvements d'abduction; le moment n'est pas loin où, dans l'extrême abduction, le genou et la cuisse viennent toucher le plan de la table par leur face externe. On a, pendant toute cette période, la sensation que des adhérences se brisent peu à peu et que la tête fémorale se mobilise de plus en plus; puis, brusquement, au cours d'un effort plus énergique d'abduction, un *craquement* spécial se fait entendre et on éprouve l'impression que la tête fémorale vient de sauter par dessus un obstacle osseux. Au même instant une tumeur arrondie vient faire saillie à la base du triangle de Scarpa : c'est la tête fémorale réduite.

Dans les cas un peu difficiles et, en général, chez les enfants ayant dépassé cinq ans, il est indispensable, pour obtenir la réduction, de faire la manœuvre dite du *levier* : on glisse l'un des avant-bras sous la cuisse au niveau du grand trochanter pour fournir un point d'appui; en même temps l'on pousse l'abduction à l'extrême (voy. fig. 3). Le petit bras du levier représenté par le col est de la sorte propulsé avec force et la tête obligée à franchir le rebord postérieur du cotyle

Cette manœuvre est sans danger; nous n'en pouvons dire autant de l'emploi de la *vis à traction* de Lorenz, du *levier* de Mencière et, d'une manière

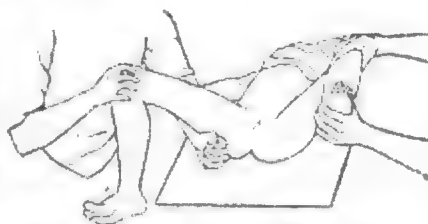


Fig. 3. — Manœuvre du « levier » pour la réduction des cas difficiles.

générale, de tous les appareils permettant de développer une violence exagérée. C'est d'eux que ressortissent les quelques accidents (fractures du fémur ou du bassin, déchirure de l'urètre ou des vaisseaux fémoraux) signalés au moment de la réduction.

La réduction *paraît* réalisée : il faut s'assurer qu'elle est bien réelle ; elle le sera si, en palpant avec soin la région scarpienne, on sent une tumeur lisse, arrondie, mobile avec le fémur — la tête fémorale — et si on sent battre l'artère fémorale à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de cette tête.

La constatation des rapports normaux de la tête avec les organes du pli de l'aine permet de se passer de la radiographie.

Si l'on abandonne le membre à lui même, il reste quelquefois comme accroché en flexion, abduction à 90°, rotation en dehors, dans la position dite de « grenouille »; plus souvent il se détend comme un ressort et se remet dans la rectitude pendant que la région du Scarpa s'excave et qu'un léger ressaut de retour indique que la tête a franchi le rebord postérieur du cotyle pour regagner sa position initiale. Un effort minime, replaçant la cuisse en flexion, abduction, rotation en dehors, reproduit le ressaut de réduction et fait réapparaître la tête sous le pli inguinal.

Pour l'instant, le membre malade est remis dans l'extension ; on revêt l'enfant de *bas en haut*, les jambes passant par les manches, d'un jersey bien ajusté qui enveloppe le thorax, l'abdomen et emprisonne le membre inférieur malade, jusqu'au pied. Une mince couche d'ouate répartie bien uniformément en un spica, peut être employée à défaut d'un jersey L'enfant est alors installé sur le pelvi-support. L'anesthésie continue. Le premier aide est chargé du membre sain qu'il immobilise en position horizontale. A ce moment, le concours d'un deuxième aide devient indispensable et il le faut soigneux et vigilant, car c'est un poste de confiance qu'il va occuper. Par une dernière manœuvre de flexion, abduction, rotation en dehors, le chirurgien a obtenu, sur le pelvi-support même, le ressaut caractéristique de la réduction et la reproduction de la tumeur osseuse scarpienne. Le deuxième aide va, dès lors, avoir pour mission de tenir le membre immobilisé dans la position de « grenouille ». Ducroquet a imaginé un appareil ingénieux, mais complexe, pour remplacer ce deuxième aide; le métier de chirurgien est fertile en besognes nécessitant une attention soutenue d'où dépend le sort du malade et ce n'est pas trop exiger d'un aide que, pendant les dix minutes que demande la confection du spica plâtré, il tienne le membre qu'on lui a confié *immobile* pour que la luxation ne se reproduise pas insidieusement (voy. fig. 4).

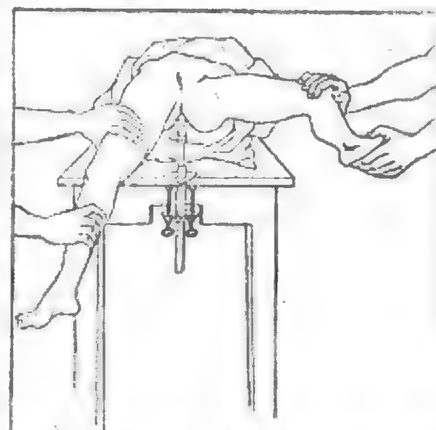


Fig. 4. — Position de l'opéré et des aides pour la confection du premier spica (d'après Lorenz).

La technique de ce spica plâtré ne présente rien de bien spécial: il ne faut pas vouloir aller trop vite et il faut prendre la patience d'enrouler six à sept bandes de dix mètres, soit soixante à soixante-dix mètres de tarlatane plâtrée. Ce n'est pas trop pour avoir un appareil solide et durable, et il sera bon de renforcer tout particulièrement la partie située devant la hanche malade car elle constitue un point de moindre résistance.

L'appareil doit se mouler exactement sur le bassin; nous considérons comme indispensable (contrairement à la pratique de Lorenz et conformément à celle de Brun) de prendre dans le spica plâtré, le genou fléchi à angle droit. Avec un appareil s'arrêtant au-dessus du genou, la cuisse conserve la possibilité de tourner peu à peu; l'attitude utile de rotation en dehors du fémur disparaît peu à peu et la luxation peut se reproduire insidieusement sous l'appareil. Une fois terminé l'enroulement des bandes de Sayre, on

saupoudre le spica de plâtre sec, ce qui active puissamment sa dessication, et c'est seulement lorsque la hanche est bien *saisie* que, prenant le petit malade avec beaucoup de précaution, on le pose à plat sur la table d'opération. A ce moment seulement on cesse le chloroforme. Avant que le durcissement ne soit extrême, on échancre, avec un bistouri, les bords de l'appareil, de manière à bien dégager l'anus et les organes génitaux et on reporte le petit malade dans son lit.

Les suites opératoires sont, d'après notre expérience portant sur une douzaine de cas, toujours de la plus grande simplicité: pas de fièvre, ou fièvre traumatique insignifiante; de l'agitation, de l'insomnie pendant les deux ou trois premières nuits, des douleurs plus ou moins vives au niveau de la hanche et que l'on peut calmer avec un quart de centigramme de morphine en injection sous-cutanée.

Il est exceptionnel qu'il faille sonder le petit malade. Au contraire, il est habituel d'observer, même chez les enfants très propres, une incontinence d'urine qui peut durer huit jours, quinze jours et même se prolonger pendant toute la durée du premier appareil. On évite le ramollissement du spica en le garnissant de mackintosh ou de taffetas gommé, au voisinage des organes génitaux. Une toilette minutieuse et une grande propreté s'imposent, moyennant quoi les parents seront les premiers surpris de la grande facilité avec laquelle leur enfant supporte cette immobilisation, en une attitude au premier abord un peu effrayante (voy. fig. 5).

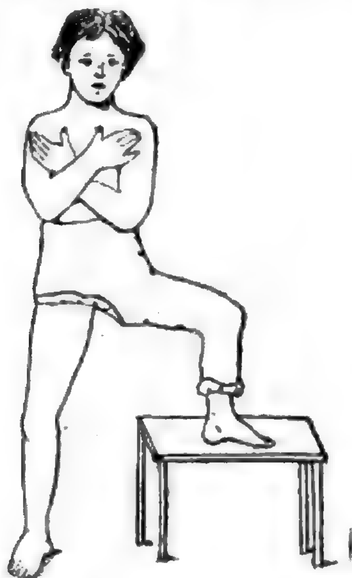


Fig. 5. — Aspect du premier spica.

Lorenz *fait marcher* ses opérées en première position; dans sa pensée la marche permet à la tête fémorale de creuser la cavité cotyloïde sous l'influence de la « charge fonctionnelle » du corps. Nous pensons, avec Brun et Caubet, que la marche, à cette première période, est un danger et qu'elle expose à des reluxations, car elle nécessite un appareil laissant libre le genou et, par suite, trop réduit, pour maintenir le fémur et la tête en bonne place.

Combien faut-il laisser les petits malades en première position? Nous touchons ici à un point très controversé et les opinions les plus diverses se sont fait jour aussi bien en ce qui concerne la durée d'application du premier appareil, qu'en ce qui a trait à la durée totale du traitement.

Pour Lorenz et Brun, le traitement dure environ un an: cinq à six mois pour le premier appareil, trois à quatre pour le second, deux mois pour le troisième et dernier appareil.

Frœlich, de Nancy, applique «la méthode de Lorenz écourtée» et réduit à trois mois la durée totale du traitement; Mencière, lui, l'augmente et la porte à quinze mois.

Entre ces deux extrêmes on trouve tous les délais, et les chirurgiens se sont également livrés aux combinaisons les plus diverses en ce qui concerne la durée relative des trois positions qu'il est classique, depuis Lorenz, de réaliser pour amener une luxation congénitale à la guérison. Tous ont pu obtenir des succès, ce qui semblerait indiquer que ces questions de temps n'ont pas une valeur absolue.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que tous les cas ne sont pas comparables; ceux où la cavité cotyloïde est relativement bien développée, demandent beaucoup moins de temps que ceux où elle est très effacée. C'est la radiographie qui renseigne sur ce point en montrant, dans les bons cas, un toit articulaire horizontal, relativement long, et dans les mauvais un toit bien oblique ou même vertical et très court.

Une autre considération doit intervenir pour fixer la durée approximative du traitement: c'est la rapidité avec laquelle se constituent les adhérences fixatrices. L'aptitude des divers enfants à faire du tissu fibreux est très variable. Dans certains cas, l'arthrite traumatique, la « coxite » qui succède aux manœuvres de réduction est très intense et est suivie d'une véritable ankylose fibreuse de la hanche, qu'il faut vaincre pour passer de la première à la seconde position. Une telle éventualité doit être envisagée comme favorable.

Dans d'autres cas, la hanche reste très mobile sous le premier appareil; les adhérences fixatrices de la tête fémorale sont lâches; le passage de la première à la seconde position se fait sans aucun effort. C'est pour nous un indice qu'il va falloir allonger la durée du second appareil.

Ce second spica, nous l'appliquons au bout de trois mois environ et nous le laissons, suivant le cas, de trois à cinq mois.

Pendant le premier appareil sur le côté, on en extrait l'enfant avec soin et on procède sans retard à la toilette de la peau: savonnage tiède, pansement à la vaseline stérilisée des excoriations. Il est bon de consacrer deux ou trois jours à ces divers soins, lorsque la peau se montre très irritée. Si l'on a soin de replacer chaque fois, avec quelque précaution, l'enfant dans son spica et de l'y enfermer par quelques tours de bande, il n'y a aucun danger de compromettre la réduction. On pourra même profiter de cet intervalle de repos entre les deux appareils, pour faire une radiographie en première position hors plâtre. Quand à ce qui est de faire la radiographie à travers le plâtre, il n'y faut guère songer. M. le Dr Leray, chef du laboratoire de radiographie de l'hôpital Saint-Antoine, et M. Infroit, chef du laboratoire de radiographie de la Salpêtrière, n'ont jamais, sous appareil, pu nous fournir d'épreuves satisfaisantes et à l'abri de la contestation. Un spica plâtré, ayant la grande épaisseur voulue pour maintenir la luxation réduite, ne se laisse que fort mal traverser par les rayons X.

Le deuxième appareil se place avec la plus grande facilité. L'enfant étant endormi, un aide immobilise le bassin. Le chirurgien saisit la cuisse et le genou, et par de petits mouvements d'adduction il ramène peu à peu le membre dans la position de demi-abduction, à 45° environ de la position première. En même temps, la rotation externe est transformée en rotation interne.

Pendant toute la durée de ce double mouvement, on entend des craquements plus ou moins forts. Il est bon de s'assurer que la tête n'a pas filé, pendant le passage de l'une à l'autre attitude: si les appareils de radiographie sont à côté de la salle d'opération (comme cela devrait être), rien n'est plus simple que d'y porter l'enfant pendant deux ou trois minutes.

Mais nous tenons ici à exposer de la chirurgie pratique, pouvant être appliquée en dehors des installations spéciales; voire sans le secours des rayons X. Par une palpation attentive de

la région inguinale, on s'assurera que la tête fémorale est toujours perceptible à la base du triangle de Scarpa, et que l'artère fémorale bat à sa partie externe. La mensuration comparative, en mettant les deux membres en position symétrique, est également un bon moyen de contrôle; on poura encore chercher de chaque côté la distance qui sépare le sommet du grand trochanter de l'épine iliaque postérieure.

Ces constatations faites, on peut, sans une arrière-pensée de non réduction, procéder à la confection du spica plâtré en deuxième position. Cet appareil se fait suivant les mêmes règles que le premier. Le genou est étendu sur la cuisse : il est utile de le prendre dans l'appareil et de modeler les condyles tibiaux pour lutter contre la tendance du membre qui tend à transformer sa rotation interne en de la rotation externe. Si cette tendance est très forte, nous n'hésitons pas à descendre le plâtre jusqu'au pied.

Après trois semaines de repos, nécessaires pour calmer la réaction inflammatoire, on peut permettre la marche à dose croissante, de quelques minutes à une heure par jour; la locomotion s'effectue sans grande difficulté (voy. fig. 6). Quelques chirurgiens, Brun

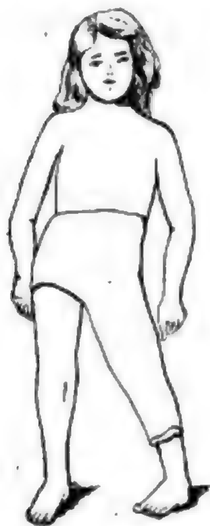


Fig. 6. — Aspect du deuxième spica plâtré.

en particulier, condamnent leurs malades au repos absolu pendant toute cette deuxième période.

L'appareil en deuxième position est gardé pendant un minimum de trois mois. Si l'aspect radiographique et l'état des adhérences à la fin du premier appareil laissent des doutes sur la solidité de la réduction, il faudra prolonger ce délai à quatre et même cinq mois. A la fin de cette période, de durée variable, sitôt que le spica sera retiré, il sera indispensable de s'assurer par la clinique (exploration du triangle de Scarpa, distance comparative des grands trochanters aux épines iliaques postérieures, mensuration des membres) et surtout par la radiographie, que la tête fémorale est bien à sa place. Si tout va bien, on ramène la cuisse dans la position directe et en rotation interne; on refait un troisième appareil descendant comme les deux précédents jusqu'au-dessous du mollet. L'anesthésie est généralement utile; mais, dans quelques cas, nous avons pu nous en passer, le transport du membre de la demi abduction à la position normale n'est pas très douloureux.

Il est inutile, à notre sens, de laisser ce dernier appareil plus de deux mois. A la sortie de ce troisième spica, une dernière radiographie montre la valeur du résultat anatomique : la réduction est bonne, si la tête est située *au-dessous* de la branche horizontale du cartilage en Y et *en dedans* de la verticale abaissée du point le plus externe du toit articulaire (voy. fig. 7).

Nous rappelons pour les lecteurs qui ne seraient pas familiarisés avec l'aspect radiographique du bassin chez l'enfant, que la *branche horizontale* du cartilage en Y est constituée par la bande claire qui sépare l'image de l'aile iliaque de celle de l'ischion-pubis; la *branche ascendante* par la zone claire qui sépare la tête fémorale du toit cotyloïdien, et enfin la *branche descendante*, plus courte, quelquefois peu visible, est comprise entre le pôle interne de la tête et l'ombre de l'ischion.

On a souvent la satisfaction de constater, sur la dernière radiographie, un notable creusement de la cavité articulaire et une restauration fonctionnelle de la tête du fémur.



Fig. 7.— Aspect radiographique de la luxation de la fig. 1, à la fin du traitement (1er appareil, 3 mois; 2e appareil, 6 mois; 3e appareil 1 mois. Marche non permise).

A cet égard, il est des plus intéressant de comparer les figures 1 et 7, reproductions par la photogravure de de deux radiographies du bassin d'une de nos petites malades *avant* et *après* le traitement. La figure 7 montre que non seulement la réduction anatomique est obtenue, mais encore que la tête fémorale vient fortement butter contre un toit articulaire aussi déve-

loppé, ou peu s'en faut, que le toit articulaire du côté sain, alors qu'avant l'opération (fig. 1) ce toit apparaissait atrophié de moitié.

Quand tout appareil est devenu inutile, le chirurgien doit mobiliser progressivement cette hanche, qui vient d'être soumise à une si longue inertie. Cette mobilisation ne se fait pas sans rupture d'adhérences plus ou moins solides et sans un léger degré de réaction douloureuse. Pendant toute cette période, qui demande huit à quinze jours, l'enfant est gardé au lit sans marcher; on masse et, au besoin, on électrise les divers muscles, qui généralement en ont grand besoin. On insistera sur les rotateurs internes de la cuisse afin de lutter contre la tendance prédominante à la rotation en dehors, qui est une attitude déplorable et exposant à la récidive.

Quels sont les résultats? Nous les extrayons de la thèse si documentée de Caubet.

Au *point de vue anatomique*, Lorenz accuse 59, 8 % de réductions anatomiques; Müller, de Stuttgard, 70 %; Kirmisson, 11,11 %; Redard, 32-55 %; Nové-Josserand, 40 %; Brun, 34,6 %. (En moyenne 34 %).

Au *point de vue fonctionnel*, le plus important, en somme, les résultats sont excellents dans 61,5 % des cas de luxations traitées par la méthode de Lorenz. Cette différence entre le chiffre des réductions anatomiques et le chiffre des malades guéris de leur boiterie s'explique par l'existence des transpositions antérieures. On dit qu'il y a *transposition antérieure* lorsque, à la suite des manœuvres de réduction, la tête est venue former une néarthrose solide au devant du cotyle, tout contre la branche horizontale du pubis. Cette éventualité doit être envisagée comme très favorable, en ce sens qu'elle s'accompagne presque toujours d'une très grande diminution, et quelquefois même de la disparition de toute boiterie. Le résultat définitif peut même se montrer supérieur à celui fourni par la réduction anatomique. Dans le bilan thérapeutique il est donc juste de mettre à l'actif de la méthode de Lorenz, et les cas de réduction vraie, et les cas de transposition antérieure.

Nous avons à dessein laissé de côté les *luxations bilatérales*. Leur pronostic est beaucoup moins favorable et elles ont moins bénéficié de la méthode de Lorenz que les luxations unilatérales. Ceci s'explique par deux raisons.

1° Les malformations osseuses sont généralement plus prononcées que dans la luxation unilatérale; la radiographie montre que l'atrophie de la tête et du col est poussée plus loin; l'effacement du cotyle et l'absence du toit articulaire sont fréquemment observés.

2° Les enfants atteints de luxation double sont assez souvent des enfants malingres, à nutrition défectueuse, et sont peu aptes à supporter les fatigues et les longueurs d'un double traitement.

On peut, soit traiter les deux hanches à la fois (Fig. 8), soit traiter chaque hanche séparément, suivant les règles énoncées plus haut. Si l'on adopte cette dernière éventualité, c'est une moyenne de deux ans qu'il faut compter pour le traitement. Les récidives sont assez fréquentes. Lorsqu'elles sont unilatérales, elles aggravent même l'état du malade, en ce sens qu'il boite davantage et que la marche est plus pénible qu'avant l'intervention.



Fig 8. — Appareil pour double luxation : réduction simultanée.

En ce qui concerne les résultats définitifs, Caubet, dans sa thèse, en additionnant la statistique de plusieurs chirurgiens, trouve 21 % de réductions anatomiques, et 28,5 % de résultats fonctionnels excellents.

Si l'on songe que la méthode de Lorenz est de date récente, si l'on se dit que sa technique est encore incertaine sur plusieurs points importants, il est permis d'espérer, pour l'avenir, des cas de guérison de plus en plus nombreux et une amélioration progressive du pronostic de la luxation congénitale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Action de l'eau oxygénée sur le chimisme gastrique. Son emploi dans les dyspepsies infantiles

Par MM. P. Gallois et Courcoux

En 1896 l'un de nous, chargé du service de la consultation à l'hôpital de la Charité, eut à soigner une femme atteinte de vomissements de la grossesse. Ne pouvant, pour des raisons d'économie, lui prescrire des inhalations d'oxygène, il pensa à employer l'eau oxygénée. Après quelques tâtonnements ce médicament fut utilisé de la façon suivante. La malade versait une cuillerée à soupe d'eau oxygénée dans un litre d'eau qu'elle prenait ensuite comme boisson aux repas. Deux jours après, les vomissements de la grossesse étaient supprimés. Le même traitement fut appliqué à un certain nombre de malades dans les mêmes conditions et les résultats furent généralement favorables. Ces faits ont été publiés dans la thèse de Briend (1896). Le fait très particulier à constater, c'est que l'eau oxygénée, dans ces cas, n'arrête pas le jour même le vomissement en tant que symptôme, mais elle semble agir sur la cause du vomissement. Une femme qui prend de l'eau oxygénée à ses repas pendant deux ou trois jours, cesse de vomir le matin du troisième ou quatrième jour. Chez certaines femmes, le vomissement est supprimé, mais la sensation d'écœurement persiste, et il en est qui, préférant vomir, cessent l'usage de l'eau oxygénée.

Comment interpréter ce mode d'action de l'eau oxygénée? Il semblait vraisemblable d'admettre que les vomissements de la grossesse étaient dus à une sorte d'auto-intoxication de la mère par son enfant. L'eau oxygénée, en oxydant les toxines, les rendrait inoffensives.

En 1897, Bonnel, interne de l'un de nous dans le service de la consultation de Lariboisière, eut l'idée d'employer de la même façon l'eau oxygénée contre les vomissements des tuberculeux et obtint également d'excellents résultats. Ces faits ont été communiqués à la Société de thérapeutique en 1898.

Depuis lors, M. Derdscheid (*Policlinique* de Bruxelles, 1er janvier 1901), faisant, dans le service de M. Godart-Danrieux, une étude « de la toux émétisante chez les tuberculeux et de son traitement », plaçait au premier rang comme efficacité les trois médications suivantes : 1° les badigeonnages du pharynx; 2° l'eau oxygénée, et 3° l'eau chloroformée. « L'eau oxygénée, disait-il, recommandée par Gallois et Bonnel, a une action très réelle et très efficace dans la forme de vomissements qui nous occupe, et son emploi mérite d'être plus connu et plus répandu. Cette médication est très recommandable; elle a le grand avantage d'agir à très petite dose, d'être très facilement

supportable et de ménager l'estomac du tuberculeux. »

A la rigueur, pour expliquer cette action de l'eau oxygénée dans la cure des vomissements des tuberculeux, on pouvait encore admettre l'existence de toxines rendues inoffensives par leur oxydation. Cependant, en 1898, un travail d'Egbert (*New-York med. Journ.*, 24 déc.), intitulé : « Influence de l'eau oxygénée sur les ferments », devait orienter l'esprit dans une autre direction. L'auteur montrait que la fibrine, traitée par une solution étendue d'eau oxygénée, était digérée plus rapidement par la pepsine qu'une fibrine ordinaire. L'addition de l'eau oxygénée à une solution de pepsine ou à du suc gastrique de chien activait également la digestion. Ce serait donc, vraisemblablement, comme eupeptique, qu'agirait l'eau oxygénée.

En 1902, dans le service de M. le prof. Chantemesse, l'un de nous avait, en vue d'autres expériences, pratiqué une fistule gastrique sur un chien. Nous pensâmes que l'occasion était favorable pour rechercher l'influence que pouvait avoir l'eau oxygénée sur le chimisme gastrique. Or, d'un grand nombre d'expériences, il résulte que l'eau oxygénée semble agir : 1° en augmentant la quantité de suc gastrique sécrétée; 2° en augmentant beaucoup l'HCl libre, et 3° comme conséquence secondaire, en renforçant le pouvoir digestif du suc gastrique, la proportion de pepsine étant toujours plus forte que normalement.

L'eau oxygénée se trouverait, par suite, indiquée dans les cas d'hypopepsie et pourrait, à l'occasion, remplacer l'acide chlorhydrique ou le képhir, souvent mal acceptés ou mal tolérés par les malades. Dans un cas du service de M. Morel-Lavallée, l'un de nous a arrêté en quatre jours, au moyen de lait additionné de 15 grammes d'eau oxygénée par litre, une diarrhée datant de quatre à cinq ans et qui avait résisté au lait pur. L'eau oxygénée a sur l'acide chlorhydrique cet avantage que, si elle est donnée à tort, elle ne produit pas de gastralgies aussi vives que ce médicament, assez délicat à manier.

Un médecin russe, le Dr Novicor (voir *Bulletin médical*, 1902, p. 605) a employé également l'eau oxygénée dans les dyspepsies. Sa formule est :

Eau oxygénée à 12 vol....	6 gr.
Eau distillée..............	85 gr.
Sirop de fleurs d'oranger....	15 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Cette solution donnerait, d'après l'auteur, de bons résultats dans les gastrites, en arrêtant les vomissements et en exerçant une action désinfectante sur le tube digestif. Elle serait, par suite, indiquée dans les gastro-entérites des enfants, et même dans le choléra infantile. D'autre part, elle aurait donné de bons résultats dans le traitement de la constipation habituelle par atonie intestinale.

Nous l'avons employée contre les dyspepsies infantiles. On peut, soit couper le lait avec de l'eau contenant une cuillerée à soupe d'eau oxygénée, soit ajouter au lait dix gouttes d'eau oxygénée pour 100 grammes de lait. Contre les vomissements, le résultat a été, en général, très bon. Comme pour les vomissements de la grossesse, l'effet n'est pas immédiat, ce n'est qu'au bout de trente-six heures que les vomissements cessent. Par contre, à l'hôpital tout au moins, la diarrhée a été moins favorablement influencée. Mais, en ville (les enfants étant généralement traités plus tôt après le début des accidents), les résultats ont été meilleurs.

Ainsi, l'eau oxygénée agit sur l'estomac comme eupeptique; en outre, comme elle est un antiseptique puissant, elle agit sans doute comme telle dans l'estomac et dans l'intestin. Cela est intéressant, car, d'une façon générale, les antiseptiques gastro-intestinaux exercent une action inhibitrice non seulement sur les fermentations microbiennes, mais aussi sur les ferments solubles normaux de l'organisme. L'eau oxygénée réunirait ainsi ces deux propriétés jusqu'ici antagonistes, d'être à la fois antiseptique et eupeptique. Elle se trouve ainsi particulièrement indiquée dans les dyspepsies hypopeptiques avec fermentations anormales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

PRIX DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE POUR 1904

Médecine et Chirurgie

Prix Montyon. — Trois prix de 2500 fr. chacun, sont décernés :

A M. le Dr P. Reclus, pour son ouvrage intitulée : « L'anesthésie localisée par la cocaïne ;

A M. Kermorgant, inspecteur du service de santé des colonies, pour l'ensemble de ses travaux sur la Pathologie exotique et l'hygiène ;

A M. Cazalbou, pour ses « Recherches sur les trypanosomiases du Soudan français ».

Trois mentions de 1500 fr. chacune, sont accordées :

A. MM. Launois et Roy, pour leur ouvrage intitulé : « Etudes biologiques sur les géants »;

A MM. F. Bezançon et Marcel Labbé, pour leur « Traité d'hématologie » ;

A M. Robert Odier, pour récompenser ses recherches expérimentales sur les lésions du système nerveux.

Des citations, enfin, sont accordées :

A M. F. Marceau, pour son « Etude de la structure et du développement comparés des fibres cardiaques dans la série des vertébrés »;

A M. P. Briquel, pour un volume intitulé : « Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires » ;

A M. J. Gagnière, pour un travail intitulé : « Théorie générale du procédé de Cuignet », et pour son autre travail intitulé : « Nouvelle méthode d'inscription des divers éléments cinématiques du réflexe rotulien » ;

A M. R. Voisin, pour son volume intitulé : « Les méninges au cours des affections aiguës de l'appareil respiratoire ».

Prix Barbier (2000 fr.). — A MM. Prenant, Bouin et L. Maillard, pour la première partie de leur « Traité d'Histologie ».

Une mention est accordée à M. Pierre Lesage, pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude des mycoses dans les voies respiratoires ; rôle du régime hygrométrique dans la genèse des mycoses ».

Prix Bréant (100 000 fr.). — Destiné à récompenser celui qui aura trouvé moyen de guérir le « Choléra asiatique », n'est pas décerné.

Le prix annuel (5,000 fr.), constitué par les arrérages de la fondation, est décerné à M. Frédéric Borel, pour son ouvrage intitulé : « Choléra et peste dans le pèlerinage musulman », 1860-1903.

Prix Godard (1000 fr.). — A MM. J. Albarran et L. Imbert pour leur ouvrage intitulé : « Les tumeurs du rein ».

Prix du baron Larrey (750 fr.). — A M. le Dr Conor, méd.-maj. de 2e cl., pour une étude de la fièvre typhoïde dans le 3e corps d'armée (Rouen, Le Havre, Caen, Evreux, Lisieux).

Mention à M. le Dr E. Laffargue, méd.-maj. de 2e cl., pour son « Etude sur le scorpion d'Afrique. »

Prix Bellion (1400 fr.). — A M. Jules Delobel pour son ouvrage intitulé : « Hygiène scolaire. »

Mention à M. le Dr Gabriel Gauthier pour son ouvrage intitulé : « Les médications thyroïdiennes. »

Prix Mège (10000 fr.). — N'est pas décerné. Le prix annuel (300 fr.), représentant les arrérages de la fondation, est décerné à M. G. Delamare pour son travail intitulé : « Recherches expérimentales sur l'hérédité morbide. »

Physiologie.

Prix Montyon (750 fr.). — A M. J. Jolly : « Recherches expérimentales sur la division indirecte des globules rouges. »

Mention très honorable à M. C. Fleig pour son travail intitulé : « Du mode d'action des excitants chimiques des glandes digestives. »

Prix Philipeaux (900 fr.) à M. Christiani pour ses travaux relatifs aux « Greffes thyroïdiennes.

Mention très honorable à M. Joseph Noé pour son ouvrage intitulé : « Recherches sur la vie oscillante ».

Prix Lallemand (1800 fr.). — Partagé entre M. le Dr Maurice de Fleury, qui a adressé deux ouvrages ayant pour titres : « Les grands symptômes neurasthéniques » et « Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux »; et MM. J. Camus et Pagniez pour leur ouvrage intitulé : « Isolement et psychothérapie. »

Deux mentions honorables sont accordées :

A M. Laignel-Lavastine pour son ouvrage intitulé : « Recherches sur le plexus solaire »;

A M. J. Vires pour ses travaux sur le système nerveux.

Prix Pourat (1000 fr.). — Sujet proposé : « Les phénomènes physiques et chimiques de la respiration aux grandes altitudes. Le prix est décerné à M. J. Tissot.

Prix Martin-Damourette (1400 fr.) — Un prix de 1000 fr. à M. Frouin, pour ses « Études sur

la sécrétion gastrique », qui ont pour point de départ l'extirpation complète de l'estomac ou sa séquestration complète chez le chien.

Un prix de 400 francs à M. le Dr Manquat pour son « Traité de thérapeutique ».

Prix généraux

Prix Lannelongue (1200 fr.). — Ce prix, dû à la libéralité de M. le professeur Lannelongue, est attribué à Mme Vve Nepveu.

Prix Leconte (50 000 fr.). — Sur la proposition de la Commission nommée pour décerner le prix Leconte en 1904, l'Académie a porté son choix sur M. René Blondlot, correspondant de l'Académie des sciences, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, en récompense de sa longue et brillante carrière scientifique.

Prix Montyon (Statistique, 500 fr.). — Partagé entre M. le Dr V. Lowenthal pour ses douze Mémoires imprimés portant des titres divers et relatifs à la dépopulation française, et M. Paul Razous pour son volume intitulé : « La mortalité et la morbidité des professions dangereuses ».

Mentions :

A. M. Henry Guégo pour une étude statistique sur la criminalité en France, de 1826 à 1900.

A M. E. Maury, pour un essai de statistique générale sur la commune de Proverville (Aube).

A M. le Dr Ott, pour ses Rapports annuels, de 1898 à 1903, sur les épidémies qui ont sévi dans le canton de Lillebonne (Seine-Inférieure).

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 décembre

(Suite et fin)

Que doit-on entendre par le mot aphtes ?

MM. Moizard et H. Grenet. — Sous le nom d'*aphtes*, on entend des affections très différentes. Trois opinions principales sont en présence : 1° il existe une stomatite aphteuse, lésion banale et non spécifique, et une fièvre aphteuse, infection générale, spécifique, d'origine bovine; 2° dans tous les cas, les aphtes sont d'origine bovine ; 3° la fièvre aphteuse d'origine bovine est exceptionnelle, la stomatite vulgaire dite aphteuse est, en réalité, une stomatite hépatique (Comby).

Au point de vue purement objectif nous pensons qu'il existe fréquemment une stomatite correspondant à ce qu'on appelle généralement aphtes, et différente de la stomatite herpétique. D'autre part, il est généralement très difficile d'affirmer ou de nier la spécificité de la stomatite. Aussi faut-il conserver au mot d'aphte une signification purement objective et ne pas préjuger de la spécificité des lésions.

M. Comby. — Sous le nom de stomatite aphteuse, MM. Moizard et Grenet nous décrivent la stomatite banale de l'enfance. Cette stomatite est impossible à distinguer de la stomatite herpétique; il y a des cas où la nature herpétique est manifeste par la coexistence d'herpès cutané et qui ne diffèrent pas de la stomatite décrite sous le nom de stomatite aphteuse.

M. Variot. — Je partage l'avis de MM. Moizard et Grenet, en ce sens que je crois légitime de distinguer des stomatites herpétiques, qui sont quelque chose de spécial, de la stomatite banale de l'enfance que l'on désigne généralement sous le nom de stomatite aphteuse.

M. Apert. — En bonne nomenclature, un même mot doit désigner toujours une même chose et rien que cette chose. Il est défectueux d'employer le terme *aphte* dans le sens banal alors que nous savons que la fièvre aphteuse est une maladie spécifique, dont nous ne connaissons pas le microbe, il est vrai, mais dont la spécificité ne fait aucun doute. Certes, la fièvre aphteuse chez l'homme n'est pas aussi facile à reconnaître que chez le bétail, parce que son pouvoir contagieux est heureusement très limité dans l'espèce humaine, et parce qu'elle se présente presque toujours sous la forme atténuée d'une stomatite banale. Les manifestations suppurantes des pulpes des doigts et des orteils correspondant aux suppurations autour des sabots chez le bétail, sont exceptionnelles, bien que j'en ai observé un cas. Nous n'en devons pas moins réserver le terme de stomatite aphteuse aux manifestations buccales de la fièvre aphteuse légitime. Dans bien des cas nous ne pouvons, il est vrai, les diagnostiquer avec certitude; nous avons seulement des présomptions; mais n'en était-il pas de même pour l'angine diphtérique du temps de Trousseau ; et pourtant, tandis que les Allemands gardaient le terme diphtérique pour désigner toute inflammation pseudo-membraneuse, n'avons-nous pas eu raison de lui réserver un sens spécifique bien déterminé ?

M. Rist. — La stomatite aphteuse légitime est peut être moins rare chez l'enfant qu'on l'affirme. L'été dernier, j'ai été étonné de voir le nombre des stomatites venant à l'hôpital Trousseau s'accroître brusquement, et elles présentaient un aspect spécial. J'ai appris qu'au même moment la fièvre aphteuse sévissait dans les vacheries des quartiers d'où venaient les enfants atteints de stomatite. Certes, je ne puis apporter la preuve bactériologique de la nature aphteuse de ces stomatites ; le virus de la fièvre aphteuse traverse les filtres de porcelaine, ce qui prouve qu'il est trop petit pour être visible avec nos plus forts microscopes; il n'est inoculable qu'aux gros animaux, et il faudrait, pour les inoculations, des ressources que n'ont pas nos laboratoires. Néanmoins, je suis convaincu que ces stomatites étaient des stomatites aphteuses légitimes.

Stridor congénital avec malformation cardiaque

M. Tollemer présente un enfant de sept mois atteint de cornage vestibulaire, type Variot. Né en état d'asphyxie bleue il ne fut ranimé qu'au bout de deux heures, et dès la première inspiration le cornage fut constaté; actuellement, il n'y a plus de stridor au repos, mais il reparaît avec tirage sus et sous sternal dès que l'enfant s'agite. Tous les deux ou trois jours il se produit des crises dyspnéiques avec perte de connaissance qui se jugent par une émission abondante de gaz par la bouche et l'anus. Le point particulier est la coexistence d'un gros souffle cardiaque qu'il est difficile de localiser à cause du cornage qu'a l'enfant dès qu'on l'ausculte (rétrécissement pulmonaire ou perforation intraventriculaire?)

M. Broca. — J'ai opéré, depuis la dernière séance, l'enfant atteint de cornage avec angiome du cou, que M. Terrien vous avait présenté. Contrairement à ce que nous avons tous cru, l'angiome était superficiel, ne comprimait pas la trachée et a été d'ablation très facile. Le cornage a persisté après l'opération pendant la première semaine, mais il a ensuite disparu. L'explication de ce cornage et de sa disparition reste problématique.

Adénite pré-laryngée post-diphtérique

M. Tollemer. — J'ai observé un cas analogue à celui communiqué par M. Apert à la dernière séance : angine diphtérique avec croup, tubage de 48 heures.

Le 13e jour après le tubage, on remarqua au devant du larynx une tumeur du volume d'une petite noix, molle et paraissant réductible. La poche ouverte, on vit qu'elle n'avait aucune communication avec la cavité laryngée ; elle contenait du pus à pneumocoque pur ; il s'agissait donc d'une adénite à pneumocoques du ganglion de Poirier.

M. Comby. — J'ai observé une adénite suppurée du même genre au cours d'une grippe. Il n'y a donc là rien de spécial à la diphtérie.

MM. Broca, Moizard et Goudeau rapportent deux observations d'invagination intestinale chronique.

M. Variot présente un enfant atteint de fissure du voile et de la voûte du palais. Quand l'enfant tète, il sort du lait par le conduit auditif externe. L'examen otologique montre une caisse normalement conformée, mais atteinte d'otite chronique avec destruction du tympan et des osselets. Il faut admettre une malformation de la partie pharyngée de la trompe permettant l'accès des liquides dans ce conduit au moment de la déglutition, et une otite purulente provoquée par cette introduction de liquide et ayant amené, par un processus pathologique et non plus tératologique, la destruction du tympan.

MM. Rist et Simon communiquent un fait d'ectasie bronchique avec gangrène pulmonaire chez un enfant.

Bureau pour 1905 :
Président : M. Broca.
Vice-président : M. Comby.
Secrétaire général : M. Guinon.
Trésorier : M. Nobécourt.
Secrétaires des séances : MM. Tollemer et Bezançon.

E. Apert.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 21 décembre

Action thérapeutique des ferments métalliques dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu

M. A. Robin a complété la communication récente qu'il a faite à l'Académie de médecine sur les ferments métalliques (voir *Bulletin médical*, 1904, nº 96), en relatant quelques nouveaux faits de pneumonie fibrineuse, très favorablement influencées par les injections de solutions de métaux à l'état colloïdal. Sur les tracés thermiques provenant de ces malades, on voit, en effet, la crise coïncider avec l'injection du ferment métallique. Cette crise provoquée peut différer de la crise pneumonique spontanée, en ce qu'elle n'est pas toujours accompagnée, comme cette dernière, de polyurie critique qui, parfois, se produit plus tardivement.

M. Robin a fait encore cette constatation intéressante que, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu rebelles à l'action des salicylates, ces médicaments manifestent tous leurs effets thérapeutiques alors que le malade est soumis préalablement à l'action des ferments métalliques.

M. Barbier. — J'ai entrepris, chez les petits malades de mon service hospitalier, quelques essais de traitement avec les métaux colloïdaux. Je n'en ai rien obtenu dans les affections nerveuses, notamment dans l'hystérie, mais, par contre, les résultats ont été positifs dans les trois cas de pneumonie où j'ai pratiqué des injections de ferments métalliques. C'étaient des cas de pneumonie à forme quelque peu migratrice, avec phénomènes généraux accentués et albuminurie, ressemblant davantage à une broncho-pneumonie qu'à une pneumonie franche. Dans ces conditions, une injection de solution métallique était suivie, dès le lendemain, d'une chute critique de la température, l'enfant passant d'un état grave à la pleine convalescence. Les injections de ferments métalliques paraissent donc pouvoir provoquer, par une sorte de mécanisme de déclanchement, la crise pneumonique retardante. Ma troisième observation est particulièrement intéressante à cet égard. Ici, c'est au neuvième jour de la maladie, alors que rien n'indiquait encore l'imminence de la crise, que je me décidais à pratiquer une injection d'argent colloïdal. La crise survint dès le lendemain (dixième jour).

L'eau oxygénée dans les dyspepsies infantiles

M. P. Gallois fait sur ce sujet une communication que nous publions *in extenso* (voir p. 1127).

M. Barbier. — La saveur styptique, métallique du lait additionné est très désagréable. Aussi les enfants ne prennent-ils pas volontiers ce mélange. C'est à ce rationnement que je suis enclin d'attribuer les résultats favorables obtenus par M. Gallois. D'ailleurs, l'eau oxygénée se décomposant au contact du lait, l'action antiseptique de ce mélange est difficile à admettre.

Ce qui me paraît plus rationnel, c'est d'employer l'eau oxygénée en lavements pour faire disparaître la fétidité des selles. Ce traitement m'a donné des résultats favorables.

M. A. Robin. — Quand on met de l'eau oxygénée dans le lait, une bonne partie de l'oxygène se dégage. Ce n'est donc pas là un procédé pour l'introduction du peroxyde d'hydrogène dans la cavité gastrique. On peut tourner la difficulté en se servant de certains sels (sulfate de soude, par exemple) qu'on fait cristalliser dans l'eau oxygénée et qui, dans ces conditions, fixent quelques particules de peroxyde d'hydrogène qu'ils ne perdent ensuite que fort lentement.

M. P. Gallois. — Un urémique, auquel je faisais prendre de l'eau oxygénée (une cuillerée à café en solution dans un verre d'eau ordinaire), rejetait, par les vomissements, un liquide mousseux. Le peroxyde d'hydrogène avait donc pu pénétrer ici, dans la cavité gastrique, sans se décomposer au contact des muqueuses des premières voies digestives.

Action physiologique du suc de valériane sur le cœur et la circulation

MM. Pouchet et S. Chevalier. — Nous avons repris, dans ces derniers temps, l'étude de l'action du suc frais de valériane sur la circulation à la suite de certains faits cliniques qui nous ont été signalés.

Après administration d'une à deux cuillerées à café de suc de valériane par jour, chez les nerveux et les chlorotiques présentant de l'éréthisme cardiaque, on peut voir rapidement le nombre des battements cardiaques diminuer, la régularisation se faire et la tension sanguine s'abaisser légèrement; en même temps on obtient la sédation nerveuse psychique ou sensorielle suivant les cas.

Nous avons pu reproduire expérimentalement ces phénomènes chez les animaux.

En définitive, il y a ralentissement et régularisation de la circulation sans augmentation du travail du cœur.

Nous avons essayé d'élucider le mécanisme de cette action sur l'appareil circulatoire. D'après nos expériences, ces phénomènes sont uniquement sous la dépendance du système nerveux central et il n'y a pas d'action sur les extrémités périphériques, soit des accélérateurs, soit des modérateurs. La baisse de la tension sanguine est surtout due à une diminution de tonicité, puis à une paralysie des vaso-moteurs.

Nous insistons sur cette action du suc de la valériane sur l'appareil circulatoire en raison de son importance thérapeutique et aussi parce qu'elle nous permet d'établir une différence capitale entre l'action des préparations de valériane fraîche bien préparées et celle des préparations de valériane sèche ou de valérianates.

Jamais, avec ces dernières préparations, on n'obtiendra de semblables phénomènes.

Les valérianates et l'acide valérianique ne possèdent qu'une action légèrement excitante sur le système nerveux central qui ne peut mieux se comparer qu'à celle de l'acide acétique et qui pourra se traduire par une augmentation, en nombre, des contractions cardiaques, mais, dans aucun cas, ils ne donneront des effets antispasmodiques et sédatifs.

La plupart des préparations galéniques de valériane sont de mauvaises préparations en raison de la transformation subie par les éthers du bornéol, soit par suite de la dessication de la plante, soit par suite des phénomènes d'oxydation qui se produisent inévitablement lors de la fabrication de ces préparations.

Seule, l'eau distillée de valériane possède encore une activité thérapeutique suffisante pour pouvoir être encore utilisée.

Par contre, le suc frais de racines de valériane préparé à l'abri de l'air et dans des conditions telles qu'une partie de suc représente une partie de racines de la plante fraîche, possède une action antispasmodique très marquée. C'est un sédatif puissant du système nerveux qui sera utilement employé dans les divers cas d'hyperexcitabilité nerveuse psychique et sensorielle dans l'hystérie et les états neurasthéniques.

Nous rappellerons enfin que la valériane était, jusque dans ces derniers temps, classée parmi les excitants et non parmi les sédatifs du système nerveux central. Trousseau lui-même la considérait et l'employait comme telle. Ce n'est qu'avec de très fortes doses de préparations galéniques de valériane qu'il obtenait des effets sédatifs.

Dr Vladimir de Holstein.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre

De la nécessité d'introduire l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis dans les statistiques de mortalité

M. Fernet a lu, jadis, à l'Académie, un travail montrant la nécessité d'inscrire l'alcoolisme parmi les causes de décès. A la suite, l'Académie émit un vœu dans ce sens. Il y a de cela cinq ans et rien n'a été fait, soit que le vœu ne soit pas arrivé à destination, soit qu'il n'ait pas été entendu.

Aujourd'hui M. Fernet reprend la ques-

tion, en demandant que non seulement l'alcoolisme, mais aussi la syphilis et la tuberculose, soient indiqués dans les causes de mortalité. C'est qu'en effet ce serait une mesure de prophylaxie efficace que de montrer, par des statistiques bien faites, quelle contribution ces trois fléaux prélèvent sur la population.

Malheureusement, les statistiques actuelles sont mal faites à ce point de vue; elles indiquent les maladies par organe, mais sont muettes sur l'étiologie. En somme, il faudrait faire pour l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, ce qu'on fait pour la diphtérie et la fièvre typhoïde, où l'étiquette générale englobe toutes les formes de la maladie

ÉLECTION

D'un membre associé libre

Nous rappelons que les candidats avaient été ainsi classés :

En 1re ligne, M. Voisin.

En 2e ligne et par ordre alphabétique, MM. Chamberland, M. de Fleury.

En 3e ligne et par ordre alphabétique, MM. Capitan Castex, P. Janet.

Adjoints à la présentation, MM. J. Bertillon, Gellé, Leudet.

Premier tour de scrutin

Nombre de votants : 93. Majorité absolue : 47.

MM. de Fleury.....	27	voix
Voisin........	26	—
Chamberland..	19	—
Castex........	7	—
P. Janet......	6	—
Leudet........	6	—
Capitan.......	1	—
Bulletin blanc......	1	—

Deuxième tour

Nombre de votants : 96. Majorité absolue : 49.

MM. de Fleury......	35	voix
Chamberland...	32	—
Voisin.........	29	—

Troisième tour

Nombre de votants : 96. Majorité absolue : 49.

MM. Chamberland..	53	voix Elu
de Fleury.....	33	—
Voisin........	10	—

L'Académie a ensuite procédé au renouvellement partiel :

1° Des commissions permanentes;

2° Des commissions des correspondants nationaux et étrangers;

3° De la commission des associés nationaux et étrangers;

4° Du comité de publication.

G.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

Paris, 2-7 octobre 1905.

Le Bureau du *Congrès international de la tuberculose*, dans sa séance du 20 décembre 1904, sous la présidence de M. Hérard, a fixé d'une façon précise un certain nombre de points de l'organisation du Congrès.

Ce Congrès est placé sous le haut patronage de M. E. Loubet; les présidents d'honneur sont MM. Casimir Périer et Léon Bourgeois.

Président effectif : M. Hérard.

Vice-présidents : MM. Chauveau et Brouardel.

Le Congrès se divisera en deux parties, subdivisées elles-mêmes en deux sections, soit quatre sections.

Ire PARTIE. — Pathologie médico-chirurgicale, expérimentale et comparée.

1re Section : PATHOLOGIE MÉDICALE, sous la présidence du professeur Bouchard.

2e Section : PATHOLOGIE CHIRURGICALE, sous la présidence du professeur Lannelongue.

IIe PARTIE. — Préservation et assistance.

3e Section : PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ENFANT, sous la présidence du professeur Grancher.

4e Section : PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ADULTE, sous la présidence du professeur Landouzy.

Le secrétaire général du Congrès est M. Letulle.

Le commissaire général pour exposition, fêtes, réception, est M. Léon Petit.

Les secrétaires généraux adjoints sont : MM. Derecq, Sersiron, Georges Bourgeois.

Le trésorier du Congrès est M. Pierre Masson.

Chacune des sections est en voie d'organisation, elle sera autonome et aura ses vice-présidents, ses secrétaires.

***

La 1re section, PATHOLOGIE MÉDICALE, présidée par le professeur Bouchard, a choisi deux sujets de rapports :

1° *Traitement du lupus par les nouvelles méthodes.* Rapporteurs français, MM. Jeanselme et Chatin; rapporteur danois, M. Forchhammer (Copenhague); rapporteur allemand (non encore désigné);

2° *Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes.* Rapporteur français, M. Achard; rapporteur italien, M. Mariani; rapporteur anglais (non encore désigné).

La 2e section, PATHOLOGIE CHIRURGICALE, présidée par le professeur Lannelongue, compte, parmi les membres du Comité, nombre de chirurgiens de Paris et de la province.

Paris : MM. Berger, Le Dentu, Lejars, Mauclaire, Villemin, Kirmisson.

Corps de santé militaire : MM. Kelsch, Guwoski.

Corps de santé de la marine : M. Kermorgant.

Lyon : MM. Mori, Josserand, Gangolphe.

Bordeaux : MM. Péchaud, Demons.

Lille : MM. Gaudier, Follet.

Nancy : MM. Frölich, Gross.

Montpellier : MM. Tédenat, Estor.

Toulouse : MM. Jeannel, Bézy.

Trois sujets de rapports ont été choisis :

1° *Etude comparative des diverses tuberculoses.* Rapporteur français, M. Arloing (Lyon); rapporteur allemand, M. Kossel (Giessen); rapporteur américain (non encore désigné);

2° *Tuberculose iléo-cæcale.* Rapporteurs non encore designés;

3° *Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale.* Rapporteurs non encore désignés.

La 3e section, PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ENFANCE, présidée par le professeur Grancher, a organisé son bureau : Professeur Hutinel, vice-président; MM. Marfan et Méry, secrétaires. En outre, M. Grancher compte demander, à douze médecins pédiatres des hôpitaux de Paris, de composer un Comité médical présidé par M. Sevestre, avec M. Guinon comme secrétaire.

Trois sujets de rapports ont été désignés :

1° *Préservation scolaire;*

2° *Préservation familiale;*

3° *Sanatoriums maritimes.*

La 4e section, PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ADULTE, présidée par le professeur Landouzy, a choisi trois sujets de rapports :

1° *Facteurs étiologiques de la tuberculose.* — Rapporteur français, M. Romme (Paris); rapporteur autrichien, M. Weichselbaum (Vienne); rapporteur anglais (non encore désigné).

2° *Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse.* — Rapporteur français, M. Courtois-Suffit (Paris); rapporteur danois, M. Bang (Silkeborg); rapporteur belge, M. Beco (Bruxelles).

3° *Assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose.* — Rapporteur français, M. E. Fuster (Paris); rapporteur allemand, M. Bielfeld (Berlin); rapporteur anglais (non encore désigné).

Le Comité d'organisation a décidé que pour chaque section le nombre des sujets de rapports ne doit pas excéder quatre.

Chaque sujet sera traité par un rapporteur français et plusieurs rapporteurs étrangers.

Chaque rapport ne devra pas excéder 16 pages.

Chaque rapporteur s'engage à fournir en même temps que son rapport *in extenso*, un résumé de ce travail ne dépassant pas une page.

La dernière limite pour l'envoi des manuscrits des rapports est fixée au 30 juin 1905.

***

Le Congrès international de la tuberculose n'est pas simplement un Congrès médical, c'est avant tout un Congrès d'hygiène sociale. Un certain nombre de membres du bureau, le professeur Landouzy entre autres, ont insisté sur la part importante qu'il convient de donner au côté social de la lutte contre la tuberculose. C'est pour répondre à cette idée que le bureau a décidé qu'au moment du Congrès, pendant le mois d'octobre, une exposition se tiendra au Grand Palais des Champs-Elysées. Cette EXPOSITION DE LA TUBERCULOSE se divisera en deux sections : 1° section scientifique; 2° section industrielle.

La section scientifique formera un *Musée* où seront représentées la bactériologie, l'anatomie pathologique, la démographie, les divers points de vue de la lutte contre la tuberculose.

La section industrielle formera une *Exposition commerciale et industrielle* ouverte gratuitement aux congressistes et

recevant toutes les industries, tous les commerces ayant trait directement ou indirectement à la lutte contre la tuberculose.

La cotisation des membres du Congrès est fixée à 25 francs.

Chaque congressiste aura droit à :

1° *Guide au Congrès*; *Catalogue du Musée*; *Catalogue de l'Exposition*;

2° A un *fascicule* donnant en trois langues le résumé des rapports;

3° *Volume des Rapports* in-extenso;

4° *Volume des Sections*. Discussion des rapports et communications diverses.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

ARMÉE ACTIVE

NOMINATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été nommés aux grades ci-après énoncés, et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de méd. princ. de 1re cl.

Le méd. princ. de 2e cl. :

(Choix) M. Villiès, en rempl. de M. Mussat, retr. — Nommé méd.-chef de l'hôp. mil. de Belfort (service).

Au grade de méd.-princ. de 2e cl.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

(Choix) M. Gazin, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Tarbes, en rempl. de M. Barrois, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Sudour, méd.-chef de l'hôp. mil. de Blida, en rempl. de M. Villiès, pr. — Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

(Choix) M. Launois, en rempl. de M. Liron, retr. — Dés. pour le 78e d'inf. (service).

(Ancienneté) M. Foubert, en rempl. de M. Coudere, retr. — Maintenu aux hôp. mil. de la div. d'Oran (service).

(Choix) M. Delom-Sorbé, au 85e d'inf., en rempl. de M. Langue, retr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Lairac, au 112e d'inf., en rempl. de M. Fargin, retr. — Maintenu.

(Choix) M. Frache, au 17e d'art., en rempl. de M. Gazin, pr. — Maintenu.

(Ancienneté) M. Sébillon, au 27e d'art., en rempl. de M. Sudour, pr. — Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

2e tour (choix) M. Humbel, au 110e d'inf., en rempl. de M. Mauviez, déc. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Chambon, en rempl. de M. Massoulard, démiss. — Dés. pour le 14e d'inf.

1er tour (ancienneté) M. Blary, au 127e d'inf., en rempl. de M. Launois, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Cochois, en rempl. de M. Foubert, pr. — Dés. pour le 114e d'inf. (service).

3e tour (ancienneté) M. Blan, aux hôp. mil. de la div. d'Oran, en rempl. de M. Delom-Sorbé, pr. — Maintenu (service).

1er tour (ancienneté) M. Béranger, au 82e d'inf., en rempl. de M. Lairac, pr. — Maintenu.

2e tour (choix) M. Spire, au 86e d'inf., en rempl. de M. Frache, pr. — Maintenu.

3e tour (ancienneté) M. Le Dantec, au 4e d'art., en rempl. de M. Sébillon, pr. — Maintenu.

MUTATIONS

Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Jarry, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Limoges (service).

M. Villedary, à l'hôp. mil. de Lille (serv.).

M. Lapasset, aux salles mil. de l'hosp. du Mans (serv.).

M. Baur, à l'hôp. mil. de Bourges (serv.).

M. Marchand, hôp. mil. de la div. d'Alger (serv.).

M. Jacquin, au 140e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Cot, au 36e d'art. (serv.).

M. Sturel, au 150e d'inf. (serv.).

M. Moungeard, au 97e d'inf. (serv.).

M. Aune, au 12e dragons (serv.).

M. Solmon, au 4e bat. de chass. à pied (serv.).

M. du Roselle, au 4e hussards.

M. Kérest, aux hôp. mil. de la div. d'Oran (serv.).

M. Rouffiandis, au 38e d'art.

Les méd. aides maj. de 1re cl. :

M. Pigeon, au 39e d'inf. (serv.).

M. Chaudoye, aux hôp. mil. de la div. de Constantine (serv.).

M. Sirot, au 1er d'inf. (serv.).

M. Leguelinel de Lignerolles, au 120e d'inf. (serv.).

M. Nurdin, au 3e chass. à pied (serv.).

M. Izarc, au 103e d'inf.

M. Rit, au 3e chass. d'Afrique (serv.).

M. Dautheville, aux hôp. mil. de la div. d'Oran (serv.).

M. Perrin, hôp. mil. de la div. d'Alger (serv.).

M. Guth, au 2e tirail. (d'office).

Les méd. aides-maj. de 2e cl. :

M. Guiot, aux hôp. mil. de la div. d'Oran (serv.).

M. Schikelé, au 7e cuirassiers (serv.).

M. Dienot, au 6e chass. à pied (serv.).

M. Chaufour, au 29e d'art. (serv.).

M. Demmery, au 1er cuirassiers (serv.).

M. Revel, au 19e d'art. (serv.).

M. Castres, au 12e hussards (serv.).

M. Michel, au 1er d'art. (serv.).

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT

Médecine

Séance du 23 décembre

Pathologie

15 Clunet — 13 Deroide — 11 Chenier, Brun — 9 Levy Bruhl, Gesbron — 8 Eliot, 6 Haas — 4 Bougon — 3 Trapenard.

La prochaine séance aura lieu le 6 janvier 1905.

Anatomie

23 décembre.

13 Lévy, Dubois, Blatron — 12 Vigneron d'Heuqueville — 11 Lasnier, Bourdon, Froget, Chazarain — 10 Brissaud, Mesnager — 8 Di Chiara.

24 décembre

12 Perrin — 11 Lebras, Giroux — 10 Boudet, Lacheny — 9 Rolet.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 30 décembre.

La Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire, qui désire grouper en France tous ceux que préoccupe le développement moral et physique de leurs enfants, organise le second Congrès français d'hygiène scolaire qui se tiendra à Paris pendant les vacances de la Pentecôte 1905. Il y sera lu et discuté les rapports suivants :

1° Inspection médicale des écoles primaires;

2° Education des familles à l'hygiène scolaire;

3° Vacances et congés;

4° La tuberculose et le personnel enseignant;

5° La surcharge des programmes et les concours d'entrée dans les grandes écoles.

Le prix de la cotisation est de 5 fr.

Pour tous les renseignements, s'adresser au docteur J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle.

MM. Debove, Grancher, Landouzy et Pinard, professeurs à la Faculté de médecine, ont accepté la présidence d'honneur du Congrès.

Un Comité vient de se former, sous la présidence de M. Alfred Mézières, sénateur, membre de l'Académie de médecine, pour élever à Paris un monument à Péan.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET EXPERTISES MÉDICALES

M. Vallé, garde des sceaux, vient d'adresser aux procureurs généraux la circulaire suivante :

Dans une disposition complémentaire, ajoutée à l'article 17 de la loi du 9 avril 1898 sur la responsabilité des accidents du travail, la loi du du 22 mars 1902 dispose que :

« Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la Société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié. »

Je suis informé que, malgré cette prohibition, certains magistrats continuent à désigner, pour les renseigner sur l'état de la victime, des médecins attachés à l'établissement où l'accident s'est produit ou à la Compagnie d'assurances appelée à garantir le patron.

Je vous prie de vouloir bien rappeler aux magistrats de la Cour d'appel, des tribunaux civils et aux juges de paix de votre ressort, la prescription du quatrième paragraphe de l'article 17 nouveau de la loi du 9 avril 1898.

Vous aurez soin de faire observer, en même temps, aux magistrats cantonaux, que la disposition dont il s'agit vise aussi bien le cas où ils sont chargés de statuer, comme juges, sur les questions d'indemnité journalière, conformément à l'article 15 de la loi de 1898, que celui où ils procèdent à l'enquête prescrite en cas d'incapacité permanente et où ils ont à faire simplement examiner le blessé par application du troisième paragraphe de l'article 13 de la même loi. »

Paris. — Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Comment on traite l'otite moyenne aiguë à la clinique du professeur Politzer

Dans une séance de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Saint-Pétersbourg, **M. Brochniovsky** (*Roussky Vratch*, 1904, n° 50) a fait une description intéressante des procédés de traitement qu'il a vu employer à la clinique du professeur Politzer, à Vienne, dans l'otite moyenne aiguë.

Ce maître de l'otologie allemande distingue, au point de vue thérapeutique, deux groupes d'affections de l'oreille moyenne : les simples catarrhes de la caisse du tympan (y compris l'otosclérose) et l'otite aiguë proprement dite, à laquelle il ne voit pas de nécessité d'ajouter l'épithète de purulente, l'épanchement qui accompagne cette affection n'étant pas toujours composé que de pus, mais pouvant revêtir un caractère mucopurulent.

C'est du traitement de ces otites aiguës qu'il s'agit dans la communication de M. Brochniovsky.

Tant qu'une perforation du tympan ne s'est pas effectuée d'une façon spontanée ou qu'elle n'a pas été provoquée artificiellement, M. Politzer se borne à l'emploi d'onctions calmantes au pourtour de l'oreille malade. Les douleurs sont-elles intenses, on introduit, deux fois par jour, dans le conduit auditif externe, jusqu'au contact avec la membrane du tympan, des petites mèches de tarlatane imbibées d'acétate d'alun, ou des boulettes de coton trempées dans une solution huileuse de morphine, dont voici la formule :

Phtaléate de morphine ...... 0 gr. 10
Huile de jusquiame purissima. 10 gr.

Cette préparation calmerait les douleurs mieux que la cocaïne qui est mal absorbée tant que le tympan demeure intact. Cependant on peut, comme le fait M. Politzer, utiliser les propriétés analgésiques de la cocaïne en l'introduisant, non pas dans le conduit auditif, mais par la voie nasale : le malade tenant sa tête déjetée en arrière et inclinée en même temps du côté de l'oreille atteinte, on lui verse dans la fosse nasale correspondante quelques gouttes d'une solution de cocaïne, dont une partie fuse souvent dans l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, d'où, par capillarité, ce liquide pénètre plus haut, parfois jusque dans la caisse du tympan. L'application, sur le pavillon de l'oreille, de compresses humides (à la température ambiante), qui exercent une action sédative, est également à conseiller. Les douleurs sont-elles particulièrement fortes et rebelles, on fait poser deux sangsues au-devant du tragus. Dès que les douleurs auront perdu leur acuité, il faut insuffler de l'air dans la caisse du tympan. Ces insufflations seront faites d'après le procédé de Politzer, jamais au moyen de la sonde.

Pour ce qui est de la paracentèse du tympan, le professeur Politzer considère cette opération comme franchement contre-indiquée dans toutes les otites moyennes aiguës n'ayant pas revêtu une forme vraiment grave. Il a pu, en effet, se convaincre — par l'observation de nombreux cas d'otite bilatérale, dans lesquels la paracentèse du tympan fut pratiquée d'un côté seulement — que la guérison s'effectuait mieux et plus rapidement du côté où le tympan était demeuré intact que dans l'oreille où cette membrane avait été perforée artificiellement.

C'est pourquoi la paracentèse du tympan n'est indiquée, pour M. Politzer, que dans les conditions suivantes : persistance de douleurs violentes malgré tous les moyens employés ; voussure considérable du tympan avec coloration rouge vif ou jaune-verdâtre de la partie proéminente ; apparition de vomissements, de convulsions et du délire ; enfin, sensibilité douloureuse manifeste, spontanée et à la pression, de l'apophyse mastoïde.

On ponctionne le tympan après insensibilisation de cette membrane au moyen d'un mélange, à parties égales, de menthol, de cocaïne et de phénol. On donne aussitôt une douche d'air pour bien s'assurer que le tympan a été sectionné dans toute son épaisseur et aussi pour chasser le pus et les mucosités accumulés dans la caisse du tympan. Ceci fait, on introduit dans le conduit auditif externe, jusqu'au contact de la membrane tympanique, une mèche de tarlatane xéroformée et on recouvre le pavillon de l'oreille d'un pansement. En ce qui concerne les soins ultérieurs, M. Politzer n'a que rarement recours aux lavages à l'eau bouillie, lavages qu'il réserve plutôt aux écoulements d'oreille particulièrement abondants. Le plus souvent, alors que la sécrétion est modérée, il se borne aux simples instillations, dans le conduit auditif externe, d'eau oxygénée faible (contenant 3 à 6 % de peroxyde d'hydrogène), après nettoyage préalable de l'oreille avec des boulettes de coton hydrophile sec, montés sur pince. L'eau oxygénée exerce ici une action toujours très favorable, parfois frappante, ce qui est dû non seulement à ses propriétés antiseptiques, mais aussi et surtout à ce qu'elle contribue, d'une façon purement mécanique, à évacuer les produits de sécrétion : au contact de l'écoulement, l'eau oxygénée dégage de l'oxygène ; il se produit alors une mousse qui entraîne avec elle le pus au dehors.

Après chaque instillation d'eau oxygénée, l'oreille est de nouveau nettoyée avec des boulettes de coton ; puis on donne une douche d'air et on introduit, dans le conduit auditif, un tampon de coton très peu serré, qu'on change au fur et à mesure qu'il est traversé par l'écoulement. Lorsque la sécrétion aura diminuée, on remplace le tampon de coton par une mèche de tarlatane aseptique dont l'introduction est précédée d'une insufflation d'acide borique en poudre ou de xéroforme, toujours en très petite quantité, surtout si l'on se sert uniquement de xéroforme.

Dans les cas compliqués de mastoïdite, on incise plus largement le tympan, ou bien, si cette membrane s'est ouverte spontanément, on débride l'orifice de perforation. On institue ensuite un traitement antiphlogistique qui comprend la pose de sangsues, des frictions avec l'onguent mercuriel ou avec la pommade à l'argent colloïdal de Credé et les applications de compresses froides ou d'un sac de glace. On ne procède à l'opération de la mastoïdite que sur indications urgentes ou bien lorsque le traitement antiphlogistique ne donne pas de résultats satisfaisants, après avoir été poursuivi, énergiquement, pendant une semaine. Lorsqu'on est obligé de sacrifier beaucoup d'os au cours de la trépanation de l'apophyse mastoïde, on procède, trois à quatre semaines après cette opération, au plombage à la paraffine de la perte de substance osseuse. On suture la plaie, après en avoir avivé au préalable les bords.

Le nitrate d'argent associé au baume du Pérou contre l'ulcère variqueux de jambe

M. R. Petretto (*Muench. med. Woch.*, 27 décembre 1904) recommande, contre l'ulcère de jambe, un procédé à la fois fort simple et très efficace, qu'il a vu employer dans le service de médecine du prof. von Hoffer, à Graz, et qui consiste à appliquer sur la plaie la pommade ci-dessous formulée :

Nitrate d'argent.... 0 gr. 30
Baume du Pérou.... 6 gr.
Vaseline........... 90 gr.

On recouvre l'ulcère d'une compresse de tarlatane ou de toile, sur laquelle on a étendu une couche de cette pommade.

Ce traitement, sans être infaillible, a cependant amené la guérison de nombre d'ulcères de jambe ayant résisté aux autres moyens de pansement (iodoforme, dermatol, acétate d'alun, compression par des bandelettes de diachylon) et même aux greffes épidermiques. Sous son influence, on voit, dans la plupart des cas, la plaie se déterger, la sécrétion perdre sa fétidité, puis se tarir ; l'ulcère commence à bourgeonner activement et ne tarde pas à se cicatriser.

VLADIMIR DE HOLSTEIN.

Vient de paraître :

Les médications préventives : sérothérapie et bactériothérapie, par M. L. Nattan-Larrier, chef de clinique de la Faculté de médecine de l'Hôtel-Dieu. Préface par M. Netter, prof. agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. (Actualités médicales) : 1 fr. 50. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Traité de l'alcoolisme, par MM. H. Triboulet, Félix Mathieu et R. Mignot. Préface de M. le prof. Joffroy. 1 vol. in-8° de 480 p. (Masson, éditeur). 6 fr.

Le rôle du sel en thérapeutique, par M° Ch. Achard. N° 40 de l'Œuvre médico-chirurgicale, une brochure grand in-8 1 fr. 25 (Masson, éditeur).

OPHTALMOLOGIE

Les injections mercurielles et les affections oculaires dites parasyphilitiques

Par M. le Dr Ch. Abadie

La question des injections mercurielles a été longuement discutée au dernier Congrès de médecine.

Les deux rapporteurs, MM. Lannois et Balzer, ainsi que la plupart de ceux qui ont pris part à la discussion, ont proclamé la grande valeur des injections, et, d'une façon générale, leur supériorité sur les autres modes d'administration du mercure.

MM. les prof. Fournier et Brissaud ont fait pourtant des réserves expresses; ils ont déclaré que jamais ils n'avaient vu guérir, ni tabès, ni paralysie générale confirmée. Dans les affections qualifiées par M. le prof. Fournier de parasyphilitiques, les injections mercurielles elles-mêmes seraient impuissantes à les amender.

En ce qui concerne l'ataxie locomotrice, nous relevons tout d'abord une contradiction au moins apparente dans les dires de M. Brissaud. Il reconnaît, en effet, comme tout le monde, ophtalmologistes, neuro-pathologistes, que l'ataxie locomotrice est infiniment moins grave aujourd'hui que jadis. Est-ce que cela ne tiendrait pas au traitement?

Du temps de Charcot, les tabétiques avec incoordination excessive des mouvements, amaurose complète, étaient nombreux. Mais que leur faisait-on? J'ai toujours vu la même ordonnance de Charcot : teinture de Mars tartarisé, seigle ergoté, quelquefois nitrate d'argent. C'était tout. Aujourd'hui, beaucoup de médecins emploient les injections mercurielles et, en fait, les résultats paraissent meilleurs que jadis.

Quelques cas résistent pourtant à cette médication. A ces cas rebelles on applique alors l'épithète de parasyphilitiques. Pourquoi parasyphilitiques? Est-on sûr que seule la syphilis peut produire le tabes? Quand la recherche la plus minutieuse ne révèle aucun antécédent spécifique, les unicistes prétendent que la syphilis a existé mais a passé inaperçue. Cette affirmation sans preuve est vraiment par trop commode. Il est possible, il est probable que des processus infectieux de nature différente de la syphilis peuvent déterminer dans les centres nerveux des lésions et des troubles fonctionnels analogues à ceux de la syphilis elle-même.

Examinons ce qui se passe en ophtalmologie où, grâce à nos moyens délicats d'investigation, l'observation est peut-être plus précise que partout ailleurs.

Nous rencontrons fréquemment l'iritis et l'irido-choroïdite, tantôt comme manifestations du rhumatisme, tantôt comme manifestations de la syphilis; or, dans les deux cas, l'ensemble des symptômes objectifs et subjectifs, le mode d'évolution, les troubles fonctionnels, le pronostic seront souvent absolument les mêmes. Il n'y aura qu'une pierre de touche pour différencier la diversité d'origine et de nature : le traitement.

Dans l'iritis syphilitique le mercure réussira; il échouera dans l'iritis rhumatismale. Par contre, dans cette dernière, le salicylate de soude aura plus d'action que le mercure.

Donc, si en présence d'une iritis les mercuriaux échouent, serez-vous autorisé à dire qu'elle est parasyphilitique? Votre diagnostic étiologique est simplement erroné; vous aurez considéré comme de nature syphilitique une iritis qui ne l'était pas.

Qui sait s'il n'en est pas de même pour la paralysie générale? Il est probable que toutes les paralysies générales n'ont pas exclusivement pour origine la syphilis, et si, pour un certain nombre, la syphilis n'est nullement en cause, il faut peu compter sur le traitement mercuriel, sans les qualifier pour cela de parasyphilitiques.

Mais, objectera-t-on, dans celles même où l'origine syphilitique ne peut laisser aucun doute, les traitements mercuriels, quels qu'ils soient, essayés jusqu'ici, ont échoué. Cela veut-il dire qu'ils sont inutiles, qu'il faut les abandonner et y renoncer? Non certainement; mais ce qu'il faut, c'est procéder autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Tout d'abord, au lieu de pilules et de frictions, recourir aux injections mercurielles, de préférence intra-veineuses si possible, et les porter rapidement aux doses les plus élevées qui puissent être tolérées. Les faire, bien entendu, *dès les premiers symptômes*, de façon à enrayer l'évolution de lésions qui, une fois produites, sont peut-être irrémédiables, ou tout au moins cessent d'être justiciables du seul traitement mercuriel.

Je ferai remarquer à ce sujet qu'habituellement les neuro-pathologistes ne sont consultés, à titre de spécialistes, qu'à la période avancée de la maladie, quand les troubles cérébraux sont devenus manifestes, alors que quelquefois, pendant *plusieurs années* auparavant, il y a eu des symptômes prémonitoires qui ont passé inaperçus ou ont été insuffisamment traités.

J'ai eu un ami intime que je soignai pour un chancre infectant de la paupière, qu'il contracta à l'âge de 32 ans. Douze ans plus tard, il commença à éprouver de la lassitude, une fatigue musculaire et cérébrale inexplicable et inexpliquée, qui contrastait avec sa vigueur et sa lucidité d'esprit jusque là exceptionnelles. Il n'était pas douteux pour moi que la syphilis était en cause. Cela dura ainsi *plusieurs années, sans qu'il voulut se soigner*, sans interrompre ses occupations; puis survinrent les symptômes de la paralysie générale confirmée à laquelle il succomba au bout de trois ans.

Il est possible que dans la paralysie générale, dès que les altérations vasculaires et la désorganisation de la pie-mère sont un fait accompli, la nutrition des couches corticales sous-jacentes entre en souffrance et que, pour rétrocéder, ces lésions réclament désormais autre chose qu'un simple traitement mercuriel.

Pour bien nous faire comprendre, prenons encore un exemple emprunté à l'ophtalmologie. Un malade a une iritis syphilitique. Par suite d'une médication, ou peu appropriée, ou trop tardive, ou insuffisante, ou bien parce que l'on n'a pas eu la précaution d'instiller dès le début de l'atropine, il s'est formé des adhérences entre l'iritis et le cristallin. Dès lors surgit une complication contre laquelle le traitement mercuriel, *quel qu'il soit*, n'aura plus de prise. L'oblitération pupillaire troublant profondément la nutrition de l'œil, des phénomènes glaucomateux vont éclater *et on aura beau faire des injections à des doses élevées, l'œil se perdra sûrement et irrémédiablement.* Est-ce à dire que, dans ce cas, le traitement a été impuissant? Est-ce à dire qu'il faut l'abandonner? Non, il a été mal dirigé; il eut fallu s'opposer à la formation des adhérences, mais une fois celles-ci produites il faut, *conjointement au traitement mercuriel*, une intervention chirurgicale. Il faut rétablir la communication entre les parties profondes et le segment antérieur de l'œil par une iridectomie, et cette iridectomie une fois faite, continuer avec énergie le traitement mercuriel jusqu'à guérison.

Mais une iritis syphilitique avec synéchies, qui résiste à tous les traitements mercuriels employés seuls, n'est

pas pour cela parasyphilitique; elle a simplement besoin, pour guérir, du mercure et du couteau du chirurgien.

Qui sait si, dans la paralysie générale, le liquide céphalo-rachidien, qui est altéré, comme l'ont montré les recherches de MM. Widal et Sicart, ne joue pas un rôle nocif (comme le liquide ascitique dans la péritonite tuberculeuse), et s'il ne serait pas nécessaire de l'évacuer à plusieurs reprises par des ponctions lombaires. Qui sait s'il n'y a pas des phénomènes d'imbibition et de compression cérébrale qui céderaient à une craniectomie comme les accidents glaucomateux de l'iritis syphilitique cèdent à l'iridectomie. Je livre ces idées thérapeutiques à l'attention des neuro-pathologistes.

***

M. Leredde a insisté avec raison sur la question de l'insuffisance des doses employées habituellement jusqu'ici. L'observation clinique m'a conduit aux mêmes conclusions et à la même pratique que lui. J'emploie couramment, en injections intra-musculaires, la dose de 2 centigrammes de bi-iodure d'hydrargyre en solution aqueuse au lieu de 1 centigramme, et pour peu que l'affection soit grave et tenace, cette injection de 2 centigrammes est répétée tous les jours. De même pour les injections intra-veineuses; au lieu de tous les deux jours, j'injecte tous les jours 1 centigramme de cyanure d'hydrargyre.

M. le prof. Dieulafoy a cité un exemple bien saisissant de l'avantage de ce traitement intensif. Il s'agissait d'un malade atteint d'une ulcération pharyngienne de nature obscure, indéterminée. On hésitait entre la scrofule et la syphilis; des injections de bi-iodure de mercure furent essayées timidement, à la dose d'un demi-centigramme, puis de 1 centigramme; malgré ce traitement, la situation s'aggrava tellement que toute déglutition devint impossible et le malade faillit mourir d'inanition.

On fut sur le point de cesser le traitement comme inefficace et de considérer le cas comme parasyphilitique. Mais M. Dieulafoy ayant augmenté les doses, dès qu'on atteignit 2 centigrammes et même 2 centigr. 1/2, l'ulcération se cicatrisa rapidement et le malade guérit.

Je puis rapporter un exemple analogue. L'année dernière, un jeune homme de vingt ans était conduit dans mon cabinet par son père. Ce jeune homme était presque aveugle par suite d'une double irido-choroïdite dont l'origine était fort obscure. *Aucun antécédent syphilitique appréciable, ni acquis, ni héréditaire.* La maladie avait débuté six mois auparavant, en pleine santé florissante. Déjà quatre oculistes avaient été consultés et tous avaient ordonné du mercure, soit sous forme de frictions, soit sous forme d'injections, et tous l'avaient abandonné parce qu'il semblait n'avoir aucune action favorable.

J'avoue que tous ces essais infructueux m'avaient un peu dérouté. Néanmoins, je persistai à croire que le traitement n'avait été ni assez intensif, ni assez régulier, et je fis tous les jours une injection fessière intra-musculaire de 2 centigrammes de bi-iodure de mercure. *A la trentième injection seulement* les milieux de l'œil commencèrent à s'éclaircir et la vision à s'améliorer. Je continuai alors, confiant dans le succès, et, *pendant six mois, sans interruption*, je pratiquai une injection journalière de 2 centigrammes de bi-iodure. Ce malade recouvra la vue au point de reprendre ses occupations.

Cette observation et celle de M. Dieulafoy montrent donc d'une façon éclatante, l'influence des doses élevées; elles prouvent aussi l'efficacité de cette médication, *même chez les individus qui n'ont pas eu la syphilis*, et c'est un point de pratique sur lequel je désire à présent particulièrement insister.

***

J'observe depuis quelque temps à ma clinique, et surtout chez les jeunes sujets, des irido-choroïdites, des chorio-rétinites, dont le nombre et la gravité augmentent tous les jours. Or, chez beaucoup de ces malades, il est impossible de trouver trace de syphilis soit acquise, soit héréditaire. Néanmoins, une seule médication, toujours la même, nous permet de les guérir : les injections mercurielles, soit intra-veineuses, soit intra-musculaires. Je crois avoir été un des premiers à signaler l'efficacité de ce traitement sur les *lésions des membranes profondes de l'œil, alors même que les antécédents pathologiques sont absolument négatifs*. Depuis, les neuro-pathologistes sont entrés dans cette voie et les injections mercurielles commencent à être employées, *largâ manu*, dans un grand nombre d'affections cérébro-spinales à étiologie obscure, indéterminée, où la syphilis ne saurait être mise en cause, et les succès obtenus par cette médication deviennent de plus en plus nombreux.

Ces nouvelles données thérapeutiques méritent d'être vulgarisées, parce que nombre de praticiens se refusent encore à pratiquer les injections, et même leur sont hostiles, quand les antécédents syphilitiques ne sont pas avérés.

En terminant, j'appellerai l'attention sur les faits suivants qui, si je ne me trompe, n'ont été encore signalés nulle part.

Quand il s'agit de processus morbides provoqués par des microbes *figurés, visibles*, dont on peut déceler l'existence par le microscope et l'imprégnation de substances colorantes, — tels que le bacille de Koch, le bacille de la lèpre, celui de la diphtérie — le mercure, quel qu'en soit le mode d'administration, n'a sur eux que peu ou point de prise.

Quand il s'agit, au contraire, de la syphilis, dont le microbe échappe encore à nos moyens d'investigations, de l'ophtalmie sympathique, de la conjonctivite granuleuse, affections provoquées aussi par des *microbes encore invisibles, échappant à l'œil armé du plus puissant microscope et à l'action des matières colorantes*, dans toutes ces maladies à microbes encore *indémontrables*, les injections mercurielles sont efficaces et ont une grande puissance curative.

Il est donc permis de supposer que certaines maladies des parties profondes de l'œil et du système cérébro-spinal, dont la bactériologie pathologique, malgré toutes les investigations, reste encore inconnue, sont occasionnées par un microbe invisible et incolorable, mais susceptible d'être influencé par les sels mercuriels, comme le démontre la clinique thérapeutique.

FAITS CLINIQUES

Angine de poitrine suivie d'ictère avec cirrhose hypertrophique

Par M. le Dr Pujol, de Tarascon (Ariège)

La lecture de la communication faite le 7 novembre (1903) à la Société de biologie par MM. Gilbert et Lereboullet, m'engage à publier une observation d'angine de poitrine suivie d'ictère avec cirrhose, que j'ai eu l'occasion de suivre l'été dernier et qui s'est terminée par la mort au bout de quarante jours.

Le 22 juillet 1903 se présente, dans mon mon cabinet, M. A..., homme de cinquante-huit ans environ, qui vient me demander conseil pour divers malaises qu'il ressent et qui s'accompagnent de lassitude extrême. Le client présente un

facies exprimant la douleur et l'angoisse. Il a le teint pâle, les traits tirés, l'œil terne. Je le trouve considérablement amaigri. Depuis quelque temps, me dit il, il se sent mal. Il a essayé de réagir à sa manière, sans éprouver le moindre soulagement. Il se plaint d'une lassitude extrême, marquée surtout au niveau des genoux et, en indiquant le creux poplite, il ajoute qu'il lui semble qu'on lui a coupé les jambes à cet endroit. Cette lassitude s'accuse davantage quand il veut monter un escalier ou une pente un peu forte. Dans sa maison, il lui est impossible de monter au second étage; c'est avec beaucoup de peine qu'il atteint le premier.

Quand il a fait quelque effort, l'essoufflement s'ajoute à la fatigue. Il n'en peut plus et il éprouve alors une sensation de constriction thoracique qui l'étouffe et qui siège principalement au niveau du sternum et de la partie gauche du thorax, en avant et en arrière. Il existe une douleur pongitive au niveau de l'omoplate gauche qui semble, me dit-il, communiquer par le creux de l'aisselle avec ce qu'il ressent en avant.

Avec cela, le malade a quelques vertiges, plus accusés le matin; il se plaint de quelques douleurs frontales, comme une étreinte. La bouche est un peu mauvaise, la langue n'est pas blanche. L'appétit est conservé; il y a un peu de constipation. Il sent un vague malaise au creux de l'estomac et se plaint de froid aux extrémités et de petits frissonnements par tout le corps, qui lui donnent la chair de poule.

Le pouls est à 120, petit, serré. L'auscultation du cœur ne révèle pas de lésion valvulaire. Les bruits sont bien timbrés, plutôt assourdis. Le grand silence n'est guère plus long que le petit, ce qui indique que le cœur tend à prendre le rythme embryocardique. Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

L'auscultation du poumon ne dénote rien, malgré l'attention la plus minutieuse, d'autant que, dans mon esprit, l'idée d'une pleurésie latente avait pris corps.

Pas de fièvre; aucun autre symptôme à signaler. Je dois ajouter que le malade vient de faire 10 kilomètres à bicyclette.

Tous ces détails paraissent m'autoriser à porter le diagnostic d'angine de poitrine et j'institue, en conséquence, le traitement suivant :

1° Régime lacté absolu.

2° Cuillerée à café de sulfate de soude tous les jours.

3° 0,05 centigr. de sulfate de spartéine.

4° 6 à 8 gouttes de solution de trinitrine dans la journée.

Je me garde de faire savoir à mon client son état réel. Je le renvoie en lui disant qu'il a le cœur fatigué et qu'il revienne me voir dans une dizaine de jours.

Je le revois le 8 août, le 20 août. Les conditions n'ont pas changé. Le même traitement est continué. Il est difficile de faire comprendre au malade la nécessité du repos et du régime lacté.

Nouvelle visite le 5 septembre. Ce jour-là, il vient accompagné de sa femme. En entrant dans mon cabinet, je remarque que son teint est devenu jaune et que les sclérotiques sont jaunes également. Cependant, les phénomènes d'angor sont très notablement diminués, pour ne pas dire supprimés. A l'auscultation, les bruits du cœur sont mieux timbrés, plus renforcés et plus ralentis. Le rythme est normal. Le pouls est à 80, plein, un peu tendu encore. La lassitude persiste. Le malade se dégoûte du lait.

Je comprends qu'il s'impatiente de voir que son état n'est pas meilleur et je lui conseille d'aller à Toulouse demander une consultation. Sa femme ne désirait point autre chose.

On m'écrit le 23 septembre que le malade est rentré chez lui, et de vouloir bien m'y transporter pour le voir, son état ne lui permettant pas de voyager.

Ma visite a lieu le lendemain, 24. Mon client est levé, il se promène dans son jardin, s'assied fréquemment et me dit même qu'il reste presque toujours étendu dans un fauteuil. Même lassitude qu'avant.

Je le fais coucher pour mieux l'examiner.

L'ictère s'est fortement accusé. Le teint est plombé, olivâtre. Le cœur bat bien, environ 95 pulsations; pas de température malgré de petits frissons. Je trouve de l'œdème des jambes, de l'ascite, le ventre très étalé. Le foie est très augmenté de volume, déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. La palpation révèle un corps dur, lisse, autant que je sache le percevoir. Il me semble sentir un léger ronflement au niveau de la vésicule. Cet endroit est très douloureux, de même que la région pylorique. La région stomacale l'est moins. Absence de douleur spontanée dans la région hépatique.

Cependant mes investigations restent négatives relativement l'existence d'un néoplasme. Il n'y a pas de ganglion sus ni sous-claviculaire, ni dans l'aine correspondante, ce qui est loin d'éclairer le diagnostic de cette complication.

Me voilà donc placé entre deux hypothèses :

1° Ictère cirrhotique;

2° Ictère par obstruction : *a*) néoplasique? *b*) calculeuse?

Le malade était autrefois maître tailleur au régiment. Il buvait. Mais, depuis dix ans qu'il a pris sa retraite, il est d'une sobriété notoire, ne fume pas, et mène une vie très rangée. Il n'a jamais eu de coliques hépatiques, ne s'est plaint jamais de rien depuis un rhumatisme articulaire aigu qu'il eut il y a fort longtemps. Il digérait bien, n'a jamais eu d'embarras gastrique et, si troubles dyspeptiques il y a, ces troubles ne datent pas de bien loin, puisqu'il mangeait encore avec appétit quand il est venu chez moi la première fois.

Il est donc difficile d'admettre un cancer de l'estomac, qui aurait été aussi latent (ni hématémèses, ni melæna) et dont la généralisation se serait si rapidement étendue jusqu'au foie. L'ictère d'origine calculeuse n'était pas probable. Restait l'hypothèse de la cirrhose hypertrophique biliaire, qui ne me donnait pas complète satisfaction

J'ai omis de dire que le malade avait pris à Toulouse deux consultations (abondance de biens ne nuit jamais). Le premier confrère, n'envisageant qu'un ictère simple, avait donné une médication dans ce sens. Le second constata des phénomènes d'artério-sclérose et conseilla en même temps un traitement visant le pylore, traitement destiné, sans doute, à combattre les effets d'un néoplasme qui aurait siégé en cet endroit.

La médication fut rigoureusement suivie. Elle était, à la fois, dirigée contre l'artério-sclérose et contre l'ictère. L'ascite disparut, ainsi que l'œdème des jambes, puis s'installa à nouveau, prenant, chaque jour, de plus grandes proportions. Les matières fécales restèrent toujours décolorées. Le pouls se maintenait au-dessus de 90. L'auscultation de la poitrine était toujours négative. Vers le 15 octobre le pouls se ralentit un peu. Le 18, les bruits du cœur devinrent plus faibles; les pulsations étaient à 72, et n'étaient pas aussi amples, quand le malade mourut le 20 au matin très rapidement. Très probablement il succomba à une crise d'asystolie provoquée par la fatigue qu'il ressentit en voulant remonter dans son lit après s'être levé pour satisfaire à un besoin naturel.

Telle est l'observation, aussi résumée et cependant aussi complète que possible. Le diagnostic qui s'imposait était évidemment celui d'angine de poitrine suivie d'ictère avec cirrhose hypertrophique Ce cas me paraît suggérer plusieurs réflexions.

Tout d'abord il est bon de rappeler que, jusqu'ici, les angines de poitrine dénommées gastro-hépatiques étaient considérées comme de fausses angines, dont on faisait remonter les troubles cardio-vasculaires à la dyspepsie qui existait en même temps, troubles cardiaques qui évoluaient parallèlement aux troubles dyspeptiques, et qui guérissaient ou s'amendaient avec ces derniers. Donc, angine curable, puisqu'elle n'était pas coronarienne.

Nous avons vu que, dans le cas précédent, les troubles dyspeptiques étaient très peu marqués, pour ne pas dire absents: le malade mangeait de son appétit et ne se sentait pas incommodé par les aliments. Il présenta, dans le cours de sa maladie, des fringales qu'il était difficile de réprimer. De sorte que si le régime lacté a été établi, cela a été plutôt par raisonnement et afin de ne pas neutraliser le traitement rationnel institué plus spécialement contre l'hypertension artérielle. D'ailleurs, les résultats favorables obtenus dans l'intervalle montrèrent bien la justesse de ma manière de voir. Malgré cela survint l'ictère, alors que le régime

lacté intégral était suivi depuis trois semaines.

Ici, il est permis de se demander si les troubles hépatiques ont été consécutifs à l'angine ou si l'apparition de celle-ci fut sous la dépendance de ceux-là, si, en un mot, la cirrhose a été la véritable cause de l'angine. Je dois dire que l'examen du foie ne fut pas pratiqué lors des premières visites. C'est une lacune regrettable, bien qu'il soit possible que l'examen fait à cette époque n'eût rien révélé du tout. Et, d'ailleurs, qui, alors, se fut attendu à l'évolution postérieure d'un ictère?

Mais si l'origine de l'angine n'est pas la cirrhose, ne peut-on pas chercher la cause de cette symptomatologie dans une atteinte de l'organisme aboutissant à l'artério sclérose généralisée, atteinte plus marquée sur un organe insuffisant comme le devait être le foie du malade (ancien buveur), cirrhose et angine marchant de pair, l'une compliquant l'autre, toutes deux ressortissant de la même pathogénie : la maladie des vaisseaux ?

Une seule observation, et encore incomplète, ne peut pas trancher la question. A l'avenir, les investigations des praticiens, dans les cas d'angor pectoris, porteront plus fréquemment et plus attentivement sur le foie. La notion de l'étiologie biliaire de l'angine est introduite en clinique. Toutefois, le professeur Gilbert va peut-être un peu loin en voulant assigner, dans la pathogénie de l'angor pectoris, une place prépondérante au foie.

Ce qui parait exact et hors de toute discussion, c'est la notion de la cholémie familiale, qui éclaire d'un grand jour certains cas cliniques. Qu'on l'appelle hépatisme, ictère acholurique, cholémie familiale, elle est d'un grand secours pour expliquer certains états, autrefois mal définis, et qu'il était difficile de faire rentrer dans le vaste cadre de la neurasthénie — étiquette cependant si commode pour cacher notre ignorance.

Mes remarques à ce propos — je me permettrai de le dire humblement — corroborent les idées et les faits que MM. Gilbert et Lereboullet nous ont exposés. J'avais même fait remonter l'origine du rein mobile à cet état, que je comprenais, mais que je ne m'expliquais pas, et dans lequel je constatais, à différentes périodes de l'évolution, une hypertrophie faisant place à une atrophie du foie. Tous les cholémiques ne sont pas, cependant, des ptosiques, car chacun d'eux résiste à sa manière à la cholémie. Il faut à celle-ci quelque chose de plus pour produire de pareils désordres. C'est généralement le surmenage ou une infection grippale mais très légère, qui amène, avec l'insuffisance hépatique, une dénutrition et une asthénie profondes, dont les ptoses ne sont que le complément obligatoire.

Pour mieux exprimer ma pensée, je me permettrai de dire que tous les porteurs de reins flottants sont, à mon avis, des cholémiques. C'est une idée que je soumets à la critique de M. Gilbert.

La conclusion de cette note sera : que certaines angines de poitrine, pour revêtir des caractères biliaires, n'en sont pas moins coronariennes, et qu'il ne faut jamais se hâter, dans des circonstances pareilles, de porter un pronostic favorable, si l'on ne veut pas recevoir des événements un démenti formel et presque toujours préjudiciable au médecin.

CHIRURGIE PRATIQUE

Hypertrophie des amygdales

Augmentation de volume permanente, progressive, habituellement bilatérale des amygdales, s'observant chez les enfants et les adolescents, où elle s'accompagne de troubles fonctionnels variés : gêne du développement physique, angines et bronchites fréquentes, inflammations du naso-pharynx et des oreilles.

Le traitement chirurgical seul est capable de guérir complètement cette affection. N'entreprendre ce traitement que lorsque tout phénomène inflammatoire a disparu.

INDICATIONS DES DIVERS GENRES D'INTERVENTION

Amygdales saillantes, globuleuses, roses pâles : amygdalotomie avec l'amygdalotome.

Amygdales enchâtonnées, plus ou moins molles : ablation à la pince coupante.

Dans les deux cas, on peut recourir à la thermo et surtout à la galvano-cautérisation.

A. — Amygdalotomie.

Préparatifs.

I. — ***Préparatifs avant l'opération.***

Instruments.

Amygdalotome. Choisir un amygdalotome à anneau assez grand pour que l'amydale hypertrophiée y puisse entrer et, d'autre part, pas trop grand, pour qu'il puisse pénétrer dans le pharynx de l'enfant.

Abaisse-langue.

Récipients.

Casserole assez longue pour stériliser les instruments.

Anesthésique.

Général : chlorure d'éthyle. A n'employer que si l'on a affaire à un enfant indocile, car l'opération n'est nullement douloureuse.

Aide.

Au moins un (en cas d'anesthésie).

Malade.

Pendant les deux à quatre jours qui précèdent, lavages de gorge ou gargarismes fréquents à l'eau boriquée à 4 %.

II. — ***Préparatifs de l'opération.***

Stériliser les instruments à l'eau bouillante.

Procéder à l'anesthésie, s'il y a lieu.

Opération.

Position.

Position de Rose, si le sujet est endormi. Dans le cas contraire, le sujet sera assis en face de l'opérateur, la tête bien au jour, appuyée sur un aide ou le dossier d'un fauteuil.

Exécution.

Charger l'amygdale dans l'anneau, en abaissant ce dernier pour y faire passer d'abord la portion postéro-inférieure de la glande; d'un coup de pouce, *enfoncer la fourchette*, puis fermer la main *pour faire jouer l'anneau tranchant* et, en même temps, attirer à soi l'appareil, pour déterminer un léger degré d'arrachement (hémostase plus sûre).

Enlever ensuite la deuxième amygdale, s'il y a lieu.

Pansement.

Simplement une boule d'ouate dans les oreilles.

S'assurer, avant de quitter le malade, qu'il n'y a pas d'hémorragie. Si la surface de section saigne, toucher la surface saignante à l'eau oxygénée pure ou avec le couteau de thermocautère au rouge sombre; ou bien appliquer de la glace sur l'amygdale, ou encore envelopper d'ouate les extrémités d'une pince longuette et appliquer un des mors sur l'amygdale; l'autre s'appuyant sur l'angle de la mâchoire; puis serrer les anneaux de la pince par un lien.

Suites.

Repos au lit *le premier jour*.

Gargarismes boriqués deux fois par jour. Alimentation liquide pendant *trois à quatre jours*. Chambre pendant *huit jours*.

B. — Ablation a la pince coupante.

Préparatifs.

Les mêmes que pour l'amygdalotomie, sauf que la pince coupante de Ruault remplacera l'amygdalotome.

Opération.

Position.

Comme pour l'amygdalotomie.

Exécution.

Saisir entre les mors de la pince un morceau de l'amygdale que l'aide fera saillir en appuyant un doigt au cou, sur la région amygdalienne.

Morceler ainsi à plusieurs reprises l'amygdale jusqu'à ce qu'ait disparu toute partie saillant hors des piliers.

Suites.

Les mêmes qu'après l'amygdalotomie.

C. — Thermo ou galvano-cautérisation.

Préparatifs

Thermo-cautère (préparer la pointe fine) ou galvano-cautère.

Abaisse-langue.

Opération.

Avec la pointe fine du *thermo-cautère* au rouge vif, faire trois à quatre ponctions de 4 à 5 millimètres de profondeur dans l'amygdale ou les amygdales hypertrophiées.

Répéter les séances deux fois par semaine jusqu'à rétraction complète des amygdales.

Avec le *galvano-cautère*, introduire la pointe froide jusqu'à l'amygdale. Faire passer le courant et enfoncer la pointe profondément; ne cesser le

courant qu'après avoir retiré la pointe (pour éviter les adhérences aux tissus). Faire trois à quatre ponctions par amygdale. Recommencer tous les cinq ou six jours.

Suites.

Le jour de l'opération, gargarismes boriqués fréquents, alimentation liquide et repos à la chambre.

Dès le *lendemain*, l'opéré pourra sortir (avantage sur l'amygdalotomie).

ED. LAVAL.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les études pharmaceutiques et les Écoles de province

Par M. le Dr Raoul BRUNON
Directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Rouen.

Plusieurs journaux politiques se sont occupés, tout dernièrement, des questions qui touchent les réformes de l'enseignement de la pharmacie. Je désirerais exprimer à ce propos mon opinion.

Les articles publiés peuvent se résumer dans l'idée suivante : « La pharmacie traverse une crise; *les affaires* des pharmaciens sont généralement mauvaises; diminuons le nombre des pharmaciens. Et, dans ce but, supprimons les Ecoles de province qui les fabriquent. »

C'est radical et simple. C'est trop simple. On proteste et on a raison.

Le nœud de la question est dans ce fait: la loi a supprimé les étudiants dits de deuxième classe dans les Ecoles de pharmacie. Les pouvoirs publics, habilement sollicités et croyant donner satisfaction aux pharmaciens établis, ont sacrifié toute cette catégorie si intéressante des étudiants de deuxième classe. Ils ont fermé, en même temps, la porte aux aides de pharmacie, dont quelques uns arrivaient, à force de labeur, à pouvoir tenir eux-même une officine. Et je puis affirmer que nombre d'entre eux la tenaient fort bien.

Il ne faut pas trop céder à l'imagination et croire que *tous* les pharmaciens doivent être des savants de laboratoire. Un excellent pharmacien peut n'être pas un savant dans le sens élevé du mot et, cependant, être un praticien instruit.

Avec la loi nouvelle, il faut être bachelier pour commencer ses études de pharmacie. Les pharmaciens comptent sur cette barrière pour diminuer le nombre des étudiants. Ils se trompent. Les apparences leur donneront peut-être raison pendant quelques années, puis les choses redeviendront ce qu'elles étaient auparavant, car, en France comme en Chine, le bachelier ne sera jamais un être rare. *L'avenir de la pharmacie n'est pas dans la protection à outrance*; il est dans une rénovation des études. Il faut que le pharmacien ne soit plus seulement un fabricant de potions, mais *qu'il devienne un bon chimiste* et *un bactériologiste habile*. Mais, encore une fois, il n'est pas nécessaire d'être un grand savant pour remplir ce programme.

Je prétends que, dans la période de transition où nous sommes, on devrait infuser un sang nouveau aux Ecoles *régionales*, leur donner la liberté qu'elles n'ont jamais eue et les moyens de lutter contre la centralisation, qui va croissant, quoique tout le monde parle de décentraliser!

Développer, libérer les Ecoles régionales, c'est peut-être gêner (en apparence) des intérêts particuliers, mais c'est sûrement servir l'intérêt général. L'intérêt général demande la multiplication des centres d'enseignement supérieur et non leur destruction! Il demande la libre concurrence.

Etablie dans une région déterminée, l'Ecole doit être la pépinière de pharmaciens gravitant autour de ce centre. Elle doit les instruire pendant leurs études, les protéger une fois reçus, enfin être pour eux une source de grands avantages moraux et matériels.

La proximité de l'école plaît aux familles de province qui redoutent, avec quelque raison, la fréquentation de Paris et des grands centres pour des étudiants trop jeunes. Les étudiants, peu nombreux, sont en contact journalier avec les professeurs. Les études y sont moins fatigantes et tout aussi bonnes que dans les grandes écoles, où les étudiants suivent par fournées les travaux pratiques et s'empilent par centaines dans de grands amphithéâtres.

Durant leur scolarité dans les écoles régionales, les étudiants en pharmacie rendent des services aux villes en qualité d'internes des hôpitaux. Souvent ils font des remplacements dans les villes et les campagnes de la région ; dans ces remplacements, ils étudient, longtemps à l'avance, le fonctionnement et la valeur de quelque officine qu'ils acquerront une fois reçus.

L'école régionale doit vivre et, de plus, se perfectionner, sans nuire aux écoles supérieures. Ces dernières veulent tout absorber parce que, fort inconsidérément d'ailleurs, elles ont développé chez elles un outillage et un personnel qu'elles craignent de voir inutilisé.

Le perfectionnement des écoles régionales peut se faire grâce à une refonte générale des études.

Voici ce que demandent les Ecoles de pharmacie de province, après entente préalable entre leurs directeurs :

1° La durée des études pharmaceutiques est fixée à six ans : deux années de stage officinal, quatre années de scolarité;

2° Trois années de scolarité pourront être passées dans les Ecoles régionales;

3° Le stage officinal sera accompli dans le cours des études après la troisième année;

4° Des examens semestriels seront institués pendant la durée de ce stage, de façon que les Ecoles en aient la surveillance;

5° Quel que soit le régime d'études institué, deux examens probatoires seront passés dans les Ecoles préparatoires sous la présidence d'un professeur de Faculté ou d'Ecole supérieure de pharmacie.

Les écoles régionales seraient dans leur rôle en faisant parcourir aux étudiants les premières étapes de cet enseignement, sagement gradué. Cette disposition serait tout aussi favorable aux écoles supérieures, qui doivent jouer le rôle d'Ecoles de perfectionnement.

Avec ce système, le nombre des pharmaciens à recevoir ne serait pas augmenté par les écoles, contrairement à ce que croient les pharmaciens actuellement en exercice. Mais, quoi qu'on fasse, la lutte pour la vie sera toujours dure, en pharmacie comme ailleurs.

Les pharmaciens se trompent s'ils croient diminuer le nombre des concurrents en diminuant le nombre des Ecoles. D'ailleurs, le jour où ces écoles seraient sérieusement menacées, elles sauraient se défendre, elles sauraient remuer l'opinion publique. Elles dressent déjà l'oreille, car on commence à trouver de toutes parts que, depuis trente ans, plus on parle de décentralisation, plus on centralise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix proposés pour 1905, 1906, 1907

(Médecine et chirurgie.)

1905

Prix Montyon. — Médecine et chirurgie (un prix de 2500 francs ; une mention de 1500 fr.).

Prix Barbier. — A celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir (2000 fr.).

Prix Bréant. — A celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique (100 000 fr.). L'intérêt de ce capital à celui qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires (1000 fr.).

Prix du baron Larrey. — Sera décerné à un médecin ou à un chirurgien des armées de terre ou de mer pour le meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire (750 fr.).

Prix Bellion. — A celui qui aura écrit des ouvrages ou fait des découvertes surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine (1400 fr.).

Prix Mège. — A celui qui aura continué et complété l'essai du Dr Mège sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine (10 000 fr.).

Prix Serres. — Décerné au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine (7500 fr.).

Prix Dusgate. — Décerné au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées (2500 fr.).

Prix Montyon. — Physiologie expérimentale (750 fr.).

Prix Philipeaux. — Physiologie expérimentale (900 fr.).

Prix Pourat. — La question mise au concours pour 1905 est : Les origines du glycogène musculaire (1000 fr.).

La question mise au concours pour 1906 est : Nouvelle recherches sur le phototactisme et le phototropisme.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux (1800 fr.).

Prix Montyon. — Statistique (500 fr.).

Prix Jecker (Chimie). — Destiné aux travaux les plus propres à hâter les progrès de la chimie organique (10 000 fr.).

Prix Montyon. — Arts insalubres (le prix est de 2500 fr. et la mention de 1500 fr.).

Prix Gaston Planté. — Destiné à l'auteur français d'une découverte, d'une invention ou d'un travail important dans le domaine de l'électricité (3000 fr.).

Prix Cahours (3000 fr.). — Décerné à titre d'encouragement, à des jeunes gens qui se seront déjà fait connaître par quelques travaux intéressants et plus particulièrement par des recherches sur la chimie.

1906, 1907

Prix Martin-Damourette. — Physiologie thérapeutique (1400 fr.).

L'Académie décernera le prix, s'il y a lieu, en 1906.

Prix Chaussier. — Au meilleur travail qui aura fait avancer soit la médecine légale, soit la médecine pratique (10 000 fr.).

Prix La Caze (10 000 fr.). — Décerné à l'auteur des ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie.

Prix Parkin (3400 fr.). — Destiné à récompenser des recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes.

Plus les prix annuels ordinaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre

A propos de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage

M. Kirmisson. — J'assistais à la réunion d'une commission lorsque, à la dernière séance, plusieurs de nos collègues ont dit que dans certains cas il était indifférent de se servir du panier de de Græf ou de mon crochet. Je ne suis pas de cet avis, car le panier présentant un diamètre de dix millimètres et mon crochet un diamètre de cinq millimètres, il est des œsophages d'enfant dans lesquels le panier ne peut être introduit sans danger; pour les tout jeunes enfants, c'est au crochet qu'il faut avoir recours. On a encore dit que l'on ne devait se servir du panier que pour les pièces de monnaie récemment avalées. J'ai déjà rappelé que le crochet pouvait être utilisé lors même que le corps étranger séjournait depuis un certain nombre de jours dans l'œsophage. J'ai cité à ce sujet le cas d'un enfant observé par M. Michaux.

Un cas de coxa-vara traumatique

M. Picqué — Cette observation, recueillie par **M. Gaudier**, de Lille, concerne un enfant de treize ans. Trois années auparavant il avait fait une chute d'une hauteur de 6 mètres; six mois après il tombait de nouveau sur le genou gauche et, dans la suite, peu à peu apparaissaient les symptômes d'une coxa-vara. Lorsque notre confrère a été appelé auprès de cet enfant, il a constaté nettement par la radiographie qu'une fracture du col avait eu lieu et que les signes de la coxa-vara étaient indiscutables. Comme traitement, M. Gaudier a eu recours avec succès à une ostéotomie cervicale, qui lui a paru devoir être préférée aux autres procédés opératoires.

Section de la branche postérieure du nerf radial. Suture des bouts. Guérison

M. Lejars. — **M. Bonnet** nous a communiqué l'observation d'un jeune homme, dont la branche du nerf radial, dans son trajet à travers le cours supinateur, avait été sectionnée par un coup de couteau pénétrant à la face postéro externe de l'avant-bras. Après l'accident on avait constaté la chute de la main, la flexion des doigts, mais les mouvements de pronation et de supination étaient conservés. On en avait conclu à une section siégeant sur la partie inférieure.

Vingt-huit jours après l'accident, M. Bonnet est allé à la recherche du nerf sectionné en faisant une incision sur le bord postérieur de l'avant-bras, entre le 2e radial et la masse des extenseurs, et au-dessous du cours supinateur il est arrivé sur le point de section. Après avoir avivé les deux bouts du nerf il les a suturés avec des fils de catgut. Pendant trois mois il ne s'est produit, comme c'est la règle d'ailleurs, aucun changement, puis, à partir de cette époque, le sens musculaire a été recouvré, et quatre mois et demi après l'opération tous les mouvements étaient revenus.

Pour atteindre le nerf on a eu généralement recours à la voie antérieure, mais on voit, d'après ce cas, que la voie postérieure y conduit tout aussi bien et peut-être même plus facilement.

Quant au retour des mouvements, c'est en moyenne vers le quatrième ou le cinquième mois qu'on le constate, comme le prouvent diverses observations semblables, celles de Morestin et de Reynier, par exemple. Dans un cas de Bœckel, la restauration aurait été notée au bout de un mois, ce qui est rare. L'ancienneté de la section peut avoir quelque influence. Toutefois, même si elle est très ancienne, la suture n'en doit pas moins être tentée, car il peut en résulter une certaine amélioration, comme je l'ai noté sur un malade que j'avais opéré sans aucun espoir.

Il s'agissait d'un homme qui, cinq ans auparavant, avait reçu un coup de faux à la partie inférieure du bras. Le nerf médian et le nerf radial avaient été sectionnés ainsi que l'artère. On ne s'était occupé que d'arrêter l'hémorragie et, dans la suite, les lésions propres à la section des nerfs s'étaient peu à peu installées; l'atrophie musculaire était complète et l'insensibilité telle que la main ne percevait plus les brûlures. C'est pour cette dernière raison que le malade, qui ne voulait pas perdre sa main, quoiqu'à peu près inutile, me fut adressé.

J'ai mis à nu les bouts des nerfs qui formaient deux gros moignons, et j'en ai pratiqué la suture. Tout d'abord, il n'y a eu aucun résultat et l'atrophie musculaire ne pouvait guère faire espérer beaucoup; cependant, au bout de deux ans, ce malade m'écrivait qu'il se sentait la main et l'avant-bras un peu plus forts, que la peau n'était plus sèche, que la sensibilité s'était accrue et que les ongles avaient repris un peu de leur vitalité. Actuellement cette amélioration s'est maintenue, bien que le membre ne puisse servir à un véritable travail.

M. Toussaint lit une observation *de luxation en haut du deuxième cunéiforme*, au sujet de laquelle un rapport sera présenté.

Présentations

M. Schwartz. — Deux hommes : *Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.* Guérison parfaite avec l'appareil de Heitz-Boyer.

M. Quénu. — Radiographies de *fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus* traitées avec succès par le même appareil, après échec, dans un cas, par l'appareil de Hennequin. (Présentation de trois malades).

M. Guisez. — Homme : *Extraction d'une arête de poisson* fixée dans l'œsophage à 5 centimètres au-dessus du cardia. Extraction facile avec une pince, grâce à l'œsophagoscope.

M. Faure. — Homme : *Polype naso-pharingien enlevé par la voie naso-maxillaire.*

M. Picqué : 1° Femme : *Extirpation du rectum* ; 2° Radiographie d'un *long cal de fracture de la rotule* n'apportant pas d'obstacle à la marche.

M. Bazy. — Présentation d'un *tube de verre, long de 24 centimètres et du calibre 18 de la Filière Collin*, employé par un vieillard, depuis six ans, pour se sonder. En guise de vaseline le malade se sert de sa salive.

La prochaine séance de la Société n'aura lieu que le mercredi 11 janvier.

OZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 23-30 décembre

Spondylose blennorragique

M. Paul Claisse rapporte un cas de spondyose qui se distingue de ceux décrits par M. P. Marie par le nombre et la variété des localisations articulaires: les petites articulations sont prises. L'affection n'est pas uniquement répartie sur le tronc et les racines des membres, et ne peut donc être qualifiée de rhizomélique Toutefois, les lésions vertébrales et celles de l'épaule, correspondent bien à la description de M. Marie.

En outre, bien que trois années se soient écoulés entre la fin d'une métrite blennorragique tenace compliquée et le début des lésions articulaires, il semble légitime d'établir une relation de cause à effet entre les altérations squelettiques et la blennorragie. On peut donc considérer ce cas comme un cas de blennorragisme articulaire, comme une spondylose gonococcique.

De quelques résultats d'auto inoculation de chancres syphilitiques

On sait qu'un des dogmes sur lesquels repose la spécificité du chancre syphilitique c'est qu'il n'est pas inoculable au sujet qui en est porteur.

M. Queyrat, cependant, soutient l'opinion que l'immunisation syphilitique s'acquiert progressivement et qu'elle n'est définitive qu'assez longtemps — plus d'un mois — après l'inoculation infectante.

Pour vérifier cette doctrine, il a tenté, cette année — avec le consentement des malades, bien entendu — treize auto-inoculations sur l'homme avec des chancres datant : le plus récent de 4, le plus ancien de 28 jours. Sur ces treize tentatives, il a obtenu, dans 3 cas, des accidents maculo-papuleux très semblables les uns aux autres. Dans les deux premiers cas, l'auto-inoculation a été faite avec le suc d'un chancre syphilitique de cinq jours; dans le troisième cas, avec le suc d'un chancre de six jours. L'incubation a duré douze jours dans deux cas et vingt et un dans le troisième. Pour l'auteur, il s'agit là de *syphilomes primitifs atténués, avortés*, parce qu'ils ont évolué sur un terrain en voie d'immunisation syphilitique.

Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique

MM. Mosny et Beaufumé relatent l'histoire d'une malade qui, sans avoir jamais eu autre chose que des pertes blanches en apparence fort banales, que rien, en tout cas, n'eût permis d'attribuer rétrospectivement à la blennorragie, n'en fut pas moins atteinte brusquement, à la suite d'un accouchement normal et sans aucune conséquence fâcheuse pour l'enfant, d'une polyarthrite que l'examen bactériologique permit seul d'attribuer à sa véritable cause : une infection gonococcique latente, réveillée et révélée par le travail de l'accouchement, et démontrée bactériologiquement.

Le point capital de cette observation est la latence absolue de l'infection gonococcique, et, en particulier, l'absence dûment constatée de toute manifestation blennorragique des voies génito-urinaires. D'autre part, ce rhumatisme gonococcique post-puerpéral, éclos dans de si étranges conditions, fut plus anormal encore par son évolution et par ses symptômes, et simula d'assez près, sinon pendant fort longtemps, la forme la plus habituelle, la forme streptococcique de la septicémie puerpérale. Mais après quelques jours on se trouva en présence de la la phase définitive, monoarticulaire (genou) de l'infection gonococcique. L'évolution de la maladie, en dehors même de tout examen bactériologique, confirma ce diagnostic étiologique. Toutes les médications: sulfate de quinine, salicylate de soude et de méthyle, salophène, échouèrent tour à tour, et à quelque dose que ce fut. L'atrophie musculaire du membre inférieur gauche fut rapide et considérable, et l'ankylose du genou gauche, immobilisé et comprimé pendant deux mois et demi, aurait été complète et définitive sans la mobilisation, le massage et la faradisation que l'on mit en œuvre sitôt que l'apyrexie le permit. La guérison fut complète.

« Nous devons enfin insister, disent en terminant les auteurs, sur les difficultés du diagnostic bactériologique, parce que nous voulons mettre en garde contre les examens bactérioscopiques incomplets, insuffisants, sources d'erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement. Nous n'avons trouvé à l'examen microscopique, de gonocoques ni dans l'urètre, ni dans le vagin, ni dans le col utérin ; et si nous nous en étions tenus au seul examen histologique de la sérosité purulente articulaire, nous y aurions certainement méconnu la présence du gonocoque. Seul, l'ensemencement de ce séro-pus sur les milieux appropriés apporta la preuve de la présence du gonocoque à l'exclusion de tout autre microbe. Et ce n'était pas là une vaine satisfaction de curiosité scientifique, puisque le diagnostic étiologique avait pour sanction la bénignité du pronostic et dictait les règles de l'intervention thérapeutique. »

M. Balzer dit que les bains électriques très chauds donnent de très bons résultats dans les artropathies blennorragiques avec atrophie musculaire.

Insuffisance aortique traumatique survenue au cours d'un tabes fruste

MM. Vaquez et Digne présentent un malade chez lequel une insuffisance aortique s'est développée brusquement au cours d'un tabes fruste, sous l'influence d'un trau- matisme banal.

Ce fait vient à l'appui des relations indiquées par M. Babinski entre les lésions cardiaques, l'abolition des réflexes tendineux, les troubles de la réflectivité pupillaire et la lymphocytose rachidienne.

« Ce n'est pas seulement, disent les auteurs, dans le tabes confirmé, avec incoordination, qu'il faut rechercher la coïncidence des deux affections : lésions nerveuses, lésions vasculaires. En pareille circonstance, l'aortite, avec insuffisance valvulaire ou non, paraît être un épiphénomène du tabes. Au contraire, quand il s'agit de tabes fruste, c'est bien souvent la lésion aortique d'abord constatée, qui nous permet, grâce à un examen méthodique, de dépister l'affection nerveuse méconnue. C'est pour cela que nous avons proposé de donner à cette association des troubles pupillaires, de la lymphocytose rachidienne et de l'aorte, le nom de syndrome de Babinski. Notre observation est donc un exemple, à notre avis probant, de la fragilité de l'aorte chez les tabétiques et aussi chez les syphilitiques, puisqu'un traumatisme, vraiment banal, a pu provoquer l'apparition d'une insuffisance valvulaire qui n'attendait que cela, c'est-à-dire un effort un peu violent, pour se manifester.

« A un autre point de vue, c'eût été une erreur, en tous cas une assertion légère, que d'affirmer dans ce cas le rôle univoque du traumatisme, en rejetant d'emblée l'idée d'une altération préalable du vaisseau. On voit de suite qu'au point de vue médico-légal, le fait que nous rapportons a l'importance d'un enseignement toute lésion aortique, même traumatique, doit nous inviter à rechercher le rôle des lésions antérieures du vaisseau. Les altérations dues à la syphilis, notamment, sont à incriminer, lorsque, avec la lésion vasculaire, anévrysme, rupture aortique, insuffisance valvulaire, on constate la coexistence de troubles indéniables portant sur d'autres appareils, notamment sur le système nerveux.

Mode de début rare de tuberculose linguale

M. Caussade rapporte un cas d'ulcération tuberculeuse de la langue ayant évolué chez un homme atteint de tabes supérieur (signe d'Argyll Robertson, atrophie crayeuse de la papille, vertiges). Le diagnostic, resté longtemps en suspens, était, en effet, difficile, en raison : 1° de l'absence de douleurs; 2° d'un œdème lingual considérable et unilatéral qui donnait à l'organe une asymétrie remarquable; 3° de la présence de deux exulcérations, dont les bords étaient polycycliques et non déchiquetés, le fond grisâtre et rouge, souple et nullement induré; 4° et enfin, en raison de l'existence de nombreuses vésicules d'herpès. Il y avait, en outre, une adénopathie cervicale double et légère.

La biopsie a permis de lever les difficultés du diagnostic. Elle a montré, en effet, des follicules tuberculeux, des cellules géantes caractéristiques et en grand nombre, enfin, des bacilles de Koch.

M. Faure-Beaulieu, interne des hôpitaux (service de M. **Marie**), montre sur une pièce une énorme congestion de l'encéphale chez un paralytique général, refoulant le cervelet et déterminant son engagement dans le trou occipital.

M. Courmont (Lyon) communique une série de recherches expérimentales faites dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique. Le point le plus intéressant de ces recherches est le suivant : les urines étaient très peu riches en chlorures au moment des crises, contrairement à ce qui paraît devoir être la règle.

M. Le Gendre, secrétaire général, résume les nombreux travaux de la Société pendant l'année, et lit l'éloge de Gilles de la Tourette et de Gombault.

Ces deux éloges ne feront que regretter davantage à la Société la décision de M. Le Gendre de se démettre de ses fonctions de secrétaire général, faute de pouvoir disposer du temps nécessaire pour continuer à les bien remplir.

M. Siredey a été appelé, par le vote unanime de ses collègues, à succéder à M. Le Gendre. D'autre part, M. Barth est élu, à l'unanimité, vice-président, en remplacement de M. Balzer, qui passe à la présidence où il succède à M. Danlos;

J. J.

DÉPARTEMENTS

De l'accélération et du ralentissement du pouls par numération accélérée et ralentie à haute voix

M. le profes. **Bernheim** avait observé depuis longtemps que lorsqu'on compte à haute voix le pouls d'un sujet sain ou malade, si on compte plus vite que le pouls ne bat, celui-ci s'accélère de lui-même. Pour enlever à cette expérience toute cause d'erreur, il songea à inscrire le pouls sur un cylindre enregistreur de Marey, en y inscrivant simultanément le temps avec un compteur à secondes M. J. Parisot, externe du service et préparateur de physiologie à la Faculté de médecine, a disposé les expériences qui ont donné les résultats suivants:

La numération accélérée du pouls à haute voix produit une accélération réelle de celui-ci, qui varie de 6 à 15 pulsations par minute, la moyenne de cette accélération étant de 9,5 dans les cas de tension artérielle moyenne. (La suggestion par la parole seule ou par le métronome peut agir comme la numération accélérée.)

Cette accélération est moindre dans les cas d'hypertension artérielle ; elle varie alors de 2 à 10, la moyenne de cette accélération étant de 6 pulsations par minute.

Cette accélération débute dans les cas à tension normale dans les premières 40 secondes (de 2 à 7 par minute) ; elle atteint son maximum après 120 à 160 secondes.

Aussitôt qu'on cesse la numération accélérée dans les cas à tension normale, le pouls diminue de fréquence et est revenu à la fréquence normale quelquefois en 40 secondes, le plus souvent en 80, quelquefois en 120, rarement en 180 secondes seulement.

Dans les cas d'hypertension artérielle, l'accélération du pouls ne commence que 130 à 190 secondes, en moyenne 150 secondes après le début de la numération accélérée. Si celle-ci n'est pas assez prolongée, elle peut commencer seulement 15 à 45 secondes (dans nos observations) après qu'on a cessé de compter. — L'accélération peut augmenter encore alors, et se continuer pendant 90 à 200 secondes. Le retour à la fréquence normale se fait en 80 à 120 secondes.

Donc, en cas d'hypertension, la suggestion accélératrice met 2 à 3 minutes à agir, au lieu d'agir tout de suite comme dans le cas à tension normale. L'accélération continue 1 minute et demie à 3 minutes après la suggestion, au lieu de cesser immédiatement. Le retour à l'état normal, une fois commencé, se fait assez vite dans les deux cas.

MM. **Bernheim** et **Parisot** ont recherché, alors, si la numération ralentie du pouls produit un ralentissement réel. Ils ont fait les constatations suivantes :

La numération ralentie du pouls à haute voix produit un ralentissement réel de celui-ci, qui varie dans les cas de tension artérielle moyenne de 4,5 à 9 pulsations par minute, la moyenne étant de 6,5.

Le ralentissement est moindre dans les cas d'hypertension ; il a été de 3 à 7,5 pulsations par minute, en moyenne de 4,5. Le ralentissement commence dans les cas de tension moyenne dès les premières 40 secondes, a atteint son maximum à 120 à 280 secondes après. Aussitôt qu'on cesse la numération ralentie, le pouls commence à s'accélérer et est remonté à l'état normal après 120 à 200 secondes.

Dans les cas d'hypertension artérielle, le ralentissement du pouls a commencé seulement 150 à 180 secondes après le début de la numération ralentie. Le retour à l'état normal, dans deux cas où le ralentissement n'a été que de 3 par minute, a commencé dans les 40 premières secondes après la cessation de la numération. Dans un cas où le ralentissement a été de 7,5, le ralentissement a continué en augmentant encore pendant 90 secondes après et n'était pas revenu à son chiffre normal au bout de 280 secondes.

Donc, en cas d'hypertension, la suggestion ralentissante met aussi 2 à 3 minutes à agir comme la suggestion accélératrice, au lieu d'agir tout de suite, comme dans les cas de tension moyenne. Ce ralentissement paraît persister moins longtemps que l'accélération, mais peut cependant, dans les cas où il est assez marqué, se prolonger pendant une minute et demie après cessation de la suggestion.

M. **Bernheim** propose, pour ces faits, l'explication suivante : « La numération accélérée ou ralentie crée, dans le cerveau des sujets, l'image psychique du pouls accéléré ou ralenti; et le cerveau actionné par l'idée fait l'accélération ou le ralentissement dans la mesure du possible. Quand on marche de son pas ordinaire, et que, à un moment donné, on se met à compter à haute voix assez vite, le pas s'accélère automatiquement, c'est-à-dire sans réflexion, suivant le rythme accéléré de la voix qui l'actionne. Ainsi en est-il, dans une mesure moindre, pour le cœur qui, lui aussi, tend à suivre à pas plus rapides la numération accélérée. Mais la marche obéit à la volonté; les contractions du cœur sont indépendantes de la volonté; elles échappent à la conscience. Cette expérience montre donc que la suggestion agit sur les fonctions automatiques, sans l'intermédiaire de la volonté. L'idée gouverne la vie organique comme la vie de relation. » (*Rev. méd. de l'Est*, 1904, n° 21).

Diphtéries à bacilles courts et diphtéries atténuées

M. le prof. **d'Astros** a recherché le rapport des formes bacillaires de la diphtérie avec le pronostic de cette maladie, et cela en s'appuyant sur les statistiques hospitalières de Marseille.

Dans cette ville la diphtérie est plus sévère qu'à Paris; en outre, on n'envoie à l'hôpital que des formes graves. C'est ainsi que sur 358 cas de diphtérie, on compte :

Angines sans croups..	117
Croups non opérés....	76
Croups opérés........	165

Si l'on considère les 193 diphtéries non opérées, la mortalité varie de 14 à 17 % dans les cas à bacilles longs ou moyens, tandis qu'elle n'est que de 7,5 % pour les malades à bacilles courts. Les diphtéries de cette dernière catégorie sont donc moins graves que les autres, mais le bacille court de Lœffler peut exceptionnellement engendrer des diphtéries graves, soit par association, soit, dans quelques circonstances, par propriétés hautement virulentes.

Au point de vue de la fréquence de la propagation au larynx, il n'y a pas de différences bien sensibles entre les diphtéries à bacilles longs ou moyens et celles à bacilles courts. Lorsque les croups à bacilles courts nécessitent l'intervention chirurgicale, le pronostic devient aussi grave que pour les croups à bacilles longs ou moyens. C'est que, dans ces cas, le degré de virulence propre des bacilles diphtériques ne reste plus l'élément principal du pronostic ; l'action des agents associés, qui viennent déterminer les complications broncho-pulmonaires, devient prépondérante, et l'on doit retenir, en conclusion, que, quelle que soit la forme bacillaire, tous les croups diphtériques, pour lesquels l'intervention chirurgicale devient nécessaire, sont au moins égaux devant le danger des complications broncho-pulmonaires.

Plus que la forme du bacille diphtérique, l'âge du petit malade est ici un élément de pronostic autrement important. Alors qu'au-dessous de deux ans, sur 41 croups opérés, on a eu 24 décès, que, de deux à trois ans, sur 33 opérés, on compte 16 décès, au dessus de trois ans, de trois à dix, 88 opérés ont donné 25 décès; ce qui fait, au dessous de deux ans, une mortalité de 58 %; de deux à trois ans, une mortalité de 51 %, et, au-dessus

de trois ans, une mortalité de 28 % seulement.

Ces divers résultats statistiques doivent conduire à des conclusions pratiques au point de vue du traitement.

A l'hôpital, tous les malades, ne serait-ce qu'à titre préventif, reçoivent du sérum dès leur entrée au pavillon de la diphtérie. En ville, M. d'Astros suit la pratique suivante. Dans les cas tant soit peu sérieux, il fait la première injection de sérum sans attendre le résultat de l'analyse bactériologique, dont le renseignement, complétant les renseignements cliniques, vient indiquer s'il y a lieu de continuer la méthode sérothérapique. Dans les cas légers, il attend l'analyse bactériologique pour faire la première injection. Mais, s'il lui arrive un diagnostic positif de diphtérie, même à bacilles courts, à part de très rares cas où tout est positivement terminé lorsque parvient la réponse du laboratoire, pour peu qu'il persiste un exsudat, si minime soit-il, dans la gorge, ou même une simple rougeur, il fait une injection de sérum, quitte à ne pas récidiver si tout va bien par la suite. Comme dose, même dans les cas légers, il injecte d'emblée 20 cc, sauf au-dessous de un an.

L'indication d'agir vite et à doses massives est encore plus formelle dès que se manifestent quelques symptômes laryngés. La longueur du bacille n'est plus ici qu'un élément sans importance. La sérothérapie précoce et massive est le meilleur moyen de prévenir la nécessité d'une intervention.

« On m'objectera, dit M. d'Astros, que je fais ainsi bien des injections de sérum inutiles. Cela est possible souvent quant aux malades eux-mêmes ; cela est moins certain quant à leur entourage, au point de vue des chances de contagion. A tous points de vue, en fait de sérothérapie antidiphtérique, il vaut mieux aller au delà que rester en deçà des indications thérapeutiques. C'est le retard et l'insuffisance de l'intervention sérothérapique qui rendent encore trop chargées nos statistiques hospitalières. C'est ce retard qui est encore la cause de mort dans maints cas de diphtérie chez les familles malheureuses ou insoucieuses, qui font appeler trop tardivement le médecin. Il importe que le médecin répare au plus tôt dans ces cas, dans la limite du possible, la faute des parents. » (*Marseille médic.*, 1904, n° 24.)

G.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Enseignement préparatoire au concours de l'école du service de santé militaire de Lyon

On connaît l'esprit d'initiative et l'activité du grand centre scientifique que représente l'Université de Lyon. La note ci-dessous, que l'on nous communique avec prière de l'insérer, en fournit une preuve nouvelle.

La Faculté de médecine de Lyon vient de décider l'institution, dans son sein, d'un enseignement préparatoire à l'École du service de santé militaire.

Cet enseignement comprendra l'étude cursive, mais complète, faite particulièrement en vue de l'examen d'entrée, des différentes matières exigées par le programme officiel : *anatomie*, *histologie*, *physiologie*, *chimie biologique*, *pathologie externe* et *petite chirurgie*, *pathologie interne*, *langue allemande*. Il sera fait par les professeurs titulaires, ou donné sous leur responsabilité, par des agrégés, en cas d'empêchement. Du 15 janvier 1905 au 1er juillet, il sera donné ainsi environ 150 leçons-conférences, distribuées comme suit :

Lundi : histologie, M. *Renaut*, professeur, 9 heures du matin.

Mardi : allemand, M. *Ehrhard*, prof. (Faculté des lettres, 8 h. 1/2 du matin).

Mercredi : pathologie générale, M. *Mayet*, prof. ; pathologie interne, M. *Collet*, agrégé, 9 heures du matin.

Jeudi : pathologie externe et petite chirurgie, M. *Tixier*, agrégé, 8 h. 1/2 du matin.

Vendredi, chimie biologique, M. *Hugounenq*, prof. 9 h. du matin.

Samedi : physiologie, M. *Morat*, prof., 9 heures du matin ; anatomie, M. *Testut*, prof., 2 heures du soir.

L'instruction spéciale sera donnée à MM. les étudiants en médecine, candidats à l'École du service de santé et inscrits à ce titre à la Faculté de Lyon, sous forme d'enseignement de conférence, calqué sur la préparation bien connue des concours de l'internat de Paris et de Lyon. Les candidats seront exercés à l'exposition, par écrit et orale, des principales questions du programme. Leur travail personnel sera dirigé, surveillé, sanctionné et critiqué par des interrogations et des argumentations. Les questions délicates ou difficiles du programme seront traitées à fond, illustrées par la présentation et l'explication de préparations ou de projections, pour l'exécution desquelles la Faculté de Lyon vient d'organiser un outillage spécial.

Pour bénéficier de cet enseignement, les candidats n'auront à acquitter, outre les droits scolaires réglementaires, qu'un droit supplémentaire de 150 francs.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le prof. Hugounenq, assesseur du doyen, à la Faculté de médecine de Lyon.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont été promus et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier

Les méd. princ. de 1re cl. :

M. Antony, prof. à l'éc. d'appl. du service de santé militaire.

M. Audet, méd.-chef de l'hôp. mil. de Rennes.

M. Mareschal, méd.-chef de l'état-major du gouv. mil. de Paris.

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Gonell.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Folie-Desjardins, au 12e d'art.

Au grade de chevalier

Armée active

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Bassères, au 31e d'inf.

M. Fargin, à l'hôp. mil. Saint-Martin.

M. Jaubert, aux hôp. mil. de la div. d'Oran.

M. Martin, au 19e d'inf.

M. Sudre, au 32e d'inf.

M. Thirion, au 162e d'inf.

M. Villiers, au 160e d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Dormand, au 2e tiraill. algériens.

M. Pelegry, au 12e d'inf.

Armée territoriale

Le méd. princ. de 2e cl. :

M. Baudry, aff. au 1er corps.

Les méd.-maj. de 1re cl. :

M. Bernard, aff. au 15e corps.

M. Duvau, aff. au 3e corps.

M. Wickersheimer, aff. au 7e corps.

M. Leblanc, aff. au 10e corps.

Le méd. aide-maj. de 1re cl :

M. Lorimy, aff. au 5e corps.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

TROUPES COLONIALES

MUTATIONS

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A Madagascar

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Vergoz, au 1er d'inf.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Brouillard, au 3e d'inf.

M. Rousseau, au 23e d'inf.

M. Lhomme, au 2e d'art.

M. Ruelle, au 4e d'inf.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Castagné, au 8e d'inf.

A Saint Pierre et Miquelon

Le méd.-maj. de 2e cl. :

(Chef du service de santé) M. Brunati, au 23e d'inf.

En Afrique occidentale

Le méd. aide-maj. de 2e cl. :

M. Leynia de la Jarrige, au 6e d'inf.

A Mayotte (hors cadres)

Le méd. aide-major de 1re cl. stag. :

M. Carmouze, en serv. à Madagascar.

En France.

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Métin, au 2e d'art. à Cherbourg.

Les méd.-maj. de 2e cl. :

M. Chabaneix, au 22e d'inf. à Hyères.

M. Maurras, au 5e d'inf. à Cherbourg.

M. Binard, au 6e d'inf. à Brest.

M. Ascornet, au 1er d'art. à Lorient.

M. L'Herminier, au 2e d'inf à Brest.

M. Abadie-Bayro, au 1er d'inf. à Cherbourg.

M. Prouvost, au 24e d'inf. à Perpignan.

M. Le Corre, au 6e d'inf. à Brest.

M. Pin, au 2e d'art. à Cherbourg.

M. Bouillet, au 3e d'inf. à Rochefort.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

M. Durau, au 8e d'inf à Toulon.

M. Heckenroth, au 8e d'inf. à Toulon.

M. Bouilliez, au 2e d'art. à Cherbourg.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies.

En Indo-Chine.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

En activité hors cadres (méd. de la municipalité de Cholon), M. Dardenne.

Les méd. aides maj. de 1re cl. :

M. Vergnes, au 11e d'inf. au cap Saint-Jacques.

M. Bouragué, au 1er tirail. tonkinois à Lao-Kay.

M. Hermant, au service général (hôp. d'Hanoï).

Les méd. aides-majors de 1re cl. stag. :

M. Foll, au 10e d'inf à Dap-Cau.

M. Pencin, au 3e tirail. tonkinois à Thaï-Nguyen.

M. Le Gorgeu, au 10e d'inf. à Lang-Son.

Au corps d'occupation de Chine

Le méd. aide-maj. de 1re cl. :

M. Clavet, au 16e d'inf. (poste de Chan hai-Kouan).

Autorisation de prolongation de séjour outre-mer.

En Indo-Chine

Le méd.-maj. de 1re cl. :

M. Reroules, 3e année.

Le méd. aide-major de 1re cl. :

M. Mouzels, 3e année.

A Madagascar.

Les méd.-majors de 1re cl. :

M. Neiret, 3e année.

M. Villette, 4e année.

Les méd. aides-maj. de 1re cl. :

MM. Navarre et Masse, 3e année.

A la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin.

Le méd.-maj. de 2e cl. :

M. Poumeyrac, 3e année.

NOUVELLES

SOUSCRIPTION POUR OFFRIR UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR DUPLAY

Le comité est actuellement composé de M. le prof Berger, président. MM. G. Dieulafoy, P. Reclus, Regnier, Walther, Rochard, Demoulin, Duret, P. Masson. MM. Mauclaire et Cazin, secrétaires.

Le montant de la cotisation est soit de 25 fr., soit de 50 fr.

Prière d'envoyer les cotisations à M. P. Masson, 120, boulevard St-Germain, avant le 15 février 1905.

ÉLECTIONS A LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La Société de biologie, réunie en assemblée générale, a procédé, le 17 décembre, à l'élection du président quinquennal, en remplacement de M. le prof. Marey, décédé au mois de mai dernier. 57 membres ont pris part au vote. M. Giard a été élu par 54 suffrages, contre 1 à MM. Blanchard, Dastre et Malassez.

Vice-présidents. — MM. Darier et Künckel d'Herculais.

Secrétaires. — MM. Achard, Manouvrier, Nicloux et Vincent.

Trésorier. — M. G. Weiss.

Sir John Lubbock (de Londres), F. R. S., a été élu membre honoraire et MM. Retzius (de Stockholm) et Vialleton (de Montpellier) membres correspondants.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Conférences cliniques

MM. Bar et Brindeau commenceront leurs conférences cliniques le vendredi 13 janvier 1905, à 9 h. 1/2, et les continueront les vendredis suivants à la même heure.

INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE

(107, faubourg Saint-Denis.)

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie (année 1905).

Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La première série de ces cours commencera le mardi 17 janvier, à 10 h. 1/2 du matin, et se continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure.

Ce cours sera fait :

Le mardi, par M. Le Pileur, syphiligraphie.

Le jeudi, par M. Juillien, blennorragie.

Le samedi, par M. Ozenne, vénéréologie.

Il sera complet en 18 leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de 16 inscriptions, qui se feront inscrire chez le directeur de Saint-Lazare.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le 1er Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Bruxelles en septembre 1905, sous la présidence de M. le prof. Ch. Kocher (de Berne). Le Congrès, qui comprendra les seuls membres de la Société, sera consacré *exclusivement à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.*

Questions mises à l'ordre du jour

1 Valeur de l'examen du sang en chirurgie: rapporteurs: MM. W. W. Keen (de Philadelphie), Sonnenburg (de Berlin), Ortis de la Torre (de Madrid), Depage (de Bruxelles).

2 Traitement de l'hypertrophie prostatique; rapporteurs : MM. Reginald Harrisson (de Londres), Rovsing (de Copenhague), von Rydygier (de Lemberg).

3 Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac ; rapporteurs: MM. Mayo Robson (de Londres), von Eiselsberg (de Vienne), Mattoli (d'Ascoli Piceno), Monprofit (d'Angers), Rotgans (d'Amsterdam), Jonnesco (de Bucarest).

4 Traitement de la tuberculose articulaire ; rapporteur : MM. Bier (de Bonn), Broca (de Paris), Bradfort (de Boston), Codivilla (de Bologne), Willems (de Gand).

5 Traitement de la péritonite ; rapporteurs: MM. Lennander (d'Upsala), Friedrich (de Leipzig), Lejars (de Paris), Mac Cosh (de New-York), Krogius (d'Helsingfors), de Isla (de Madrid).

6 Diagnostic des maladies chirurgicales du rein : rapporteur : MM. Albarran (de Paris), Kummel (de Hambourg), Giordano (de Venise), Lambotte (de Bruxelles).

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées, jusqu'à nouvel ordre, à M. le Dr Willems, délégué pour la Belgique, 6, place Saint-Michel, à Gand.

Le fait que, dans ce Congrès, on ne s'occupera que des communications mises à l'ordre du jour nous paraît digne de remarque et... d'imitation. On éviterait, de la sorte, des masses de « communications particulières » qui, généralement, sont du réchauffé. Tout au moins devrait on, ce nous semble, limiter à une seule communication le droit de chaque congressiste.

CONCOURS

1° Pour un emploi de chef des travaux de physiologie.

Ce concours s'ouvrira le 1er mai 1905, à l'École de médecine de Rennes.

Les chefs des travaux sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 2000 francs.

2° Pour un emploi de chef de clinique médicale.

Ce concours s'ouvrira le 9 octobre 1905, à l'École de médecine de Rennes.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 fr.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

NÉCROLOGIE

Lecorché, ancien professeur agrégé à la Faculté, ancien médecin des hôpitaux.

Paris.— Imp. JEAN GAINCHE, 15, r. de Verneuil

Le Gérant : P. COURTÈS.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08213 3086

